

## คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง: มโนทัศน์และการประเมิน

## Quality of Life of Stroke Survivors: concept and assessment

ทศพร คำผลศิริ, วท.ม (พยาบาลศาสตร์)

Totsaporn Khampolsiri, RN,MS (Nursing)

## บทคัดย่อ

ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงกว่าเดิมเนื่องจากต้องเผชิญกับความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจหรือทางสังคมที่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบันได้มีการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในหลายมุมมอง แต่อย่างไรก็ตามหลายๆการศึกษาสรุปว่าคุณภาพชีวิตจะมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ประการ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตจึงต้องประเมินให้ครบทุกด้าน ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปหรือแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปที่กล่าวไว้ในที่นี้ได้แก่ Nottingham Health profile (NHP), Medical Outcome study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), Sickness Impact Profile (SIP), และ Euroqol. ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำมาเสนอในที่นี้ได้แก่ Quality of Life Index-Stroke version, Stroke Specific Quality of Life Measure

(SS-QOL) และ Stroke Impact scale (SIS).

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, โรคหลอดเลือดสมอง, แบบประเมินคุณภาพชีวิต

## Abstract

Stroke survivors usually experience a decreased in their quality of life (QOL) after stroke onset because they have to live with physical, psychological, or sociological impairments. Over the years, QOL has been defined in many difference ways. However, research evidences indicated that QOL includes at least 4 dimensions: physical, psychological, social, and spiritual aspects. QOL assessment should cover all these aspects. Generic QOL instruments or stroke specific QOL instruments can be used to assess QOL of stroke survivors. Generic QOL instruments that have been used to examine QOL post-stroke reviewed here include the Nottingham Health profile (NHP), the Medical Outcome study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), the Sickness Impact Profile (SIP), and the Euroqol. The stroke

\* อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

specific QOL instruments reviewed here include the Quality of Life Index-Stroke version, the Stroke Specific Quality of Life Measure (SS-QOL), and the Stroke Impact scale (SIS).

**Key words :** Quality of life, Stroke, Quality of life instruments

#### บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่อยู่ในอันดับต้น ๆ และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการของประชากรในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย โดยทั่วไปโรคหลอดเลือดสมองมักพบในผู้สูงอายุ โดยหนึ่งในสี่ของเพศชายและหนึ่งในห้าของเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคนี้ได้เมื่ออายุถึง 85 ปี (Ebrahim, 1998; Wolfe, 2000) ในประเทศไทยจากผลสำรวจจำนวนผู้ป่วยในของสถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ในปี 2547 พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด (cerebral infarction) พบมากเป็นอันดับ 2 และที่มีภาวะเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) พบมากเป็นอันดับ 4 โดยส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) นอกจากนั้นจากสถิติการเจ็บป่วยของสถานบริการสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ(ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ในปี 2546 พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สูงถึง 151.5 คน ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2546) สำหรับการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง

นั้น จากการศึกษาของประเทศทางตะวันตกพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการฟื้นตัวหายอย่างสมบูรณ์มีเพียง 460/100,000 ราย (Bonita, Solomon, & Broad, 1997) โดยมีเพียงแค่ 10% เท่านั้นที่ไม่มีความพิการหลงเหลืออยู่เลย ส่วนที่เหลืออีก 90% พบว่าแม้ตั้งแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่บ้างเล็กน้อยจนถึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะยาว (Finn & Horgen, 2000) ในประเทศแถบทวีปเอเชียมีการศึกษาพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ลดลงตั้งแต่ปี 2503 อย่างไรก็ตามผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้ก็ต้องมีชีวิตอยู่กับความพิการหรือความบกพร่องที่ยังหลงเหลืออยู่ เช่น มีอาการอัมพาตครึ่งซีก หรือเดินไม่ได้ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น บางส่วนหรือทั้งหมดในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนั้นบางรายยังมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารหรือมีภาวะซึมเศร้า (Sacco et al., 1997) ซึ่งความบกพร่องเหล่านั้นส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

#### ความหมายและนิยามของคุณภาพชีวิต

คำว่า “คุณภาพชีวิต” ได้เริ่มมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศทางตะวันตกตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (Farquhar, 1995) โดยในระยะแรกๆ คำนี้จะมุ่งเน้นที่วัตถุ เช่นการมีเงินมากมาย มีบ้านหรือมีรถ ต่อมาได้มีการนำไปใช้กับสิ่งที่ไม่ใช่วัตถุ เช่น การมีอิสรภาพส่วนบุคคล การมีความสุข สนุกสนาน หรือการมีความผาสุกทางอารมณ์เป็นต้น และภายหลังได้ขยายขอบเขตไปประยุกต์ใช้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ (Lau & McKenna, 2001)



ใช้ในงานวิจัยทางสังคม และใช้ในเรื่องของการให้การดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยรูมาตอยด์ และผู้ป่วยทางจิตเวช (Farquhar, 1995).

คำจำกัดความของ “คุณภาพชีวิต” ในแง่ของสุขภาพและการพยาบาลนั้น ได้มีผู้กล่าวไว้แตกต่างกันหลายประการด้วยกัน (DeHaan, Limberg, Vander, & Anderson, 1995) อาทิเช่น คุณภาพชีวิตตามความหมายขององค์การอนามัยโลกหมายถึง “การรับรู้เกี่ยวกับสภาพชีวิตของตนเองในแง่ของความเป็นอยู่ รวมทั้งความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามระบบค่านิยมและวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ” (WHOQOLgroup, 1998).

ส่วนทางด้านการพยาบาลนั้นมีนักวิจัยทางการพยาบาลหลายท่านได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตในแง่ของการรับรู้ถึงความสุขและความพึงพอใจในชีวิตในส่วนที่เป็นด้านที่สำคัญของบุคคลแต่ละคน (Ferrans & Powers, 1992; Oleson, 1990)

จากความหลากหลายของการให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตในมุมมองที่แตกต่างกันของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ามันทัศนคติโดยทั่วไปของคุณภาพชีวิตยังไม่สามารถกำหนดคำจำกัดความที่กระชับและชัดเจนได้ แต่ก็เป็นที่ยอมรับกันว่าคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบหลายด้าน และแต่ละด้านเหล่านั้นยังมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน (Ferrans & Powers, 1992; Lau & McKenna, 2001; Rustoen, Moun, Wiklund, & Hanestad, 1999) สำหรับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้อง

กับสุขภาพ (Health-related quality of life) นั้น โดยทั่วไปแบ่งออกเป็นสี่ด้านได้แก่ด้านสุขภาพร่างกาย (physical health) ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (functional health) ด้านสุขภาพจิตใจ (psychological health) และด้านสุขภาพสังคม (social health) สำหรับในมุมมองของการพยาบาลนั้น นอกจากทั้งสององค์ประกอบข้างต้นแล้วยังได้มีการเพิ่มองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ด้านอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยรวมไปถึงการรักษา และด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) รวมเข้าไปด้วย (King, 1998)

องค์ประกอบด้านสุขภาพร่างกาย (physical health) หมายถึงอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ส่วนด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (functional health) หมายถึงระดับความสามารถในการดูแลตนเองรวมไปถึงระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ สำหรับด้านสุขภาพจิต (psychological health) นั้นจะเกี่ยวกับสภาวะทางสติปัญญาและสภาวะทางอารมณ์รวมไปถึงการรับรู้โดยรวมๆเกี่ยวกับ สุขภาพ ความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งผู้ที่มองคุณภาพชีวิตในแง่ของความผาสุกได้แบ่งความผาสุกออกเป็น ความผาสุกทางร่างกาย ความผาสุกทางความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ความผาสุกทางจิตใจ ความผาสุกทางสังคม ความผาสุกทางเศรษฐกิจ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Lau & McKenna, 2001) ส่วนองค์ประกอบด้านสุดท้ายคือด้านสังคม (social health) หมายถึงการติดต่อกับสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (DeHaan et al., 1995)

คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นถ้าหากมองจากผลที่เกิดขึ้นตามหลังความเจ็บป่วย (outcome) ตาม International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) model ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) สามารถแบ่งได้เป็นสามส่วน ได้แก่ ส่วนที่เป็นความบกพร่อง (Impairments) ส่วนที่เป็นความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ (Disabilities) และส่วนที่เป็นภาวะด้อยโอกาส (Handicaps) (Duncan, Wallace, Studenski, Lai, & Johnson, 2001) โดยส่วนที่เป็น “ความบกพร่อง” นั้นหมายถึงอาการหรืออาการแสดงที่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค สำหรับส่วนที่เป็น “ความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ” นั้นได้แก่ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และส่วนสุดท้ายคือส่วนที่เป็น “ภาวะด้อยโอกาส” นั้นหมายถึงการสูญเสียโอกาสในการดำรงบทบาทของตนในสังคมเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความบกพร่องที่เกิดขึ้นได้แก่ การที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อยลง รับรู้ความรู้สึกได้ลดลง พูดหรือสื่อสารไม่ได้ มีการละลายร่างกายครึ่งซีก สติปัญญาบกพร่อง มีภาวะซึมเศร้า หรือมีความผิดปกติทางอารมณ์ เป็นต้น สำหรับภาวะทุพพลภาพที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความบกพร่องที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินลำบากหรือเดินไม่ได้ รับประทาน

อาหารเองไม่ได้ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย หรือไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิดและตัดสินใจ เช่น จัดการในเรื่องการใช้จ่ายเงิน การจับจ่ายซื้อของหรือไม่สามารถขับรถได้เหมือนเดิม เป็นต้น ส่วนตัวอย่างของภาวะด้อยโอกาสที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การที่ต้องนอนอยู่แต่ในเตียงหรือต้องอยู่แต่ในบ้านเนื่องจากเคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้ลำบาก หรือการที่ไม่สามารถขึ้นรถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง ทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคมส่งผลให้บทบาทในสังคมลดลง เป็นต้น

มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ (health-related QOL) และความผาสุก (well being) ของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตและความผาสุกลดลง จากผลการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงในชุมชนจำนวน 5056 ราย และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 339 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความผาสุกต่ำกว่า มีข้อจำกัดทั้งด้านร่างกายและด้านสติปัญญามากกว่า มีสุขภาพจิตแย่กว่า และมีจำนวนโรคอื่นที่เป็นร่วมด้วยมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Clarke, Marshall, Black, & Colantonio, 2002) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ออกจากโรงพยาบาลมาแล้วตั้งแต่ 1-3 ปี จำนวน 50 ราย พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (Kim, Warren, Madill, & Hadley, 1999)



### การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นสามารถประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้มีผู้พัฒนาไว้หลากหลายซึ่งแต่ละแบบประเมินจะมีความแตกต่างกันไปตามความหมายของคุณภาพชีวิตที่ผู้พัฒนาแบบประเมินนั้นๆ ใช้แบบประเมินดังกล่าวสามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่กลุ่มที่หนึ่ง แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (generic QOL measures) และกลุ่มที่สองแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (condition-specific measures) (Buck, Jacoby, Massey, & Ford, 2000)

แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (generic QOL measures) เป็นแบบประเมินที่ไม่ได้

พัฒนาขึ้นเพื่อเจาะจงใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ ข้อดีของการใช้แบบประเมินโดยทั่วไปก็คือสามารถใช้ได้กับทั้งบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคจึงสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกับคนปกติได้ แต่ข้อจำกัดของแบบประเมินกลุ่มนี้คืออาจจะไม่ครอบคลุมปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย (Saladin, 2000) ตัวอย่างของแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปที่ได้มีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำมาเสนอในที่นี้ได้แก่ Nottingham Health profile (NHP), Medical Outcome study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), Sickness Impact Profile (SIP), และ Euroqol ซึ่งได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Generic QOL instruments)

| ชื่อแบบประเมิน                                                 | ลักษณะของแบบประเมิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | คุณสมบัติ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nottingham Health Profile (NHP)                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทั้งหมด 38 ข้อ</li> <li>- ใช้ประเมินสุขภาพ 6 ด้านได้แก่ พลังงาน, ความเจ็บปวด, การตอบสนองทางอารมณ์, การนอนหลับ, การแยกตัวออกจากสังคม, และการเคลื่อนไหวของร่างกาย-ให้เลือกสองคำตอบ คือใช่ / ไม่ใช่</li> </ul>                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test-retest reliability: คะแนนด้านพลังงาน (0.77), ความเจ็บปวด (0.79), การตอบสนองทางอารมณ์ (0.80), การนอนหลับ (0.85), การแยกตัวออกจากสังคม (0.78), และด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย (0.85)</li> </ul>                                                                                          |
| Medical Outcome study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทั้งหมด 36 ข้อ</li> <li>- ใช้ประเมินสุขภาพทั่วไป 8 ด้าน: การทำงานของร่างกาย, บทบาททางกาย, บทบาททางอารมณ์, ความเจ็บปวด, สุขภาพโดยทั่วไป, ความกระปรี้กระเปร่า, หน้าที่ทางสังคม, และสุขภาพจิต</li> <li>- ให้เลือกสองคำตอบคือใช่ / ไม่ใช่ หรือให้เลือกตอบ 3-6 ระดับ</li> </ul>                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Validity: construct, convergent, discriminant</li> <li>- Internal consistency reliability: การทำงานของร่างกาย(0.93), บทบาททางกาย (0.840, บทบาททางอารมณ์(0.83), ความเจ็บปวด (0.82), สุขภาพโดยทั่วไป (0.78), ความกระปรี้กระเปร่า(0.87), หน้าที่ทางสังคม (0.85), และสุขภาพจิต(0.90)</li> </ul> |
| Sickness Impact Profile (SIP)                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทั้งหมด 136 ข้อ</li> <li>- ใช้ประเมินการรับรู้พฤติกรรมที่บอกถึงภาวะสุขภาพ 12 ด้าน: การนอนหลับ/พักผ่อน, การรับประทานอาหาร, การทำงาน, การจัดการเรื่องทางบ้าน, การฟื้นตัว, การใช้เวลาว่าง, การเคลื่อนไหว, สุขอนามัยทางกาย, ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม, ความตื่นตัว, การแสดงออกทางอารมณ์, และการสื่อสาร</li> <li>- ให้เลือกสองคำตอบคือใช่ / ไม่ใช่ หรือให้เลือกตอบ 3-6 ระดับ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Validity: convergent, discriminant, clinical</li> <li>- Test-retest reliability: 0.92</li> <li>- Internal consistency reliability: 0.94</li> </ul>                                                                                                                                          |
| Euroqol                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทั้งหมด 5 ข้อ</li> <li>- ใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไป 5 ด้าน: สุขภาพจิต, การเคลื่อนไหว, กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ, ความเจ็บปวด/ไม่สบาย, และการดูแลตนเอง</li> <li>- ให้เลือกตอบ 3 ระดับตั้งแต่ ไม่มีปัญหา จนถึงมีปัญหา</li> <li>- ประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมจาก visual analog scale คะแนน 0 (สุขภาพแย่ที่สุด) - 100 (สุขภาพดีที่สุด)</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Validity: convergent, discriminant,</li> <li>- Test-retest reliability: สุขภาพจิต (0.63), การเคลื่อนไหว(0.80), กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (0.68), ความเจ็บปวด/ไม่สบาย (0.68), และการดูแลตนเอง (0.73)</li> </ul>                                                                                  |

สำหรับแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (condition-specific measures) เป็นแบบประเมินที่เน้นผลกระทบของปัญหาที่เกิดขึ้นในโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งแบบประเมินในกลุ่มนี้จะประเมินคุณภาพชีวิตในหลายๆด้าน เช่น ด้านการทำงาน การทำกิจกรรมขณะอยู่ที่บ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการทำกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

(Niemi, Laaksonen, Kotila, & Waltimo, 1988) แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำมาเสนอในที่นี้ได้แก่ Quality of Life Index-Stroke version, Stroke Specific Quality of Life Measure (SS-QOL) และ Stroke Impact scale (SIS) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke specific QOL instruments)

| ชื่อแบบประเมิน                                   | ลักษณะของแบบประเมิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | คุณสมบัติ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quality of Life Index-Stroke Version             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทั้งหมด 36 ข้อ</li> <li>- ใช้ประเมินความพึงพอใจและความสำคัญของชีวิต 4 ด้านได้แก่ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย, สังคมและเศรษฐกิจ, จิตใจและจิตวิญญาณ, และครอบครัว</li> <li>- ให้เลือกตอบ 6 ระดับตั้งแต่ พึงพอใจมาก/สำคัญมาก จนถึง ไม่พึงพอใจ/ไม่สำคัญ</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Validity: content , construct</li> <li>- Internal consistency reliability: คะแนนรวม (0.91), คะแนนด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (0.86), สังคมและเศรษฐกิจ (0.77), จิตใจและจิตวิญญาณ (0.83), และด้านครอบครัว (0.32)</li> </ul>                                                                    |
| Stroke Specific Quality of Life Measure (SS-QOL) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทั้งหมด 49 ข้อ</li> <li>- ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต 12 ด้านได้แก่: การเคลื่อนไหว, พลังงาน, การทำงานของแขน, การทำงาน, อารมณ์, การดูแลตนเอง, บทบาททางสังคม, บทบาทในครอบครัว, การมองเห็น, การใช้ภาษา, ความคิด,และบุคลิกภาพ</li> <li>- ให้เลือกตอบ 5 ระดับ</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Validity: content</li> <li>- Internal reliability: การเคลื่อนไหว (0.86), พลังงาน (0.88), การทำงานของแขน (0.83), การทำงาน(0.75), อารมณ์ (0.80), การดูแลตนเอง(0.89), บทบาททางสังคม (0.85), บทบาทในครอบครัว (0.79), การมองเห็น(0.81), การใช้ภาษา(0.73), ความคิด(0.73),และบุคลิกภาพ(0.77)</li> </ul> |
| Stroke Impact Scale (SIS)                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทั้งหมด 59 ข้อ</li> <li>- ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต 8 ด้านได้แก่ ความแข็งแรง, การทำงานของมือ, การเคลื่อนไหว, การทำกิจวัตรประจำวัน, การติดต่อสื่อสาร, อารมณ์, ความคิดความจำ, และการเข้าร่วมในสังคม</li> <li>- ให้เลือกตอบ 5 ระดับตั้งแต่ ทำได้ไม่ยาก จนถึง ทำไม่ได้เลย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Validity: convergence, discreminant, criterion</li> <li>- Test-retest reliability: 0.70 – 0.92 ยกเว้น ด้านอารมณ์ (0.57)</li> </ul>                                                                                                                                                               |



สำหรับแบบประเมินในอุดมคติ (ideal instrument) ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้น นอกจากจะต้องมีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) และต้องสามารถบอกถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นตามเวลาที่เปลี่ยนไปได้แล้ว ยังจะต้องเชื่อถือได้ (reliability) เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เนื่องจากผู้รอดชีวิตบางรายจะมีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารทำให้ไม่สามารถตอบแบบประเมินได้ด้วยตนเอง ดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตอาจจะต้องคำนึงถึงแบบประเมินที่สามารถให้ผู้ดูแลตอบคำถามแทนตัวผู้รอดชีวิตได้ (proxy version) (Saladin, 2000) ซึ่งแบบประเมินที่สามารถใช้ได้ทั้งกับผู้รอดชีวิตและผู้ดูแลที่กล่าวไว้ในที่นี้ได้แก่

Stroke Impact Scale (Duncan et al., 2002) และ SS-QOL scale (Williams, Weinberger, Harris, Clark, & Biller, 1999)

#### บทสรุป

คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะลดลงกว่าปกติจากผลกระทบของความเจ็บป่วย การประเมินคุณภาพชีวิตให้ครบทุกด้านโดยเลือกใช้แบบประเมินที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุมตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547. “สถิติโรคปีงบประมาณ 2547” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.dms.moph.go.th/statreport/pdf/2547/table6.pdf>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2546. “สถิติการเจ็บป่วยจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขปี 2546” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://203.157.19.191/table%202.4.2.xls>
- Bonita, R., Solomon, N., & Broad, J. (1997). Prevalence of stroke and stroke related disability: Estimate from the Auckland Stroke Studies. *Stroke*, 28, 1898-1902.
- Buck, D., Jacoby, A., Massey, A., & Ford, G. (2000). Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. *Stroke*, 31, 2004-2010.
- Clarke, P. J., Marshall, V., Black, S. E., & Colantonio, A. (2002). Well-being after stroke in Canadian seniors: Finding from the Canadian study of health and aging. *Stroke*, 33, 1016-1021.



- DeHaan, R., Limberg, M., Vander, M. J., & Anderson, N. (1995). Quality of life after stroke: impact of stroke type and lesion location. *Stroke*, 26, 402-408.
- Duncan, P. W., Lai, S. M., Tyler, D., Perera, S., Reker, D. M., & Studenski, S. (2002). Evaluation of Proxy Responses to the Stroke Impact Scale. *Stroke*, 33(November), 2593-2599.
- Duncan, P. W., Wallace, D., Studenski, S., Lai, S. M., & Johnson, D. (2001). Conceptualization of a new stroke-specific outcome measure: The stroke impact scale. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 8(2), 19-33.
- Ebrahim, S. (1998). Stroke: Pathology and Epidemiology. In R. C. Tallis, H. M. Filit & J. C. Brocklehurst (Eds.), *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology* (5 ed., pp. 487-468). Edinburgh: Churchill.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science Medicine*, 41(10), 1439-1446.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the QOL Index. *Research in Nursing and Health*, 15(1), 29-38.
- Finn, A. M., & Horgen, N. F. (2000). The scope for rehabilitation in severely disabled stroke patient. *Disability and Rehabilitation*, 22(4), 196-198.
- Kim, P., Warren, S., Madill, H., & Hadley, M. (1999). Quality of life of stroke survivors. *Quality of Life Research*, 8(4), 293-301.
- King, C. R. (1998). Overview of quality of life and controversial issues. In K. C & H. P (Eds.), *Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives* (pp. 23-34). Boston: Jones and Bartlett.
- Lau, A., & McKenna, K. (2001). Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. *Disability and Rehabilitation*, 23(6), 227-238.
- Niemi, M. L., Laaksonen, R., Kotila, M., & Waltimo, O. (1988). Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*, 19(1101-1107).
- Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 22(3), 187-190.
- Rustoen, T., Moun, T., Wiklund, I., & Hanestad, B. R. (1999). Quality of life in newly diagnoses cancer patients. *Journal of Advance Nursing*, 29, 490-498.

- Sacco, R. L., Benjamin, E. J., Broderick, J. P., Dyken, M., Easton, J. D., & Feinberg, W. M. (1997). Risk factors. *Stroke*, 28, 1507-1517.
- Saladin, L. K. (2000). Measuring quality of life post-stroke. *Neurology Report*, 24(3), 133-139.
- WHOQOLgroup. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke*, 30(July), 1362-1369.
- Wolfe, C. D. A. (2000). The impact of stroke. *British Medical Bulletin*, 56(2), 275-286.