วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
Health Science Journal of Thailand

ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Selected Factors Influencing Health-Related Quality of Life among Ischemic Stroke Patients in Prachuap Khiri Khan Province

ปาริชาต เพ็งเรือง[1], ทิพา ต่อสกุลแก้ว[1]*, ศากุล ช่างไม้[1]
Parichat Phengrueng[1], Tipa Toskulkao[1]*, Sakul Changmai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์โดยประยุกต์กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเฟอรานส์และคณะในปี พ.ศ. 2548 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 109 ราย ตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามภาวะโภชนาการ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น 0.94, 0.67, 0.88, 0.74 และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้แก่ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (β = 0.194) ภาวะโภชนาการ (β = 0.735) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (β = 0.213) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 84.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ควรนำผลวิจัยนี้ไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการวิจัยครั้งต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ภาวะโภชนาการ

*Corresponding author E-mail: tipa2558@gmail.com, Tel: 085-6649596
Received: Aug 17, 2023; Revised: Nov 3, 2023; Accepted: Nov 30, 2023
https://doi.org/10.55164/hsjt.v6i2.264727

Citation:
Phengrueng P, Toskulkao T, Changmai S. Selected factors influencing health-related quality of life among ischemic stroke patients in Prachuap Khiri Khan Province. Health Sci J Thai 2024; 6(2): 9-16. (in Thai); https://doi.org/10.55164/hsjt.v6i2.264727

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน 73000
[1] Faculty of Nursing Christian University of Thailand, Pathumthani, 73000, Thailand

Abstract

This predictive correlation descriptive research aimed to investigate selected factors influencing the health-related quality of life of ischemic stroke patients in Prachuap Khiri Khan Province, applying the health-related quality of life conceptual framework of Ferrans et al. in 2005. The research samples were 109 ischemic stroke patients discharged from the hospitals within 6 months who were selected by the convenience sampling method based on the specified criteria. The research instruments were questionnaires on general information, health-related quality of life of ischemics troke patients, nutritional status, activities of daily living (ADL), stress, and social support with the reliability values of 0.94, 0.67, 0.88, 0.74, and 0.73 respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression. The research findings revealed that the factors influencing the health-related quality of life of ischemic stroke patients were caregiver time spent providing care per day (β = 0.194), Nutritional status (β = 0.735), and ADL (β = 0.213). These could explain the variance in health quality of life by 84.2% at a statistical significance of 0.05. The results of this research should be used to develop a nursing model that promotes the quality of life of stroke patients in the future research.

Keyword: Ischemic Stroke patients, Health-Related Quality, Nutritional status

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบมากถึงร้อยละ 60-80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด[1] เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองและทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเป็นอันดับสามของโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 12.2 ล้านคนต่อปี และ 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป[2] รวมทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 และพิการอันดับต้น ๆ ของอเมริกา[3] โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นความผิดปกติของหลอดเลือดสมองและทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทหลงเหลือนานกว่า 24 ชั่วโมง[4]

จากการศึกษาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับภาระของโรคทั่วโลกในปี 2562 พบว่าภาวะทุพพลภาพที่หลงเหลือจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะความพิการที่รุนแรงและเป็นปัญหาระยะยาวของประชากรทั่วโลกทั้งเพศชายและเพศหญิง[5] ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 5.5 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย[6] ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2556- 2560) พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี[7] ทั้งนี้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในเขตบริการสุขภาพที่ 5 พบว่ามีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในปีพ.ศ. 2562- 2564 ค่อนข้างสูง โดยมีจำนวนดังนี้ 3,377 คน, 9,926 คน และ 7,658 คน ตามลำดับ และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ปีพ.ศ. 2562- 2564 จำนวน 539 คน, 905 คน และ 1,043 คน ตามลำดับ นโยบายและแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองเขตบริการสุขภาพที่ 5 พ.ศ. 2564 ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการต่าง ๆ ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 เพื่อผลลัพธ์ทางการรักษาและเพิ่มการเข้าถึงการบริการครอบคลุมทุกพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ เพื่อรองรับและให้การบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อผลลัพธ์ทางด้านการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ

จากภาพรวมของปัญหาข้างต้นทำให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยที่ไม่อาการเตือนมาก่อน จากคนที่ปกติต้องกลายเป็นผู้มีภาวะทุพพลภาพ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วย จึงมีความพิการเรื้อรังเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทั้งหมดมีภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 13 และมีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลางร้อยละ 16[7] ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะโภชนาการ การทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเครียด การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลทำให้การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง บทบาทหน้าที่เปลี่ยนไปจากเดิม และมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยตามมา หากพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการเจ็บป่วยสามารถเข้าใจปัญหา

หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จะทำให้สามารถเข้าไปช่วยแก้ปัญหาและส่งเสริมคุณชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้น[8] ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ของคนกลุ่มนี้ เรียกว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หรือ Health-Related Quality of Life (HRQoL)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

2) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภาวะโภชนาการ ความถี่ในการฝึกทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเครียด จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life; HRQoL) ของ Ferrans et al.[9] ซึ่งอธิบายว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 5 ประการของผู้ป่วย มีการจัดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพตามข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ปัจจัยด้านหน้าที่ทางชีววิทยา (Biological function) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาที่ส่งผลให้มีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายนำมาสู่ อาการ (Symptoms) ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติจากเซลล์ที่ก่อให้มีอาการที่แสดงออกมาจากความผิดปกติในแต่ละตำแหน่งที่แตกต่างกันออกไป และนำมาสู่การทำหน้าที่ (Functional status) ต่าง ๆ แสดงศักยภาพออกมาได้ไม่เต็มที่ นำมาสู่การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) เกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลที่จะแสดงออกมานำไปสู่คุณภาพชีวิตโดยรวม และยังมีปัจจัยภายนอกอีก 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ คุณลักษณะของแต่ละบุคคล (Characteristics of the individual) และคุณลักษณะของด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) จากตัวแปรในการวิจัยพบว่าภาวะโภชนาการเป็นการทำหน้าที่ของบุคคลทางชีววิทยา ความถี่ในการฝึกทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในแต่ละวัน ความเครียดเป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในกลุ่มของคุณลักษณะของด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ซึ่งแต่ละปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งหมดในผู้ป่วยมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ดังแสดงในภาพที่ (Figure) 1

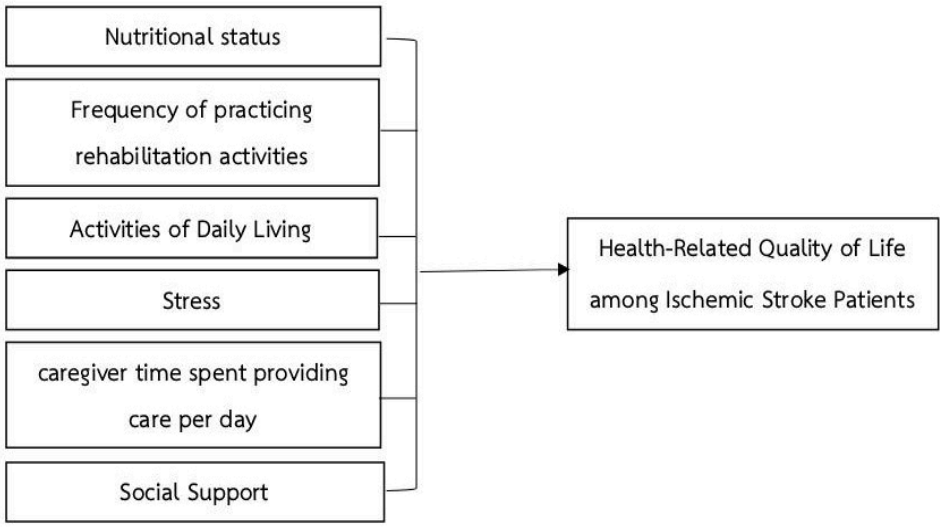


Figure 1 Conceptual framework

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (The predictive correlational research) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดภายใน 6 เดือน หลังเข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และโรงพยาบาลหัวหิน เลือกแบบสะดวก โดยเลือกบุคคลที่มาตรวจตามนัดในวันที่มีการออกตรวจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้จำนวนตามต้องการ โดยเป็นผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปแต่ไม่เกิน 6 เดือน มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยด้วยการพูดได้และผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปต้องได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power[10] โดยเลือกการทดสอบชนิด F test Linear multiple regression กำหนดค่า Effect size ปานกลาง = 0.15 ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.85 และ จำนวนตัวแปรทำนาย (Number of predictors) = 6 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 คน

เครื่องมือวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเกิดโรค การมีผู้ดูแล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การได้รับการรักษา วิธีการรับประทานอาหาร ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน ความถี่ในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพแต่ละวันและระดับความรุนแรงของโรค

2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Impact Scale[11] ประกอบด้วยข้อคำถาม 59 ข้อ กำหนดคะแนน 1, 2, 3, 4 และ5 โดยข้อคำถามครอบคลุม 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกายที่อาจเกิดจากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ 2) ด้านความจำและการคิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคคำถามทั้งหมด 7 ข้อ 3) ด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ 4) ด้านความสามารถในการสื่อสารกับคนอื่นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ 5) ด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ 6) ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งภายในบ้านและนอกบ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ 7) ด้านความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรือข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ 8) ด้านผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพออกเป็น 5 ระดับโดยดัดแปลงการแปลผลค่าคะแนนตามการรับรู้ของ Khan & Best [12] ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50- 5.00) ระดับมาก (3.50- 4.49) ระดับปานกลาง (2.50- 3.49) ระดับน้อย (1.50- 2.49) ระดับน้อยที่สุด (1.00- 1.49) และ9) ด้านการฟื้นตัวหรือการหายจากโรคหลอดเลือดสมอง จากการแบ่งระดับ ตั้งแต่ 0- 100 คะแนน

3) แบบสอบถามภาวะโภชนาการ short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF)[13-15] คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน มีการแปลผลคะแนนการประเมินภาวะโภชนาการออกเป็น 3 ระดับดังนี้ มีภาวะโภชนาการปกติ (24-30) มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (17- 23.5) ขาดสารอาหาร (น้อยกว่า 17)

4) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL Index)[4] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด10 ด้าน ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การขึ้นลงจากเตียง การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนไหวนั่ง ยืน เดิน การขึ้นลงบันได การแต่งตัว การถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ 0, 5, 10 และ 15 แปลผลคะแนนดังต่อไปนี้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (0- 20) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (25- 45) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (50- 70) สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (75- 90) สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (95- 100)

5) แบบสอบถามความเครียด Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10)[16] จำนวน 10 ข้อ โดยข้อ1, 2, 3, 4, 6, 9 และ10 แสดงถึงความเครียดเป็นคำถามทางลบ ข้อ 4, 5, 7 และ8 แสดงแทนการควบคุมเป็นคำถามทางบวก มีระดับคะแนนทั้งหมด 5 ระดับ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) เริ่มตั้งแต่ ระดับ 0 (ไม่เลย) ระดับ 1 (แทบจะไม่มี) ระดับ 2 (มีบางครั้ง) ระดับ 3 (ค่อนข้างบ่อย) และระดับ 4 (บ่อยมาก) คะแนนมีตั้งแต่ 0 ถึง 40 แปลผลคะแนนดังนี้ ระดับต่ำ (1-20) ระดับปานกลาง (21-31) ระดับสูง (32-40)

6) แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม Thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Version 12[17] ประกอบด้วยคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ คำถามแต่ละข้อ ประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 อันดับ แปลผลคะแนนดังนี้ ระดับต่ำ (12- 36) ระดับปานกลาง (37- 61) ระดับสูง (62- 84)

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามชุดที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 เท่ากับ 0.99, 0.98, 0.97, 0.93 และ 0.95 ตามลำดับ

2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน หาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคของแบบสอบถามชุดที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 ได้เท่ากับ 0.94, 0.67, 0.88, 0.74 และ 0.73 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ตัวแปรของความเครียดและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระดับ Interval ส่วนตัวแปรของจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความถี่ในการ

ทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ความสามารถกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะโภชนาการได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่นในการวิเคราะห์ และได้ทดสอบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการแจกแจงแบบปกติ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันไม่เกิน 0.70

ประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามหนังสือรับรองเลขที่ น.26/2565 และโรงพยาบาลหัวหิน ตามหนังสือรับรองเลขที่ RECHHH017/2566 และได้รับการอนุมัติดำเนินการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โดยปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือยอมเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ คำตอบหรือข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบข้อมูล การนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่ผลการวิจัย มีการนำเสนอในภาพรวมและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 49.5 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 59.26 ปี (S.D. = 12.95) ร้อยละ 70.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.8 อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.6 หลังการเจ็บป่วยไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 65.1 อยู่ในช่วงระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือนขึ้นไปแต่ไม่เกิน 6 เดือน ร้อยละ 98.2 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นสามี/ภรรยา และร้อยละ 58.7 ยังมีผู้ดูแลรอง ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ร้อยละ 91.7 มีการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความถี่ในการฝึกทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพเฉลี่ย 5.13 วัน/ สัปดาห์ (S.D. = 2.16) มีระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพแต่ละวัน 37.29 นาที (S.D. = 17.22) ร้อยละ 88.1 ไม่ได้รับยา Non rt- PA ร้อยละ 95.4 รับประทานได้เองทางปาก ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.39 วัน (S.D. = 2.51) ร้อยละ 51.4 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระดับรุนแรงน้อย (Mild Impairment) ร้อยละ 60.6 วันสัมภาษณ์ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับรุนแรงน้อย

ข้อมูลตัวแปร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.73 มีด้านภาวะโภชนาการอยู่ระดับปกติ ร้อยละ 42.2 มีด้านความถี่ในการฝึกทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ 7วัน/ สัปดาห์ ร้อยละ 45.9 มีด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 20.2 มีระดับปานกลาง และร้อยละ 21.1 ทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 68.6 มีด้านความเครียดอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.5 มีด้านจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 1-4 ชั่วโมง/ วัน รองลงมาร้อยละ 35.8 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 5-8 ชั่วโมง/วัน และร้อยละ 53.2 มีด้านแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.7 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ย 3.84 คะแนน (S.D. = 0.75) และการประเมินตนเองเกี่ยวกับการฟื้นตัวหรือการหายจากโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการฟื้นตัวหรือการหายจากโรคหลอดเลือดสมอง 67.34 คะแนน (S.D. = 17.51) มีคะแนนการประเมินตนเกี่ยวกับการฟื้นตัวหรือการหายจากโรคหลอดเลือดสมองมากสุด 100 คะแนน และคะแนนการประเมินเกี่ยวกับการฟื้นตัวหรือการหายจากโรคหลอดเลือดสมองน้อยสุด 30 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

Table 1 Health-related quality of life among stroke patients (n = 109)

Health-related quality of life of stroke patients	n	%
Highest level (4.5-5 points)	21	19.26
High level (3.5-4.49 points)	52	47.70
Moderate level (2.5-3.49 points)	28	25.69
Low level (1.5- 2.49 points)	8	7.34
The overall average		
Mean ± SD	3.84 ± 0.75	
Max : Min	4.93 : 2.36	
Self-assessment of recovery from stroke		
Mean ± SD	67.34 ± 17.51	
Max : Min	100 : 30	

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้แก่ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 5-8 ชั่วโมง/ วัน ภาวะโภชนาการปกติ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้มากและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้ปานกลาง ส่วนปัจจัยคัดสรรที่ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้แก่ ความถี่ในการฝึกทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง 3.84 คะแนน (S.D. = 0.75)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับตัวแปรอิสระ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 5- 8 ชั่วโมง/วัน ($r = 0.223$, p-value < 0.050) ความถี่ในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ 3-4 วัน/ สัปดาห์ ($r = 0.226$, p-value < 0.05) ความเครียด ($r = 0.540$, p-value < 0.001) เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ($r = -0.533$, p-value < 0.001) ภาวะโภชนาการปกติ ($r = 0.550$, p-value < 0.001) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้ปานกลาง ($r= -0.468$, p-value < 0.001) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้มาก ($r = 0.272$, p-value < 0.05) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด ($r = 0.611$, p-value < 0.001)

จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 5- 8 ชั่วโมง/วัน ภาวะโภชนาการปกติ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้มากและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้ปานกลาง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ($R = 0.921$) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ร้อยละ 84.2 (adjusted $R^2 = 0.842$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด ($\beta = 0.886$) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมากกว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้มาก ($\beta = 0.735$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้ปานกลาง ($\beta = 0.213$) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 5 - 8 ชั่วโมง/วัน ($\beta = 0.194$) และภาวะโภชนาการปกติ ($\beta = 0.158$) ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2

Table 2 Selected factors influencing Health-Related Quality of Life among Ischemic Stroke Patients, by multiple regression analysis (n = 109)

Predictor variable	B	SE	Beta	t	p-value
Constant	2.608	0.082		31.751	<0.001
Caregiver time spent providing care per day (5-8 hours per day)	0.299	0.074	0.194	4.030	<0.001
Normal Nutritional status	0.258	0.074	0.158	3.473	<0.001
Very High ability to Activities of Daily Living	1.633	0.129	0.886	12.637	<0.001
High ability to Activities of Daily Living	1.110	0.106	0.735	10.422	<0.001
Moderate ability to Activities of Daily Living	0.399	0.104	0.213	3.828	<0.001

$R = 0.921^c$, $R^2 = 0.849$, adjusted $R^2 = 0.842$, SEE = 0.3005, F = 14.657, p-value < 0.001

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดกลุ่มนี้อยู่ในระดับมาก ถึงร้อยละ 47.7 และระดับมากที่สุดร้อยละ 19.3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.0 มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง มีระบบการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ มีหน่วยบริการผู้ป่วยเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยยึดเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามนโยบายบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันประสาทวิทยา[4] สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลระยอง[18] ส่วนอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรรต่างๆ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นพบว่า จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ภาวะโภชนาการและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 84.2 (adjusted $R^2 = 0.842$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน ซึ่งอธิบายได้ว่า จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดยังจำเป็นต้องมีผู้เข้ามาดูแลไม่ว่าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อทำให้บุคคลนั้นได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม[19] การได้รับโภชนาการที่ดีนำไปสู่การฟื้นฟูร่างกายได้อย่างเต็มที่[20-22]

ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้ เป็นการบ่งบอกถึงการฟื้นฟูภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งนำมาสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด[23-25] นอกจากนั้นการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเฟอรานส์และคณะ[9] ประกอบด้วย คุณลักษณะของแต่ละบุคคล ด้านการทำหน้าที่และคุณลักษณะทางด้านสิ่งแวดล้อม โดยสรุปจากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้คือ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 5 -8 ชั่วโมง/วัน ภาวะโภชนาการที่ปกติ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำได้ด้วยตนเองทั้งในระดับปานกลางระดับมาก และทำได้ทั้งหมด ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 84.2 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่โดยประสานความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพอื่นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยอย่างน้อยต้องสามารถทำกิจวัตรประจำวันทำได้ในระดับปานกลาง ต้องมีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทั้งยังต้องสนับสนุนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและส่งเสริมเรื่องโภชนาการให้กับผู้ป่วยด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) นำข้อมูลระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรัง

2) ควรรณรงค์ให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายในผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด เช่น การรับประทานอาหารที่มีผลต่อโภชนาการที่ดี การออกกำลังกายฝึกทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง การผ่อนคลายความเครียด การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

3) การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ควรเน้นให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล ภายใต้กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพในการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) ที่โรงพยาบาลทั้งสองแห่งจัดไว้สำหรับผู้ป่วย

4) มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับจังหวัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาตัวแปรอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2) นำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Chugh C. Acute Ischemic Stroke: Management Approach. Indian J Crit Care Med 2019; 23(2): 140-146.
2. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2022. [Internet]. 2022 [Cited in 18 July, 2022]. Available from: https://www.worldstroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf.
3. American Stroke Association. About Stroke. [Internet]. 2022 [Cited in 16 May, 2022]. Available from: https://www.stroke.org/en/about-stroke.
4. Neuroscience Institute. Guidelines for nursing patients with stroke for general nurses. Bangkok; Thana Press Company Limited.; 2017. (In Thai)
5. Gates B, Gates M. Goalkeepers is dedicated to accelerating progress toward the Global Goals. [Internet]. 2022 [Cited in 22 April, 2022]. Available from:https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/downloads/2022-report/2022-goalkeepers-report_en.pdf
6. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. Report on the number and rate of inpatients with major stroke. Bangkok; Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary public health, 2020. (In Thai)
7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2019. Bangkok: Organization Printing Welcoming veterans under the royal patronage.; 2019. (In Thai)
8. Chuejedton R, Thamdee D. Factors related to the quality of life among stroke survivors. Journal of Associated Medical Sciences 2017; 50(3): 597-604. (In Thai)

9. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. Journal of Nursing Scholarship 2005; 37(4): 336-342.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner B, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. The Psychonomic Society 2009; 41(4): 1149-1160.
11. Garnjanagoonchorn A, Dajpratham P. Reliability and Validity of the Thai Version of the Stroke Impact Scale (SIS) 3.0. J Thai Rehabil Med 2015; 25(2): 45-52. (In Thai)
12. Best JW & Kahn JV. Research in Education (9 thed.). New Delhi: Prentice-Hall of India Private. 2003.
13. Nestle Nutrition Institute. Mini Nutrition Assessment. [Internet]. 2021 [Cited in 24 April, 2022]. Available from: https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-thai.pdf
14. Banjong O, Jaroonrak J, Ekkantrong P, Thomchotipong S. Ability to chew with the nutritional–status of the elderly Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 2005; 28 (2): 77-90. (In Thai)
15. Petmuang T, Kladnuam D, Pengsang P, Koontalay A. Nutritional Status in the Urban Elderly. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences 2018; 2(3): 32-43. (In Thai)
16. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its Psychometric properties. Biopsychosoc Med. 2010; 4:6.
17. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised version of the Thai Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Span J Psychol 2012; 15(3): 1503-9.
18. Chuyingsakulthip N, Chanchai A, Kasaudom P, Kaewdaeng K. Quality of life of ischemic stroke patients receiving treatment in the stroke unit at Rayong Hospital. Journal of Phrapokklao Nursing College 2016; 27(2): 54-64. (In Thai)
19. Vijitraphan Th. Prevalence and Risk Factors of Caregiver burnout in stroke patient's caregiver. Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health 2016; 6(1): 56-62.
20. Wongkachit Ch, Navicharern R. Factors Related to Eating Behaviors in Stroke Patients. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2015; 27(3): 80-92.
21. Pei L, Zang XY, Wang Y, Chai QW, Wang JY, Sun CY, Zhang Q. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. International Journal of Nursing Sciences 2016; 3(1): 29-34.
22. Cabanas VR, Cuchi GU, Bagur CC. Trunk training exercises approaches for improving trunk performance and functional sitting balance in patients with stroke: a systematic review. Neurorehabilitation 2013; 33: 575-92.
23. Buaphaeng S, Puttikamin N. Quality of Life of Young Stroke Patients at the Outpatient Department of Srinakarin Hospital. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2020; 11: 75-85.
24. Kitila S, Thammakul Th, Chankong W. Factors affecting quality of life of stroke patients at Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2017; 36(2): 105-114.
25. Chuyingsakultip N. Quality of Life of Acute Ischemic Stroke Patients in the Stroke Unit, Rayong Hospital. Journal of Phrapokklao Nursing College 2016; 27(2): 54-64.