



การศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ ปร.ด.¹

(วันรับบทความ: 24 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 27 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 27 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาผสมวิธี เพื่อศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 223 คน และกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ 16 คน ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องวิจัยมี 3 ชุด 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบวัดผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.97 ค่าความตรง 1.0 และ 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเพียร์สัน สถิติไคว์สแควร์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุเฉลี่ย 65.06 ปี และเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบระยะเวลาป่วย 1 - 5 ปี มากที่สุด เป็นชนิดอ่อนแรงซีกซ้ายมากที่สุด ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ คือ อายุ ระยะเวลาป่วย ผู้ดูแล รายได้ปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย และการวินิจฉัยโรค ตามลำดับ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผลกระทบรายด้านมากที่สุดคือด้านความแข็งแรงของร่างกาย และความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวข้องกับภาวะอัมพาตครึ่งซีกโดยบอกเล่าประสบการณ์ 6 ประเด็นหลักคือ 1) รู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเป็นคนพิการ ไร้สมรรถภาพ 2) ชีวิตยุ่งยาก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ 3) ต้องพึ่งพาคนรอบข้าง 4) ความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า 5) อึดอัด อยู่ไปวัน ๆ โลกแคบ และเหงา 6) หวาดวิตกกังกับอนาคตที่ไม่แน่นอน ไม่มีหลักประกัน ผลการวิจัยนี้ช่วยให้เข้าใจผลกระทบของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตเมืองในมิติด้านร่างกายและจิตใจ ค้นหาแนวทางดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง การวิจัยแบบพรรณนาผสมวิธี

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: satharun@gmail.com Tel: 098-2876884



The Study of Stroke Impacts on Life Among Stroke Survivors in Urban Nakhon Ratchasima Province

Sunthara Liangchawengwong Ph.D¹

(Received Date: April 24, 2025, Revised Date: May 27, 2025, Accepted Date: May 27, 2025)

Abstract

This descriptive mixed methods with quantitative and in-depth interview qualitative research aimed to examine the impacts of strokes on physical and psychological aspects of patients' related to the after stroke life phenomenon. The participants were 223 post stroke patients in urban area of Nakhon Ratchasima province. The participants for the qualitative in-depth interviews was 16 participants selected by purposive sampling method. The research instruments were composed of three questionnaires including 1) sociodemographic data, 2) stroke impact scale (Content Validity Index (CVI) values for instrument were 1.0 and the reliability by Alpha Cronbach's coefficient value was 0.97) and 3) the semi-structured in-depth interview guide regarding post-stroke psychological impacts. The quantitative data was analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moments, and Chi-square tests, and the qualitative data was analyzed using content analysis.

Results: most of the stroke survivors were male, with a mean age of 65.06 years, and the most common pathology was ischemic stroke. Most had a post-stroke duration of 1-5 years, and had weakness on their left side. The demographic data was positively correlated with stroke's impact including age, duration after stroke, caregiver, present income, body mass index, and diagnosis. The overall impact on stroke scale was at the severe level. The most severe impacts were decreased physical strength and the ability to engage in social activity. Based on the qualitative data, the following six themes of psychological impacts emerged: 1) painful feelings due to being disabled, 2) difficulty with life and no longer wanting to live, 3) being dependent on others, 4) feelings of sadness and depression, 5) awkwardness and anxiety and feeling they are in a limited, lonely world, and 6) uncertainty about their future and not having financial security or someone they could depend on financially. These findings help us to better understand the physical and psychological impacts of stroke on stroke survivors in urban areas, and can be used as fundamental data to further the design proper care to promote their quality of life.

Keywords: stroke impact, stroke survivors in urban, descriptive mix methods research

¹Assistant professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

¹Corresponding author, E-mail: satharun@gmail.com Tel: 098-2876884



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke มีอุบัติการณ์เกิดโรคสูงทั่วโลก องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ทุก ๆ 3 วินาที ในปีพ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมากกว่า 12.20 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 6.50 ล้านคน อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุ 50 - 70 ปี ร้อยละ 60 ประชากรทั่วโลกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองสะสมมากกว่า 100 ล้านคน ในจำนวนนี้มากกว่า 50 ล้านคน ต้องมีชีวิตอยู่กับผลกระทบความพิการของร่างกายแบบใดแบบหนึ่งหรือเป็นอัมพาต (Disability or paralysis)¹ ทำให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดผู้ป่วยพิการในสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยปีพ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 349,126 คน เสียชีวิต 36,214 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 69² ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันเข้าสู่ระยะสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) มีผลทำให้สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2560-2564 มีจำนวน 278.49, 303.20, 318.89, 328.01, 330.22, และ 330.72 ตามลำดับ โดยแนวโน้มปีพ.ศ.2566 เพิ่มขึ้น เป็น 378 ต่อแสนประชากร² อัตราการตายพบว่า ปีพ.ศ. 2560 - 2563 เท่ากับ 43.30, 48.70, 47.80 และ 47.10 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุด 44.30 คนต่อแสนประชากร รวมทั้งเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALYs) ของประชากรไทยอันดับต้น จากสถิติดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจ^{3,4} นอกจากนี้หลังเกิดสถานการณ์โรคระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีภาระล้นบริการ บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหนัก การลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์พยาบาล ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะพิการร่วมด้วย การดูแลภายหลังรอดชีวิตจึงมีความซับซ้อน การดูแลสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องพึ่งพาาระบบสุขภาพ ในบริบทที่จำกัดเหล่านี้ ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact) ซึ่งเป็นเหมือนมาตรวัดเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke quality of life) อย่างจำเพาะทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ประสบการณ์ที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ บั่นทอนความผาสุกและคุณภาพชีวิต เป็นผลกระทบแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลกระทบต่อความต้องการของชีวิตตั้งแต่พื้นฐานถูกขัดขวางคือ ด้านสรีระวิทยา ความปลอดภัย ความรักความเป็นเจ้าของ คุณค่าแห่งตน และความต้องการประสบความสำเร็จสูงสุดของชีวิต (Self-actualization) ทั้งนี้ผลกระทบมากที่สุดคือผลกระทบต่อร่างกาย¹ เนื่องจากสมองเสียหายจากการขาดเลือด ไม่สามารถสั่งการไปควบคุมร่างกายได้ เกิดการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ร่วมกับการทำหน้าที่สมองบกพร่อง (Cognition impairment) ทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว นั่ง ยืน และเดินยากลำบาก การใช้มือ หยิบ จับทำไม่ได้ กล้ามเนื้อคอและใบหน้าอ่อนแรงทำให้ ปากเบี้ยว พูดลำบาก พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ ไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ มีปัญหาการเคี้ยวการกลืน สำลัอาหารง่าย ความคิด ความจำผิดปกติและบกพร่อง การควบคุมอารมณ์แปรปรวนการรับรู้สึกผิดปกติ มีปัญหาาระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะเสียไป ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ความปกติสุขของชีวิตและครอบครัวที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดกับประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับกลางและล่าง (Low and middle income)^{3,5} ทำให้เกิดผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจครอบครัว ต้องตกงาน รายได้ลดลง รายจ่ายเพิ่มขึ้น ผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ไม่มีเงินรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายต่อเนื่องทำให้ภาวะสุขภาพทรุดโทรม การฟื้นฟูสภาพร่างกายน้อยกลายเป็นอัมพาตถาวร เกิดภาวะแทรกซ้อนบ่อย หรือกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือครอบครัว



การศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ประมาณ ร้อยละ 14 มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างเต็มที่หรือ Full recovery ทั้งด้านร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายและด้านจิตใจ ร้อยละ 25 - 50 มีการฟื้นฟูสภาพแต่ยังคงต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมบางส่วน ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของโรครุนแรง เกิดผลกระทบของโรครยะยาวนาน หรือมีภาวะอัมพาตถาวร¹ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะบกพร่อง การเคลื่อนไหวร่างกาย การสูญเสียความทนต่อการทำกิจกรรม (Activity intolerance) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพที่พบบ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้สูงอายุ ผลกระทบหลักด้านร่างกายด้านการเคลื่อนไหว เกิดจากพยาธิสภาพที่สมองและไขสันหลังไม่สามารถส่งกระแสประสาทไปยังอวัยวะเป้าหมาย (Motor nerve) เพื่อสั่งการให้กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวได้ ไม่สามารถนั่งและทรงตัว ยืน หรือเดินได้ ในระยะเวลาต่อมาเมื่อกกล้ามเนื้อมีภาวะจำกัดการทำงานจะมีกำลังลดลง กล้ามเนื้อตึงตัวผิดปกติเกิดภาวะเกร็งกล้ามเนื้อ (Spastic) หรือเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก (Flaccid) ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายมากยิ่งขึ้น และยากที่จะฟื้นฟูสภาพ ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้หรือทำได้บกพร่อง ต้องพึ่งพาผู้อื่นตามมา⁶ ผลกระทบด้านความคิดและความจำ (Perception and cognition) สมองในส่วน Frontal lobe และ Parietal lobe ทำหน้าที่ในการควบคุมความคิด ความจำ โดยเฉพาะในรายที่เนื้อสมองซีกซ้ายมีการถูกทำลายมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป ความคิดความจำบกพร่อง ตอบสนองต่อการรับรู้ลดลง บางรายอาจมีภาวะหลงลืมร่างกายครึ่งซีก (Neglect) การรู้คิดและการตัดสินใจลดลง^{1,6} นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40-67 เกิดผลกระทบจากการอ่อนแรงหรืออัมพาตของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ทำให้กลืนลำบาก (Dysphagia) เคี้ยวลำบาก ร้อยละ 59 ผู้ป่วยจะมีอาการไอขณะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ใช้เวลาในการรับประทานอาหารยาวนานมากขึ้น เสี่ยงเปลี่ยนมีเศษอาหารค้างอยู่ในปาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายคือสำลักอาหาร ปอดอักเสบ ทูเบอร์คูลอสิส ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นฟูสภาพล่าช้า ความสุขในชีวิตที่ลดน้อยลง และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ลง และเสียชีวิตได้^{7,8} นอกจากนี้ผลกระทบด้านระบบประสาทควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระจะอ่อนแรงลง ทำให้กลั้นปัสสาวะอุจจาระลำบาก เกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะตามมาได้บ่อย ภาวะอุจจาระแข็งอัดท้องผูกพบได้เกิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง ร้อยละ 60¹ จากการศึกษาดังกล่าว ผลกระทบด้านร่างกาย (Physical impact) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อน เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบต่อกัน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย การดูแลป้องกันผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นเสมือนกุญแจสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและช่วยลดอัตราการตายในช่วงชีวิตหลังการเจ็บป่วย

ผลกระทบสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม หรือจิตสังคม (Psychosocial impact) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตซีกขวาหรือมีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย (Dominant hemispheric lesion) จะเกิดปัญหาด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตซีกซ้าย เพราะสมองซีกซ้ายทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด ความจำและการสื่อสาร เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดังเดิม ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหา ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถปรับตัวได้ จึงมีพฤติกรรมหรือมีปฏิกริยาด้านจิตใจที่แสดงออกเป็นความโกรธ หงุดหงิด เครียด และเกิดภาวะซึมเศร้า⁹ ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้จะเกิดความรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง (Low self esteem) รู้สึกเป็นคนไร้สมรรถภาพขาดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน (Low self-efficacy) ไม่มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หากอาการเกิดขึ้นต่อเนื่องและไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง (Post stroke depression) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้¹⁰ ทั้งนี้ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะ 3 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ผลกระทบด้านจิตใจนี้จะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามมาคือ ผู้ป่วยจะไม่มีความตั้งใจในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย และมีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง^{9,10} ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองด้านจิตใจ การควบคุมอารมณ์ ความคิด ความจำ และบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มีความเป็นนามธรรม การฟื้นฟูสภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงไม่เพียงพอถ้าดูแลเพียงด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตสังคมหลังการเจ็บป่วยซึ่งเป็นช่วงวิกฤตชีวิตจึงมีความสำคัญ เพราะภายหลังการเจ็บป่วยเป็นระยะผลกระทบของ



โรคที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตใหม่ สังคมใหม่ทั้งบทบาทหน้าที่ สถานะในครอบครัว ในชุมชน และการทำงานในสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยและครอบครัวทุกวัน ภาวะวิกฤตนี้เป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยที่จะจัดการได้เพียงลำพัง โดยเฉพาะในช่วงหลังการเจ็บป่วยจนถึง 1 ปีแรก¹ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบุว่าเป็นช่วงเวลาเสมือนตกรถ ครอบครัวเกิดความรู้สึกยากลำบาก และทุกข์ทรมาน¹¹

จากสถานการณ์ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวมา ทั้งผลกระทบด้านร่างกายและจิตสังคมภาวะหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความสำคัญต่อระบบการดูแลผู้ป่วย ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการประเมินเป็นระยะ ต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นไม่เกิดภาวะทรุดตัว (Collapse) หรือเกิดภาวะวิกฤตสุขภาพขึ้นใหม่ จากการพัฒนาการแบบประเมินผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีการใช้แบบประเมิน Stroke Impact Scale (SIS)¹² เป็นแบบประเมินเทียบได้กับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke specific Quality of Life measures) ที่มีความจำเพาะต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีการเปลี่ยนแปลงตามการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป (General Quality of Life) ไม่มีการเปลี่ยนแปลง¹³ แบบประเมิน SIS 3.0 เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 59 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านความแข็งแรงของร่างกาย การสื่อสาร ความคิดความจำ อารมณ์ความรู้สึก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย และการใช้มือข้างที่อ่อนแอ แบบประเมิน SIS 3.0 มีความเหมาะสมสำหรับการใช้เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างจำเพาะ ผลการทดสอบค่าความเที่ยงและค่าความตรงของแบบวัด SIS 2.0 และ 3.0 พบว่ามีค่าความเที่ยงสูงใกล้เคียงกันทุกด้าน (Cronbach's α ecoefficiency 0.81 - 0.95) ยกเว้นด้านอารมณ์ความรู้สึก (Cronbach's α 0.57, 0.49)¹³ เนื่องจากผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความรุนแรง ผู้วิจัยจึงประเมินโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพิ่มเติมจากแนวคำถามเชิงปริมาณโดยใช้ SIS 3.0 เป็นการวัดกระบวนการเชิงคุณภาพผสมวิธี เพื่อขยายผลการศึกษาระบบการประเมินผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองให้ชัดเจนขึ้น จากข้อคำถามด้านที่ 3 ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และควบคุมอารมณ์และความรู้สึก ในแบบสอบถามเชิงปริมาณ SIS 3.0 มีข้อคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับคือ ไม่รู้สึกเลย จนถึง รู้สึกมากที่สุด ให้ผู้ป่วยเลือกตอบ การสัมภาษณ์เชิงลึกจะเพิ่มเติมโดยให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเล่าประสบการณ์ผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามความจริงที่ตนเองรับรู้และมีประสบการณ์ ทั้งนี้การศึกษาเพื่ออธิบายผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาในบริบทของปัจจัยส่วนบุคคล และภูมิหลังซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาเจ็บป่วย ดัชนีมวลกายและโรคร่วม ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก¹⁴

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้จะทำให้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลวิจัยผลกระทบของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย 8 ด้านตามแบบประเมิน SIS 3.0 และผลกระทบด้านจิตใจจากคำบอกเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วย (Subjective content) ข้อมูลผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่รวบรวมได้ จึงเป็นข้อมูลที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาแนวทางในการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและมีการติดตามประเมินอย่างครอบคลุมต่อเนื่องได้ต่อไป

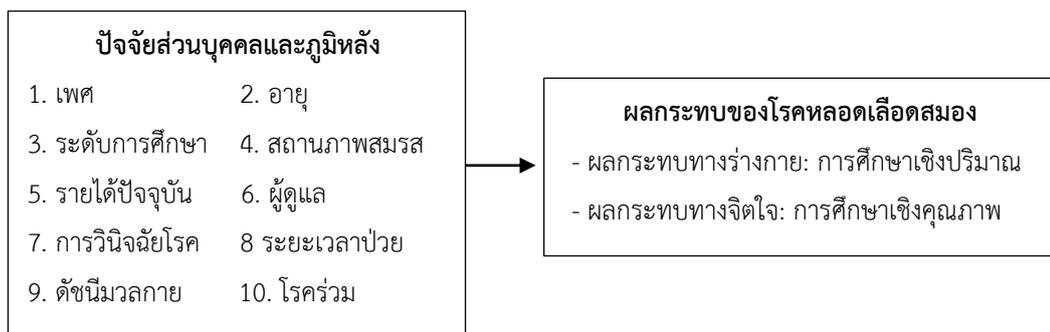
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง จ.นครราชสีมา
2. ศึกษาประสบการณ์ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง จ.นครราชสีมา



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) โดยการจำแนกตามสถานะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความบกพร่องทางกายหรือพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF model)¹⁴ คุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับองค์ประกอบตามแนวคิด ICF model ประกอบด้วย โครงสร้างร่างกายและการทำหน้าที่ (body function and structure) และองค์ประกอบปัจจัยบุคคลและภูมิหลัง (Personal factors and demographic) ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งการประเมิน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ในแต่ละบุคคลย่อมทำให้เห็นคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน และในแต่ละระดับ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพิการเกิดขึ้น ICF อธิบายผลกระทบคุณภาพชีวิตจาก 3 มิติหลักคือ 1) ด้านโครงสร้างร่างกาย และการทำหน้าที่ (Body function and structure) ซึ่งจะสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางร่างกาย (Impairments) 2) การทำกิจกรรม (Activity) จะเกี่ยวข้องกับภาวะจำกัดในการทำกิจกรรม (Limitation) และ 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social participation restrictions) การศึกษาที่ใช้แบบประเมินผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง 8 ด้าน คือ 1) ความแข็งแรงของร่างกาย 2) ความคิดความจำ 3) ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความสามารถในการควบคุมความรู้สึก อารมณ์ 4) ความสามารถในการเข้าใจต่อการอ่าน การฟัง และการสื่อสาร 5) การทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง 6) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 7) ความสามารถในการใช้มือข้างที่ได้รับผลกระทบ และ 8) ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ และเพิ่มเติมการค้นหาผลกระทบด้านจิตใจโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ประสบการณ์ของบุคคลหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้และให้ความหมายต่อสิ่งที่รับรู้จากประสบการณ์โดยตรงที่เป็นผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ โดยผู้ป่วยบอกเล่าออกมา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยผสมวิธีเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ (Descriptive mixed methods) โดยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ศึกษาภายหลังการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รหัสโครงการ EC-62-110 ระยะเวลา 6 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 5 มกราคม พ.ศ. 2564 ในพื้นที่เขตเมือง ได้แก่พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักร้อย ไชยมงคล โคกกรวด ยางใหญ่ และหนองปรู จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์สาขาโรคระบบประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) หรือชนิดหลอดเลือดในสมองแตก (Hemorrhagic stroke) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา



กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ทั้งชนิดขาดเลือด หรือหลอดเลือดแตก อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 7 วันขึ้นไป ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลหลักร้อย ไชยมงคล โคกกรวด ยางใหญ่ และหนองปรุ รวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ระดับความรู้สึกตัวและสติสัมปชัญญะปกติ เข้าใจภาษาไทย สื่อสารรู้เรื่องดี
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือระยะโรคร่วมรุนแรง ได้แก่ ปัญหาจิตใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงผิดปกติ
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusive criteria)

1. ผู้ป่วยขอยุติการเข้าร่วมการศึกษา หรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม
2. ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ (power) 0.95 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรโดยใช้สูตรของ Thorndike คือ $n \geq 10k + 50$ โดย n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k หมายถึง จำนวนตัวแปรทั้งหมด ที่ศึกษาและใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามโครงการวิจัยหลักเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมทางสังคมและ ภาวะดีเตียงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม ICF Model: กรณีศึกษาชุมชนเขตเมือง ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 223 คน

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก สัมภาษณ์เชิงลึกผลกระทบทางจิตใจตามจำนวนการอัมตั่วของข้อมูลได้ 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลัง (Sociodemographic data) ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและ ภูมิหลังของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ปัจจุบัน ผู้ดูแล ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาป่วย ดัชนีมวลกาย และโรคร่วม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ (Checklist)

2. แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke-Impact Scale) เป็นแบบประเมินผลลัพธ์ของพยาธิสภาพ ของโรคหลอดเลือดสมองหรือพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะบกพร่องสมรรถภาพ (Impairment) เกิดความจำกัดใน การทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional limitation) หรือความพิการ (Disability) เป็นผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดย Stroke Impact Scale Version 3.0¹² มี 8 ด้านคือด้านที่ 1) ความแข็งแรงของร่างกาย 4 ข้อ 2) ความคิด ความจำ 7 ข้อ 3) ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความสามารถในการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ 9 ข้อ 4) ความสามารถในการเข้าใจต่อการอ่าน การฟังและการสื่อสาร 7 ข้อ 5) การทำกิจกรรมเฉพาะเจาะจง 10 ข้อ 6) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 9 ข้อ 7) ความสามารถใช่มือข้างที่ได้รับผลกระทบ 5 ข้อ และ 8) ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำ ประจำหรือกิจกรรมสำคัญ 8 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถาม 59 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1-5 คะแนน 1 หมายถึง มีผลกระทบน้อยที่สุด คะแนน 5 หมายถึง มีผลกระทบมากที่สุด ช่วงคะแนน 0-295 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมี ผลกระทบของโรครุนแรงมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีผลกระทบของโรครุนแรงน้อยหรือไม่มีผลกระทบ คำนวณค่าคะแนน รายด้านและโดยรวม นำคะแนนรวมมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นค่าคะแนนเฉลี่ย เทียบคะแนนเต็มเป็น 4 และแบ่งเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับต่ำ 0 - 1.00 ระดับปานกลาง 1.01 - 2.00 ระดับมาก 2.01 - 3.00 และระดับมากที่สุด 3.01 - 4.00



3. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ: แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วยตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือวิจัยหลัก แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด แนวคำถามหลักประกอบด้วย “ท่านช่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกด้าน”จิตใจหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้ฟังว่า ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง” “ช่วยบอกถึงปัญหาด้านจิตใจที่ทำให้ท่านไม่สบายใจมากที่สุดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง” ในการสัมภาษณ์ใช้การจดบันทึกเพื่อนำไปวิเคราะห์ ถ้าได้ข้อมูลไม่ชัดเจนอาจมีการสัมภาษณ์ซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านคือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และภาษา โดยนำเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 ปรับเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ คะแนน 1 ข้อความมีความสอดคล้องน้อยที่สุด จนถึง คะแนน 4 ข้อความมีความสอดคล้องมากที่สุดให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินโดยผู้วิจัยพิจารณาข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4 นำไปคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ยอมรับได้คือตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 ได้ 1.00

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีการปรับปรุงข้อคำถามให้สั้นและตรงประเด็นตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพาตครึ่งซีก 2 ราย เพื่อทดสอบความเหมาะสมของคำถาม ภาษาที่ใช้และความเข้าใจ ปรับปรุงข้อคำถามก่อนการใช้จริง

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และแก้ไขแล้วไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเข้าถึงข้อมูลอาสาสมัคร ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ผู้วิจัยจะขอเข้าพบและขออนุมัติเพื่อเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง ขออนุญาตศึกษาแฟ้มประวัติครอบครัวและขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือเพื่อขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่งเพื่อการอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยเมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าพบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและระยะเวลารวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังชี้แจงโครงการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาล เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลารวบรวมข้อมูล และการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามเกณฑ์ที่กำหนดจากข้อมูลครอบครัวของแต่ละ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวบรวมรายชื่อไว้เป็นหมวดตามกลุ่มพื้นที่ชุมชน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 20 รายเพื่อนัดหมายวันสัมภาษณ์เชิงลึกต่อไป

4. ผู้วิจัยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่รับผิดชอบในชุมชน ที่มีรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนัดหมายการเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เชิงลึก



5. เมื่อนัดหมายและเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้าพบและให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจง โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีดำเนินการวิจัย ขอบเขตการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยและขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลปกติ

6. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 2 ชุดใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ภายหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและกล่าวขอบคุณ และจะมีการนัดหมายเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ซึ่งจะมีการสัมภาษณ์ 1 - 2 ครั้ง จนได้ข้อมูลอิ่มตัว ครั้งละ 20 - 30 นาที ขณะสัมภาษณ์ผู้ดูแลหรือ อสม. ที่รับผิดชอบสามารถดูแลและร่วมรับฟังได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เพื่อพิจารณารับรองการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้เสร็จก่อนการศึกษาผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติ โดยนัดหมายเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลา และประโยชน์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิดความเข้าใจและอธิบายให้เข้าใจถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ให้อิสระในการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การปฏิเสธหรือการออกจากโครงการจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา หรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะทำวิจัยผู้วิจัยจะดูแลด้านสุขภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยถ้าผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกสะเทือนใจ ทุกข์ใจมากระหว่างสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์และดูแลด้านจิตใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลหรือตีพิมพ์ผลการวิจัย จะทำในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นและใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุลจริง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) Version 21 กำหนดระดับความเชื่อมั่น $\alpha = .05$ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรระดับการวัดช่วงมาตรา (Interval scale) โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ทดสอบความปกติการกระจายของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยวิธีของ Giorgi²⁰ 4 ขั้นตอน คือ 1) อ่านข้อความสัมภาษณ์ด้วยความเข้าใจโดยรวม เรียงถ้อยคำจากการสัมภาษณ์ 2) แยกแยะสถานการณ์ ความสัมพันธ์ ความหมาย และพฤติกรรม 3) เชื่อมโยงเหตุผลความเข้าใจข้อมูลตามกระบวนการจิตวิทยา และ 4) สังเคราะห์ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย ผู้วิจัยเป็นคนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง

การสร้างที่น่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ภายใต้สถานการณ์ที่ศึกษา คือเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพาตครึ่งซีกเพื่อสะท้อนประสบการณ์ที่ยืนยันจากชีวิตจริงของตนเอง (Credibility) และใช้การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของข้อมูล การสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและพร้อมไม่เร่งรัด ใช้การสัมภาษณ์ 1-2 ครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบและอิ่มตัว มีการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง (Confirmability) การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำไปพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์ เมื่อมีประเด็นที่สงสัยไม่ชัดเจนจะย้อนไปสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงของผู้ป่วยมากที่สุด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตรวจสอบโดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.36 อายุเฉลี่ย 65.06 (S.D. = 11.31) พิสัย 38 - 91 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 60 - 69 ปี ร้อยละ 34.98 รองลงมาคือช่วงอายุ 70 - 79 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.35 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 73.09 รองลงมาคือมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา ร้อยละ 22.87 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.37 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ปัจจุบันต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 71.13 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 71.30 ข้อมูลภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ร้อยละ 83.40 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 - 5 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 44.39 ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 5.17 ปี (S.D. 4.41) พิสัย 3 เดือน - 26 ปี ตำแหน่งของอาการอ่อนแรงของแขนขาพบมากที่สุดคือ อ่อนแรงซีกซ้าย (Left hemiparesis) ร้อยละ 44.84 รองลงมาคืออาการ อ่อนแรงซีกขวา (Right hemiparesis) ร้อยละ 38.12 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 57.30 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.40 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 42.60 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 41.70 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 34.98 และอยู่ในระดับเสี่ยงอ้วนจนถึงอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 60.54 ปัญหาที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองนอกจากอัมพาต ที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการพูดและการสื่อสาร ปัญหากล้ามเนื้อเกร็ง ข้อติด มุมปากตก กลั้นปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ เป็นต้น

ผลกระทบด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผลกระทบด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.75, S.D. = 0.97) ผลกระทบรายด้านระดับมากที่สุด คือ ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (Mean 3.54, S.D. = 1.04) และผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ (Mean 3.09, S.D. = 1.31) ส่วนผลกระทบรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ผลกระทบด้านความคิดความจำ (Mean 2.34, S.D. = 1.07) ด้านความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความสามารถในการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ (Mean 2.57, S.D. = 0.61) การทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวและด้านความสามารถในการใช้มือข้างที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 223)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง	คะแนนที่เป็นไปได้	Mean (S.D.)	การแปลผล
รายด้าน			
1. ด้านความแข็งแรงของร่างกาย	0-20	3.54 (1.04)	มากที่สุด
2. ด้านความคิด ความจำ	0-35	2.34 (1.07)	มาก
3. ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และความสามารถในการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์	0-45	2.57 (0.61)	มาก
4. ความสามารถในการเข้าใจต่อการอ่านการฟังและการสื่อสาร	0-35	1.93 (1.04)	ปานกลาง
5. การทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง	0-50	2.52 (1.23)	มาก
6. ความสามารถในการเคลื่อนไหว	0-45	2.74 (1.29)	มาก
7. ความสามารถในการใช้มือข้างที่ได้รับผลกระทบ	0-35	2.77 (1.36)	มาก
8. ผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ	0-40	3.09 (1.31)	มากที่สุด
โดยรวม	0-305	2.75 (0.97)	มาก



ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ($n = 223$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์คือ อายุ ระยะเวลาป่วย ผู้ดูแล รายได้ปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย และการวินิจฉัยโรค ตามลำดับ โดยปัจจัยทั้งหมดมีความสัมพันธ์ระดับน้อย ($r = 0.21 - 0.50$) และน้อยมาก ($r = 0.01 - 0.20$)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 223$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์ ความสัมพันธ์ r	Sig (two-tailed) p	ลำดับ	ระดับ ความสัมพันธ์
อายุ	.261**	0.000	1	น้อย
ระยะเวลาป่วย	.249**	0.000	2	น้อย
ผู้ดูแล	.200**	0.003	3	น้อยมาก
รายได้ปัจจุบัน	-.178*	0.023	4	น้อยมาก
ดัชนีมวลกาย	-.161*	0.021	5	น้อยมาก
การวินิจฉัยโรค	.158*	0.020	6	น้อยมาก
สถานภาพสมรส	0.071	0.295		-
ระดับการศึกษา	-0.053	0.430		-
เพศ	-0.037	0.583		-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 16 คน เพศชาย 8 คน หญิง 8 คน นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด อายุเฉลี่ย 54 ปี (S.D. = 8.25) ช่วงอายุ 37 - 66 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษาและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง มีผู้ดูแล ร้อยละ 100 รายได้ครอบครัว 600-20,000 บาท/เดือน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือดทั้งหมด อ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตครึ่งซีก ร่วมกับอาการอื่นๆ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 6.25 ปี (Range 49-89 ปี) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรคขึ้นไป ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.68 Kg/m² (อ้วนระดับ 1) ข้อคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อคือ “ท่านช่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกด้านจิตใจที่เป็นผลกระทบจากชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง” และ “ช่วยบอกถึงปัญหาด้านจิตใจที่ทำให้ท่านไม่สบายใจมากที่สุดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง”

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบอกเล่าประสบการณ์ผลกระทบทางจิตใจ ส่วนใหญ่เกี่ยวเนื่องกับภาวะอัมพาตครึ่งซีก ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมชีวิตได้ด้วยตนเอง ยังต้องพึ่งพาผู้ดูแลและผู้ช่วยเหลือ ไม่สามารถเดินทางไปไหน ๆ หรือทำงานได้ โดยบอกเล่าออกมาเป็นประสบการณ์ทางลบ ทำให้เกิดความทุกข์ ความคับข้องใจ อึดอัดใจ จนถึงบางคนมีปัญหาด้านจิตใจต้องบำบัด มีบางคนระบุดีความตาย ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้หลักการนำข้อมูลที่ได้มาจากสัมภาษณ์เชิงลึกมาสรุป (Inductive) พบว่า ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสรุปได้ 6 ประเด็นหลักคือ 1) รู้สึกเจ็บปวดเพราะต้องเป็นคนพิการ ไร้สมรรถภาพ 2) ชีวิตยุ่งยาก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ 3) ต้องพึ่งพาคนรอบข้าง 4) ความหดหู่ ซึมเศร้า 5) ความอึดอัด รู้สึกชีวิตวัน ๆ แคบ และเหงา 6) หวาดวิตกกังวลอนาคตที่ไม่แน่นอน ไม่มีหลักประกัน

1) รู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเป็นคนพิการ ไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเดิมที่มีความสามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง เดินทางไปไหนมาไหนได้ ทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ เมื่อต้องกลายเป็นผู้พิการหลังเกิดโรค ในระยะแรกก็ยังรอคอยความหวังว่าจะหายจากภาวะพิการ แต่เมื่อภาวะแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกไม่มีอาการดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบทางจิตใจที่รุนแรงหรือเป็นความเจ็บปวดลึก ๆ ในใจที่ไม่อยากยอมรับความพิการ หรือรู้สึกว่าเป็นคนไร้สมรรถภาพ บางคนรู้สึกอับอายดังตัวอย่างคำพูด



“รู้สึกแย่มาก ใจ รับไม่ได้ เวลาจะทำอะไรแล้วแขนขา เราทำไม่ได้ มันไม่ไปสะดวกเหมือนเก่า บางทีไม่อยากไปไหน เพราะเวลาออกไป คนชอบมอง บางคนก็ทำท่า กลัวเราจะหกล้มตลอด เราเลยรู้สึกว่า เป็นภาระให้คนอื่นต้องคอยมาดูแล รู้สึกปวดใจ ที่ทำไมเราต้องเป็นแบบนี้ จะต้องพิการไปตลอดชีวิต แล้วจะทำอะไรได้อีก ทุกข์ใจมากที่สุดก็คือเรื่องนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ณ)

“รู้สึกว่า เราน่าจะทำบาปไว้ในตอนเด็ก ๆ หรือในอดีตชาติ ต้องมารับกรรมตอนแก่ อยู่ดีไม่ว่าดี ต้องมานั่ง ๆ นอน ๆ เจ็บลึก ๆ นะเวลาต้องมีคนมาทำโน่นทำนี่ให้ ตอนอยู่โรงพยาบาล หมอบอกไม่ต้องอาย ๆ เอ้า..คนมันอายนะ แขนตายขาตาย แต่ความรู้สึกอะไรมันยังไม่ตายนะ ก็อายนะเพราะต้องเป็นคนพิการ น่าจะถาวรแล้ว เพราะทำยังไง ก็ไม่ดีขึ้น ไม่มีแรงนี่ก็จะเกือบ 2 ปีแล้ว ไม่รู้จะรักษาอย่างไรแล้ว ก็พยายามทำใจยอมรับแต่ก็ยังรู้สึก ไม่อยากยอมรับเลย อยากทำอะไร ได้เหมือนเดิมบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 ช)

2) ชีวิตยุ่งยาก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีกที่ไม่ฟื้นตัว จะทำให้การทํากิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองทำได้ลำบากหรือมีความยุ่งยาก ทำไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองขั้นพื้นฐานที่ตนเองต้องการได้ ต้องรอคอยผู้ช่วยเหลือ บางครั้งมีชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความต้องการประสบผลสำเร็จในชีวิตถูกขัดขวาง ไม่สามารถเดิน ทำงาน หรือมีความจำกัดของการเข้าสู่สังคม ผู้ป่วยระบุนความถดถอยของการดำเนินชีวิตที่มีความจำกัดว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก และรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ ดังคำพูด

“ความรู้สึกก็คือ รู้สึกชีวิตยุ่งยาก ไม่อยากอยู่ ทำอะไรก็ติด ๆ ขัด ๆ รู้สึกยุ่งยากไปทุกอย่าง บางทีก็ไม่ทำอะไรมันซะเลย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่อยากทรมาน เป็นภาระให้คนอื่นต้องมาลำบาก ทำงานก็ไปทำไม่ได้ ต้องนอนเฝ้าบ้าน รอให้คนลูกเมียมาหาให้กิน แค่ว่าจะไปห้องน้ำ บางทีไปไม่ได้แค่ครึ่งทางก็ปัสสาวะรด ต้องรอให้ลูกเมียมาเช็ดให้ ถามว่าจะรู้สึกอย่างไร แบบนี้ตายดีกว่าไหม ไม่รู้จะฉีราด อุจจาระรด เบื่อน ต้องรอให้คนมาเช็ดเอา ก็รู้สึกอายนะ เบื่อชีวิตมาก จะต้องเป็นไปถึงไหน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 ช)

“รู้สึกไม่อยากอยู่ อะไรๆ ทำไม่ได้ กว่าจะทำได้แต่ละอย่างยุ่งยาก เหนื่อย มีพี่อาศัยใกล้กัน คอยแวะมาช่วยเหลือเขาหาข้าวมาให้ตอนเช้า บางทีก็ทำเองบ้าง กว่าจะเสร็จ กว่าจะล้าง ก็ลำบาก แต่ทุกวันนี้ก็กินน้อย เพราะเบื่อ ไม่ค่อยหิว รู้สึกปลงกลัวว่าเวลาตายไม่มีคนเห็น แต่อะไรจะเกิดก็คงไปห้ามไม่ได้ ตายก็ตาย ยังไงก็จะต้องตามนั้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 ณ)

“ก็แย่นะ เบื่อทุก ๆ วัน ช่วงโควิดด้วย ไม่อยากออกไปไหน กลัวล้ม แค่ออกไปหน้าบ้าน ยังยุ่งเลย จะให้ไปไหน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ณ)

3) ต้องพึ่งพาคนรอบข้าง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ส่วนใหญ่มีความจำกัดในการทํากิจวัตร ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ หรือมีคนคอยช่วยเหลือ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการเจ็บป่วยอาจเป็นคนที่ทำอะไรด้วยตนเองได้ ทำงาน เดินทางได้ด้วยตนเอง เมื่อเจ็บป่วยด้วยภาวะอัมพาต ทำให้ไม่สามารถทำได้อีก ความรู้สึกที่ตัวเองอยู่ในภาวะต้องพึ่งผู้อื่นจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบางคน บอกเล่าถึงความเกรงใจ กังวลใจกลัวเป็นการรบกวนผู้อื่นมากเกินไป โดยเฉพาะผู้ช่วยเหลือที่มีภาระอื่น ต้องทำงาน ทำให้บางครั้งผู้ป่วยก็ยอมไม่ขอความช่วยเหลือ ภาวะนี้ทำให้เกิดความคับข้องใจ และความต้องการพื้นฐานของชีวิตถูกจำกัด ดังตัวอย่างคำพูด

“รู้สึกว่า เป็นภาระ ต้องพึ่งคนอื่น เคยทำอะไรด้วยตัวเอง ต้องกลายมาเป็นคนที่ทำอะไรไม่ค่อยได้ เดินไม่ค่อยได้ต้องคอยมีคนมาดูแล ใครจะดูแลตลอด แต่เราก็เดินไม่ได้ ทำอะไร ต้องถนัดกันไป เดินติดดิน ก็เลยไม่อยากออกนอกบ้าน อายเขา ไปก็ไม่เหมือนชาวบ้าน หลบอยู่แต่ในบ้าน ไปทำไมล่ะ เขาจะมองเขา เขาจะเวทนาเกินไปนะ อยู่บ้านดีกว่า ถามว่าเบื่อไหมก็เบื่อกสุด ๆ แต่จะทำยังไง แขนขาลีบหรือแบบนี้ ต้องยอมรับ ก็ยังดีที่มีคนในบ้านคอยดูแล เป็นที่พึ่งได้บ้าง สงสารเขาเหมือนกันที่ต้องมารับกรรมกับเรา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 ณ)

“ถามความรู้สึกตอนนี้ก็ชินแล้ว ไม่รู้สึกอะไรแล้ว ยอมรับชะตาชีวิต ว่า เป็นคนพิการไปแล้ว ก็เหมือนคนที่เกิดมาแล้วต้องพิการ ต้องพึ่งพาพ่อแม่ เขาก็ไม่ทิ้งเรา สงสารเหมือนกันที่เขาต้องคอยช่วยเรา ทั้งที่เราก็กินอะไรไม่ได้แล้ว แต่ตอนนี้ก็ทำงานร้อยพวงมาลัยอยู่บ้าน ได้วันละ 50-75 บาทพอได้ค่าข้าว ทำไม่ค่อยสะดวก แขนซ้ายไม่มีแรง เวลาร้อยไม่ค่อยสะดวก เลยร้อยขา แต่ก็ดีกว่าไม่ทำอะไร เพราะจะคิดมาก เคยคิดไม่อยากอยู่บ่อยๆ สงสารแม่ด้วย เลยต้องหาอะไรทำ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ณ)

“ถ้าลูกไม่มาดูแล ก็ไม่รู้จะทำยังไง ต้องพึ่งเขาเกือบทุกเรื่อง คราวก่อนลูกไปทำงาน ตกเตียงลงมา ต้องตะโกนบอกเพื่อนบ้าน นานเลย บ้านมันไกลอยู่ ต้องให้มาช่วยเอาขึ้นเตียง ขาพับ คิดว่าขาหัก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 ช)



4) ความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า ผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะอัมพาตแขนขามีความยาวนาน ไม่ได้ขึ้น แขนขาลีบเล็กลงเรื่อยๆ จะเกิดปัญหาทางจิตใจที่มากที่สุดคือภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งเกิดได้ทั้งระยะแรกและระยะหลัง การเจ็บป่วย การศึกษานี้มีผู้ป่วยจำนวน 4 รายระบุว่ามีปัญหาหดหู่ ซึมเศร้า จำนวน 2 คนที่รักษาที่จิตแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูด

“ความรู้สึกตอนนี้เหวอคะ รู้สึกหดหู่ใจ มันเศร้าไปหมด ไม่มีความรู้สึกสดชื่นเลย ทำยังไงก็ไม่สดชื่น แต่ก่อนเคยเป็นคนสนุกสนาน ตอนนี้ไม่มีเลย มันไม่รู้สึก ช่วงที่ผ่านมานอนไม่ค่อยหลับ เครียด แก่งจนปานนี้แล้ว อยากตาย ๆ ไปจะได้ไม่ต้องเป็นภาระให้ลูกหลาน บางทีคิดมากซึมเศร้า วัน ๆ ไม่อยากทำอะไรเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 ญ)

“เป็นซึมเศร้า เพิ่งเริ่มรักษา เหมือนสมองไม่อยากจะคิด ไม่อยากทำอะไร อยู่ไปวัน ๆ ไม่มีค่า ทำอะไรก็ทำไม่ได้ลูกก็บอกให้อยู่เฉยๆ เปิดทีวีดูทั้งวันทั้งคืน แต่ก็เบื่อ อยากไปวัดก็ไปไม่ได้ เดินชากะผลก จะหกล้ม กลัวกระดูกหัก เดียวลูกจะลำบากกับเราซ้ำอีก หดหู่กับชีวิตตัวเองนะที่ต้องมาเป็นภาระให้ลูกหลาน ไม่อยากอยู่แล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ข)

“ตอนนี้รู้สึกดีแล้ว เรียกว่ายังดี เป็นพัก ๆ แ่เป็นพัก ๆ ก่อนหน้านั้นแย่มาก รักษาทางจิตเวชก็รู้สึกดีขึ้น แต่ก็มีซึม ๆ เศร้า ๆ บ้าง ไม่อยากทำอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 ข)

5) อึดอัด อยู่ไปวัน ๆ โลกแคบ และเหงา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก ส่วนใหญ่เดินไม่ได้ ต้องอยู่ภายในบ้าน และเป็นบ้านที่ห้องแคบ มีพื้นที่น้อย ทำให้เกิดความอึดอัด อยู่แต่ในห้องสี่เหลี่ยม พื้นที่นอกบ้านเป็นสวนหรือพื้นที่ที่วิ่งไม่สามารถเดินหรือออกไปได้รวมทั้งสังคมปัจจุบัน อาจไม่มีเพื่อนบ้านมาก หรือเพื่อนที่เคยคบกันก็ต้องทำงาน ไม่สามารถมาติดต่อได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เหงาเพราะต้องอยู่ลำพัง ผู้ดูแลที่ต้องทำงานอาจไม่ได้อยู่ด้วยตอนกลางวัน ดังตัวอย่างคำพูด

“รู้สึกอึดอัดกับชีวิตตัวเองมากที่สุด เคยทำงานเป็นพนักงานต่อสายจางานดาวเทียม ที่ทำงานให้เปลี่ยนจากทำงานเอกสารอยู่สำนักงาน เราก็กทำไม่ค่อยได้ คิดว่าคงต้องลาออก คงต้องตกงาน ยังไม่รู้จะทำอะไร เพราะแขนขาอ่อนแรงไม่ดี ความคิดความจำก็แย่งลง ไม่รู้จะทำอะไร เดิมเคยมีเพื่อนร่วมงาน ตอนนี้ก็เงียบเหงา ไม่ค่อยมีเพื่อนแล้ว เพราะเพื่อนเขาต้องไปทำงาน เห็นแม่เข็นรถไปขายขนมครก รู้สึกแยที่ตัวเราต้องมาเป็นคนพิการอยู่บ้าน รู้สึกว่าชีวิตแคบลง ไม่มีทางให้เดินต่อเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 ข)

“ไม่รู้จะรู้สึกอย่างไร มันเหมือนซาๆ ทุกวันซ้ำซาก ไม่มีอะไรทำ เหมือนต้องนั่งรอ นอนรออยู่แต่ในบ้าน ทำอะไรก็ลำบากไปไหนก็ไม่ได้ แต่ก่อนเคยขับรถได้ ไปทุกทิศทุกแดน ตอนนี้ทำไม่ได้ ต้องอยู่บ้านเฉยๆ ลูกก็บอกระให้อยู่บ้านลูกเขาจะดูแลเอง ไม่ให้ทำอะไร แต่เหมือนใจยังไม่ยอมรับ อยู่บ้านไม่ได้ทำอะไร มันก็เหงาๆ ทำอย่างไรจะเดินได้เหมือนเก่า ปากเบี้ยวก็ไม่หาย อายุคนเหมือนกันเวลาพูด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 ข)

6) หวาดวิตกกังวลอนาคตที่ไม่แน่นอน ไม่มีหลักประกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก รับรู้ถึงความยาวนานของแขนขาที่อ่อนแรงไม่ดีขึ้น และมีความหวังที่จะหายลดน้อยลง ความอ่อนแอด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงในทางที่แย่งลง ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพว่ามีความไม่แน่นอน อาจเกิดโรคซ้ำได้หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้การทำงานไม่ได้ทำให้ไม่มีรายได้เงินตัวเองและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีหลักประกันชีวิต ดังตัวอย่างคำพูด

“รู้สึกแยที่ที่ต้องกลายมาเป็นคนพิการ อนาคต ทำงานหาเงินไม่ได้ ต้องพึ่งคนในครอบครัว เคยไปช่วยขายส้มตำที่ตลาด แต่แคดร์อน ก็ทนไม่ได้เหมือนเดิม สามี่ต้องขายคนเดียว หนักคนเดียว รายได้ก็ไม่ค่อยพอเพราะยังมีลูกที่อยู่ในวัยเรียน 2 คน ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร ทำงานไม่ได้ หาเงินไม่ได้ ว่าจะไปขอเบี้ยคนพิการ แต่ยังเป็นไม่ถึง เขาบอกต้องให้เลย 6 เดือน จะได้เบี้ยคนพิการ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16 ญ)

“รู้สึกไม่มือนาคต เคยอยากทำโน่นทำนี่ ทำไม่ได้ซักอย่าง รู้สึกไม่มีหลักยึด ชีวิตไม่มีความแน่นอน ไม่นั่นคงจะรักษา จะทำอะไรก็ไม่มีหลักยึด ไม่รู้จะลุกขึ้นยืนได้อย่างไร เพราะกลายเป็นคนพิการแขนขา ไม่น่าจะหายแล้ว ทำมาทุกอย่างแล้ว ทั้งแผนโบราณแผนปัจจุบัน ไม่ได้ซักอย่าง คงต้องไปเกิดใหม่อย่างเดียว อันนี้พูดกันซาๆ นะ แต่ชีวิตจริงไม่ค่อยซา มีแต่ความกังวลใจ เพราะพาลจะพาให้ครอบครัวเสียไปด้วย กลัวจะล้มกันหมด ครอบครัวพัง ทำอย่างไรจะมีงานทำ มีรายได้มันแหละคือเรื่องที่ดีมากในตอนนี้ เป็นโรคหลอดเลือดสมองมานานเกือบ 3 ปีแล้ว ยังหาจุดยืนไม่ได้เลย บางวันก็ไปถอนหญ้าไปปลูกมัน เหมือนเขาสงสารเลยให้ทำ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 ข)



“แม่สุดก็คือไม่มีเงิน บางวันหลานซื้อแกงจืดมาทิ้งให้ บางวันไม่มีจะกิน แต่ก่อนมีลูกคนโตให้เงิน แต่ลูกประสบอุบัติเหตุ เสียชีวิต ทุกวันนี้ไม่มีใครสนใจ บางทีก็รู้สึกอยู่ไปทำไมทุกซกขนาดนี้ หมอบอกให้กินอาหารดีๆ ลดไขมัน แต่ไม่มีอะไรจะกิน ทำงานไม่ได้ ไม่มีรายได้ มีอะไรกินได้เราก็ต้องกิน เดียวนี้ก็ไม่ได้ไปโรงพยาบาลแล้ว ลูกหลานเขาก็ทำงาน แต่ถึงไปที่ก็ไม่เห็นตรวจอะไร คือ เก่า เลยไม่ไป จะเกิดอะไร เป็นอะไรก็ช่างเถอะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 ญ)

การอภิปรายผล

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 2.75, S.D. = 0.97) โดยมีผลกระทบรายด้านอยู่ระดับมากที่สุดคือ ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (Mean 3.54, S.D. = 1.04) และผลกระทบจากโรคที่มีผลต่อสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ (Mean 3.09, S.D. = 1.31) ส่วนผลกระทบรายด้านอื่นอยู่ในระดับมาก คือด้านความคิด ความจำ ด้านความรู้สึการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความสามารถในการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ ด้านการทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวและด้านความสามารถในการใช้มือข้างที่ได้รับผลกระทบ ผลกระทบด้านความสามารถในการเข้าใจต่อการอ่านการฟังและการสื่อสาร อยู่ระดับปานกลาง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็นภายหลังเกิดโรคระยะแรกหรือระยะหลังเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นช่วงเวลา 1 ปีแรก และผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้นระยะหลังหรือระยะเรื้อรังภายหลัง 1 ปี (Post acute phase) การศึกษานี้ใช้แบบวัดผลกระทบของโรค (Stroke Impact Scale 3.0)¹² หรืออีกนัยหนึ่งคือแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นมาอย่างเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถประเมินคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง ซึ่งแตกต่างจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป (Generic quality of life หรือ WHO quality of life)¹³ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคอาจพบแตกต่างกันตามพยาธิสภาพที่เกิด ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของการขาดเลือดที่ทำลายเนื้อสมอง เส้นประสาท ไซสันหลัง ระยะเวลาการรักษาและวิธีการรักษาในช่วงเฉียบพลัน เป็นต้น นอกจากนี้ในระยะที่ผู้ป่วยพ้นจากช่วงเฉียบพลัน ระยะเวลาภายหลังเกิดโรค ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพร่างกายจะเป็นตัวแปรสำคัญต่อการฟื้นฟูพยาธิสภาพภายหลังเกิดโรค พยาธิสภาพที่ได้รับการฟื้นฟูให้คืนสภาพหรือคงสภาพได้มากที่สุด จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้น้อยลงภายหลังการเกิดโรค นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพที่เกิดตอนแรกและเกิดตามหลังได้ทำให้เกิดปัญหาความบกพร่องและการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากและแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Lawrence และคณะ¹⁵ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,259 คน พบว่า ภาวะบกพร่องที่พบมากที่สุดคือ อ่อนแรงของแขน ร้อยละ 77 กลั้นปัสสาวะอุจจาระลำบาก ร้อยละ 44 มีปัญหาการพูดผิดปกติ ร้อยละ 44.70 และความคิด ความจำบกพร่อง ร้อยละ 43.90 และสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช¹⁶ พบว่าในระยะฟื้นฟูสภาพ ค่าเฉลี่ยผลกระทบด้านร่างกายทั้งหมด ร้อยละ 51.90 ผลกระทบรายด้านเรียงจากมากไปน้อย พบมากที่สุดคือด้านการสื่อสารบกพร่อง รองลงมาคือความคิดความจำบกพร่อง การควบคุมอารมณ์ การมีส่วนร่วมทางสังคม กิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยให้คะแนนการฟื้นฟูที่ร้อยละ 56.60 การใช้แขนข้างที่อ่อนแรง ร้อยละ 44.40 และความแข็งแรงของร่างกาย ร้อยละ 40.80 ค่าเฉลี่ยผลกระทบด้านร่างกายทั้งหมด ร้อยละ 51.90 โดยผลกระทบด้านร่างกายเป็นผลกระทบที่เด่นชัด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรคหลอดเลือดสมองมีพยาธิสภาพแบบขาดเลือด (Ischemic stroke) มากที่สุด¹ พยาธิที่เกิดจากหลอดเลือดแดงด้านหน้าจะเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของแขนขา การพูดและการสื่อสารผิดปกติ การควบคุมการกลืนอุจจาระปัสสาวะผิดปกติ ความคิด ความจำบกพร่องทำให้เกิดภาวะพิการรุนแรง โดยเฉพาะผลกระทบด้านความแข็งแรงของร่างกาย และผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ เนื่องจากพยาธิสภาพของสมองขาดเลือดควบคุมด้านการเคลื่อนไหวและประสาทสั่งการ (Motor function) การประสานงานของการเคลื่อนไหว (Coordination) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of motion) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) ซึ่งจะมีผลต่อกำลังกล้ามเนื้อแขนขาซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย



จากผลการวิจัยพบว่า ผลกระทบของโรคที่พบมากเป็นลำดับที่ 2 คือผลกระทบของโรคที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมประจำทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลกระทบที่เกิดกับความแข็งแรงของร่างกายคือ เมื่อร่างกายมีปัญหาแขนขาอ่อนแรง ทำให้การเคลื่อนไหว การประสานงานกล้ามเนื้อ การทรงตัวหรือประสาทสัมผัสบกพร่อง มีปัญหาการพูด การคิดความจำบกพร่อง เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย การเดิน ทำกิจวัตรประจำวัน หรือเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคมไม่ได้ตามปกติ ต้องอาศัยผู้ดูแลหรือผู้ช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยลดการทำกิจกรรมลง เนื่องจากเกิดความรู้สึกไม่เอายากรบวง เป็นภาระให้ผู้อื่น หรืออายคนอื่น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศิริราชที่พบว่า ผลกระทบด้านการทำกิจกรรมทางสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นปัญหาสำคัญลำดับที่ 3¹⁶ ผลกระทบด้านการทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะความสามารถในการใช้มือข้างที่อ่อนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบของโรคอยู่ในระดับมาก ซึ่งจะมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะบกพร่องในการการรับประทานอาหาร การทำความสะอาด การแต่งตัว การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ผลกระทบเฉพาะด้านนี้สัมพันธ์กับกำลังกล้ามเนื้อแขนขา (Muscle power) และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแขนขาผิดปกติมากกว่าครึ่ง โดยมีความผิดปกติของการตึงตัวของกล้ามเนื้อแบบอ่อนตัว (Hypotonia) ประมาณร้อยละ 30 และความตึงตัวของกล้ามเนื้อแบบเกร็ง (Spastic) ร้อยละ 4 ซึ่งผลของพยาธิสภาพทำให้สมรรถนะการใช้งานของร่างกายแบบเฉพาะเจาะจงทำได้ลดลง¹ ผลของพยาธิสภาพนี้ขึ้นอยู่กับระดับการฟื้นฟูที่ติดด้วย ผู้ป่วยที่ขาดการฟื้นฟูสภาพที่ดีและต่อเนื่องจะทำให้กำลังกล้ามเนื้อ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อของแขนขาข้างที่มีพยาธิสภาพ ไม่สามารถฟื้นกลับคืนและและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขา (Spasticity) ที่ศึกษาในคนเกาหลีใต้ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือน พบภาวะ Spastic ร้อยละ 7.30 โดยเกิดกับแขน ร้อยละ 6.70 เกิดกับขาร้อยละ 4.30 และพบความสัมพันธ์กับระดับการทำกิจวัตรประจำวันต่ำ และค่าประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ต่ำ¹⁷

ผลกระทบด้านความคิด ความจำ ความรู้สึกและอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก และผลกระทบด้านความเข้าใจและการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นผลกระทบที่จะมีผลต่อการทำงานที่ใช้ความคิดหรือใช้ความชำนาญ ทำให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองบางส่วนไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Douiri และคณะ¹⁸ ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 4,212 คน) พบว่าปัญหาความคิดความจำบกพร่องหลังเกิดโรค 3 เดือนร้อยละ 22 ในระยะ 5 ปี ร้อยละ 22 และในระยะ 14 ปี พบร้อยละ 21 นอกจากนี้การศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย พบความผิดปกติของความคิดความจำหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 68.20 และพบมากขึ้นในกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากขึ้น ผลการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลต่อผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและอยู่ในระดับน้อยเรียงตามลำดับ คือ อายุ ระยะเวลาป่วย และผู้ดูแล ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระดับน้อยมาก คือ รายได้ปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย และการวินิจฉัยโรค ตัวแปร ที่ไม่มีความสัมพันธ์คือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Enato และคณะ¹⁹ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชาย สัมพันธ์กับผลกระทบของโรค เนื่องจากเพศชายส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว และต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ด้านอายุวัยสูงอายุหรือมีอายุมากขึ้นสัมพันธ์กับความเสื่อมของร่างกายที่มาก ทำให้เกิดผลกระทบของโรคมามากขึ้นและฟื้นฟูสภาพช้ากว่าวัยผู้ใหญ่ ระยะเวลาป่วยทำให้ผลกระทบของโรคเพิ่มขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจเนื่องจาก การเจ็บป่วยเรื้อรัง การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับการรักษาซ้ำ หรือติดเตียงนาน ส่วนจำนวนผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ช่วยฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบของโรคน้อยลง จากผลการศึกษาเทียบเคียงทั้งการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าผลกระทบด้านความคิด ความจำ ความรู้สึกและอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก เมื่อศึกษาผลสมมติด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสบการณ์ผลกระทบทางจิตใจเกี่ยวกับภาวะอัมพาตครึ่งซีกคล้าย ๆ กัน เป็นประสบการณ์เชิงลบที่ฝังใจ และคงอยู่แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยาวนาน จากการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรคระยะแรก 3 เดือนพบว่า ผู้ป่วยจะมีผลกระทบทางจิตใจคือ รู้สึกทุกข์ทรมาน (Suffered) เนื่องจากการเกิดอาการ เช่น เจ็บปวดเส้นประสาท เหนื่อยล้า ความคิดความจำแย่งลง เกิดความวิตกกังวลสูงร้อยละ 51.30 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 76.10 ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาจิตใจคือ การเดินไม่ได้ และภาวะที่นิ่ง นอนติดเตียงนานเกิน 12 ชั่วโมง²⁰



ผลกระทบด้านจิตสังคม อารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากและเป็นปัญหาสำคัญคือภาวะซึมเศร้า (Post stroke depression: PSD) ซึ่งประมาณ 1/3 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 - 5 ปีเกิดภาวะซึมเศร้าหลังการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิตลดลง และอัตราการตายสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบ ผลกระทบด้านอารมณ์ที่แปรปรวนหรือบุคลิกภาพแปรปรวน ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่มีการให้ความสำคัญเพื่อค้นหาและบำบัดรักษา²¹ ส่วนผลการศึกษานี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยยาวนานเกิน 1 ปี พบว่า ผลกระทบทางจิตใจสรุปได้เป็นประเด็นหลัก 6 ประเด็น ส่วนใหญ่ปัญหาเชิงลบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรงหรือพิการถาวร ทำให้สมรรถนะร่างกายถดถอย มีผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การทำงาน และการทำกิจกรรมทางสังคมทำได้ยากลำบาก ปัญหาจิตใจที่พบมีลักษณะเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หดหู่ใจ เครียด เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีคุณค่า ต้องพึ่งพาคนอื่น อึดอัด เหงา ขาดแคลน รู้สึกชีวิตแคบ อยู่ไปวันๆ และไม่อยากมีชีวิตอยู่ สอดคล้องกับหลายการศึกษา²¹⁻²³ ทั้งนี้ผลการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจและอารมณ์หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่ง เป็นผลมาจากผลกระทบต่อสมองและระบบประสาทโดยตรง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า บุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพ 2 ชั่วโมง รู้สึกไม่มีคุณค่า รู้สึกสิ้นหวัง กระจับกระจาย ต้องจำใจยอมรับโชคชะตา²²⁻²⁴ ซึ่งเมื่อเกิดเป็นสภาวะจิตใจใหม่ บุคลิกภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัว และต้องอาศัยกำลังแรงใจในการปรับตัวอย่างสูง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยคัดเลือกที่มีภาวะอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้สมบูรณ์ หลงเหลือความพิการถาวร ภาวะจิตใจเหล่านี้เกิดขึ้นบนความเป็นจริงในโลกของผู้ป่วยพิการโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเผชิญ บางคนก็ทุกข์มาก ปรับตัวไม่ได้ มีชีวิตจืดจางไม่ดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Wenzel และคณะ²⁵ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพประสบการณ์ความต้องการด้านจิตสังคมในผู้ป่วยที่รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง โดยวิธี Phenomenological research พบประเด็นหลักคือ 1) ประสบการณ์ความหลากหลายของอารมณ์ 2) เสมือนไม่มีที่เริ่มต้นที่จะเปิดเผยความรู้สึกทางจิตใจ 3) รับรู้ว่าความต้องการด้านจิตสังคมยังไม่ได้รับการประเมินโดยบุคลากรสุขภาพ 4) ความรู้สึกโศกเศร้าจากการสูญเสียบทบาทหลังเกิดโรค และต้องทำงานอย่างหนักเพื่อสร้างความปกติใหม่ในชีวิต 5) ได้รับคำแนะนำให้พัฒนาการดูแลตนเอง ปัญหาทางจิตสังคมหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ยังได้รับความสนใจต่ำจากบุคลากรสุขภาพ แต่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่รุนแรง ซึ่งทำให้ความผาสุกของชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวหายไป ผู้ป่วยบางคนก็สามารถปรับตัวปรับแนวคิดใหม่ ต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิตได้ มีโลกใหม่หลังการเจ็บป่วยที่ดี ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลที่เข้าใจ คนในชุมชน อสม. รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการประเมินผลกระทบทางร่างกายและจิตใจหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงควรให้ความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าการประเมินด้านร่างกาย ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อลดผลกระทบของโรค ควรทำควบคู่ไปกับการพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจจากเชิงลบให้เป็นพลังทางบวก ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นใหม่หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยซ้ำเพื่อประเมินผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ หรือการศึกษา Meta-analysis ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลขยายผลในการติดตามผลกระทบของโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นรูปธรรม
2. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย อาจแตกต่างกันเนื่องจากบริบทด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและนโยบายแต่ละท้องถิ่น ควรมีการศึกษาครอบคลุมในแต่ละภูมิภาคหรือเขตสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีงบประมาณ 2563



References

1. World Stroke Organization: WSO. Impact of stroke [internet]. 2025 [cited 2025 Apr 10]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke>.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2023 Ministry of Public Health. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership; 2024. (in Thai)
3. Gerstl JVE, Blitz SE, Qu QR, Yearley AG, Lassarén P, Lindberg R et al. Global, regional, and national economic consequences of stroke. *Stroke*. 2023;54(9):2380-9.
4. Kanchanapibulwong A, Kumwangsanga P, Kaewta S. (Eds.). Situation of NCDs: diabetes, hypertension and related risk factors 2019: Report. 2019. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited; 2019. (in Thai)
5. Aguirre OA, Rogers JL, Reardon T, Shlobin NA, Ballatori AM, Brown NJ, et al. Stroke management and outcomes in low-income and lower-middle-income countries: a meta-analysis of 8535 patients. *J Neurosurg*. 2023;139:1042-51.
6. Burriss JE. Stroke rehabilitation: current American Stroke Association Guidelines, care and implications for practice. *Missouri Medicine*. 2017;114(1):40-3.
7. Hines S, Kynoch K, Munday J. Nursing interventions for identifying and managing acute dysphagia are effective for improving patient outcomes: a systematic review update. *J Neurosci Nurs*. 2016; 48(4);215-23.
8. American Stroke Association. Trouble Swallowing After Stroke (Dysphagia) [internet]. 2025 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke/physical-effects/dysphagia>.
9. Llorca GE, Castilla-Guerra L, Moreno F, Doblado R, Hernandez J. Post-stroke depression: an update. *Neurologia*, 2015;30(1):23-31.
10. American Stroke Association. Physical effects of stroke. [internet]. 2025 [cited 2025 Apr 12]. Retrieved Available from: <http://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke/physical-effects>.
11. Haacke C, Althaus A, Spottke A, Siebert U, Back T, Dodel R. Long-term outcome after stroke evaluating Health-related quality of life using utility measurements. *Stroke*. 2015;37:193-8.
12. Choi SU, Lee HS, Shin JH, Ho SH, Koo MJ, Park KH, et al. Stroke Impact Scale 3.0: reliability and validity evaluation of the Korean version. *Ann Rehabil Med*. 2017;41(3):387-93.
13. Garnjanagoonchorn A, Dajpratham P. Reliability and validity of the Thai version of the Stroke Impact Scale (SIS) 3.0. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*. 2015;25(2):45-52. (in Thai)
14. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
15. Lawrence ES, Coshall C, Dundas R, Stewart J, Rudd AG, Howard R, et al. Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. *Stroke*. 2001;32:1279-84.



16. Yingkijsthavorn A, Harnphadungkit K. Quality of life in stroke patients at outpatient rehabilitation Clinic, Siriraj Hospital. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*. 2020;30(3):123-8. (in Thai)
17. Cha EG, Kim S-Y, Lee HI, Kim DY, Lee J, Sohn MK, et al. Prevalence rate of spasticity at 3 months after stroke in Korea: the Korean stroke cohort for functioning and rehabilitation (KOSCO) study. *Brain Neurorehabil*. 2016;9(2):1-9.
18. Douiri A, Rudd AG, Wolfe CDA. Prevalence of Poststroke Cognitive impairment South London Stroke Register 1995–2010. *Stroke*. 2013;44:138-45.
19. Enato EFO, Yowwin EO, Ogunrin OA. Assessment of health-related quality of life in stroke survivors attending two healthcare facilities in Benin City, Nigeria. *J Pharmacy & Bioresources*. 2011;8(1):54-60.
20. Giorgi A. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Humanities Press; 1985.
21. Pinzon RT, Sanyasi RL, Totting S. The prevalence and determinant factors of post-stroke cognitive impairment. *Asian Pac. J. Health Sci*. 2018;5(1):78-83.
22. Devereux N, Berns AM. Evaluation & treatment of psychological effects of stroke. *Dela J Public Health*. 2023;9(3):62–9.
23. Kusec A, Milosevich E, Williams OA, Chiu EG, Watson P, Carrick C, et al. Long-term psychological outcomes following stroke: the OX-CHRONIC study. *BMC Neurology*. 2023;23(426):1-17.
24. Shipley J, Luker J, Thijs V, Bernhardt J. The personal and social experiences of community-dwelling younger adults after stroke in Australia: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2018;8:e23525.
25. Wenzel RA, Zgoda EA, Clair MC, Knecht-Sabres. A Qualitative study investigating stroke survivors' perceptions of their psychosocial needs being met during rehabilitation. *The Open Journal of Occupational Therapy*. 2021;9(2):1-16.