

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สุภาพร ศรีพนม, พย.ม.^{1*}

พิกุล โกวิทพัฒนา, พย.ม.²

วนิดา บรรจงปรี, พย.บ.³

(วันที่ส่งบทความ: 4 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 3 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 16 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการยาละลายลิ่มเลือด อาการดีขึ้นจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว 1 เดือน จำนวน 61 คน ระหว่าง มกราคม - กันยายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) แบบประเมินความพิการ 4) แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Impact Scale (SIS) วิเคราะห์ข้อมูลใช้ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย Multivariable Regression ผลการวิจัย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.22 รายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านเคลื่อนไหว ด้านใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรง ด้านเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ด้านความจำ อารมณ์และการสื่อสารอยู่ในระดับมากที่สุด โดยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองและระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่รวมทำนายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 26.8 สรุปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง แม้มีอาการและการรับรู้จะดีแต่ยังเผชิญข้อจำกัดทางกายหลังจำหน่าย 1 เดือน จึงควรพัฒนา Stroke Fast Track ด้วยระบบ Pre-alert เพื่อลด Door-to-needle time ให้ต่ำกว่า 60 นาที ซึ่งจะช่วยลดความพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิตระยะยาว

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, คุณภาพชีวิต, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

¹ พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ), โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

² พยาบาลวิชาชีพ (เชี่ยวชาญ), โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

³ พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ), โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: สุภาพร ศรีพนม, อีเมล: suporn_sr@kkumail.com

Health-Related Quality of Life in Ischemic Stroke Patients Receiving Thrombolytic Therapy at the Stroke Unit at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Supaporn Sripanom, MSN^{1}*

Phikun Kovitpatthana, MSN²

Wanida Banjongpru, BNS³

(Received: May 4th, 2025; Revised: December 3rd, 2025; Accepted: December 16th, 2025)

Abstract

This descriptive research aimed to 1) investigate the health-related quality of life (HRQoL) and 2) identify factors influencing the HRQoL of ischemic stroke patients treated with intravenous thrombolysis at the Acute Stroke Unit of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The purposive sample consisted of 61 patients followed up with at one month post-discharge between January and September 2024. Research instruments included a demographic questionnaire, Activities of Daily Living (ADL) scales, disability assessments, and the Stroke Impact Scale (SIS). Data were analyzed using descriptive statistics and Multivariable Regressions. The results revealed that the majority of patients reported a moderate overall HRQoL (26.22%). Domain-specific analysis showed that physical function, ADL, mobility, hand function, and social participation were rated at the lowest levels. Conversely, memory and thinking, emotion, and communication were rated at the highest levels. Multivariable regression identified endovascular thrombectomy and stroke severity as significant predictors, accounting for 26.8% of the variance in HRQoL. Conclusion and Recommendations: While stroke survivors maintain high cognitive and emotional health, they face severe physical limitations one month after discharge. To improve long-term outcomes and reduce disability, it is critical to enhance the Stroke Fast Track via a Pre-alert system. Targeting a Door-to-Needle time of under 60 minutes is essential for minimizing neurological deficit and elevating the long-term quality of life for stroke patients.

Keywords: ischemic stroke patients, quality of life, health-related quality of life

¹ Registered nurse, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

² Professional nurse, Expert Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

³ Registered nurse, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

* Corresponding Author: Supaporn Sripanom, Email: supapornicmhr@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ประมาณ 15 ล้านรายต่อปีทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2015) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน โดยพบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง (Januszewicz & Buesch, 2018) ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับขนาดและบริเวณของสมองที่ขาดเลือด รวมทั้งระยะเวลาการขาดเลือดของสมอง การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue plasminogen activator : rt-PA) เป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) อาการดีขึ้นได้ภายใน 30 นาที ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วยได้ (วิภาพร ศรีสุพรรณ, 2563) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักเผชิญกับภาวะความพิการ อัมพฤกษ์หรืออัมพาต ซึ่งบั่นทอนความสามารถทางอย่างรุนแรง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงอย่างมาก สภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพามุคคลในครอบครัว จึงสูญเสียโอกาสในการกลับไปประกอบอาชีพและสร้างรายได้ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพกลับเพิ่มสูงขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดของความเครียด ซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related Quality of Life : HQOL) คือการรับรู้ถึงความสุขสบายต่อภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของบุคคล ครอบคลุมถึงการไม่รู้สึกรำคาญปวด ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย หรือแม้แต่วามพึงพอใจในสุขภาพขณะเจ็บป่วย รวมถึงความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตซึ่งช่วยให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขในสังคม (Pooket al., 2023) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือการรับรู้ถึงความสุขสบายและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการรอดชีวิตจากโรค การมีพยาธิสภาพที่สมองทำให้เกิดความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การกลืนและการมองเห็น ซึ่งลดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ด้านร่างกาย: ครอบคลุมความเจ็บปวด ความอ่อนเพลีย ความแข็งแรง ระดับความพิการและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ ความสุขสบายทางจิตใจ ความมั่นคง ปลอดภัย และความพึงพอใจในชีวิต แม้จะมีอาการเจ็บป่วยหลงเหลืออยู่ ด้านสังคม ครอบคลุมความสามารถในการดำรงอยู่และทำหน้าที่ในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นภาพสะท้อนที่ครอบคลุมผลกระทบของพยาธิสภาพที่สมองต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ความเป็นอิสระ และความสุขโดยรวมของผู้ป่วย

ปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและด้านสุขภาพสุขภาพที่ดีและความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีความสำคัญ ในทางกลับกัน ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน มักลดทอนคุณภาพชีวิตลงอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระดับความพิการและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนข้อจำกัดทางกายภาพและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ปัจจัยทางสังคมและครอบครัว การได้รับกำลังใจที่เข้มแข็งจากครอบครัวและคนรอบข้าง ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหา ปรับตัวและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีและส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นในที่สุด

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นแม่ข่ายหลักโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในจังหวัดนครราชสีมา จากสถิติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 2,575 ราย 2,561 รายและ 2,275 ราย ตามลำดับ (Division of Medicine Nursing Maharat Nakhonratchasima Hospital, 2022) ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์พัฒนาขึ้น การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke: AIS) ที่มารักษาทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง จะได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic drug) หลังเกิดอาการ กรณีมีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA จะทำให้อาการดีขึ้นและสามารถช่วยลดความพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาตได้ แต่การให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น การเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ทำให้อาการทรุดลงและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2563-2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 152, 143 และ 131 ราย ตามลำดับ (Division of Medicine Nursing Maharat Nakhonratchasima Hospital, 2022) ผู้ป่วยหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดบางส่วนอาการดีขึ้น Motor power กลับมาเป็นปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่พบความผิดปกติหรือความพิการหลงเหลือ แต่บางส่วนเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงทำให้การฟื้นฟูหายจากโรคหลอดเลือดสมองนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่รอดชีวิตอาจมีความผิดปกติที่แขนและขาและความพิการเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลกระทบด้านร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือและต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านความสามารถในการกลับไปทำงาน ความมั่นใจในตนเอง ภาระครอบครัวและค่าใช้จ่าย แม้การรักษาด้วย rt-PA ในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงของความพิการได้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกาย เช่น มือ ขา อ่อนแรงหรือทางสติปัญญาหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบโดยตรงทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการกลับไปทำงาน โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้ทักษะสูง ผู้ป่วยอาจต้องเปลี่ยนงานไปสู่ตำแหน่งที่ใช้แรงงานหรือทักษะน้อยลง ทำให้สูญเสียรายได้และลดสถานะทางสังคม ความพิการที่หลงเหลืออยู่ เช่น ความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การพูดหรือการใช้มือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่าลงและเป็นภาระ จึงลดความมั่นใจในตนเองและ

อาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบขยายไปยังผู้ดูแล ซึ่งมักต้องเสียสละเวลาส่วนตัว ลาออกจากงานหรือลดเวลาทำงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วย นำไปสู่ความเครียดทั้งทางอารมณ์และสังคม ขณะที่ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเสียรายได้ ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล หากผู้ป่วยและญาติขาดความพร้อมในวางแผนจำหน่ายหรือวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุม รวมทั้งอาจเกิดปัญหาความเครียดวิตกกังวลซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะอาการและการฟื้นตัวที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ยังขาดการศึกษาในบริบทเฉพาะและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันนี้ ทำให้ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันจึงยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่จะสะท้อนการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา rt-PA หลังจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว 1 เดือน งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) หรือผลลัพธ์ที่เน้นตัวชี้วัดทางกายภาพ ความรุนแรงของโรค มักใช้คะแนนความพิการ (mRS) หรือความรุนแรงของโรค (NIHSS) เป็นผลลัพธ์หลักที่ศึกษาความสัมพันธ์ของ rt-PA กับภาวะเลือดออกในสมองและอัตราการรอดชีวิตเป็นหลัก ยังขาดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตเชิงลึก รวมถึงการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยในมิติที่ไม่ใช่กายภาพ เช่น ความมั่นใจในตนเอง ภาระทางอารมณ์และบทบาททางสังคม ซึ่งคะแนน mRS ไม่สามารถประเมินได้ การศึกษานี้มุ่งเน้นการใช้แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Impact Scale: SIS) ตามแบบจำลองเฉพาะโรค (Disease-Specific Model) แบบสอบถาม SIS สามารถวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุม ทั้งความบกพร่องทางร่างกายและจิตสังคม โดยสามารถวัดระดับความบกพร่องที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยนำไปปรับปรุงระบบบริการและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้สอดคล้องกับชีวิตจริง เนื่องจากยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนว่า ปัจจัยการรักษาเฉียบพลัน เช่น Door-to-needle time และ Thrombectomy มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาอย่างไร

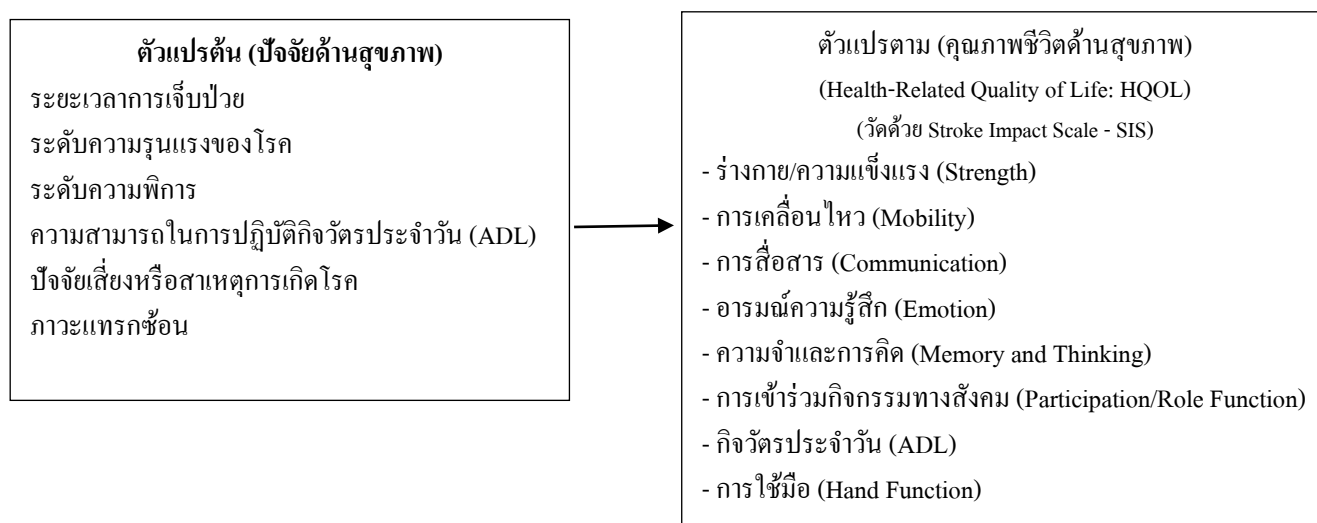
การวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว 1 เดือน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะที่ต้องการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้ยาลดไขมันลิ้มเลือด เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาคูณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จะเน้นที่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HQOL) (Overall Quality of Life) ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงความรู้ ประสบการณ์และคุณค่าของบุคคล ในขณะที่กำลังเจ็บป่วยหรือเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน เนื่องจากช่วงที่เจ็บป่วยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เกิดปัญหาด้านร่างกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง ระดับความพิการ ปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การที่บุคคลจะมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องสามารถในการดูแลตนเอง สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รวมถึงหายจากความเจ็บป่วยและพิการ ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรต้น (Independent Variables) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ระดับความพิการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มิติที่วัดด้วย Stroke Impact Scale (SIS) ได้แก่ ร่างกายและกิจกรรมที่ต้องใช้แรง การเคลื่อนไหวและการสื่อสาร อารมณ์ความรู้สึกและความจำ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและบทบาท



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จนผ่านพ้นระยะวิกฤตอาการดีขึ้นและแพทย์จำหน่ายกลับไปรักษาที่บ้าน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 เดือน ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง มกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยแพทย์จำหน่ายกลับบ้านหรือส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 เดือน จำนวน 61 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power กำหนด Effect Size (f^2) 0.15 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power Analysis) ที่ระดับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญ (alpha) ที่ 0.05 (โดยมีตัวแปรอิสระรวม 9 ตัวแปรในสมการถดถอย) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 55 ราย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Faul et al., 2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 61 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำโดยเป็นผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นและได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้านไปแล้ว 1 เดือน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนจำหน่าย (Barthel ADL index) < 75 คะแนน 4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองหรือโดยผู้แทนโดยชอบธรรม เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลที่เข้าใจได้ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ได้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 164/2023 วันที่รับรอง 21 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาสิทธิของผู้เข้าร่วมและกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในแบบฟอร์ม ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย มีการจัดการรักษาความลับของข้อมูล โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ใช้รหัสประจำตัวผู้ป่วยในการวิจัยแทน เพื่อไม่ให้อาจเชื่อมโยงข้อมูลกลับไปยังตัวบุคคลได้และจำกัดสิทธิ์การเข้าถึง มีการป้องกันด้วยรหัสผ่านมีเพียงผู้วิจัยในการเข้าถึงข้อมูลและประมวลผลข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพของสมอง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time) ภาวะแทรกซ้อน การใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัว

2. แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแบบประเมิน) ภายใต้แนวคิดเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้วัดความสามารถในการพึ่งพาตนเองในการทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวัน (Basic Activities of Daily Living) โดยการให้คะแนนขึ้นอยู่กับระดับความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ประกอบด้วย 10 กิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวัน (Barthel ADL) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ แต่ละกิจกรรมมีคะแนนแตกต่างกัน ขึ้นกับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น ๆ ช่วงคะแนน 0-100 คะแนน เวลาที่ใช้ประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่แรกเริ่ม, ก่อนจำหน่ายกลับบ้านและ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกณฑ์การแปลผลระดับความสามารถ ดังนี้ คะแนน 0-20 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย, คะแนน 25-45 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย, คะแนน 50-70 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง, คะแนน 75-95 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากและคะแนน 100 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

3. แบบประเมินความรุนแรงความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale: mRS) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแบบประเมิน) ภายใต้แนวคิดเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความพิการหรือความบกพร่องที่เกิดจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นที่ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความเป็นอิสระในการใช้ชีวิต ตัวเลขของคำตอบของแบบประเมิน เป็นมาตรวัดแบบลำดับ (Ordinal Scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน (mRS Score) 0 = ไม่มีอาการผิดปกติเลย, 1 = ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทุกอย่าง, 2 = มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง, 3 = มีความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยทำกิจวัตรประจำวัน บางอย่างแต่สามารถ

เดินเองได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย, 4 = มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเอง โดยไม่มีคนช่วยได้, 5 = มีความผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียง ปัสสาวะราด ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด, 6 = เสียชีวิต

4. แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Impact Scale (SIS) Version 3.0 ฉบับภาษาไทย สร้างขึ้นโดย (Duncan et al., 1999) ภายใต้แนวคิด การวัดผลกระทบเฉพาะ (Stroke-Specific) ที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งมิติทางร่างกายและจิตสังคม ผู้แปลปรับใช้ในไทย ทศพร คำผลศิริ (2548) (ผู้วิจัยได้ขออนุญาต ยืมใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Impact Scale (SIS) (ทศพร คำผลศิริ, 2548) ใช้จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 59 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ความแข็งแรงของร่างกาย (Strength) จำนวน 5 ข้อ 2) การสื่อสาร (Communication) จำนวน 7 ข้อ 3) ความจำและความคิด (Memory) จำนวน 7 ข้อ 4) อารมณ์ ความรู้สึก (Emotion) จำนวน 8 ข้อ 5) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (Social Participation) จำนวน 8 ข้อ 6) การใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of daily living: ADL) จำนวน 10 ข้อ 7) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Mobility) จำนวน 9 ข้อ 8) การใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง (Hand function) และร่างกายโดยรวม (Composite Physical) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะตัวเล็อกของคำตอบ Rating Scale 5 ระดับ 1-5 เกณฑ์การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 ระดับมากที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 ระดับมาก, คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ระดับน้อย, คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา สำหรับแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.95 สำหรับเครื่องมือ Barthel ADL Index, Modified Rankin Scale (mRS) และ Stroke Impact Scale (SIS) ถือเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการศึกษาความตรงและความเที่ยงมาแล้วในงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงไม่ตรวจสอบซ้ำ

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยงตรง ดังนี้ 2.1) แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ค่าความเที่ยง 0.82 2.2) แบบประเมินความรุนแรงความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเที่ยง 0.81 2.3) แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเที่ยง 0.96

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม หัวหน้าหอและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองหรือโดยผู้แทนโดยชอบธรรม หลังจากนั้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและสิทธิต่าง ๆ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยหลังจากนั้นให้อ่านเอกสารขอความยินยอมสำหรับอาสาสมัคร กรณีที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยประเมินอาการและสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยสอบถามข้อมูลทั่วไป ตรวจสอบข้อมูลระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง (หากมีการรับใหม่ผู้ป่วยนอกเวลาราชการ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยในเวรเช้าวันต่อมาหรือในวันเวลาราชการ รวมถึงการดูแลการเซ็นใบยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติแทนผู้ป่วย) ผู้วิจัยจะสื่อสารให้ทีมพยาบาลและลงบันทึกในสมุด Case ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

4. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการดูแลตามแนวทางปกติ Clinical Practice Guideline, Care Map และ 7 Aspect of Care ในระยะวิกฤติ จนผ่านพ้นระยะวิกฤติ เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งเตรียมความพร้อมวางแผนจำหน่าย กรณีผู้ป่วยอาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ จะได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและประเมินความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง ซ้ำ ในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

5. ผู้วิจัยติดตามอาการผู้ป่วยระหว่างที่พักรักษาตัวและจำหน่ายกลับบ้าน

6. ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 เดือน โดยใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สอบถามอาการและใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการติดตามทางโทรศัพท์ ได้แก่ การสอบถามอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) การประเมินความรุนแรงความพิการของผู้ป่วย (mRS) การสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย (SIS) เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของข้อมูลและลดความเสี่ยงจากการประเมินทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยได้มีการยืนยันข้อมูลกับผู้ดูแล ในระหว่างการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยทำการยืนยันข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และความรุนแรงของความพิการ (mRS) กับผู้ดูแลหลักที่อยู่กับผู้ป่วยเป็นประจำด้วย (ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลเองได้ หรือเพื่อให้ข้อมูลสอดคล้องกัน)

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติ Multivariable Regression ใช้วิธี Enter

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับข่าละยาลิ่มเลือด ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 61 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยดำเนินการประเมินอาการและสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มและก่อนจำหน่าย จากนั้นติดตามผลทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถาม Stroke Impact Scale (SIS) รวมถึงประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และความพิการ (mRS) ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable Regression

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศชาย 32 คน (ร้อยละ 52.46) เพศหญิง 29 คน (ร้อยละ 47.54) อายุระหว่าง 60-79 ปี มากที่สุดถึงร้อยละ 60.66 อายุเฉลี่ย 67.60 ปี (S.D.=11.30) อายุน้อยสุด 46 ปี และอายุมากที่สุด 95 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา 48 คน (ร้อยละ 78.69) รองลงมา มัธยมศึกษา 8 คน (ร้อยละ 13.11) อนุปริญญา 5 คน (ร้อยละ 8.20) ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง 18 คน (ร้อยละ 29.51) รองลงมา ไม่มีงานทำ 15 คน (ร้อยละ 24.59) ส่วนใหญ่มีรายได้ครบถ้วนเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท 45 คน (ร้อยละ 73.77) มีระยะเวลาเกิดอาการก่อนมาโรงพยาบาลและได้รับการรักษาโดยได้รับข่าละยาลิ่มเลือด ภายใน 4.5 ชั่วโมง ร้อยละ 100 ระยะเวลาเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เฉลี่ย 7.25 วัน (S.D.= 3.77)

ผู้ป่วย Mild to Moderately severe stroke severity ระดับความรุนแรงของโรค (คะแนน NIHSS) 5-14 มากที่สุด 39 คน (ร้อยละ 63.93) รองลงมา Severe stroke severity, mild stroke severity และ Very severe stroke severity ร้อยละ 24.59, 6.56 และ 4.92 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว 47 คน (ร้อยละ 77) มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีโรคเรื้อรัง 2 โรค 18 คน (ร้อยละ 38.30) พยาธิสภาพพบที่หลอดเลือดสมองส่วนกลาง Right Middle Cerebral Artery (MCA) จำนวน 16 คน (ร้อยละ 26.2) และบริเวณ Left MCA จำนวน 16 คน (ร้อยละ 26.23) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว (Large Vessels atherosclerosis) 35 คน (ร้อยละ 57.38) รองลงมาหลอดเลือดเล็ก (Small vessels) 18 คน (ร้อยละ 29.50) หลอดเลือดสมองอุดตันจากหัวใจ (Cardioembolic) 7 คน (ร้อยละ 11.48) และหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่น 1 คน (ร้อยละ 1.64) ได้รับยา

ละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง 61 คน (ร้อยละ 100) Door-to-needle time ส่วนใหญ่ > 60 นาที 35 คน (ร้อยละ 57.37) ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดและได้รับการทำ Thrombectomy หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 6 คน (ร้อยละ 9.83) ส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาและหลังให้ยา 49 คน (ร้อยละ 80.30) เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาหลังให้ยา 12 คน (ร้อยละ 19.70) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n=61$)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	52.46
หญิง	29	47.54
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	48	78.69
มัธยมศึกษา	8	13.11
อนุปริญญา	5	8.2
อาชีพ		
รับจ้าง	18	29.51
ไม่มีงานทำ	15	24.59
งานบ้าน	13	21.31
ทำนา/ทำสวน	10	16.39
อื่น ๆ	5	8.2
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	45	73.77
สูงกว่า 10,000 บาท	16	26.23
มีโรคประจำตัวร่วม		
มี	47	77
ไม่มี	14	23
ปัจจัยเสี่ยง/โรคเรื้อรัง (ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว N=47)		
2 โรค	18	38.3
1 โรค	29	61.7
ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS Score)		
Mild to Moderately severe	39	63.93
Severe stroke severity	15	24.59
Mild stroke severity	4	6.56
Very severe stroke severity	3	4.92
ชนิดของหลอดเลือดสมองอุดตัน (Etiology)		
Large Vessels atherosclerosis	35	57.38
Small vessels	18	29.5
Cardioembolic	7	11.48
อื่น ๆ	1	1.64

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง		
Right Middle Cerebral Artery (MCA)	16	26.2
Left Middle Cerebral Artery (MCA)	16	26.23
อื่น ๆ	29	47.57
ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชม.		
ได้รับ	61	100
Door-to-needle time		
>60 นาที	35	57.37
≤60 นาที	26	42.63
ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและทำ Thrombectomy		
ได้รับ	6	9.83
ไม่ได้รับ	55	90.17
ภาวะแทรกซ้อนขณะ/หลังให้ยา		
ไม่พบภาวะแทรกซ้อน	49	80.3
เกิดภาวะแทรกซ้อน	12	19.7
ระยะเวลาเข้ารับการรักษานใน รพ. Mean±S.D. (วัน) 7.25±3.77 วัน		

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) แรกรับ จำหน่ายและหลังจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	วันที่รับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาลแรก		จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล		หลังจำหน่าย ออกจาก โรงพยาบาล 1 เดือน	
	รับ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ (0-20 คะแนน)	18	29.51	12	19.67	16	26.23
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย (25-45 คะแนน)	15	24.60	13	21.31	6	9.84
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ปานกลาง (50-70 คะแนน)	20	32.78	17	27.87	10	16.39
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก (75-95 คะแนน)	8	13.11	19	31.14	18	29.51
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ (100 คะแนน)	0	0	0	0	11	18.03

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแรกรับ 56.07 ($SD=28.27$) และวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เท่ากับ 60.49 ($SD=34.77$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน วันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจาก

โรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน 30 วัน พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่แตกต่างกัน

ประเมินความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแรกเริ่ม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า หลังได้ยาละลายลิ่มเลือด ระดับความพิการวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีความพิการระดับที่ผิดปกติมากและรุนแรงลดลงน้อยกว่าวันแรก และหลังจำหน่ายกลับบ้านแล้ว 1 เดือน ระดับความพิการลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ พิจารณาระดับที่ 5 (พิจารณารุนแรง นอนติดเตียง ต้องดูแลต่อเนื่อง) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินความพิการหลังจำหน่ายกลับบ้านไปอยู่ที่บ้าน 1 เดือน ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินความพิการลดลง ซึ่งไม่แตกต่างจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 ความพิการแรกเริ่ม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

ความพิการ	แรกเริ่ม		วันจำหน่าย		หลังจำหน่าย 1 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	0	0	0	0	9	14.75
พิจารณาระดับ 1 (ไม่มีความพิการร้ายแรง ปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ)	1	1.63	7	11.47	10	16.39
พิจารณาระดับ 2 (ทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย)	7	11.47	8	13.11	4	6.55
พิจารณาระดับ 3 (ต้องได้รับความช่วยเหลือ เดินได้โดยไม่มีคนช่วย)	7	11.47	8	13.11	14	22.95
พิจารณาระดับ 4 (ไม่สามารถเดินได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้)	22	36.06	17	27.86	5	8.19
พิจารณาระดับ 5 (พิจารณารุนแรง นอนติดเตียง ต้องดูแลต่อเนื่อง)	24	39.34	21	34.42	19	31.14
พิจารณาระดับ 6 เสียชีวิต	0	0	0	0	0	0

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมารวมกันรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.78 ($SD = 1.57$) และมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.22 รองลงมา น้อย น้อยที่สุดและมากที่สุด ร้อยละ 24.59, 18.03, 16.39 และ 14.75 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว ด้านความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรง ด้าน

ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ น้อยที่สุด ส่วนด้านความจำและความคิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านความสามารถในการสื่อสาร คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มากที่สุด

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกในภาพรวมและรายด้าน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	จำนวน (n=61)	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
ระดับมากที่สุด	9	14.75
ระดับมาก	10	16.39
ระดับปานกลาง	9	14.75
ระดับน้อย	17	27.87
ระดับน้อยที่สุด	16	26.23
ด้านความจำและความคิด		
ระดับมากที่สุด	27	44.26
ระดับมาก	9	14.75
ระดับปานกลาง	6	9.84
ระดับน้อย	3	4.92
ระดับน้อยที่สุด	16	26.23
ด้านอารมณ์ความรู้สึก		
ระดับมากที่สุด	29	47.54
ระดับมาก	3	4.92
ระดับปานกลาง	16	26.23
ระดับน้อย	1	1.64
ระดับน้อยที่สุด	12	19.67
ด้านความสามารถในการสื่อสาร		
ระดับมากที่สุด	23	37.70
ระดับมาก	6	9.84
ระดับปานกลาง	14	22.95
ระดับน้อย	2	3.28
ระดับน้อยที่สุด	16	26.23
ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน		
ระดับมากที่สุด	14	22.95
ระดับมาก	11	18.03
ระดับปานกลาง	9	14.75
ระดับน้อย	7	11.48
ระดับน้อยที่สุด	20	32.79

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	จำนวน (n=61)	ร้อยละ
ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว		
ระดับมากที่สุด	13	21.31
ระดับมาก	17	27.87
ระดับปานกลาง	4	6.56
ระดับน้อย	7	11.48
ระดับน้อยที่สุด	20	32.78
ด้านความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรง		
ระดับมากที่สุด	15	24.59
ระดับมาก	4	6.56
ระดับปานกลาง	12	19.67
ระดับน้อย	8	13.11
ระดับน้อยที่สุด	22	36.07
ด้านความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำ		
ระดับมากที่สุด	0	0
ระดับมาก	5	8.19
ระดับปานกลาง	19	31.15
ระดับน้อย	6	9.84
ระดับน้อยที่สุด	31	50.82
ภาพรวมคุณภาพชีวิต Mean = 2.78 (SD=1.57)		

3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Unit) ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด พบว่า มีตัวแปรอิสระจำนวน 2 ตัวแปร ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คือ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Severity) (คะแนน NIHSS) ($\beta = -.769$, $t = -2.205$, $p = .019$) และการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (Thrombectomy) ($\beta = -1.668$, $t = -1.443$, $p = .026$) มีผลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 26.8 (R^2 change = .268) พบว่า ระดับความรุนแรงและการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (Thrombectomy) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด แต่ค่า β ของ NIHSS severity = -0.769 และ Thrombectomy = -1.668 ซึ่งหมายความว่า ความรุนแรงของโรคสูงขึ้นหรือใส่สายสวนจะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตต่ำลง ส่วนปัจจัยด้านพยาธิสภาพของสมอง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle

time) ภาวะแทรกซ้อน มีโรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความพิการ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Severity) (คะแนน NIHSS)	-.769	.349	-.307	-2.205	.032**
พยาธิสภาพของสมอง	.019	.040	.059	.476	.636
ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time)	-.252	.310	-.106	-.815	.419
ภาวะแทรกซ้อน	-.757	.525	-.183	-1.443	.155
การใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง	-1.668	.728	-.303	-2.292	.026**
มีโรคประจำตัว	.882	.738	.226	1.195	.238
ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย	-.124	.301	-.080	-.411	.683
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.123	.389	-.077	-.316	.753
ระดับความพิการ	-.210	.365	-.135	-.575	.568
ค่าคงที่ (Constant)	5.936	2.458		2.415	.019

หมายเหตุ R= .518, R²= .268, F=2.078, p-value=.049^b

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาราชนครราชสีมา

การรักษาผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ถือเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การให้ยาได้เร็วที่สุดจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ทัศนีย์ จินตกานนท์, 2562) อาจเกิดจากวิถีชีวิตของเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ผู้ป่วยอายุระหว่าง 60-79 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย 67.60 ปี (SD 11.30) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ รายได้ครอบครัวเฉลี่ย ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ระดับการศึกษาค่ำ มักมีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงานหรือกรรมกร จึงมีโอกาสส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว

ระดับความรุนแรง Mild to Moderately Severe Stroke Severity (คะแนน NIHSS) 5-14 คะแนนมากที่สุด 39 คน (ร้อยละ 63.93) ความรุนแรงของโรค ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอดชีวิต ระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้น จะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง (Singhpoo et al., 2012) คะแนน NIHSS ที่สูงจะสัมพันธ์กับรอยโรคของสมองที่ขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง (ธัมย์ สมิตะสิริ, 2564) ในการศึกษาี้เกิด Atherosclerosis และมีโรคประจำตัว ถึงร้อยละ 77 ตำแหน่งที่เกิดรอยโรคพบที่ MCA มากที่สุด จึงทำให้พยากรณ์โรคไม่ดี อาจเกิดภาวะสมองบวมหรือเลือดออกในบริเวณเนื้อตาย Hemorrhagic Transformation ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน Hemorrhagic Transformation 12 ราย (ร้อยละ 19.70) จึงส่งผลให้อาการรุนแรงมากขึ้น การฟื้นฟูหายจากโรคนานขึ้นและอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น (Patiet al., 2020) การได้รับบริการช่องทางด่วน และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง ร้อยละ 100 ส่วน Door-to-needle time >60 ร้อยละ 57.37 กรณีอุดตันที่หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ จะได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองเพื่อดูดหรือลากเอาลิ่มเลือดออกมา การศึกษาี้ ทำ Thrombectomy 6 ราย ร้อยละ 9.83 ส่งผลผู้ป่วยรอดชีวิตสูงขึ้น ลดความพิการจากสมองขาดเลือด

คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยยังคงมีความบกพร่องอยู่บ้างในหลายด้าน แต่สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตประจำวันได้ มีความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง อาจยังไม่สามารถกลับไปทำกิจกรรมที่ซับซ้อนหรือบทบาทเดิมในสังคมได้เต็มที่ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายระดับน้อย หมายถึง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมี ความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและความบกพร่องในการเคลื่อนไหวทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับสูง จึงสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการฟื้นฟู การที่คุณภาพชีวิตยังอยู่ในระดับปานกลางและด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนถึงข้อจำกัดของการฟื้นตัวของผู้ป่วยในระยะสั้น (1 เดือนหลังจำหน่าย) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ Mild to Moderately Severe Stroke Severity (NIHSS 5-14 คะแนน) ซึ่งเป็นกลุ่มที่รอยโรคของสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างและมักจะเหลือความบกพร่องทางระบบประสาท (Neurological Deficits) ค่อนข้างมาก ความรุนแรงที่เหลืออยู่นี้เป็นปัจจัยหลักที่ลดคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Strength, Mobility) และ การทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) แม้จะรอดชีวิตจากการรักษาระยะเฉียบพลันแล้วก็ตาม แต่การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี จากรอยโรคขนาดใหญ่มีอิทธิพลเหนือผลดีของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้อาการรุนแรงมากขึ้น การฟื้นฟูหายจากโรคนานขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง ระดับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (รังษิยา เชื้อเจ็ดตน, 2560) และการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (Thrombectomy) ($\beta = -1.668$, $t = -1.443$, $p = .026$) มีผลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายคุณภาพ

ชีวิตได้ร้อยละ 26.8 (R^2 change = .268) การที่ค่า R^2 (R-squared) หรือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (Coefficient of Determination) มีค่าที่ 26.8% เนื่องจากคุณภาพชีวิตถูกกำหนดโดยปัจจัยที่ซับซ้อนและวัดได้ยาก ระยะเวลาการติดตามผล การวัดคุณภาพชีวิตที่ 1 เดือน อาจเป็นช่วงที่ผู้ป่วยยังอยู่ช่วงฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตมีความผันผวนสูง การติดตามในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี มักจะให้ค่า R^2 ที่สูงขึ้น เมื่อปัจจัยด้านจิตสังคมและการปรับตัวเริ่มมีบทบาทมากขึ้น และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตต่ำลงภายหลังได้รับการวินิจฉัย 1-6 เดือน จนถึง 1-3 ปีหลังได้รับการวินิจฉัย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจแตกต่างกัน ในการศึกษาที่ใช้เครื่องมือ Stroke Impact Scale (SIS) ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของการฟื้นตัว ทั้งด้านความแข็งแรงของร่างกาย การใช้ชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหวของร่างกายและการใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรงและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี

ข้อจำกัดของการวิจัย 1) ด้านขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Small Sample Size) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง N 61 คน ถือว่ามีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับจำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องวิเคราะห์ด้วย Multivariable Regression ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็กอาจทำให้กำลังทดสอบต่ำและความไม่แม่นยำของการประมาณค่า ช่วงความเชื่อมั่น 95% 2) ด้านการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากโรงพยาบาลเดียว ทำให้ความเที่ยงตรงภายนอก (External Validity) ต่ำ ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับอื่น 3) ด้านระยะเวลาการติดตามผล การวัดคุณภาพชีวิตที่ 1 เดือนหลังจำหน่ายระยะสั้น ซึ่งมักจะได้รับอิทธิพลจากความบกพร่องทางร่างกายที่ยังคงเหลืออยู่ และปัจจัยทางอารมณ์ในระยะแรก ควรศึกษาต่อเนื่องในอนาคตที่ติดตามผู้ป่วยในระยะกลาง 3-6 เดือนและระยะยาว 1 ปีขึ้นไป เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตและบทบาทของปัจจัยทางจิตสังคมในช่วงของการฟื้นฟูและการปรับตัวอย่างแท้จริง บทควมมีคุณค่าต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด การรักษาด้วย Thrombectomy และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ปัจจัยที่สามารถปรับปรุงได้ในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ปัจจัยที่ปรับปรุงได้ ความรวดเร็วการเข้าถึงและการรักษาด้วย Thrombectomy ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเครือข่ายมายังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา (ระดับตติยภูมิ) การจัดการระดับความรุนแรงของโรค แม้ระดับความรุนแรงของโรคจะเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ในขณะเกิดโรค แต่การจัดการระยะยาวของความรุนแรง สามารถทำได้ ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เข้มข้นและต่อเนื่อง ลดระดับความพิการและการเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพื่อลดผลกระทบความรุนแรงของโรค

2. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

Thrombectomy และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยด้านพยาธิสภาพ Door to needle time ภาวะแทรกซ้อน โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความพิการ ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านพยาธิสภาพ ได้แก่ Door-to-Needle Time, ภาวะแทรกซ้อน และระดับความพิการ ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกลุ่มตัวอย่างนี้ แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (Manet al., 2020) เนื่องจาก Door-to-Needle Time เป็นมาตรวัดในช่วงเวลาเฉียบพลัน (Acute Phase) ในขณะที่การวัดคุณภาพชีวิตมักวัดในระยะฟื้นตัวหรือระยะเรื้อรัง ความสัมพันธ์อาจลดลงตามเวลาเนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนทางสังคม หรือการปรับตัวทางจิตใจ ข้อจำกัดทางสถิติ หาก Door-to-Needle Time ถูกจำกัดอยู่ในช่วงแคบ ๆ ในกลุ่มตัวอย่างพลังอำนาจทางสถิติ (Statistical Power) พบความสัมพันธ์จะลดลง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่อาจเป็นชนิดที่ไม่รุนแรงหรือสามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำให้ไม่ส่งผลกระทบที่ยั่งยืนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะมีระดับความพิการเริ่มต้นแต่ การเข้าถึงโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อาจช่วยให้ผู้ป่วย ปรับตัว กับความพิการได้ดีขึ้นหรือเกิดการชดเชย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความพิการกับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางบวกที่ชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมีโรคร่วมโรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความซึมเศร้า ยังมีปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลลักษณะสังคม สิ่งแวดล้อม ความพร้อมของสถานบริการ ที่ผ่านมาการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศไทยและต่างประเทศได้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย จึงต้องศึกษาในบริบทที่แตกต่าง โดยเฉพาะ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

สรุปผลการวิจัย

1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.22 2) คุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านร่างกาย ระดับน้อย ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านเคลื่อนไหว ด้านใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรืออ่อน

แรง ด้านเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำ ระดับน้อยที่สุด ด้านความจำและความคิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านการสื่อสาร ระดับมากที่สุด 3) เปรียบเทียบความสามารถทำกิจวัตรประจำวันและความพิการของผู้ป่วย วันที่จำหน่ายและหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ การใส่สายสวนหลอดเลือดสมองและระดับความรุนแรงของทำนายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 26.8

ข้อเสนอแนะ

ปรับปรุงกระบวนการให้บริการผู้ป่วยลดระยะเวลา Door-to-needle time < 60 นาที โดยวางแผนปรับระบบ Stroke Fast Track การใช้ Pre-alert และการเปลี่ยนมาใช้ Concurrent Actions (การดำเนินงานหลายขั้นตอนที่สำคัญไปพร้อม ๆ กัน) ใช้แนวคิดแบบลีน ลดความล่าช้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วยภายในห้องฉุกเฉิน เพื่อลดระยะเวลา Door-to-Needle Time ให้น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวและให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- ทศพร คำผลศิริ. (2548). คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง: มโนทัศน์และการประเมิน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 20(1), 65-73.
- ทัศนีย์ จินตกานนท์. (2562). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(2), 114-124.
- รัชมย์ สมิตะสิริ. (2564). ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันที่ได้รับ การรักษาด้วยยาRecombinant Tissue Plasminogen Activator ทางหลอดเลือดดำของโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 46(3), 195-204.
- รังษิยา เชื้อเจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง. *Journal of Associated Medical Sciences*, 50(3), 597-604.
- วิภาพร ตรีสุทธรรณ. (2563). ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*. 29(2), 12-24.
- Division of Medicine Nursing Maharat Nakhonratchasima Hospital. (2022). *Summary of result quality assurance operations Medicine Nursing*. Maharat Nakhonratchasima Hospital.

- Duncan, K. A., Helman, C., Miller, D., Miller, J., Mynatt, S., Parsons, M., Reitz, B., Shaffer, B., Sullivan, J., Taylor, D., Thomas, J., Van Sell, S., & Young, L. (1999). Nursing's code of ethics: A search for collective values. *Journal of Nursing Administration*, 29(6), 18-24.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*, 39(2), 175-91.
- Januszewicz, L., & Buesch, B. (2018). Neurologic alterations: Neurologic disorders and therapeutic management. In E. M., Clochesy, C. L., Brehm, K. J., Wagner, K. M., Ahearn, & K. M. Hanley (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (7th ed.). Elsevier Mosby.
- Man, S., Xian, Y., Holmes, D. N., Matsouaka, R. A., Saver, J. L., Smith, E. E., Bhatt, D. L., Zhao, X., Olson, D. M., Hernandez, A. F., Peterson, E. D., Schwamm, L. H., & Fonarow, G. C. (2020). Association between thrombolytic door-to-needle time and 1-year mortality and readmission in patients with acute ischemic stroke. *JAMA*, 323(21), 2170–2184.
- Pati, S., Pallivalapila, A., Kanungo, S., Samal, M., Bhattacharya, S., & van den Akker, M. (2020). Correlates of medication adherence among patients with stroke in India: A multi-centric cross-sectional study. *BMC Neurology*, 20(1), 1–11.
- Pook, P. C., Chih, H. J., Velaithan, V., Norman, R., Reidpath, D., & Su, T. T. (2023). A comparison of health-related quality of life using the World Health Organization Quality of Life–BREF and 5-Level EuroQol-5 Dimensions in the Malaysian population. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 14(4), 304–311.
- Singhpoo, K., Chareerntanyarak, L., Ngamroop, R., Hadee, N., Chantachume, W., Lekbunyasins, O., Sawanyawisuth, K., & Tiamkao, S. (2012). Factors related to quality of life of stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 22(6), 776-81.
- World Health Organization. (2015). *World Stroke Campaign*. World Stroke Organization.
<https://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>