

ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

Predictive factors for supportive care needs in stroke survivors

ผกายรัตน์ สหเจริญชัย และปชานัต นุนไทยทิกุล

Phakairat Sahajaronchai and Pachanat Nunthaitawekul

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 114 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน 3) แบบสอบถามภาวะโรคร่วม 4) แบบสอบถามระดับความพิการ 5) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล และ 6) แบบสอบถามความเหนื่อยล้า มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง 0.88 - 1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.87, 0.89, 0.78, 0.88 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับความพิการ (Beta = 0.447) ภาวะโรคร่วม (Beta = 0.310) ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Beta = 0.251) และ ความเหนื่อยล้า (Beta = 0.155) โดยสามารถร่วมทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 78.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง, ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine predictive factors for supportive care needs in stroke survivors. A sample of 114 stroke survivors, was purposively sampled according to the inclusion criteria. The research instruments consisted of questionnaires on 1) demographic data, 2) the Supportive care needs evaluation, 3) the Charlson criteria checklist, 4) the Modified Rankin scale, 5) the Hospital anxiety

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Corresponding author E-mail: phakairat.s@gmail.com

วันที่รับบทความ: 31 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ: 26 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่ตอบรับบทความ: 4 มีนาคม 2567

and depression scale, and 6) the Fatigue severity scale. Their content validity indexes were between 0.88 - 1.00. Reliability coefficients were 0.87, 0.89, 0.78, 0.88 and 0.97 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results showed that predictive factors for supportive care needs in stroke survivors were level of disability (Beta = 0.447), comorbidity (Beta = 0.310), depression and anxiety (Beta = 0.251) and fatigue (Beta = 0.155). These factors combined could explain 78.1 percent of supportive care needs in stroke survivors at a statistically significant level of .05

Keywords: Stroke Survivors, Supportive Care Needs.

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับสอง และทำให้สูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับสามทั่วโลก (Feigin et al., 2022) โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุ สำหรับในประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 ถึง 2565 เท่ากับ 278.49, 303.20, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2564) และข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (2566) พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย และเสียชีวิต 36,214 ราย

ปัจจุบันการรักษาทางการแพทย์และการพยาบาลที่ทันสมัยส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายลดลง และรอดชีวิตที่สูงมากขึ้น (Feigin et al., 2022) อย่างไรก็ตาม ผู้รอดชีวิตนั้นมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่จะหายจากโรคอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 25 ของผู้รอดชีวิตสามารถฟื้นตัวได้เนื่องจากมีทุพพลภาพระดับเล็กน้อย และร้อยละ 40 ของผู้รอดชีวิตทั้งหมดยังคงมีชีวิตอยู่โดยมีความพิการระดับปานกลาง ในขณะที่ร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 30 มีชีวิตอยู่ด้วยความพิการขั้นรุนแรงและต้องพึ่งพาอย่าง

มาก (Rancic et al., 2020) ภายหลังจากการรอดชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีผลกระทบด้านต่าง ๆ ตามมา ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลโดยด้านร่างกาย เช่น ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูดและการสื่อความหมาย การเคี้ยว การกลืน ความรู้สึกและการรับรู้ การมองเห็นที่ผิดปกติ ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา การขับถ่าย เพศสัมพันธ์ ด้านจิตใจ เช่น มีความรู้สึกสูญเสีย วิตกกังวล เครียด ก้าวร้าว และภาวะซึมเศร้า ด้านสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ปัญหาการหย่าร้าง การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ความสามารถในการทำงานลดลงหรือว่างงานและด้านเศรษฐกิจมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เพราะเป็นโรคที่ต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ครอบครัวมีความเครียดเพิ่มขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

ผลกระทบภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ผู้ป่วยจึงดำรงชีวิตอยู่ด้วยความยากลำบาก (พรชัย จุลเมตต์, 2565) เพราะผลกระทบต่าง ๆ กลายเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นอย่าง

เฉียบพลันและไม่ได้คาดคิดมาก่อน ดังนั้นความซับซ้อนของการรับมือกับปัญหาใหม่ ๆ และการปรับตัวจึงทำได้ยาก ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น อาจต้องเข้าถึงแหล่งข้อมูลใหม่ เรียนรู้ทักษะใหม่ หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการของตน (Fitch, 2008) แต่หากผู้ป่วยที่ไม่สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาและปรับตัวต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองตามความต้องการของตนเองได้นั้น ผู้ป่วยจะประสบกับความทุกข์ทางอารมณ์หรือจิตใจที่มีความรุนแรงมากขึ้น และรู้สึกกว่าตนเองเป็นภาระ ส่งผลให้มีการลดลงของคุณภาพชีวิต (Intamas et al., 2021)

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตลดลง แต่จากการศึกษาพบว่าหากมีการให้การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ เพื่อนบ้าน ชุมชน หรือกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดีมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอีกด้วย (Adunwatanasiri et al., 2021) แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ Fitch (2008) เกี่ยวกับการให้การดูแลแบบสนับสนุนจากทีมสุขภาพ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ได้แก่ เพศ (Zawawi et al., 2020) อายุ (Olaiya et al., 2017) ความเหนื่อยล้า และระดับความพิการ (Tamrat et al., 2022) ภาวะโรคร่วม (Ullberg et al., 2016) ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Heiberg et al., 2021; Olaiya et al., 2017) และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด (Tamrat et al., 2022)

แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีการสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่โรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลาการดูแลรักษายาวนานซึ่งมีผลต่อภาพลักษณ์ และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก และอัตราการเกิดโรคที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีความต้องการการดูแลสนับสนุนที่มากขึ้น รวมถึงการพยาบาลที่เน้นการประเมินที่ครอบคลุม

ผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ยังคงค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณ และด้านเพศ และพบว่าส่วนใหญ่จะติดตามดูแลในช่วง 6 เดือนแรก ซึ่งยังไม่เน้นย้ำถึงการให้การดูแลสนับสนุนในระยะยาวมากนัก ดังนั้นหากพยาบาลทราบปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลสนับสนุนก็จะช่วยให้การพยาบาลและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยตามลำดับความสำคัญได้อย่างเป็นองค์รวม ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการจัดทำแนวทางในการให้การตอบสนองตามความต้องการของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด supportive care needs ของ Fitch (2008) ซึ่งได้อธิบายถึง ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของมนุษย์ (human needs) การประเมินการรู้ (cognitive appraisal) และการจัดการและการปรับตัว (coping and adaptation) ของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับผลกระทบภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลให้ชีวิตขาดความสมดุล ก่อให้เกิดความต้องการการดูแลสนับสนุนที่

จำเป็นจากทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และครอบคลุมความต้องการการดูแล 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ ต้องการการดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากโรค เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ คือ ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในการรับมือกับการเจ็บป่วยและผลที่ตามมา รวมถึงแนวทางการควบคุมจิตใจที่เหมาะสม 3) ด้านอารมณ์ ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการกับความรู้สึกกลัว ความไม่แน่นอน การสูญเสีย และความวิตกกังวลอื่น ๆ ที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง 4) ด้านสังคม คือ ต้องการเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว เพื่อนร่วมงาน สังคม รวมทั้งความรู้สึกและการปรับตัวภายหลังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 5) ด้านจิตวิญญาณ คือ ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความเชื่อและส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง 6) ด้านข้อมูล คือ ต้องการข้อมูลและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญกับโรค และ 7) ด้านการปฏิบัติ คือ ต้องการในการจัดการปัญหาด้านการเงิน สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ โดยประเมินตามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการพิจารณาตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกี่ยวข้องและส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย เป็นประโยชน์ทางการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถอธิบายได้ดังนี้ ปัจจัยเพศ และอายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความต้องการการรับมือ และการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันไป ปัจจัยภาวะโรคร่วม ระดับความพิการภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยและจากการ

ทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังเป็นปัญหาต่อการดูแลสนับสนุนในปัจจุบัน และปัจจัยการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด เป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงการให้บริการสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก หรือตีบตันครั้งแรก/เป็นซ้ำ ในโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 114 คน เลือกแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่มีระดับความรู้สึกตัวดี วัดด้วย Glasgow coma scale มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนนขึ้นไป ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือชุมชนตั้งแต่ 6 เดือนและไม่เกิน 2 ปี กรณีที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินด้วย MMSE-Thai 2002 ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น และสามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*power analysis version 3.1.9.4 กำหนดอำนาจทดสอบ .80 ค่าอัลฟา .05 เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาในผู้ป่วยและตัวแปรเช่นเดียวกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลางคือ .15 (Polit & Beck, 2021) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและข้อมูลไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 114 คน

เครื่องมือวิจัย

1. **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ศาสนา การอยู่ร่วมกับสมาชิกใน

ครอบครัว ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนครั้งของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และโปรแกรมการติดตามฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยลักษณะข้อคำถามเป็นเติมคำลงในช่องว่าง หรือเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ

2. แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบประเมินความต้องการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของปธานันท์ นันท์ไทยทวีกุล และคณะ (2564) ที่พัฒนาและดัดแปลงมาจาก แบบประเมิน supportive care needs survey (SCNS-SF34) in adult cancer patients ซึ่ง Bonevski และคณะ (2000) พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Fitch ทั้ง 7 ด้าน และได้รวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกันเรียกชื่อใหม่เป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ (รวมด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ) 2) ด้านระบบภาวะสุขภาพและการให้ข้อมูล (ด้านข้อมูลข่าวสาร) 3) ด้านการดูแลและสนับสนุน (รวมด้านสังคม และด้านการปฏิบัติ) 4) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (ด้านร่างกาย) และ 5) ด้านเพศ ซึ่งยังคงครอบคลุมทุกองค์ประกอบ จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale ตั้งแต่ 1 คือ ไม่สำคัญหรือไม่ต้องการ ถึง 5 คือ สำคัญหรือต้องการมากที่สุด การแปลผล ใช้คะแนนรวม โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมาก

3. แบบสอบถามภาวะโรคร่วม ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลภาษาไทยโดย Utriyaprasit (2001) มีจำนวน 20 ข้อ มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 0-38 คะแนน โดยให้คะแนนตามจำนวนและความรุนแรงของโรคตั้งแต่ 1, 2, 3 และ 6 คะแนน การแปลผลระดับใช้เกณฑ์ คะแนนรวม ดังนี้ 0 คือ ไม่มีโรคร่วม 1-2 คะแนน คือ มีโรคร่วมน้อย 3-4 คะแนน คือ มีโรคร่วมปานกลาง และ มากกว่า 4 คะแนน คือ มีโรคร่วมมาก ยิ่งคะแนนรวมมากคือยิ่งมีโรคร่วมมาก

4. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้ฉบับภาษาไทย ของธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ วัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ และอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนรวม ดังนี้ 0-7 คะแนน ไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า 8-10 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจนและ 11-21 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

5. แบบสอบถามความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ (2554) มีจำนวน 9 ข้อคำถาม กำหนดคะแนนระหว่าง 1-7 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลใช้เกณฑ์ของค่าเฉลี่ย โดยค่าเฉลี่ยที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้า

6. แบบสอบถามระดับความพิการ ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลภาษาไทยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558) มีจำนวน 6 ข้อ คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน การแปลผล ใช้เกณฑ์ตามคะแนนที่ได้ โดย 0 คะแนน คือ ไม่มีความผิดปกติเลย 1 คะแนน คือ มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันทำงานได้ตามปกติทุกอย่าง 2 คะแนน คือ มีความผิดปกติเล็กน้อยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทุกอย่างแต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ทุกอย่าง 3 คะแนน คือ มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างแต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย 4 คะแนน คือ มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง และ

5 คะแนน คือ มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนบนเตียงตลอด และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ยิ่งคะแนนสูงแปลว่ายิ่งมีระดับความพิการมากและช่วยเหลือตนเองได้น้อย

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คนได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล และแบบประเมินความเหนื่อยล้า เท่ากับ 0.88, 0.99, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล และแบบสอบถามความเหนื่อยล้า เท่ากับ 0.87, 0.88 และ 0.97 ตามลำดับ ส่วน แบบประเมินภาวะโรคร่วม ใช้วิธีการแบ่งครึ่ง หาความสัมพันธ์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินระดับความพิการ ใช้วิธีการหาความเท่าเทียมกันของผู้สังเกต ได้ค่า kappa = 0.78 และ weighted kappa = 0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม 2566 เก็บข้อมูลวันจันทร์ ถึง ศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 12.00 น. ที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อของเครื่องมือวิจัยทั้ง 6 ชุด แล้วให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตอบเป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30-45 นาที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ โรงพยาบาลตำรวจ (เลขที่ Oq064/66) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (เลขที่ COA No.

0869/2023) สถาบันประสาทวิทยา (เลขที่ 042/2566) และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกทั้ง 3 แห่งแล้ว ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ วิจัย การให้สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ที่ยินดีให้ข้อมูลได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวแปรของ เพศ และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น 1) มีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) 2) ไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (no multicollinearity) และ 3) มีความคงที่ของตัวแปร (stability of variance) โดยพิจารณาว่าไม่มีภาวะ heteroscedasticity และ ไม่มี autocorrelation (ค่า Durbin-Watson = 1.64) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.10 เพศหญิง ร้อยละ 43.90 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 57.85 ปี (SD = 15.01) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 48.20 ประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 52.60 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 36.00 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 40.40 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.60 การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาหรือแฟน ร้อยละ 50.87 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.20 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน (ischemic stroke) ร้อยละ 89.50 เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ร้อยละ 45.60 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 88.57 ได้รับเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

2. ผลการศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 86.40$, $SD = 21.56$) เมื่อจำแนกความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนรายด้าน พบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทางด้านจิตใจ อยู่ในระดับมาก ($M = 34.46$, $SD = 10.39$) ด้านความต้องการทางระบบประสาทสุขภาพ และการให้ข้อมูล ด้านความต้องการทางการดูแลและสนับสนุน และด้านความต้องการทางร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 18.10$, $SD = 6.95$) ($M = 15.21$, $SD = 5.59$) และ ($M = 13.47$, $SD = 4.75$) ตามลำดับ ส่วนด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($M = 5.14$, $SD = 3.42$)

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ระดับความพิการ ($r = 0.791$) ภาวะโรคร่วม ($r = 0.644$) ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ($r = 0.600$) และ ความเหนื่อยล้า ($r = 0.546$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยในแต่ละปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

2.3 ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับความพิการ ($Beta = 0.447$) ภาวะโรคร่วม ($Beta = 0.310$) ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ($Beta = 0.251$) และ ความเหนื่อยล้า ($Beta = 0.155$) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปรสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 78.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 1) ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมี 3 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

ตาราง 1 ตัวแปรทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ($n = 114$)

ตัวแปรทำนาย	B	SEB	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	40.279	2.746	-	14.669	<.001
ระดับความพิการ	7.403	0.960	0.447	7.711	<.001
ภาวะโรคร่วม	7.336	1.204	0.310	6.095	<.001
ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล	0.790	0.159	0.251	4.959	<.001
ความเหนื่อยล้า	0.191	0.062	0.155	3.069	.003

$R = 0.888$, $R^2 = 0.789$, adjusted $R^2 = 0.781$, $F = 187.420$, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับความพิการ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยได้เพียงบางส่วนสามารถอธิบายได้ดังนี้

ระดับความพิการ และภาวะโรคร่วม เนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 45.60 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วง 6 เดือน - 1 ปี ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยพ้นจากระยะฟื้นตัวไปแล้ว จึงมีโอกาสสูงที่อาการบกพร่องพิการนั้นจะเหลือติดตัวไปตลอดชีวิต และต้องทำการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ที่บ้าน จึงยังต้องทำการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน หรือที่สถานพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเพื่อรักษาสมรรถภาพนั้น ๆ ให้คงอยู่ตลอดไป จึงมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจากทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล การบรรเทาหรือรักษาภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมีทั้งการใช้ยา และไม่ใช้ยา (พรชัย จุลเมตต์, 2565) อีกทั้ง

ผู้ป่วย ร้อยละ 89.50 เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นซ้ำเพราะยังไม่เคยผ่านการปรับตัวและประสบการณ์มาก่อน ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจากทีมสุขภาพ

ความเหนื่อยล้า เนื่องจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 6 เดือน - 2 ปี ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่อัตราการเกิดอาการเหนื่อยล้าค่อนข้างสูง (Elf et al., 2016) ร่วมกับปัจจุบันการรักษาอาการเหนื่อยล้าส่วนใหญ่จะเน้นการให้คำแนะนำตามอาการร่วมกับการทำกายภาพต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจากทีมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนานโยบายการป้องกันการเกิดความพิการรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง ปรับเปลี่ยนระบบการติดตามการดูแลสนับสนุน ป้องกันการเกิดผลกระทบจากภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า ให้มีความต่อเนื่อง เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล ใช้งานได้จริงในระยะยาว เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2566). สถิติสาธารณสุข 2566.

https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37914&deptcode=brc&news_views=4675

ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, และ อุมารณ โพธิ์สาธุทิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.

ปชาณัฐ นันไทยทิกุล, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, ปัทมา พิระพันธ์, จารุณี ลาปามา, และ เพ็ญพยอม สาคร. (2564).

ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(2), 169-177.

พรชัย จุลเมตต์. (2565). *การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วนิตการพิมพ์.

ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2561). สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 11(2), 26-39.

- สถาบันประสาทวิทยา. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. ธนาเพรส.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2558). เกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2564). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 37(4), 54-60.
- อวยพร สวัสดิ์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Adunwatanasiri, P., Sindhu, S., Wanitkun, N., & Viwatwongkasem, C. (2021). A causal relationship of home care services on the quality of life among survivors of stroke in Thailand. *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)*, 18(5), Article 9049.
<https://doi.org/10.48048/wjst.2021.9049>
- Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Bourton, L., Cook, P., & Boyes, A. (2000). Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *American Cancer Society*, 88(1), 217-225.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(20000101\)88:1<217::aid-cnrcr29>3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(20000101)88:1<217::aid-cnrcr29>3.0.co;2-y)
- Elf, M., Eriksson, G., Johansson, S., von Koch, L., & Ytterberg, C. (2016). Self-reported fatigue and associated factors six years after stroke. *PLOS One*, 11(8), Article e0161942.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161942>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke: official Journal of the International Stroke Society*, 17(1), 18-29.
<https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Fitch, M. I. (2008). Supportive care framework. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 18(1), 6-24.
<https://doi.org/10.5737/1181912x181614>
- Heiberg, G., Røe, C., Friberg, O., Pedersen, S. G., Holm Stabel, H., Nielsen, J. F., & Anke, A. (2021). Factors associated with met and unmet rehabilitation needs after stroke: A multicentre cohort study in Denmark and Norway. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 53(6), Article jrm00203.
<https://doi.org/10.2340/16501977-2828>
- Intamas, U., Rawiworrakul, T., Amnatsatsue, K., Nanthamongkolchai, S., & Palmer, M. H. (2021). Care of stroke survivors in community: A case study of rural Thai community. *Journal of Health Research*, 35(1), 77-87.

- Olaiya, M. T., Cadilhac, D. A., Kim, J., Nelson, M. R., Srikanth, V. K., Andrew, N. E., Bladin, C. F., Gerraty, R. P., Fitzgerald, S. M., Phan, T., Frayne, J., Thrift, A. G., & STANDFIRM (Shared Team Approach Between Nurses and Doctors for Improved Risk Factor Management) Investigators. (2017). Long-term unmet needs and associated factors in stroke or TIA survivors: An observational study. *Neurology*, 89(1), 68-75.
<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004063>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Rancic, N. K., Mandic, M. N., Kocic, B. N., Veljkovic, D. R., Kocic, I. D., & Otasevic, S. A. (2020). Health-related quality of life in stroke survivors in relation to the type of inpatient rehabilitation in Serbia. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(12), Article 666.
<https://doi.org/10.3390/medicina56120666>
- Tamrat, E. G., Gufue, Z. H., Getachew, S., Yifru, Y. M., & Gizaw, M. (2022). Factors associated with the longer-term unmet supportive care needs of stroke survivors in Ethiopia: A multicentre cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(1), Article e053579.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053579>
- Ullberg, T., Zia, E., Petersson, J., & Norrving, B. (2016). Perceived unmet rehabilitation needs 1 year after stroke: An observational study from the Swedish stroke register. *Stroke*, 47(2), 539-541.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.011670>
- Utriyaprasit, K. (2001). *The relationship between recovery symptoms and functional outcomes in Thai CABG patients* (Publication No.3034639) [Doctoral dissertation. Case Western Reserve University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Zawawi, N. S. M., Aziz, N. A., Fisher, R., Ahmad, K., & Walker, M. F. (2020). The unmet needs of stroke survivors and stroke caregivers: A systematic narrative review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: the official Journal of National Stroke Association*, 29(8), Article 104875.
<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104875>