

# บทวิจัย

## ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกรุงเทพมหานคร

กณิฐา ต้อยตา\*  
พัชรพร เกิดมงคล\*\*  
ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื้อ\*\*\*  
ทัศนีย์ รวีรกุล\*\*\*

### บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เป็นสาเหตุของความพิการและต้องการการดูแลในระยะยาว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัย ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุข และผู้ดูแลจำนวน 117 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแบบประเมินความต้องการการดูแล ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (56.4%) อายุเฉลี่ย 65.31 ปี (SD=12.14) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (58.1%) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 3 ถึง 17 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (91.5%) มีโรคประจำตัว โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ส่วนภาวะแทรกซ้อน พบข้อติดแข็งมากที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ ภาวะแทรกซ้อน ระดับคะแนนบาร์เทล (Barthel Index) และความต้องการการดูแลของผู้ดูแล ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ( $OR_{adj} = 3.93, p < 0.05$ ) ภาวะแทรกซ้อน ( $OR_{adj} = 0.14, p < 0.05$ ) โรคประจำตัว ( $OR_{adj} = 0.06, p < 0.05$ ) คะแนนบาร์เทล ที่ประเมินครั้งแรก ( $OR_{adj} = 9.67, p < 0.05$ ) และความต้องการการดูแลของผู้ดูแล ( $OR_{adj} = 0.17, p < 0.01$ )

จากผลการศึกษาคควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศหญิงและมีโรคประจำตัว นอกจากนี้ควรมีการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ดูแลด้วย การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่บ้าน

สำคัญ : การฟื้นฟู / โรคหลอดเลือดสมอง / ผู้ดูแล / การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

\* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## FACTORS PREDICTING ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG STROKE PATIENTS IN BANGKOK METROPOLITAN

Kanitha Tuida\*

Patcharaporn Kerdmongkol\*\*

Kwanjai Amnatsatsue\*\*\*

Tassanee Rawiworrakul\*\*\*

### ABSTRACT

---

**Background/ Objective :** Stroke is a major public health problem worldwide because of its prevalence and burden on quality of life and disability of the survivors. This descriptive study aimed to examine factors predicting living (ADL) of stroke patients who lived in Bangkok.

**Method :** Data was collected from 117 stroke patients at their houses, by using an interview method.

**Result :** More than half were males (56.4%) with an average age of 65.31 (SD=12.14) years, and 58.1% had completed primary school. The duration of stroke was 3 to 17 months and 91.5% of the subjects had chronic diseases. Hypertension and stiffness were the most common chronic diseases and complications. The results from logistic regression showed a relatively strong effect of sex and initial Barthel index (BI) on ADL status ( $OR_{adj} = 3.93\%$ , 95% CI 1.22-12.70, and  $OR_{adj} = 9.67$ , 95% CI 1.57-59.3, respectively). Males had about 3.9 times better ADL status, compared with females. Those who had a high (BI) score (50-70) had about 9.7 times better ADL status than those who had a low BI score (0-45). In addition, inverse effects on ADL status were found for chronic diseases ( $OR_{adj} = 0.06\%$ , 95% CI 0.007-0.64), complications ( $OR_{adj} = 0.15$ , CI 0.05-0.46), and caregiving demand ( $OR_{adj} = 0.17$ , CI 0.06-0.51).

**Conclusions :** The results support focusing intervention on promotion patients' activities of daily living particularly for those who are female and have chronic diseases. The needs of stroke patient should be assessed and supported continuously. Home visits are recommended to reduce complications and caregiving demands for stroke patients who live in Bangkok.

**Keywords :** Recovery; Stroke; Factors; Activities of Daily Living

---

\*Graduate student in Master of Public Health Science major in Public Health Nursing Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

\*\*Corresponding Author, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand

\*\*\*Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาท ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ในโรคกลุ่มที่ไม่ติดต่อ (NCDs)<sup>1</sup> สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เป็นอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและความดันโลหิตสูง โดยในปี พ.ศ.2555-2557 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจำนวน 20,368 23,222 และ 25,114 คนตามลำดับ<sup>2</sup>

ผลของโรคทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีความพิการหลงเหลืออยู่และต้องได้รับการดูแลในระยะยาวโดย ความผิดปกติ ที่พบบ่อย ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีกและ การอ่อนแรงของแขนขาตรงข้ามสมองที่เกิดพยาธิสภาพ ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว โดยพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง ร้อยละ 30 ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวและร้อยละ 25 ต้องการ ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน<sup>3</sup>

เป้าหมายสำคัญของการดูแลภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง ได้เหมือน ก่อนป่วย หรือตามศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการฟื้นฟูของโรคซึ่งสามารถประเมินได้ จากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลัง การป่วย จากการศึกษาของสมนึก สกฤษหงส์โสภณ และคณะ<sup>4</sup> พบว่า ความสามารถ ในกิจวัตรประจำวัน สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากการที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อยลง นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นยังสัมพันธ์กับความสามารถด้านการทำหน้าที่ลดลง<sup>5,6</sup>

และ เป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล<sup>7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การที่ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังเกิดโรคได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ<sup>8,9</sup> อายุ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ<sup>10</sup> โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน ระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ที่ประเมินครั้งแรก<sup>11,12</sup> และภาวะซึมเศร้า<sup>13</sup> นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแล้ว ปัจจัยด้านผู้ดูแล ก็เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากอาศัยการฟื้นฟูของระบบประสาทแล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพก็เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับมารักษาตัวที่บ้าน ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย<sup>14,15</sup> สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยด้านการฟื้นฟูสภาพและการประคับประคองจิตใจ<sup>16</sup> ความต้องการการดูแล มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการดูแล ผู้ป่วย<sup>17</sup> ซึ่งทั้งสมรรถนะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยล้วนส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

เพื่อป้องกันและชะลอไม่ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลายเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ลดการพึ่งพาจากผู้อื่นและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยพื้นฐาน บางประการ ตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรียม<sup>18</sup> ที่เกี่ยวข้องกับ การทบทวนวรรณกรรมร่วมกันมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit nursing theory) ของโอเรียม<sup>18</sup> ซึ่งโอเรียมกล่าวว่า การดูแลตนเอง (Self-care) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ที่พัฒนาความสามารถเพื่อดูแลตนเองในสภาวะแวดล้อมของ แต่ละบุคคล การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic conditioning factors) ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของ ผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน ระดับคะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ จากการทบทวนวรรณกรรมพบเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยผู้ดูแล ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความต้องการการดูแล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และได้รับการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Power analysis<sup>19</sup> ที่ค่าอำนาจทดสอบ 0.80 ค่าอิทธิพล 0.4 และค่าแอลฟา .05 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 118 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยคำนวณตามสัดส่วนของศูนย์บริการสาธารณสุขในแต่ละศูนย์ประสานงาน ซึ่งมีทั้งหมด 6 ศูนย์ประสานงาน มีจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขในความรับผิดชอบ 68 แห่งครอบคลุมพื้นที่ 50 เขตของกรุงเทพมหานคร ได้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นตัวแทนจำนวน 51 แห่ง หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลา การเจ็บป่วยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร สามารถสื่อสารได้และมีผู้ดูแล

ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การดูแลโดยไม่ได้รับ  
ค่าตอบแทน และยินดีเข้าร่วมวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล  
ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกบาร์ (Barthel Index : BI)

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index : BI) ที่สร้างขึ้นโดยมาโฮนีและ บาร์เธล<sup>20</sup> ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ประกอบด้วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ การลุกจากเตียงไปเก้าอี้ และการขึ้น-ลงบันได ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 75 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีภาวะพึ่งพำน้อย<sup>21</sup>

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ของ roenkek, Spitzer, & William<sup>22</sup> ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราโมช หล่อตระกูลและคณะ<sup>23</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นแบบประเมินชนิดลิเคิร์ตสเกล 4 ระดับเพื่อประเมินอาการนั้น ๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 9 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

4. แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของเฮาส์<sup>24</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นแบบประเมินชนิดลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 4 ระดับ ใช้

ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการประเมิน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านวัตถุประสงค์ของคะแนนรวมตั้งแต่ 18-72 คะแนน คะแนนมากหมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คะแนนน้อย หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

5. แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากแบบประเมินความใกล้ชิดสนิทสนมของวอลเกอร์และทอมป์สัน<sup>25</sup> ที่ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ตีรไพรวงศ์<sup>26</sup> ใช้ในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการประเมินเกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ของกันและกัน ความผูกพันและ ความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยดี

6. แบบประเมินความต้องการการดูแลสร้างขึ้นโดยโอเบิร์ส<sup>27</sup> เพื่อใช้วัดภาวะการดูแลสมาชิกในครอบครัว ที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน ต่อมาสายพิณ เกษมกิจวัฒนา<sup>28</sup> ได้นำมาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย โดยศึกษาเฉพาะในส่วน ความต้องการการดูแล หรือปริมาณเวลาที่ใช้ ในการดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคลและการดูแลทั่วไป คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาวะการดูแลมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ทางด้านกายภาพและผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.77-1.00 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index : BI) เท่ากับ 0.92 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.78 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.89 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เท่ากับ 0.92 และแบบประเมินความต้องการการดูแล เท่ากับ 0.79

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับหนังสือรับรองเลขที่ 052 รหัสโครงการ N010q/59 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคนกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกบริการสาธารณสุข พยาบาลเยี่ยมบ้านประสานไปยังครอบครัวผู้ป่วยเพื่อทำการนัดหมาย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพร้อมกับทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวិจัยก่อนเริ่มสัมภาษณ์ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนาเพื่อแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้า แรง

สนับสนุนทางสังคม ที่ผู้ป่วยได้รับ ปัจจัยผู้ดูแล ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความต้องการการดูแล กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis)

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 117 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 56.4 มีอายุเฉลี่ย 65.31 ปี ( $\bar{X} = 65.31$  , S.D. = 12.14) โดยมีอายุระหว่าง 25-96 ปี มีระยะเวลา การเจ็บป่วยตั้งแต่ 3-19 เดือน เฉลี่ย 10.46 เดือน ( $\bar{X} = 10.66$  , S.D. = 3.50) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 58.1 ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.5 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 82.9 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และ โรคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 29.1 , 22.2 , 14.5 และ 8.5 ตามลำดับ โดยหลังเกิดโรคผู้ป่วยร้อยละ 48.7 มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ข้อติดแข็ง คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมาได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ และ การเกิดปอดอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 11.1 , 3.4 และ 1.7 ตามลำดับ ระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมจากการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรก (Barthel Index : BI) ประเมินโดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.8 รองลงมาคือ 50-70 คิดเป็นร้อยละ 16.2

**ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้ป่วยได้รับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความต้องการการดูแลของผู้ดูแล**

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 28.2 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 0-21 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.05 ( $\bar{X} = 6.05$ , S.D.= 4.56)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.3 โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 31-72 คะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 53.69 ( $\bar{X} = 53.69$ , S.D.=7.60) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ รองลงมาคือ ด้านวัตถุ สิ่งของ ด้านการประเมินและด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.01, 3.00, 2.94 และ 2.92 ตามลำดับ

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 93.2 มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 37-85 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.30 ( $\bar{X} = 69.30$ , S.D.=10.70)

ความต้องการการดูแลของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 54.7 ประเมินว่ามีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 17-68 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.74 ( $\bar{X} = 44.74$ , S.D.=10.24) โดยความต้องการดูแล ที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความต้องการดูแลเกี่ยวกับการทำงานบ้าน รองลงมาคือต้องการเกี่ยวกับการจัดการเรื่องการเดินทาง และความต้องการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และอุบัติเหตุ ( $\bar{X} = 3.56$ , 3.36 และ 3.32 ตามลำดับ)

**ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index : BI) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ประเมินจาก การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรก (Barthel Index : BI) น้อยกว่า 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.8 เฉลี่ยเท่ากับ 21.75 ( $\bar{X} = 21.75$ , S.D.=22.50)**

เมื่อประเมินติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 45.3 มีระดับคะแนนบาร์เทล (BI) น้อยกว่า 50 คะแนน รองลงมาผู้ป่วยมีระดับคะแนนบาร์เทล (BI) 75-100 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 38.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.64 ( $\bar{X} = 54.64$ , S.D.= 31.89)

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และ ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน คะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ ปัจจัยผู้ดูแล ได้แก่ สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความต้องการการดูแล โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่า เพศ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน คะแนน

ความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ที่ประเมินโดยทีมพยาบาลจากการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรก และความต้องการการดูแลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 3 เดือน ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) (Table 1)

**Table 1** Relationship between demographic characteristics, chronic diseases, complication, Initial Barthel index, depression, social support, patients – caregiving relationship, caregiving demand, and Activity of Daily Living Status.

Variables	Activity of Daily Living Status		$\chi^2$ ( $p$ -value)
	(BI $\geq$ 75)	(BI $<$ 75)	
<b>Demographic characteristics</b>			
<b>- Gender</b>			
Male	32 (27.4)	34 (29.1)	6.43 (0.01)
Female	13 (11.1)	38 (32.5)	
<b>- Age (year)</b>			
$\leq$ 60	19 (16.2)	22 (18.8)	1.66 (0.198)
$>$ 60	26 (22.2)	50 (42.7)	
<b>- Education Level</b>			
Primary School	27 (23.1)	41 (35.0)	0.18 (0.912)
Secondary	14 (12.0)	23 (19.7)	
No	4 (3.4)	8 (6.8)	
<b>Chronic disease</b>			
Yes	37 (31.6)	70 (59.8)	7.97 (0.005)
No	8 (6.8)	2 (1.7)	
<b>Complication</b>			
yes	11 (9.4)	46 (39.3)	17.25 (0.001)
No	34 (29.1)	26 (22.2)	

**Table 1** Relationship between demographic characteristics, chronic diseases, complication, Initial Barthel index, depression, social support, patients – caregiving relationship, caregiving demand, and Activity of Daily Living Status. (Cont.)

Variables	Activity of Daily Living Status		$\chi^2$ (p-value)
	(BI $\geq$ 75)	(BI < 75)	
<b>Initial Barthel Index</b>			
0-45	29 (24.8)	69 (59.0)	20.06 (0.001)
50-70	16 (13.7)	3 (2.6)	
<b>Depression</b>			
yes	9 (7.7)	24 (20.5)	2.43 (0.119)
No	36 (30.8)	48 (41.0)	
<b>Social support</b>			
high	40 (34.2)	61 (52.1)	0.41 (0.523)
low	5 (4.3)	11 (9.4)	
<b>Patient - caregiver relationship</b>			
high	40 (34.2)	69 (59.0)	2.10 (0.148)
low	5 (4.3)	3 (2.6)	
<b>Caregiving demand</b>			
high	9 (7.7)	44 (37.6)	18.89 (0.001)
low	36 (30.8)	28 (23.9)	

**ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษามาวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธี Enter พบว่าเพศ (OR = 3.93, 95% CI 1.220 – 12.705) ภาวะแทรกซ้อน (OR = 0.14, 95% CI 0.048 – 0.455) โรคประจำตัว (OR = 0.06, 95% CI 0.007

– 0.643) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ประเมินครั้งแรก (OR = 9.67, 95% CI 1.578 – 59.336) และความต้องการการดูแลของผู้ดูแล (OR = 0.17, 95% CI 0.060 – 0.510) มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 2)

**Table 2** Multiple logistic regression analysis between independent variable and dependent variable.

Variable	B	S.E.	Sig	Exp(B)	95% C.I.	
					Lower	Upper
Gender	1.371	.598	.022	3.938	1.220	12.705
Complication	-1.913	.574	.001	0.148	0.048	0.455
Chronic disease	-2.698	1.152	.019	0.067	0.007	0.643
Initial Barthel Index	2.270	.925	.014	9.676	1.578	59.336
Caregiving demand	-1.743	.546	.001	0.175	0.060	0.510
Constant	1.639	1.940	.398	5.151		

### อภิปรายผลการวิจัย

พบว่า ที่ระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 38.5 มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ตั้งแต่ 75 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องการการพึ่งพาเพียงเล็กน้อย เนื่องจากโดยทั่วไป การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 1 เดือนแรกหลังเกิดโรค และการทำงานของกล้ามเนื้อจะค่อยๆ ฟื้นตัวภายใน 3-6 เดือน<sup>29,30</sup> จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

เพศ มีความสัมพันธ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เพศชายและเพศหญิง มีการฟื้นฟูของโรคแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ลีและคณะ<sup>9</sup> (Li et al.,2013) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเพศชายมีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่ ดีกว่าเพศหญิง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะหลังเกิดโรคเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย<sup>31</sup> ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันโดยไม่ทันตั้งตัว หลังเกิดโรคทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ สิ้นหวัง เปื่อหน่ายขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในเพศหญิงจึงน้อยกว่าในเพศชาย

โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แตกต่าง จาก ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Gbiri,Akinpelu,Ogunniyi, Akinwuntan ,&Staden<sup>10</sup> พบผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว มีการทำหน้าที่ ของร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากการมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวไม่ดี จึงส่งผลต่อการฟื้นฟูของโรค ดังนั้น ผู้ป่วย ที่มีโรคประจำตัวจึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่ากลุ่ม ที่ไม่มีโรคประจำตัว

ภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ โรฮีเตอร์และคณะ<sup>32</sup> พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดโรคซึมเศร้า และ การติดเชื้อที่ปอด มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่ (Functional) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหลังเกิดโรค ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ที่ประเมินจากการเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน Barthel Index ตั้งแต่ 50-70 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีคะแนนบาร์เธลน้อยกว่า 50 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของ<sup>12,33,34</sup> พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนบาร์เธล แกร็บ 0-60 คะแนน มีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีคะแนนบาร์เธล 60 คะแนนขึ้นไป

ความต้องการการดูแลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลมาก ผู้ป่วย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลน้อย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลมาก แสดงว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามรวมถึงเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นตามข้อจำกัด ในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย<sup>35</sup>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

เพศ โดยผู้ป่วยเพศชายมีความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าเพศหญิง 3.93 เท่า เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เพศชายมีอายุเฉลี่ย 61.56 ปี ส่วนเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 70.16 ปี ซึ่งจากการศึกษา ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีการฟื้นฟู น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมาก จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ที่ผิดปกติมากกว่าคนที่มีอายุน้อย<sup>10</sup> ประกอบกับสภาพร่างกายของเพศชาย มี

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ผลลัพธ์ ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายดีกว่าเพศหญิง<sup>36</sup> ดังนั้นเพศชายจึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าเพศหญิง

ภาวะแทรกซ้อน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่า 0.14 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจาก การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดข้อติดแข็ง จะเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น มีอาการเจ็บปวด ข้อเวลาเคลื่อนไหว ผู้ป่วยปฏิเสธ การทำกายภาพ<sup>16</sup> จึงทำให้ผู้ป่วย ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย

โรคประจำตัว ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 0.06 เท่าของผู้ป่วย ที่ไม่มีโรคประจำตัว เนื่องจากการมีโรคประจำตัว ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดหรือเกิดความไม่คล่องตัวในกระบวนการฟื้นฟูสภาพ<sup>37</sup> ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว

คะแนนบาร์เทิลที่ประเมินครั้งแรก โดยผู้ป่วย ที่มีคะแนนบาร์เทิลครั้งแรก 50-70 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็น 9.67 เท่าของผู้ป่วย ที่มีคะแนน 0-45 คะแนน เนื่องจากระดับคะแนนบาร์เทิล ที่น้อยกว่า 50 คะแนน แสดงถึงการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้น จึงมีการฟื้นฟูเกิดขึ้นน้อย เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนบาร์เทิล ที่ประเมินครั้งแรกมากกว่า 50 คะแนนขึ้นไป

มีความต้องการการดูแลของผู้ดูแล โดยผู้ดูแล ที่ประเมินว่าความต้องการการดูแลใน

ระดับสูง ผู้ป่วย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 0.17 เท่าของผู้ดูแลที่มีคะแนนความต้องการการดูแล ในระดับต่ำ พบว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลประเมินความต้องการการดูแลในระดับมาก ได้แก่ ความต้องการเกี่ยวกับการทำงานบ้าน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำหน้าที่อื่นควบคู่การดูแลผู้ป่วย

จากผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ เพศ ภาวะแทรกซ้อน โรคประจำตัว คะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากการประเมินครั้งแรก และความต้องการการดูแลสามารถร่วมกันทำนายความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

จุดเด่นของงานวิจัย ในการสุ่มตัวอย่างของศูนย์บริการสาธารณสุข มีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของศูนย์บริการสาธารณสุข ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนของศูนย์บริการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมทั่วพื้นที่กรุงเทพมหานคร

จุดอ่อนของการศึกษาครั้งนี้ ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครั้งแรก ไม่ได้มีการบันทึกระยะเวลาจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาลและมาอยู่ในความดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### ด้านการบริการ

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านควรมีการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อันจะช่วยลดการเกิดภาวะการดูแลในระยะยาว

### ด้านวิชาการ

เนื่องจากบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นควรมีการอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ด้านบริหาร

ควรกำหนดแนวทางปฏิบัติ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการติดตามผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะ 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on mortality from non-communicable diseases 2014. Geneva: WHO, 2014.
2. Bureau of Policy and Strategy, Office of The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D.2015. Bangkok : The War Veterans Organization of Thailand ; 2015.(in Thai)
3. Kelly-Hayes M, Beiser A,Kase CS, Scaramucci A, D'Agostino RB, Wolf PA. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke : The Framinghamvstudy. Journal of Stroke and Cerebrovasculay Disease. 2003 May-Jun; 12(3):119-26.
4. Sakunhongsophon S, Ananthachock S, Hosakun K. Selected factors, activities of daily living and complications in stroke survivors at home. Journal of Nursing and Education 2011; 4(2):36-52. (in Thai)
5. Johnston KC,Li JY,Lyden PD,Hanson SK,Feasby TE,Adams RJ, Faught RE Jr, Haley EC Jr. Medical and neurological complications of ischemic stroke : experience from The RANTTAS Investigators. Stroke.1998 Feb; 29(2):447-53.
6. Hong KS,Kang DW,Koo JS,Yu KH,Han MK,Cho YJ, Park JM, Bae HJ, Lee BC. Impact of neurological and medical complications on 3-month outcomes in acute ischemic stroke. Eur J Neurol. 2008 Dec;15(12):1324-1331.
7. Khachornrit S.Characteristics of clients rehospitlized after stroke [M.N.S. thesis].Graduate School Khon Kaen University ; 2004. (in Thai)
8. Ng YS, Jung H, Tay SS, Bok CW, Chiong Y, Lim PA. (2007). Results from a

- prospective acute inpatient rehabilitation database : clinical characteristics and functional outcomes using the Functional Independence Measure. Annals Academy of Medicine Singapore. 2007; 36: 3-10.
9. Li S, Zhao X, Wang C, Liu L, Liu G, Wang Y, et al. Risk factors for poor outcome and mortality at 3 months after the ischemic stroke in patients with atrial fibrillation. *J Stroke Cerebrovasc Disease*. 2013 Nov; 22(8): e419-e425.
  10. Gbiri CA, Akinpelu AO, Ogunniyi A, Akinwuntan AE, Staden CW. Clinical predictors of Functional recovery at six month post-stroke. *Asian Journal of Medicine Sciences*. 2014; 6(1):49-54.
  11. Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Forbes S, Anderson CS. Long-term disability after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study. *Stroke*. 2002; 33:1034-1040.
  12. Nakao S, Takata S, Uemura H, Kashihara M, Osawa T, Komatsu K, Masuda Y, Okahisa T, Nishikawa K, Kondo S, Yamada M, Takahara R, Ogata Y, Nakamura Y, Nagahiro S, Kaji R, Yasui N. Relationship between Barthel Index scores during the acute phase of rehabilitation and subsequent ADL in Stroke patients. *The J Med Invest*. 2010 Feb; 57(1-2): 81-88.
  13. Chemerinski E, Robinson RG, Kosier JT. Improved recovery in activities of daily living associated with remission of post stroke depression. *Stroke*. 2001; 32:113-117.
  14. O'Connell B, Baker L. Managing as carers of stroke survivors : strategies from the field. *Int J Nurs Pract*. 2004 Nov;10(3):121-126.
  15. Sansi R, Limtrakul P, Thamdee D. Caregivers' needs in providing home care for persons with cerebrovascular disease. *Nursing Journal* 2008;35(1):79-86.(inThai)
  16. Timthong P. Factors related to dependent care ability of caregivers in stroke patients [M.N.S. thesis]. Faculty of graduate studies Burapha University ; 2007. (in Thai)
  17. Tuangsin P. The relationships among caregiving self-efficacy, receiving knowledge and support from nurses and perceived caregiving burden in caregivers of patients with stroke [M.S. thesis]. Faculty of graduate studies Mahidol University ; 2002. (in Thai)
  18. Orem DE. *Nursing Concept of Practice*. St Louis : Mosby Year Book;1995.

19. Cohen J. Statistic power analysis for behavioral science. Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
20. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation : Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965;14: 56-61.
21. Sulter G, Steen C, De Keyser J. Use of the Barthel Index and Modified Rankin Scale in acute stroke trials. Stroke. 1999; 30:1538-1541.
22. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16:606-613.
23. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry. 2008; 8(46). Doi : 10.1186/1471-244X-8-46/2008.06.020.
24. House JS. Work stress and social support. London : Addison-Wesley; 1981.
25. Walker AJ, Thompson L. Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughter. Journal of Marriage and the family 1983 ;45(11):841-49
26. Tirapairawong P. Patient-caregiver relationship and caregiving burden in family caregivers of stroke patients [M.N.S. thesis]. Faculty of graduate studies Mahidol University ; 1997.
27. Oberst MT. Caregiving burden scale. Madison : University of Wisconsin; 1990.
28. Gasemgitvatana S. A causal model of caregiver role stress in wives of chronically ill patients [Ph.D. thesis]. Faculty of graduate studies Mahidol University ; 1994.
29. Kwakkel G, Kollen BJ. Predicting activities after stroke : what is clinically relevant?. International Journal of Stroke. 2103 Jan; 8(1) : 25-32. (in Thai)
20. Kreisel SH, Hennerici MG, Bazner H. Pathophysiology of stroke rehabilitation : the natural course of clinical recovery, use-dependent plasticity and rehabilitative outcome. Cerebrovascular Disease. 2007; 23(4) : 243-255.
31. Aron AW, Staff I, Fortunato G, McCullough LD. Prestroke living situation and depression contribute to initial stroke severity and stroke recovery. Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease. 2015; 24(2):492-9.
32. Rohweder G, Ellekjaer H, Salvesen Ø, Naalsund E, Indredavik B. Functional outcome after common poststroke

- complications occurring in the first 90 days. *Stroke*.2015; 46(1):65-70.
33. Duangjit S, Muangpaisan W, Chotinaiwattarakul W, Dharmasaroja P. Functional recovery at 3 months in stroke patients not receiving thrombolytic therapy:the comparison between Patients arriving earlier and later than 4.5 hours. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*. 2014; 23(1):91-98.
34. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Dajpratham P, Piravej K. Main outcome of stroke rehabilitation : a multi-centre study in Thailand. *J Rehabil Med*.2009;41(1):54-58.
35. Khonghom K. Relationships between appraisal of caregiving, patient-caregiver relationships, caregiving demand, family support, and family caregivers' adaptation of patients with stroke [M.N.S. thesis]. Faculty of Nursing Chulalongkorn University ; 2003.
36. Kving K, Kirkevold MA. A feminist perspective on stroke rehabilitation : the relevance of de Beauvoir's theory. *Nursing Philosophy*. 2002 Jul; 3:79-89. (in Thai)
37. Granger CV, Hammilton BB, Fiedler RC. Discharge outcome after stroke rehabilitation. *Stroke*.1992; 23(7):978-982.