



Factors Related to Health-Related Quality of Life Among Young Adults with Stroke*

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย*

สาธิตา

วัชรดิลก**

Satita

Watcharadilok**

สุนิดา

ปรีชาวงษ์***

Sunida

Preechawong***

Abstract

The occurrence of stroke in young adults is increasing globally, leading to greater mortality, morbidity, and a higher risk of recurrence. The purpose of this descriptive correlation study was to investigate health-related quality of life and to study the relationships among factors related to health-related quality of life in young adults with stroke, including body mass index, stroke severity, fatigue, depression, and disability. One hundred and fifty young adults with stroke who met the inclusion criteria were recruited from three hospitals in Bangkok. Research instruments consisted of demographic information, the National Institutes of Health Stroke Scale, the Fatigue Severity Scale, the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, the Modified Rankin Scale, and the Stroke-Specific Quality of Life Scale. The questionnaires demonstrated acceptable content validity (content validity index: .93-1.00), internal consistency (Cronbach's alpha: .84-.98), and inter-rater agreement (Kappa coefficient: .90). Data were analyzed using Pearson's product moment correction, Spearman's rank correlation, and Point biserial correlation.

The results revealed that young adults with stroke had good health-related quality of life (Mean = 210.96, SD = 32.85). Stroke severity, depression, fatigue, disability, and body mass index were significantly negatively correlated with health-related quality of life ($r = -.77, -.71, -.66, -.60, \text{ and } -.56$ respectively; $p < .05$).

This finding can be used as basic information for health care personnel to promote health-related quality of life in young adults with stroke.

Keywords: Health-related quality of life; Stroke in the young; Related factors

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Graduate student of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; e-mail: sunida.p@chula.ac.th

Received 21 March 2024; Revised 28 July 2024; Accepted 30 July 2024

**บทคัดย่อ**

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลก ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต การเจ็บป่วย และมีความเสี่ยงในการเกิดซ้ำมากขึ้น การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย และความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานทางร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินระดับทุกข์ทรมานทางร่างกาย และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .93-1.00 ค่าความเชื่อมั่น คำนวณโดยหาค่า Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ .84-.98 และค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ค่า kappa เท่ากับ .82 และค่า weighted kappa เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's product moment correction, Spearman's rank correlation และ Point biserial correlation

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 210.96 (SD = 32.85) และพบว่า ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า อาการเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานทางร่างกาย และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.77, -.71, -.66, -.60$ และ $-.56$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

e-mail: sunida.p@chula.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุสำคัญของความทุพพลภาพและการเสียชีวิต (World Health Organization, 2022) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปีเพิ่มขึ้นทั่วโลก (European Stroke Organisation, 2018) สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นอัตราเฉลี่ย 543 คนต่อประชากร 100,000 คน อีกทั้งกรมควบคุมโรคได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าทุก 4 คน จะมีการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรอายุน้อย (National Institute for Emergency Medicine, 2022)

ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการชาหรืออ่อนแรงที่แขนขาซีกใดซีกหนึ่ง สูญเสียการทรงตัว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ออก สับสน นึกคำพูดไม่ออก โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Yoon et al., 2021) ปัญหาด้านร่างกาย ตัวอย่างเช่น ความทุพพลภาพ (Boot et al., 2020) และความสามารถต่อการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (Wong et al., 2021) ปัญหาข้างต้นส่งผลถึงปัญหาด้านจิตใจ โดยผู้ป่วยที่มีความพิการจะมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องมีความพิการทางร่างกายในช่วงวัยที่ตนเองควรมีความแข็งแรงที่สุด (Ignacio et al., 2022) นอกจากนี้ยังเกิดการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีภาวะพึ่งพา (Yoon et al., 2021) ตลอดจนถึงสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างไปจากเดิม เกิดการแยกตัวออกจากสังคม จากปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = -0.41, 0.41; p < .01$) (Yoon et al., 2021) ส่วนการศึกษาในเยอรมันพบว่า ความทุพพลภาพทางร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = -0.82, p < 0.01$) (Deb-Chatterji et al., 2021) ขณะที่อาการเหนื่อยล้า และซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยเช่นกัน (Naess et al., 2006) นอกจากนี้ ดัชนีมวลกายเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย (Wong et al., 2021) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ในช่วงกลุ่มอายุ 30-59 ปี (Phiwkhao et al., 2017)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาจะเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกช่วงวัย ทำให้ไม่สามารถที่จะอธิบายปรากฏการณ์สำหรับกลุ่มที่มีอายุน้อยได้ อีกทั้งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยในต่างประเทศอาจจะแตกต่างกับผู้ป่วยในประเทศไทย เนื่องจากความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม และบริบท ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ เฟอร์รันส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุพพลภาพทางร่างกาย เพื่อให้มีองค์ความรู้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การสร้างแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุพพลภาพทางร่างกาย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย



สมมติฐานการวิจัย

ดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานทางร่างกาย มีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ เฟอร์รันส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ซึ่งพัฒนาจาก Wilson and Cleary model เป็นกรอบแนวคิดในการเลือกตัวแปรร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการมุ่งเน้นที่ความผิดปกติของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรค โดยมุ่งเน้นที่ผลกระทบด้านลบของการเจ็บป่วยต่อมุมมองการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ คือ ดัชนีมวลกายที่เมื่อเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการทำงานของโปรตีนในระดับเซลล์ทำให้ระบบประสาทและการไหลเวียนเลือดทำงานได้ไม่ดี นำไปสู่การฟื้นฟูสภาพของที่ซ้ำของผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของโรคเกิดจากพยาธิสภาพในหลอดเลือดสมองทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม 2) ปัจจัยด้านอาการ คือ อาการเหนื่อยล้าซึ่งส่งผลต่อการทำกิจกรรม และภาวะซึมเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยพร่องการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ดูแลตนเอง และ 3) ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ คือ ความทุกข์ทรมานทางร่างกาย โดยส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นล้วนส่งผลต่อการทำกิจกรรม กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกหรือตีบตันที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุระหว่าง 18-45 ปี ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกหรือตีบตัน เข้ามารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขนาดตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ 2) ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และ 3) ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง ไข้สูง หรือมีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายไม่คงที่ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด หายใจหอบเหนื่อย มีอาการอยู่ในระยะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการรักษาขณะเก็บข้อมูล

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี Power Analysis ใช้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.20 (Chen et al., 2015) อำนาจทดสอบ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ 150 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยการสุ่มสังกัดของโรงพยาบาลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จับสลากแบบไม่แทนที่มา 3 สังกัด แล้วสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ สังกัดละ 1 โรงพยาบาล รวมทั้งหมดเป็น 3 โรงพยาบาล จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสถิติผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองอายุน้อยประจำปี 2565 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 74 คน สถาบันประสาทวิทยา 60 คน และโรงพยาบาลตำรวจ 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว การสูบบุหรี่ และประวัติโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งรอยโรค

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (The National Institute of Health Stroke Scale: NIHSS) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดย สถาบันโรคทางระบบประสาท และโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019) แปลภาษาไทยโดย ยงชัย นิละนนท์ และคณะ (Nilanont et al., 2010) แบบประเมินจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย การประเมิน 11 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับความรู้สึกตัว 1 ข้อ 2) ความจำ 1 ข้อ 3) ความสามารถทำตามคำสั่ง 1 ข้อ 4) การเคลื่อนไหวของลูกตา 1 ข้อ 5) การมองเห็นด้วยการตรวจลานสายตา 1 ข้อ 6) การควบคุมการเคลื่อนไหวใบหน้า 1 ข้อ 7) การเคลื่อนไหวของแขน 2 ข้อ การเคลื่อนไหวของขา 2 ข้อ 8) การประสานงานของแขนขา 1 ข้อ 9) การรับรู้ความรู้สึก 1 ข้อ 10) ความสามารถด้านการเข้าใจภาษา 1 ข้อ 11) ความสามารถในการออกเสียง/อ่าน 1 ข้อ และ 12) การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น 1 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-42 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมาก การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (≤ 4 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-14 คะแนน) ระดับมาก (15-24 คะแนน) และระดับมากที่สุด (≥ 25 คะแนน)

แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้แปลด้วยการวิเคราะห์เมทริกซ์หลักขณะพบวิธี ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน เท่ากับ .67 (Nilanont et al., 2010)

3. แบบประเมินความเหนื่อยล้า (The Fatigue Severity scale) ใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดย ครูปป์ และคณะ (Krupp et al., 1989) แปลเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ และคณะ (Sawasdee et al., 2017) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-63 คะแนน โดยคำนวณจากผลรวมของคะแนนหารด้วยข้อคำถาม การแปลผล คะแนน ≥ 4 คะแนน หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้า

แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้แปล ได้ค่า I-CVI = 1.00

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาพัฒนาโดย แรดลอฟฟ์ (Radloff, 1977) แปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล คุปต์นิริตติชัยกุล และ พนม เกตุมาน (Kuptniratsaikul & Ketumarn, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วนคือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ วัดความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 2 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 4 ข้อ และด้านลบจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 0 หมายถึงไม่เกิดขึ้นเลย และ 3 หมายถึงเกิดขึ้นบ่อย (5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลมีจุดตัดของคะแนนที่ 19 คะแนน

แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเกณฑ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน เท่ากับ .93

5. แบบประเมินระดับทุพพลภาพทางร่างกาย (The Modified Rankin Scale) ใช้ประเมินระดับความพิการโดยประเมินจากความสูญเสียความสามารถในการทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ว่าต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด พัฒนาโดย โดรมเริค และคณะ (Dromerick et al., 2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย สำนักงานวิจัย

และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (Chiangchaisakulthai et al., 2019) แบบประเมินจำนวน 7 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติใด ๆ 1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามปกติ 2 หมายถึง มีความพิการเล็กน้อยทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมเหมือนก่อนหน้านี้ทั้งหมดได้ แต่สามารถทำกิจกรรมของตนเองได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย 3 หมายถึง มีความพิการปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือบางอย่างแต่สามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย 4 หมายถึง มีความพิการรุนแรงปานกลาง ไม่สามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยและไม่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่มีผู้ช่วย 5 หมายถึง มีความพิการรุนแรง อยู่ในภาวะติดเตียง ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ให้คะแนนระดับความพิการ 6 คะแนน สำหรับการวิจัยนี้ แปลผลโดยใช้คะแนน 0-1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ และ 3-5 หมายถึง มีความพิการ (Uyttenboogaart et al., 2005)

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Stroke-Specific Quality of Life Scale) พัฒนาโดย วิลเลียม และคณะ (Williams et al., 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวิมล บัวแพง และ ณิชารัตน์ พุฒิกามิน (Buapang & Phutthikhamin, 2016) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 49 ข้อ ครอบคลุมทั้งหมด 12 ด้าน ได้แก่ พละกำลัง บทบาทในครอบครัว บทบาททางสังคม บุคลิกภาพ อารมณ์ความรู้สึก ความคิด การดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำหน้าที่ของแขน การพูดหรือการใช้ภาษา การมองเห็น และการทำงาน แต่ละข้อมีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 49-245 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้แปลแล้ว และในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ทำการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ของแบบประเมิน จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ สำหรับแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (I-CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า I-CVI เท่ากับ .96

2. การตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย ในสถาบันประสาทวิทยาจำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ได้ค่าเท่ากับ .98, .84 และ .97 ตามลำดับ สำหรับแบบประเมินระดับคุณภาพทางร่างกายวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ได้ค่า kappa = .82 และค่า weighted kappa = .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ใช้เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลข 660102 สถาบันประสาทวิทยา หมายเลข 66052 โรงพยาบาลตำรวจ หมายเลข Nq070-66 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร หมายเลข U027hh/66_EXP ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์ที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังที่โครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 2566-มกราคม 2567 โดยเข้าพบหัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม-ศัลยกรรม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียด



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประชาสัมพันธ์โครงการและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยจัดเตรียมห้องสำหรับการตอบแบบสอบถามเพื่อความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยประเมินและบันทึกที่ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดและระดับทุพพลภาพทางร่างกาย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง ขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม-ศัลยกรรม โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการอ่อนแรงของแขนข้างที่ถนัด ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองและเลือกคำตอบที่ต้องการ หลังจากนั้นผู้วิจัยลงบันทึกในแบบสอบถามให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า อาการเหนื่อยล้า กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และมีค่าความเบ้และความโด่ง อยู่ในช่วง -2 ถึง +2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยสถิติ Spearman's rank correlation ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความทุพพลภาพทางร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ Point biserial correlation ซึ่งผู้วิจัยสร้างตัวแปรหุ่นโดยใช้เกณฑ์คะแนน 0-1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ และ 2-5 หมายถึง มีความพิการ (Uyttenboogaart et al., 2005) การแปลผลความสัมพันธ์ใช้เกณฑ์ดังนี้ 0.00-0.25 แทบไม่มีความสัมพันธ์ 0.26-0.49 มีความสัมพันธ์น้อย 0.50-0.69 มีความสัมพันธ์ปานกลาง 0.70-0.89 มีความสัมพันธ์สูง และ 0.90-1.00 มีความสัมพันธ์สูงมาก (Munro, 2001)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 39-45 ปี (ร้อยละ 61.33) ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.67) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 44.67) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 47.33) ประกอบอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 38.00) มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 30,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 54.67) และยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 42.67) ทั้งนี้ภายหลังการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นระยะเวลา 6-12 เดือน (ร้อยละ 24.67) โดยร้อยละ 24.00 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 3-6 เดือน ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ร้อยละ 82.00) โดยมีตำแหน่งรอยโรคอยู่ที่สมองใหญ่ (cerebrum) (ร้อยละ 60.00) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.33) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.94

3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 210.96, SD = 32.85) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านที่สูงที่สุด คือ ด้านการมองเห็น (M = 14.28, SD = 1.29) และด้านการพูดหรือการใช้ภาษา (M = 23.49, SD = 2.23) ตามลำดับ โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านที่ต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านพละกำลัง (M = 9.70, SD = 4.12) และด้านบุคลิกภาพ (M = 11.19, SD = 3.16) ดังตารางที่ 1



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยรายด้านและโดยรวม (n = 150)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	M	SD	adjusted mean
ด้านการมองเห็น (vision)	14.28	1.29	4.76
ด้านการพูดหรือการใช้ภาษา (language)	23.49	2.23	4.70
ด้านความคิด (thinking)	13.77	2.21	4.59
ด้านการดูแลตนเอง (self-care)	22.89	3.84	4.58
ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility)	27.45	4.93	4.57
ด้านการทำหน้าที่ของแขน (upper extremity)	22.19	4.48	4.44
ด้านการทำงาน (work)	13.17	2.14	4.39
ด้านบทบาททางสังคม (social roles)	21.27	4.59	4.25
ด้านอารมณ์ความรู้สึก (mood)	19.79	4.49	3.96
ด้านบทบาทในครอบครัว (family roles)	11.77	3.34	3.92
ด้านบุคลิกภาพ (personality)	11.19	3.16	3.73
ด้านพลังกำลัง (energy)	9.70	4.12	3.23
คะแนนรวมคุณภาพชีวิต	210.96	32.85	4.31

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานทางร่างกาย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับความรุนแรงของโรค และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยในระดับสูง ($r = -.77$ และ $-.71$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ขณะที่อาการเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานทางร่างกาย และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยในระดับปานกลาง ($r = -.66$, $-.60$ และ $-.56$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานทางร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย (n = 150)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ดัชนีมวลกาย	-.56	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค	-.77	< .001
อาการเหนื่อยล้า	-.66	< .001
ภาวะซึมเศร้า	-.71	< .001
ความทุกข์ทรมานทางร่างกาย	-.60	< .001

การอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 210.96, SD = 32.85) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในเกณฑ์ดีทั้ง 12 ด้าน โดยด้านที่สูงที่สุด คือ ด้านการมองเห็น และด้านการพูดหรือการใช้ภาษา โดยด้านที่ต่ำที่สุด คือ ด้านพลังกำลัง และด้านบุคลิกภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยอยู่ในเกณฑ์ดี ในด้านการพูดหรือการใช้ภาษาโดยมีคะแนนสูงสุด แต่ด้านพลังกำลังมีคะแนนต่ำที่สุด (Alotaibi et al., 2021) และการศึกษาของ สุวิมล บัวแพง และ ณิชภัทร พุฒิกามิน (Buapang & Phutthikhamin, 2016) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีคะแนนด้านการมองเห็นสูงที่สุด และด้านบุคลิกภาพต่ำที่สุด อาจเนื่องจากผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักหลงเหลือความพิการที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยซึ่งอยู่ช่วงวัยที่ควรมีร่างกายที่แข็งแรง รับรู้ถึงความผิดปกติทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับตนเอง รู้สึกพลังกำลังที่เคยมีรวมถึงบุคลิกภาพของตนเปลี่ยนแปลงไป (Ignacio et al., 2022) ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทที่เคยทำได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ (Yoon et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม การที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากสรีรวิทยาทางร่างกายของผู้ใหญ่อายุน้อยมีความสมบูรณ์แข็งแรง เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ร่างกายจึงสามารถฟื้นฟูสภาพได้ดี (Tsalta-Mladenov & Andonova, 2021) ส่งผลให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ขณะเดียวกัน การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 12 เดือน ซึ่งผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่น้อยมักมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่มาก (Tsalta-Mladenov & Andonova, 2021) อาจเป็นไปได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การศึกษานี้ยังพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ที่กล่าวถึงปัจจัยด้านชีวภาพซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายระดับเซลล์ โดยดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการทำงานของโปรตีนทำให้ระบบประสาทและการไหลเวียนเลือดทำงานได้ไม่ดี ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพซาลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาโดย หว่อง และคณะ (Wong et al., 2021) ที่พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชาวมาเลเซีย เนื่องจากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่อ้วนมักมีความสามารถในการทำกิจกรรมและเคลื่อนไหวตัวเองลดลง

นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่ามีสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากพยาธิสภาพในหลอดเลือดของสมอง ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลต่อการฟื้นตัว โดยระดับความรุนแรงของโรคที่มากจะทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้น เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเยอรมันของเดบ-ชัตเตอร์จี และคณะ (Deb-Chatterji et al., 2021) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง

เช่นเดียวกับอาการเหนื่อยล้าที่พบว่ามีสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเช่นกัน อธิบายได้ว่า อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบด้านลบต่อการทำกิจกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนส และคณะ (Naess et al., 2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเหนื่อยล้าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง สำหรับผลการวิจัยที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยพร่องการทำกิจกรรม ขาดการ



ดูแลตนเอง มีภาวะแยกตัว ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยโดยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง (Naess et al., 2006; Yoon et al., 2021)

ขณะที่ความทุกข์สภาพทางร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่า ความทุกข์สภาพที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายไม่สมบูรณ์ บกพร่องในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวัน ความทุกข์สภาพที่มากขึ้นทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์สภาพทางร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยโดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยและมีความทุกข์สภาพทางร่างกายมาก จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง (Deb-Chatterji et al., 2021)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย และให้ความสำคัญกับดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค อาการเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์สภาพทางร่างกาย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยเชิงทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย และควรมีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

References

- Alotaibi, S. M., Alotaibi, H. M., Alolyani, A. M., Abu Dali, F. A., Alshammari, A. K., Alhwiesh, A. A., Gari, D. M., Khuda, I. K. M. Q., & Vallabadoss, C. A. (2021). Assessment of the stroke-specific quality-of-life scale in KFHU, Khobar: A prospective cross-sectional study. *Neurosciences*, 26(2), 171-178. <https://doi.org/10.17712/nsj.2021.2.20200126>
- Boot, E., Ekker, M. S., Putaala, J., Kittner, S., De Leeuw, F. E., & Tuladhar, A. M. (2020). Ischaemic stroke in young adults: A global perspective. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 91(4), 411-417. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322424>
- Buapang, S., & Phutthikhamin, N. (2016). Quality of life of stroke in the young at the out-patient department of Srinagarind Hospital. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 11(4), 61-75. (in Thai)
- Chen, C. M., Tsai, C. C., Chung, C. Y., Chen, C. L., Wu, K. P., & Chen, H. C. (2015). Potential predictors for health-related quality of life in stroke patients undergoing inpatient rehabilitation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 118. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0314-5>



- Chiangchaisakulthai, K., Suppradist, W., & Samphak, N. (2019). *Final report on the evaluation of intermediate care service*. International Health Policy Program, Thai Health Promotion Foundation. (in Thai)
- Deb-Chatterji, M., Pinho, J., Flottmann, F., Meyer, L., Broocks, G., Brekenfeld, C., Reich, A., Fiehler, J., Gerloff, C., Thomalla, G., & GSR-ET Investigators. (2021). Health-related quality of life after thrombectomy in young-onset versus older stroke patients: A multicenter analysis. *Journal of NeuroInterventional Surgery*, 14(11), 1145-1150. <https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2021-017991>
- Dromerick, A. W., Edwards, D. F., & Diringer, M. N. (2003). Sensitivity to changes in disability after stroke: A comparison of four scales useful in clinical trials. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 40(1), 1-8. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2003.01.0001>
- European Stroke Organisation. (2018). *ESOC 2018 - Stroke in the young*. <https://eso-stroke.org/esoc-2018-stroke-in-the-young/>
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Ignacio, K. H. D., Diestro, J. D. B., Medrano, J. M. M., Salabi, S. K. U., Logronio, A. J., Factor, S. J. V., Ignacio, S. D., Pascual V, J. L. R., & Pineda-Franks, M. C. C. (2022). Depression and anxiety after stroke in young adult Filipinos. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 31(2), 106232. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106232>
- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46(10), 1121-1123. <https://doi.org/10.1001/archneur.1989.00520460115022>
- Kuptniratsaikul, V., & Ketumarn, P. (1997). The study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) in Thai people. *Siriraj Hospital Gazette*, 49(5), 442-448. (in Thai)
- Munro, B. S. (2001). *Statistical Methods for Healthcare Research* (4th ed.). Lippincott.
- Naess, H., Waje-Andreassen, U., Thomassen, L., Nyland, H., & Myhr, K. M. (2006). Health-related quality of life among young adults with ischemic stroke on long-term follow-up. *Stroke*, 37(5), 1232-1236. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000217652.42273.02>
- National Institute for Emergency Medicine. (2022). *Situations and trends in health and emergency medicine (World class and Thailand)*. https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2019). *Stroke scales and related information*. National Institute of Neurological Disorders and Stroke.
- Nilanont, Y., Phattharayuttawat, S., Chiewit, P., Chotikanuchit, S., Limsriwilai, J., Chalernpong, L., Yamkaew, N., Lirathpong, N., Anprasertporn, P., Komoltri, C., Prayoonwiwat, N., & Pongvarin, N. (2010). Establishment of the Thai version of National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and a validation study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(Suppl 1), S171-S178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20364572> (in Thai)



- Phiwkhao, S., Jitpanya, C., & Preechawong, S. (2017). Relationships among coping, social support, perceived self-efficacy and health related-quality of life in first-time stroke patients. *HCU Journal of Health Science*, 21(41), 123-136. (in Thai)
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Sawasdee, A., Preechawong, S., & Jitpanya, C. (2017). Relationships between pain, sleep quality, depressive symptoms, and fatigue in post stroke patients. *Kuakarun Journal Nursing*, 24(2), 7-22. (in Thai)
- Tsalta-Mladenov, M., & Andonova, S. (2021). Health-related quality of life after ischemic stroke: Impact of sociodemographic and clinical factors. *Neurological Research*, 43(7), 553-561. <https://doi.org/10.1080/01616412.2021.1893563>
- Uyttenboogaart, M., Stewart, R. E., Vroomen, P. C. A. J., De Keyser, J., & Luijckx, G. J. (2005). Optimizing cutoff scores for the Barthel index and the modified Rankin scale for defining outcome in acute stroke trials. *Stroke*, 36(9), 1984-1987. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000177872.87960.61>
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362-1369. <https://doi.org/10.1161/01.str.30.7.1362>
- Wong, H. J., Lua, P. L., Harith, S., & Ibrahim, K. A. (2021). Health-related quality of life profiles and their dimension-specific associated factors among Malaysian stroke survivors: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01847-0>
- World Health Organization. (2022). *World Stroke Day 2022*. <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>
- Yoon, S., Kim, H. Y., & Kim, S. R. (2021). A prediction model of health-related quality of life in young adult patients with stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 30(13-14), 2023-2035. <https://doi.org/10.1111/jocn.15755D>