

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2023

ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสลับสับเปลี่ยนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรค หลอดเลือดสมอง

พนายรัตน์ สหเจริญชัย
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

 Part of the [Geriatric Nursing Commons](#)

Recommended Citation

สหเจริญชัย, พนายรัตน์, "ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสลับสับเปลี่ยนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" (2023). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 10351. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10351>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2566

PREDICTING FACTORS FOR SUPPORTIVE CARE NEEDS IN STROKE SURVIVORS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

FACULTY OF NURSING
Chulalongkorn University
Academic Year 2023

ผกาภรณ์ สหเจริญชัย : ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. (PREDICTING FACTORS FOR SUPPORTIVE CARE NEEDS IN STROKE SURVIVORS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันไทยทวิกุล

การศึกษาค้นคว้าสัมพัทธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ตีบตัน ครั้งแรก/เป็นซ้ำ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 114 ราย ที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล แบบประเมินโรคร่วม แบบประเมินความเหนื่อยล้า และแบบประเมินระดับความพิการ แบบสอบถามหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .88, .99 และ 1 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินระดับความพิการซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐาน มีการนำมาใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลายดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87, .88, .89, .97 และ .78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเป็นขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า

1. ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 86.40 (SD = 21.56)

2. ปัจจัยที่สามารถทำนาย ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้สูงสุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับความพิการ (beta = .447) รองลงมา คือ ภาวะโรคร่วม (beta = .310) ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (beta = .251) และ ความเหนื่อยล้า (beta = .155) ตามลำดับ โดยตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปร สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 78.1 (Adjusted R² = .781, F = 187.420, p < .05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2566 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6470022936 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: SUPPORTIVE CARE NEEDS, FACTORS PREDICTING, STROKE SURVIVORS

Phakairat Sahajaronechai : PREDICTING FACTORS FOR SUPPORTIVE CARE NEEDS IN STROKE SURVIVORS. Advisor: Asst. Prof. Pol. Sub Lt. PACHANAT NUNTHAITAWEEKUL, Ph.D.

The objective of this predictive correlational research was to identify factors predicting supportive care needs in stroke survivors. The sample is Patients diagnosed by a doctor as having a first/recurrent Ischemic or hemorrhagic stroke. Both males and females, aged 18 years and over, totaling 114 patients, who were out-patients at the medicine and surgery neurology department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Police General Hospital and Neurological Institute of Thailand. The instruments used for data collection were a personal data questionnaire, Supportive care needs evaluation, Hospital anxiety and depression scale, Charlson criteria checklist, Fatigue severity scale and Modified Rankin scale. Their content validity index was .88, 1, .99 and 1 respectively except the Modified Rankin scale is standardized and the reliabilities of these questionnaires were .87, .88, .89, .97 and .78 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The result found that:

1. The subjects had an overall need for supportive care at a moderate level (Mean = 86.40, SD = 21.56)

2. The factors that could predict supportive care needs in stroke survivors with the highest statistical significance were level of disability (beta = .447, $p < .05$), followed by comorbidity (beta = .310, $p < .05$), depression and anxiety (beta = .251, $p < .05$), and fatigue (beta = .155, $p < .05$), respectively. Those factors were able to predict the need for supportive care in stroke survivors 78.1 % (Adjusted $R^2 = .781$, $F = 187.420$, $p < .05$)

Field of Study:	Adult and Gerontological Nursing	Student's Signature
Academic Year:	2023	Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องด้วยความเมตตา กรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณภุช นันไทยทวีกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษาพร้อมข้อเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจในตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาที่ได้รับเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสัตย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าเป็นอย่างยิ่งให้แก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่ง ตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา นายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ หัวหน้าแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอยู่

กรรมและศีลกรรมระบบประสาทและสมอง ทั้ง 3 โรงพยาบาล ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และโดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์ จนได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบคุณบุพการี บุคคลอันเป็นที่รัก ญาติพี่น้อง ที่คอยเป็นกำลังใจและช่วยสนับสนุนเสมอมา รวมถึงกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยเป็นแรงผลักดันให้แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดีและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้เอื้อนาม ประโยชน์อันใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน

ผกายรัตน์ สหเจริญชัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. โรคหลอดเลือดสมอง.....	15
2. แนวคิดผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	27
3. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	32
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง.....	41

5. บทบาทการพยาบาล	60
6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	65
7. กรอบแนวคิดการวิจัย	75
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	77
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	77
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	78
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	79
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	84
การเก็บรวบรวมข้อมูล	86
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	89
การวิเคราะห์ข้อมูล	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	102
สรุปผลการวิจัย.....	104
อภิปรายผลการวิจัย.....	105
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	119
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	120
บรรณานุกรม.....	121
ภาคผนวก.....	142
ภาคผนวก ก ประกาศการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์.....	143
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	145
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	152

ภาคผนวก ง จดหมายขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล และเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	159
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	166
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	173
ภาคผนวก ช สถิติที่ใช้ในการวิจัย และตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	189
ภาคผนวก ซ แสดงค่าคะแนนตัวแปรแต่ละตัว	202
ประวัติผู้เขียน.....	206



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก.....	87
ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก	88
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา (n=114).....	93
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนที่เป็นจริง คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด และการแปลผลระดับคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=114).....	97
ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ (โดยกำเนิด) กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient) และตัวแปร การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด (ถูกแบ่งเป็น 2 ลักษณะ) กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (biserial correlation coefficient) (n=114)	98
ตารางที่ 6 แสดงค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank) (n=114).....	98
ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความพิการ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และอายุ (อายุจริง) กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) (n=114).....	99
ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (n=114).....	100
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) (n=114)	100
ตารางที่ 10 ค่าความสัมพันธ์พหุรวมเชิงเส้น	200
ตารางที่ 11 ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน.....	201

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ของภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจากแบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson Criteria Checklist: CCI) (n=114)	203
ตารางที่ 13 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความพิการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจากแบบประเมินระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) (n=114).....	203
ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) (n=114)	204
ตารางที่ 15 แสดงจำนวน และร้อยละของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากแบบประเมินความเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale: FSS) (n=114)...	205
ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนความต้องการดูแลแบบสนับสนุนจำแนกตามเพศ.....	205

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	76
ภาพที่ 2 ภาพการกระจายตัวของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น.....	198
ภาพที่ 3 ภาพการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (normality)	199
ภาพที่ 4 ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (homoscedasticity).....	199



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง ยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับสอง และทำให้สูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับสามทั่วโลก (Feigin, Brainin, Norrving, Martins, Sacco & Hacke et al., 2022) โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุ ซึ่งจากรายงานการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตรายสัปดาห์ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) ปี พ.ศ. 2563 พบว่าในกลุ่มอายุ 18-44 ปี ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6.79 กลุ่มอายุ 45-64 ปี ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 30.34 และกลุ่มอายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 62.87 โดยจากทั่วโลกพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 7.08 ล้านคน (Tsao, Aday, Almarzooq, Anderson, Arora & Avery et al., 2023) และคาดว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 7.8 ล้านคนต่อปี ภายในสิ้นปี 2030 (Strong, Mathers & Bonita, 2007) ซึ่งจะส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้เป็นต้นทุนทั่วโลกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประมาณอยู่ที่ 721 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (ร้อยละ 0.66 ของ GDP โลก) (Feigin et al., 2022)

สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นโรคไม่ติดต่อ ที่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 1 ของประชาชนไทย ทั้งในแง่ของโรคและอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อรรถเกียรติกาญจนพิบูลวงศ์ และคณะ, 2563) จากการศึกษาของ สมศักดิ์ เทียมเก่า (2564) พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2565 เท่ากับ 278.49, 303.2, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ตามลำดับ และข้อมูลจากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย ซึ่งกล่าวได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน เพราะก่อให้เกิดผลกระทบกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว อีกทั้งในระดับสังคม และประเทศชาติด้วย (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทซึ่งเกิดจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นสาเหตุทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป และทำให้เกิดการทำลายของเซลล์สมองก่อให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ โดยมีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Prencipe et al., 1977)

ซึ่งสัดส่วนของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 87 (Tsao et al., 2022) และภาวะหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 13 (American Heart Association, 2022) โดยแนวทางการรักษาในปัจจุบันขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งวิธีที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน วิธีหนึ่ง ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ(rt-PA) ในโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) หรือ ผ่าตัดในรายที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตกและอื่นๆ ซึ่งการรักษามีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เลือดไหลกลับมาเลี้ยงสมองบริเวณที่มีการขาดเลือดในเวลาอันรวดเร็ว สามารถช่วยให้สมองบริเวณที่มีการขาดเลือดฟื้นกลับมาได้เป็นปกติ (นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2555) โดยการรักษาทางการแพทย์และการพยาบาลที่ทันสมัยในปัจจุบันส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายลดลง และอัตราการรอดชีวิตที่สูงมากขึ้น (พรชัย จุลเมตต์, 2565; Feigin & Norrving, 2017) ซึ่งพบผู้รอดชีวิตประมาณ 80 ล้านคน (Feigin et al., 2022) และมีการคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปี ข้างหน้า จำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอายุ 45 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 123 (Stroke Association, 2018) ซึ่งภายหลังจากการรอดชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณตามมา (พรชัย จุลเมตต์, 2565)

โดยผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เรียกว่า อาการบกพร่องพิการ บางอย่างไม่สามารถฟื้นกลับมาสู่สภาพเดิมได้หรือหากได้ก็มีความยากลำบากอย่างมาก (พรเทพ มิ่งมาลัยรักษ์, 2560; Stroke Association, 2018) โดยผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกและการรับรู้ การมองเห็นผิดปกติ ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย ได้แก่ มีความรู้สึกสูญเสีย ความวิตกกังวล ความเครียด ความก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า ผลกระทบด้านสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วย กับญาติ ผู้ป่วยกับสังคมและบทบาทในสังคม และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นไม่ว่าเฉียบพลันและเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีการค่าใช้จ่าย ในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (สถาบันประสาทวิทยา, 2558; Denslow, 2021; American Heart Association, 2023)

ซึ่งผลกระทบต่างๆทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก (พรชัย จุลเมตต์, 2565) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งถือเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน โดยในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แล้ว แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม (สำนักงานวิจัย

และพัฒนากำลัคนด้านสุขภาพ, 2562) ส่งผลให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง และมีการปลีกตัวออกจากสังคม (Brunborg & Ytrehus, 2014) เพราะถือเป็นเงื่อนไขใหม่ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องพบเจอหรือสภาพหลังการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Sumathipala et al., 2012) ซึ่งในระยะนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) เพื่อให้สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน เกิดกระบวนการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (สำนักงานวิจัยและพัฒนาการด้านสุขภาพ, 2562) แต่หากผู้ป่วยที่ไม่สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาและปรับตัวต่อผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อการตอบสนองตามความต้องการของตนเองได้นั้น ผู้ป่วยจะประสบกับความทุกข์ทางอารมณ์หรือจิตใจที่มีความรุนแรงมากขึ้น และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ส่งผลให้มีการลดลงของคุณภาพชีวิต (Intamas et al., 2021; กอบกุล สวางค์ดุษย์, 2559) ซึ่งการบำบัด การเพิ่มการใช้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ และเพิ่มการดูแลในส่วนต่างๆ เช่น ทางด้านการเงิน จะสามารถช่วยให้ความทุกข์ทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลงได้ (Holland, 1999; Browne et al., 1990; Zabora et al., 2001) และเป้าหมายสูงสุดในการให้การดูแลช่วยเหลือตามความต้องการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ลดการพึ่งพา และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี (The National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2023)

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive Care Needs: SCNs) ของ Fitch (2008) เป็นความสัมพันธ์ระหว่าง ความต้องการของมนุษย์ (Human needs) การประเมินการรับรู้ (Cognitive appraisal) การจัดการและการปรับตัว (Coping and adaptation) ของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลให้ชีวิตขาดความสมดุล ก่อให้เกิดความต้องการการดูแลสนับสนุนที่จำเป็นจากทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งครอบคลุมการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ ข้อมูล จิตวิญญาณ และการปฏิบัติ ซึ่งการค้นหาและทำความเข้าใจ “ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน” ต้องมุ่งเน้นค้นหา “ความต้องการ” เพราะเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกัน (Fischer et al., 2014; Lam et al., 2011) และเพื่อให้ได้รู้ความต้องการที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยจึงต้องเป็นการค้นหาความต้องการที่มาจาการรับรู้ของผู้ป่วยโดยตรง (Makee, 2013) ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความต้องการซึ่งพบได้ตั้งแต่ 1 สัปดาห์ (Hughes et al., 2020) จนถึง 19 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Walsh et al., 2015) ความต้องการในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการตอบสนองพบตั้งแต่ร้อยละ 15.08 และสูงถึงร้อยละ 97.59 และพบว่าความต้องการในช่วง 6 เดือน และ 2 ปี ไม่ได้รับการตอบสนองสูงสุกร้อยละ 62.14 และ 81.37 ตามลำดับ (Lin et al., 2021)

ซึ่งภายหลัง 6 เดือนหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นระยะเรื้อรังตามคำจำกัดความของระยะการเป็นโรค โดยในระยะนี้อัตราเร็วของการฟื้นตัวและการซ่อมแซมของระบบประสาท (neural plasticity) จะลดลงพร้อมๆกันกับการเพิ่มขึ้นของความสามารถร่างกาย (Langhorne et al., 2011; Ward et al., 2019) ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเกร็ง (Li, 2017) กล้ามเนื้อหดสั้น (de Gooijer-van de Groep et al., 2018) รวมถึงอาการเจ็บที่อาจเกิดขึ้นได้ ปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นข้อจำกัดด้านโครงสร้างที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในช่วงหลัง 6 เดือนให้ช้ากว่าการฟื้นตัวในระยะ 6 เดือนแรก และหากสมรรถนะใดไม่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้ในช่วงก่อน 6 เดือน ก็มีโอกาสสูงที่อาการบกร่องพิการนั้นจะเหลือนติดตัวไปตลอดชีวิต จึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะต้องทำการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้สูญเสียสมรรถนะที่ฟื้นฟูมาได้แล้วนั้นไปอีก ซึ่งการทำการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน หรือที่สถานพยาบาลเฉพาะทางต้องทำอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อรักษาสมรรถภาพนั้นๆให้คงอยู่ตลอดไปได้ (รุ่งทิพย์ ชัยธีรกิจ, 2563) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้นจากครอบครัวและทีมสุขภาพในการดำรงชีวิตต่อไป และในช่วงหลัง 2 ปี อาจมีปัญหาความต้องการที่แตกต่างกันไป เพราะการฟื้นตัวจะช้าลงและเริ่มคงที่แล้ว (พรพิมล มาศสกุล พรธณ และคณะ, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) เพศ พบว่าเพศหญิงต้องการการดูแลสนับสนุนมากกว่าเพศชาย (Zawawi et al., 2020) 2) อายุ พบว่า ความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุ โดยผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 65 ปีมีความต้องการการดูแลสนับสนุนที่สูงกว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (Li et al., 2017; Olaiya et al., 2017; Kersten et al., 2002) 3) ภาวะโรคร่วม โดยผู้ที่มีโรคร่วมภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูงหรือ/และโรคหัวใจ (Tamrat et al., 2022) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและ/หรือโรคเบาหวาน (Ullberg et al., 2016) 4) ระดับความพิการ พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความพิการในระดับปานกลางขึ้นไปจะมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากขึ้น (Tamrat et al., 2022; McKevitt et al., 2011; op Reimer et al., 1999; Andrew et al., 2014) 5) ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล พบว่า หากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลจะสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้น (Olaiya et al., 2017; Heiberg et al., 2021) 6) ความเหนื่อยล้า พบว่า หากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหนื่อยล้าจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้น (Andrew et al., 2014; Dulhanty et al., 2020) 7) การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเข้าถึงการใช้บริการกายภาพบำบัดมีโอกาสที่จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้บริการ

กายภาพบำบัด (Tamrat et al., 2022) ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

โดยความต้องการต่างๆในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุน ด้านข้อมูล ร้อยละ 96.85 (Lin et al., 2021) ด้านจิตใจร้อยละ 99.4 ด้านร่างกายร้อยละ 98.6 ด้านสังคมร้อยละ 98 (Li et al., 2017) ด้านจิตวิญญาณ (Lui & MacKenzie, 1999) ด้านอารมณ์ (Harrison et al., 2017) และด้านการปฏิบัติ (Andrew et al., 2014) รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการดูแลแบบสนับสนุนในทุกๆด้านทั้ง 7 ด้าน (Zawawi et al., 2020; Guo et al., 2021) ส่วนในประเทศไทยพบการศึกษาของ วชิราภรณ์ โนราช (2553) ว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลทางด้านจิตใจเป็นอันดับแรก รองลงมาเป็นด้านร่างกาย และด้านสังคมเป็นอันดับสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรรุ่ง และยุพา จิวพัฒนากุล (2557) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุมาศ พิกุล และคณะ (2562) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านการปฏิบัติ ได้แก่ การบริการสุขภาพ ร้อยละ 83.77 ต้องการเกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ร้อยละ 60.93 ความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ร้อยละ 45.66 ด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 78.25 ด้านความรู้ ร้อยละ 76.67 ด้านร่างกาย ร้อยละ 45.69 ด้านจิตใจ ร้อยละ 60.02 ซึ่งจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการดูแลในทุกๆด้าน ทั้ง 7 ด้าน โดยจะเห็นว่าความต้องการของผู้ป่วยปรากฏให้เห็นอยู่เสมอทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยตั้งแต่อดีตจวบจนปัจจุบัน

ดังนั้นสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ควรให้การสนับสนุนอย่างเพียงพอแก่ผู้ป่วยในทรัพยากรของชุมชนที่สามารถเข้าถึงได้ (Vincent et al., 2007) นอกจากนี้ ระบบสุขภาพควรเชื่อมต่อกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านบริการที่ต่อเนื่อง เฉพาะเจาะจง ระยะเวลา และใช้งานได้จริง เพื่อตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Salisbury et al., 2010; Kjörk et al., 2019; Poulin et al., 2019; White et al., 2014) และเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการอย่างแท้จริง (Martinsen et al., 2015) ซึ่งการเข้าใจความต้องการของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะช่วยในการพัฒนาการบริการดูแลในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะลดต้นทุนการดูแลโดยรวม ลดอัตราการครองเตียง ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระของผู้ดูแลได้อีกด้วย (Intamas et al., 2021; กอบกุล สวางค์ดุษย์ และคณะ, 2559; กาญจนศรี สิงห์ภู, 2552)

จากการศึกษาพบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความต้องการ (Needs) ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมักจะเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ และพบการศึกษาความต้องการ ซึ่งศึกษาแยกเป็นรายด้าน เพียงบางด้าน หรือในทุกๆด้านซึ่งขึ้นกับปัญหาและความต้องการของ

ผู้รอดชีวิต แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนในต่างประเทศพบการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองบ้าง และถึงแม้จะมีความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างชัดเจนในการศึกษาของต่างประเทศแต่อย่างไรก็ตามด้วยบริบท สังคม และวัฒนธรรมของประเทศไทยที่แตกต่างกับบริบทของต่างประเทศในด้านสาธารณสุขจึงอาจส่งผลให้ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันไป และการศึกษาถึงความต้องการนั้นจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามกาลเวลาซึ่งขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย เช่น วัฒนธรรม การแพทย์และการพยาบาล หรือเทคโนโลยีต่างๆที่ทันสมัยขึ้น เป็นต้น รวมถึงการใช้กรอบแนวคิดของ Fitch (2008) ที่ยังไม่มีนำมาปรับใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และถือเป็นแนวคิดที่ประเมินโดยทีมสุขภาพเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเฉพาะเจาะจง ซึ่งสอดคล้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม หรือ Holistic care และการทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้รอดชีวิตในโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถช่วยให้พยาบาลหรือทีมสุขภาพช่วยในการเฝ้าระวังหรือลดปัจจัยที่มีผลกระทบทางด้านลบ และส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Fitch (2008) เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจากปัจจัย เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด สามารถร่วมทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดของ Fitch (2008) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการแก่ผู้ป่วยให้ตรงตามความต้องการ ซึ่ง Fitch ได้อธิบายถึงความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive Care Needs: SCNs) ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของมนุษย์ (Human needs) การประเมินการรับรู้ (Cognitive appraisal) การจัดการและการปรับตัว (Coping and adaptation) ของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลให้ชีวิตขาดความสมดุล ก่อให้เกิดความต้องการการดูแลสนับสนุนที่จำเป็นจากทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งครอบคลุมการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ ข้อมูล จิตวิญญาณ และการปฏิบัติ โดยประเมินตามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย

ซึ่งการพิจารณาตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกี่ยวข้องและส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย เป็นประโยชน์ทางการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถอธิบายได้ด้วยการใช้กรอบแนวคิดของ Fitch (2008) ทั้ง 7 ด้าน ดังนี้

เพศ เป็นโครงสร้างทางกายวิภาค หรือสรีรวิทยาที่แสดงออกให้เห็นว่าเป็นเพศหญิง หรือเพศชาย (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2554) จากการศึกษาของ Zawawi et al. (2020) พบว่าเพศหญิงมีความต้องการมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ullberg et al. (2016) ที่พบว่า เพศหญิงมีโอกาสมีความต้องการการสนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าเพศชายประมาณ 1.14 เท่า (OR=1.14; 95% CI: 1.07–1.20, $p<0.0001$) ดังนั้น เพศอาจสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

อายุ เป็นเวลาที่ดำรงอยู่ เวลาชั่วชีวิต หรือ ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิด หรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554) จากการศึกษาของ Li et al. (2017) พบว่า ความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุ โดยผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 65 ปี มีความต้องการการดูแลสนับสนุนที่สูงกว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ($r=-0.255$, $p<0.01$) หมายถึง ยิ่งผู้ป่วยอายุน้อยยิ่งมีความต้องการการดูแลสนับสนุนมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kersten et al. (2002) ที่พบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มที่อายุน้อยกว่ามีความต้องการการสนับสนุนที่มากกว่าในกลุ่มสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Olaiya et al. (2017) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการที่น้อยลง ได้แก่ ความสูงอายุ/อายุที่เพิ่มมากขึ้น (IRR=0.62; 95%

CI: 0.50–0.77, $p < 0.05$) ดังนั้น อายุอาจสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

ภาวะโรคร่วม โรคอื่นที่เป็นร่วมและเป็นโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต (Charlson et al. 1987) จากการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากกว่าผู้รอดชีวิตที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 4.59 เท่า (Adjusted OR= 4.59; 95%CI: 2.61-8.07, $p < 0.0001$) ในทำนองเดียวกัน ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคหัวใจร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคหัวใจ 1.94 เท่า (Adjusted OR=1.94; 95% CI: 1.19-3.82, $p = 0.04$) (Tamrat et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ullberg et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะและโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะและโรคเบาหวาน 1.19 เท่า (OR=1.19; CI: 1.12–1.27, $p < 0.0001$) และ 1.24 เท่า (OR=1.24; CI: 1.15–1.32, $p < 0.0001$) ตามลำดับ ดังนั้น ภาวะโรคร่วมอาจสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

ระดับความพิการ การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและกิจกรรมต่างๆ (Bonita & Beaglehole, 1988; Swieten et al., 1988) จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปหรือ (mRS ช่วง 3-5 คะแนน) มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอย่างมากประมาณ 26.4 เท่าของผู้ไม่พิการหรือพิการน้อย (Adjusted OR = 26.4; 95% CI: 8.61-80.92, $p < 0.0001$) (Tamrat et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lehnerer et al. (2019) พบว่าระดับความพิการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความต้องการการดูแลสนับสนุนทางจิตสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ McKevitt et al. (2011) ที่พบว่า ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในระดับที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีความพิการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Andrew et al. (2014) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน คือผู้ที่มีระดับความพิการที่มากขึ้น (IRR= 1.51; 95% CI: 1.33-1.71, $p < 0.001$) ดังนั้น ระดับความพิการอาจสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Association, 2018) จากการศึกษาของ Olaiya et al. (2017) พบว่า หากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้น (IRR= 1.61; 95% CI: 1.23–2.10; $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ van de Port et al. (2007) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความต้องการที่ไม่ได้รับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง คือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 5.28 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (OR=5.28; 95% CI: 1.42–19.53, $p = 0.013$) สอดคล้องกับการศึกษาของ op Reimer et al. (1999) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทางอารมณ์ จะมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจประมาณ 3.8 เท่าของผู้ที่ไม่มี ความทุกข์ทางอารมณ์ (OR=3.8; $p \leq 0.01$) และการศึกษาของ Heiberg et al. (2021) ที่พบว่า ความวิตกกังวลที่มากขึ้นสัมพันธ์กับความต้องการการบำบัดฟื้นฟูทั้งหมดที่เสนอโดยนักกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัดประมาณ 0.36 เท่าของผู้ไม่มีความวิตกกังวล (OR=0.36; $p < 0.05$) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันที่พยาบาล หรือผู้ช่วยด้านสุขภาพจัดให้ประมาณ 0.31 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (OR=0.31; $p < 0.05$) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล อาจสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่ รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

ความเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกอ่อนล้า เหน็ดเหนื่อย หรือไม่มีเรี่ยวแรง (Stroke Foundation, 2023) จากการศึกษา พบว่า หากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหนื่อยล้าจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้น (Andrew et al., 2014; Dulhanty et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ van de Port et al. (2007) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าประมาณ 3.80 เท่าของผู้ที่ไม่มี ความเหนื่อยล้า (OR=3.80; 95% CI: 1.49 – 9.71, $p = 0.005$) และการศึกษาของ Andrew et al. (2014) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วย คือ ผู้ที่มีปัญหาความเหนื่อยล้า (IRR= 1.64; 95% CI: 1.36- 2.0) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dulhanty et al. (2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ดังนั้น ความเหนื่อยล้า อาจสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้

การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด การได้รับความช่วยเหลือที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ ผู้รอดชีวิตจากโรคได้ฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการทำงานของร่างกาย หรือความพิการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับความเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดในกิจกรรมชีวิตประจำวัน (Ontario Health Quality, 2020) จาก การศึกษา พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้บริการกายภาพบำบัดมีโอกาสที่จะมีความ ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้บริการกายภาพบำบัดประมาณ 2.85 เท่า (Adjusted OR = 2.85; 95% CI: 1.63-4.99, $p < 0.0001$) (Tamrat et al., 2022) ดังนั้น การเข้าถึง บริการกายภาพบำบัดอาจสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจาก โรคหลอดเลือดสมองได้

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

3. อายุ และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4. เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด สามารถร่วมทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากปัจจัย เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก หรือตีบตัน ครั้งแรก/เป็นซ้ำ ที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ตีบตัน ครั้งแรก/เป็นซ้ำ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความปรารถนาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่จะได้รับการช่วยเหลือและตอบสนองตามความต้องการ เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือผลกระทบต่างๆจากโรคหลอดเลือดสมองจากทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งประเมินตามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมด 7 ด้านดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย (Physical needs) ความต้องการการดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบจากโรค เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational needs) ความต้องการข้อมูลและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญกับโรค
- 3) ด้านอารมณ์ (Emotional needs) ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการกับความรู้สึกกลัว ความไม่แน่นอน การสูญเสีย และความวิตกกังวลอื่นๆ ที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง
- 4) ด้านจิตใจ (Psychosocial needs) ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในการรับมือกับการเจ็บป่วยและผลที่ตามมา รวมถึงแนวทางการควบคุมจิตใจที่เหมาะสม
- 5) ด้านสังคม (Social needs) ความต้องการเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว เพื่อนร่วมงาน สังคม รวมทั้งความรู้สึกและการปรับตัวภายหลังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 6) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความเชื่อและส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง
- 7) ด้านการปฏิบัติ (Practical needs) ความต้องการในการจัดการปัญหาด้านการเงิน สิทธิประโยชน์ต่างๆ

ประเมินโดยใช้ แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ซึ่งดัดแปลงจาก แบบประเมินความต้องการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ ปชาณัฐ นันไทยทวีกุล และคณะ (2564) เป็นมาตราวัดแบบ Rating scale โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับสูง

เพศ หมายถึง เป็นโครงสร้างทางกายวิภาค หรือสรีรวิทยาที่แสดงออกให้เห็นว่าเป็นเพศหญิงหรือเพศชายของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นเพศชาย และ เพศหญิง ประเมินจากแบบสอบถามส่วนบุคคล

อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 18 ปีบริบูรณ์ หน่วยเป็นปีเต็ม ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ภาวะโรคร่วม หมายถึง จำนวนโรคร่วมอื่นๆ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอยู่ และไม่ใช่โรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะหรือหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่มีผลกระทบต่อภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินโดยใช้ แบบประเมินโรคร่วมที่พัฒนาโดย Charlson et al. (1987) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ (2549) ซึ่งประเมินจากประวัติการรักษาและเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย 21 โรคร่วม ซึ่งแต่ละโรคร่วมมีคะแนนตั้งแต่ 1, 2, 3 และ 6 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีโรคร่วมมาก

ระดับความพิการ หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด ประเมินโดยใช้ แบบประเมินวัดระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) ของ Rankin (1957) มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 6 คะแนน โดยใช้ฉบับที่แปลภาษาไทยโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ในเรื่องเกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (ฉบับจัดทำ กันยายน 2556, ปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2558) โดยคะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน คาดว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และยิ่งคะแนนสูงแปลว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังมีระดับความพิการมาก

ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีจิตใจที่มีความเศร้าหมอง หดหู่ เป็นผลมาจากบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการสูญเสีย ส่งผลกระทบต่อความสามารถในด้านต่างๆ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลลดลง และความวิตกกังวล คือ การถูกคุกคามทางอารมณ์ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำให้เกิดความไม่สบายใจ หวาดกลัว ตึงเครียด และส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยลดลง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) ของธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) การแปลผล ถ้าคะแนนรวมมาก แสดงว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ประสบการณ์ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองว่ารู้สึกเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้าแสดงออกโดยความรู้สึกอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อยและขาดพลังที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทางด้าน

จิตใจ ความเหนื่อยล้า ทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมหรือขาดแรงขับเคลื่อน ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ประเมินโดยใช้ แบบประเมิน Fatigue Severity Scale (FSS) พัฒนาขึ้นโดย Krupp, LaRocca, Muir-Nash & Steinberg (1989) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ (2557) ซึ่งคะแนนระหว่าง 1-7, 1 คะแนน หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 7 คะแนน หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล ถ้าคะแนน FSS \geq 4 คะแนน หมายถึงผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความเหนื่อยล้า

การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการทำงานของร่างกาย หรือความพิการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดในกิจกรรมชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับไปใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ เข้าถึง/ได้รับการทำกายภาพบำบัด และ ขาดการเข้าถึง/ไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัด

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก/เกิดซ้ำ ทั้งชนิดของโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือ แตก และถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่บ้าน/ชุมชนเป็นเวลา ตั้งแต่ 6 เดือนและไม่เกิน 2 ปี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อขยายความรู้และพัฒนาการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนายได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการ กายภาพบำบัด ผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง

- 1.1 อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.3 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.5 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.6 พยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.7 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.8 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.9 การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.10 แนวทางการนัดติดตามของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. แนวคิดผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.1 การรอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 ความหมายของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

3. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง

- 3.1 ความหมายของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
- 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
- 3.3 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.4 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

- 4.1 เพศ
 - 4.2 อายุ
 - 4.3 ภาวะโรคร่วม
 - 4.4 ระดับความพิการ
 - 4.5 ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล
 - 4.6 ความเหนื่อยล้า
 - 4.7 การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด
5. บทบาทการพยาบาล
 6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 6.2 งานวิจัยต่างประเทศ
 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคหลอดเลือดสมอง

1.1 อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก และได้ประมาณการว่าในทุกๆปี มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 17 ล้านคน เป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก 5.5 ล้านคนต่อปี และพบจำนวนผู้ป่วยมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน (Feigin et al., 2022) โดยเฉลี่ยในปี ค.ศ. 2016 ทุกๆ 3 นาที 33 วินาที จะพบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน (American Heart Association, 2021) และประมาณร้อยละ 70 ของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าในช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึงร้อยละ 84 ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางเสียชีวิตภายในสามปีนับจากการวินิจฉัย เทียบกับร้อยละ 16 ในประเทศที่มีรายได้สูง (World Health Organization, 2020) จากการศึกษาของ สมศักดิ์ เทียมเก่า (2564) พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 ถึง 2565 เท่ากับ 278.49, 303.2, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ตามลำดับ และข้อมูลจากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพในระยะยาว (Roger et al., 2011)

1.2 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นภาวะระบบงานหน้าที่การทำงานของสมอง ซึ่งเป็นแบบบางส่วนหรือทั้งสมอง ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอาการคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง จนกระทั่งเป็นสาเหตุไปสู่การเสียชีวิตได้ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง (Aho, Harmsen, Hatano, Marquardsen, Smirnov & Strasser, 1980)

สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นลักษณะความบกพร่องของระบบประสาท ที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บเฉียบพลันบริเวณระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองซึ่งประกอบไปด้วย ภาวะเนื้อสมองตาย สาเหตุจากการขาดเลือด ภาวะเลือดออกในเนื้อสมอง และภาวะเลือดออก (American Heart Association, 2013)

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (NIND) ได้ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นความผิดปกติขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยง หรือมีเลือดออกในสมอง อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่เส้นเดียว หรือมากกว่า โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรืออย่างถาวรก็ได้ (Saccoe et al., 2013)

National stroke association (2016) ได้ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมองว่า คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดเฉียบพลัน จากการที่หลอดเลือดสมองอุดตัน หรือแตกส่งผลให้เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดออกซิเจน ทำให้เซลล์สมองตาย ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำงาน เช่น ความจำ การควบคุมของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งอาการขึ้นอยู่กับการถูกทำลายของเนื้อสมองส่วนที่ขาดเลือด

อุดม สุทธิพนไพศาล (2020) ได้ให้คำจำกัดความของ โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke ว่า คือ ภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดตีบ/อุดตันหรือมีเลือดออกในสมอง หรืออาการเส้นเลือดในสมองตีบ ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้เซลล์สมองขาดออกซิเจน ส่งผลให้สมองตาย

รับพร ทักษิณวรจจาร (2021) ได้ให้คำจำกัดความของ โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke ว่า คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือ หลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย ทำให้การทำงานของสมองบางส่วนหรือทั้งหมดผิดปกติไป อาการมักจะเกิดขึ้นทันทีทันใด

ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่หลอดเลือดในการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงสมองถูกอุดตัน ตีบ หรือแตก เมื่อเป็นเช่นนั้น ส่วนหนึ่งของสมองไม่สามารถรับเลือด และออกซิเจนที่ต้องการได้ ส่งผลให้เซลล์สมองตายเกิดขึ้น ซึ่งมีอาการคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง

1.3 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

1.3.1 แบ่งตามลักษณะพยาธิสรีรวิทยา เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.3.1.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 13 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (American Heart Association, 2022) ทำให้เลือดออกในสมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และเลือดที่ออกมาไปกดเนื้อสมองทำให้บริเวณเนื้อสมองดังกล่าวเกิดการอักเสบและสมองตายในที่สุด (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2548; นิพนธ์ พวงวรินทร์; 2544; Hickey, 1977; Rice, Balakas, Darke, Freed & Schappe, 2001)

1.3.1.2 ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 87 (Tsao et al., 2022) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ที่เกิดจากการตีบตันหรือการอุดตันของลิ้มเลือด เกร็ดเลือดหรือมีไขมันที่ผนังหลอดเลือดด้านใน ทำให้เลือดไหลเวียนได้ไม่สะดวก สมองได้รับเลือดไม่เพียงพอหรือขาดเลือดไปเลี้ยง

1.3.2 แบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีรอยโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.3.2.1 รอยโรคของระบบหลอดเลือดทางด้านหน้า ได้แก่ หลอดเลือดแดง anterior cerebral หรือ middle cerebral ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงครึ่งซีกบริเวณใบหน้า แขนและขา โดยมีความรุนแรงของอาการอ่อนแรงแตกต่างกันตามตำแหน่งของรอยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นๆ เช่น ชา มีความบกพร่องด้านภาษา พูดไม่ชัด และมองไม่เห็นภาพ

1.3.2.2 รอยโรคของระบบหลอดเลือดทางด้านหลัง ได้แก่ หลอดเลือดแดง vertebral, basilar และ posterior cerebral ทำให้เกิดอาการผิดปกติแตกต่างกันตามตำแหน่งหลอดเลือดที่ควบคุมการทำงานแต่ละส่วน ได้แก่ เดินเซ ชา อ่อนแรงซีกตรงข้ามหรือซีกเดียวกับรอยโรค บ้านหมุน พูดไม่ชัด

1.3.3 แบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรค แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (รัตนพร สายตรี, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ และสมเกียรติยศ วรเดช, 2562) ได้แก่

1.3.3.1 โรคหลอดเลือดชนิดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack : TIA) เป็นภาวะที่สมองเสียหายที่จากการขาดเลือดไปเลี้ยง อาการอาจหายได้ภายใน 10 นาที ถึง 24 ชั่วโมง

1.3.3.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดยังไม่สิ้นสุด (Stroke in evolution) เป็นภาวะที่สมองเสียหายที่ทีละน้อย และทวีความรุนแรงมากขึ้น และมีความรุนแรงมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว

1.3.3.3 โรคหลอดเลือดสมองอย่างสมบูรณ์ (Complete stroke) เป็นภาวะที่สมองเสียหายที่โดยสิ้นเชิง และมีความรุนแรงมากที่สุด

1.4 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพของโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนี้

1.4.1 สาเหตุของการเกิดหลอดเลือดตีบตัน ได้แก่

1.4.1.1 มีความผิดปกติของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดแข็ง ที่เรียกว่า Atherosclerosis เกิดจากการมีไขมันและหินปูนมาสะสมที่ผนังหลอดเลือด ทำให้รูทางเดินของหลอดเลือดแคบลงเรื่อย ๆ จนมีการอุดตันในที่สุด โรคของหลอดเลือดนี้อาจเกิดกับหลอดเลือดในสมองเอง หรืออาจเกิดกับหลอดเลือดใหญ่บริเวณคอที่ส่งเลือดมาเลี้ยงสมอง การเกิดหลอดเลือดแข็งนี้พบได้ในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคต่างๆที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราจัด

1.4.1.2 มีลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่นมาอุดตันหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจบางชนิด ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด โรคหัวใจเหล่านี้มักทำให้มีลิ่มเลือด คือเลือดที่จับตัวเป็นก้อนเล็กๆ ในบางครั้งลิ่มเลือดเหล่านี้จะหลุดไปยังหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการอุดตันได้

1.4.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน ส่วนน้อยเกิดจากหลอดเลือดสมองผิดปกติ โรคหลอดเลือดสมองแตกแบ่งออกเป็น

1.4.2.1 หลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทขึ้นมาทันที เนื่องจากเลือดที่ออกไปกดเบียดเนื้อสมองทำให้สมองทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ยังเกิดความกดดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเลือดที่ออกมีจำนวนมากหรือเลือดออกในก้านสมอง ผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

1.4.2.2 หลอดเลือดสมองแตกในเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) สาเหตุมักเกิดจากการโป่งพองของหลอดเลือดสมอง (aneurysm) บริเวณฐานกะโหลกศีรษะ เมื่อมีเลือดออกในทันทีทันใด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรงมากอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ในบางรายอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ตั้งแต่วัยแรก จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาเร็ว

1.5 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

1.5.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

1.5.1.1 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ 4-6 เท่า โดยความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย

1.5.1.2 เบาหวาน (Diabetes mellitus) ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมากซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

1.5.1.3 ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 mg% และระดับไขมันชนิดดีหรือ High Density Lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า 45 mg% ส่วนไขมันชนิดไม่ดีหรือ Low Density Lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า 100-130 mg% เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกรัน (plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด

1.5.1.4 ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายโดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จึงทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่อ้วนลงพุง คือมีสัดส่วนระหว่างรอบเอวกับรอบสะโพกมากกว่าปกติ มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีส่วนปกติในกลุ่มอายุเดียวกันถึง 3 เท่า (Benjamin et al., 2017)

1.5.1.5 โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) เช่น โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ สาเหตุที่โรคหัวใจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากลิ้นเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่างๆ ของหัวใจ อาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจชนิด atrial fibrillation (AF) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5 เท่าของคนที่ไม่เป็น และผู้ที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจร่วมด้วยจะเพิ่มความเสี่ยงเป็น 17 เท่า และหากมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ 75 จะพบว่ามีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ ร้อยละ 3.3 ต่อปี (Kleindorfer et al., 2021)

1.5.1.6 Homocysteine สูง Homocysteine เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอะมิโน) ที่มีอยู่ในกระแสเลือด ค่าปกติประมาณ 5-15 micromoles per liter เนื่องจาก Homocysteine จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในหนาตัวขึ้น (atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย

1.5.1.7 บุหรี่ (Smoking) สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 2 เท่า

1.5.1.8 แอลกอฮอล์ (Alcohol) การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้นั่งหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติและลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง จากการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดถึงร้อยละ 8 และอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ร้อยละ 16 (พรชัย จุลเมตต์, 2565)

1.5.1.9 โคเคน แอมเฟตามีน (amphetamines) และ เฮโรอีน สารเสพติดดังกล่าวเป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันโลหิต ชีพจรเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

1.5.1.10 การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่ทำงานที่ใช้แรงและผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทานประเภททอดหรือมีไขมันมาก มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารพวกปลา ผักใบเขียวและผลไม้

1.5.1.11 การมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่าผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมาก่อน ประมาณร้อยละ 6-7 จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ส่วนผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน 5 ปี มีความเสี่ยง 5 เท่าของประชากรทั่วไป และมีความเสี่ยงสูงถึง 15 เท่าในปีแรก โดยพบการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 24 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิง และร้อยละ 42 ของเพศชายที่รอดชีวิต นอกจากนี้ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดอาจไม่มีอาการหรือมีอาการแสดง เช่น สติปัญญารับรู้ลดลง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3-5 เท่า (National Stroke Association, 2016)

1.5.1.12 การใช้ยาคุมกำเนิด พบว่าการรับประทานยาคุมกำเนิดนานมากกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Kleindorfer et al, 2021) การใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนต่ำมีความเสี่ยงน้อยกว่า แต่ไม่ควรใช้ฮอร์โมนเพศหญิงทดแทนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (National Stroke Association, 2016) การศึกษาของ Li, Zhu, Zhang, He, Qin, Cheng, and Xie (2019) ที่ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์อภิมาน ผลการศึกษาสรุปว่าการใช้เอสโตรเจนในปริมาณที่มากจะสัมพันธ์กับอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดและระยะเวลาการใช้ยาคุมกำเนิดที่นานมากขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่นกัน ในทางตรงข้าม ระยะเวลาในการหยุดใช้ยาคุมกำเนิดสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.5.1.13 มลพิษจากฝุ่นละออง PM 2.5 จากการศึกษาของ Chen et al. (2022) พบว่าฝุ่น PM 2.5 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ในเพศชาย และผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในยุโรปที่พบว่า การเพิ่มขึ้นของฝุ่นทุก 5 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร ต่อปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 19 (Stafoggia et al., 2014) เนื่องจากฝุ่น PM2.5 เป็นฝุ่นละอองในอากาศที่มีขนาดอนุภาคน้อยกว่า 2.5 ไมโครเมตร (ไมครอน) ซึ่งด้วยขนาดอนุภาคที่เล็กมากๆ ทำให้ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ซึ่งด้วยขนาดที่เล็กมากๆ ของฝุ่น PM 2.5 ทำให้สามารถลอดผ่านกลไกการป้องกันสิ่งแปลกปลอมของร่างกาย (ได้แก่ ผิวหนัง ขนจมูก เยื่อเมือกในหลอดลม รวมไปถึงเซลล์ที่ทำหน้าที่ดักจับสิ่งแปลกปลอมในถุงลม) เข้าสู่ถุงลมปอดและซึมเข้ากระแสเลือด ทำให้เกิดผลเสียต่ออวัยวะต่าง ๆ ซึ่งหากซึมเข้าสู่กระแสเลือด จะทำให้เกิดการอักเสบของผนังเส้นเลือด ในระยะยาวส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตายจากเส้นเลือดหัวใจตีบ อัมพฤกษ์อัมพาตจากเส้นเลือดในสมองตีบได้ (European Society of Cardiology, 2019)

1.5.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

1.5.2.1 อายุ ที่มากขึ้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนอายุ 65 ปีขึ้นไป พบมากเป็น 3 เท่าของคนที่มีอายุน้อย และอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (พรชัย จุลเมตต์, 2565)

1.5.2.2 เพศ พบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกชนิดเลือดออกใต้ชั้นเนื้อเยื่อ (subarachnoid hemorrhage) มากกว่าเพศชาย ในเพศหญิงที่มีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วเพศหญิงมีโอกาเสียชีวิตมากกว่าเพศชาย (วิชัย เอกพลากร, 2564)

1.5.2.3 พันธุกรรม (Familial factor) และประวัติครอบครัว (Family history) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีพี่น้องที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Benjamin et al, 2017) นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติบิดาหรือมารดาหรือบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตร่วมกัน (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; Kleindorfer et al., 2021)

1.5.2.4 เชื้อชาติ คนผิวดำ (African American) พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) ประมาณ 2.5 เท่า สันนิษฐานว่าคนผิวดำมีภาวะอ้วน เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มากกว่าคนผิวขาว จึงมีโอกาสเกิดโรคนี้ได้ง่ายกว่า

1.6 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พรชัย จุลเมตต์, 2565)

1.6.1 อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวลดลงกว่าเดิม ซึ่งเกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้แรงดันกำซาบของสมองลดลงด้วย จนเกิดภาวะสมองขาดเลือด และอาจเกิดภาวะสมองเคลื่อน (Brain herniation) ไปกดศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวที่ก้านสมอง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2556) การเปลี่ยนแปลงอาการเฉพาะที่ทางระบบประสาทคือการเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาทั้งขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงสว่าง อาจเป็นข้างเดียวหรือ 2 ข้างก็ได้ ทำให้รูม่านตามีขนาดโตขึ้น มีปฏิกิริยาต่อแสงน้อยลงหรือไม่มีเลย อาจเป็นข้างใดข้างหนึ่ง โดยเฉพาะข้างเดียวกันกับข้างที่เกิดพยาธิสภาพของโรค แต่เมื่อสมองเกิดการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างจะมีอาการทั้ง 2 ข้าง (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) นอกจากนี้ยังเกิดการเปลี่ยนแปลงของกำลังกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของแขนและขาข้างตรงข้ามกับสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพ ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงและมีการเคลื่อนไหวน้อยลง

1.6.2 อาการปวดศีรษะในระยะแรกที่มีความดันในโพรงศีรษะสูงขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ เนื่องจากภายในโพรงกะโหลกศีรษะมีหลอดเลือดแดงอยู่ เมื่อมีความดันในโพรงศีรษะสูงขึ้น เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดแดง และไปดึงรั้งหลอดเลือดดำ และเยื่อหุ้มสมองเกิดการยืดขยาย ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะได้

1.6.3 อาการอาเจียนเกิดขึ้นเมื่อมีภาวะความดันในโพรงศีรษะสูงขึ้น ซึ่งจะมีรอยโรคที่บริเวณอินฟราเทนโทเรียล (Infratentorial) หรือมีการกดบริเวณศูนย์ควบคุมการอาเจียน ซึ่งอยู่บริเวณผนังของช่องทางเดินของน้ำไขสันหลังที่ 4 (Fourth ventricle) ในเมดัลลา ลักษณะการอาเจียนจะไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า คือไม่มีอาการคลื่นไส้เตือนมาก่อน และลักษณะการอาเจียนจะเป็นแบบอาเจียนพุ่ง (Projectile vomiting) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2556)

1.6.4 การเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพ เมื่อบริเวณก้านสมองถูกรบกวน ร่างกายจะมีการตอบสนองที่เรียกว่า คushing (Cushing syndrome) ซึ่งได้แก่ ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น ส่วนความดันไดแอสโตลิกเท่าเดิม และมีการเต้นของชีพจรช้าลง ส่วนการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการหายใจนั้นเกิดจากการที่สมองเคลื่อนลงมาบริเวณก้านสมองกดตำแหน่งสมองที่ควบคุมศูนย์การหายใจ ซึ่งอยู่บริเวณพอนส์และเมดัลลา มีผลทำให้การหายใจไม่สม่ำเสมอบางครั้งอาจมีหายใจลึก เบาตื้น หาว หรือการถอนหายใจอย่างมากหรือหายใจเร็วและลึก และอาจหยุดหายใจในเวลาต่อมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสมองที่ถูกกด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2556) นอกจากนี้อุณหภูมิของร่างกายก็มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการทำงานของศูนย์ควบคุมอุณหภูมิที่ไฮโปทาลามัสจะถูกดหรือไม่

1.7 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

1.7.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

1.7.1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลาย ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกแขนขาหนักยกไม่ขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หลังจากพ้นระยะนี้จะเกิดอาการเกร็ง มีการงอของข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นานทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดข้อต่างๆ สูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้ การงอข้อลำบากเกิดข้อติด

1.7.1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกเด่น แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.7.1.2.1 มีความพร่องด้านการฟังคำพูด ไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน ผู้ป่วยพูดได้แต่ จะมีปัญหาในการพูดตาม เนื่องจากฟังไม่เข้าใจคำพูดที่ให้พูดตาม (Receptive or Sensory aphasia) เกิดจากมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Wernicke's area (บางครั้งเรียก Wernicke's aphasia)

1.7.1.2.2 ไม่สามารถเข้าใจทั้งภาษาพูดและภาษาเขียนแม้มองเห็นและพูดไม่คล่องหรือพูดไม่ได้เลย (Global aphasia) เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ของทั้งบริเวณ Broca's และ Wernicke's area

1.7.1.2.3 มีความพร่องด้านการพูดและการเขียน สามารถอ่านและฟังเข้าใจได้ แต่ไม่สามารถพูดบอก ความต้องการได้ (Motor or expressive aphasia) เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Broca's area

1.7.1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ซึ่งควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10 และ 12 ควบคุมการกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถ เข้มริมฝีปากได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและ คอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้

1.7.1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกและการรับรู้ ได้แก่ การสูญเสียความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด อุณหภูมิ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกัน ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้

1.7.1.5 การมองเห็นผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ สูญเสียการมองเห็นของลานสายตาครึ่งใดครึ่งหนึ่งของ ตาทั้งสองข้าง (Homonymous hemianopia) จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายจากความผิดปกติของลานสายตาและระยะ การมองเห็น

1.7.1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นความทรงจำ ที่เพิ่งผ่านไปหรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตเกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา

1.7.1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ หรือมีอาการท้องผูก

1.7.1.8 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ พบว่าผู้ป่วยอาจมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัว

1.7.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย ได้แก่ มีความรู้สึกสูญเสีย ความวิตกกังวล ความเครียด ความก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า

1.7.2.1 การสูญเสีย ได้แก่ เสียความภูมิใจในตัวเอง เสียความรู้สึกมั่นคง สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับตัวจะแสดงอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจออกมา

1.7.2.2 ความเครียด (Stress) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้น ทันทีทันใดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้ง การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้

1.7.2.3 ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นพื้นฐาน การตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนานที่กระทำออกมาเพื่อ ต่อสู้สิ่งคุกคาม อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัว เกิดจากประสบการณ์การรับรู้ความเจ็บป่วย เช่น แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น และความรู้สึกไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอาจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย คือ ใจสั่น แ่นหน้าออก เหงื่อ หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.7.2.4 พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้าย หรือ คำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร ทุบทำลายสิ่งของ ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการหงุดหงิดได้ง่าย

1.7.2.5 ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มักเกิดขึ้นในผู้ป่วย หลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงของโรครุนแรงและเป็นเรื้อรัง

1.7.3 ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองทำให้เกิดปัญหาทางด้านสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วย กับญาติ ผู้ป่วยกับสังคมและบทบาทในสังคม

1.7.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นไม่ว่าเฉียบพลันและเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีภาระค่าใช้จ่าย ในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

1.8 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (พรชัย จุลเมตต์, 2565)

18.1 การให้การรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือด (Recanalization Therapy) ในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ภายใน 3-8 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ซึ่งมีหลายวิธีและมีข้อจำกัดแตกต่างกัน

18.2 การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic drug) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง

18.3 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (Endovascular treatment or Mechanical thrombectomy)

18.4 การให้ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 48 ชั่วโมงนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ

18.5 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะวิกฤตที่มีภาวะสมองขาดเลือดบริเวณกว้าง

1.9 การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากจะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อ ลดความพิการซ้ำซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานและเข้าสังคม ดังนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพควรร่วมมือกันตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อที่จะประเมิณวางแผนและให้การฟื้นฟู รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลรักษาและการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การฟื้นตัวของระบบประสาท (Recovery from Stroke) (นิจศรี ชาญนรงค์, 2550) การฟื้นตัวของระบบประสาทหลังเป็นโรคสมองขาดเลือดของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันทั้งในเรื่องระยะเวลาและปริมาณ ขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง ความรุนแรงของรอยโรค ผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นตัวได้ร้อยละ 80 - 90 ภายในเวลา 1 - 2 เดือน บางรายใช้เวลา 6 เดือน การฟื้นตัวของระบบประสาทโดยปกติจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหลัง 6 เดือนจะฟื้นตัวช้าลง (Kelly Hayes et al., 1989) การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือดสมองแบ่งได้ 3 ระยะ คือ

1.9.1 ระยะเฉียบพลัน คือ ระยะ 1 - 2 สัปดาห์ หลังจากมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การบำบัดฟื้นฟูในช่วงนี้ จะเริ่มในขณะที่ผู้ป่วยยังนอนอยู่บนเตียง ภายหลังจากที่ล้มป่วย โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อจะป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อและการยึดติดของข้อต่อ และเพื่อให้ผู้ป่วยสูญเสีย พละกำลังไปน้อยที่สุด เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดฟื้นฟูในช่วงต่อไป ในระยะ

เฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทตามธรรมชาติ (Natural spontaneous neurological recovery) หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมรวดเร็ว ทำให้การไหลเวียนเลือดของ สมองดีขึ้น สมองยุบวม ความดันภายในช่องกะโหลกลดลง ผู้ป่วยสามารถขยับแขนขาได้ดีขึ้น มี Motor control ดีขึ้น ความสามารถในการพูด ความเข้าใจ ภาษาดีขึ้น การฟื้นตัวตามธรรมชาติจะ เกิดภายใน 1 เดือนหลังเป็นโรค

1.9.2 ระยะฟื้นตัว คือ ระยะ 3 - 6 เดือน หลังจากมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วยในช่วงนี้จะเริ่มทรงตัว และสามารถนั่งเป็นเวลานาน ๆ ได้ ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวด้าน การทำกิจวัตรประจำวันและความเป็นอยู่ในสังคมดีขึ้นภายใน 3 - 6 เดือน ในขณะที่มีการฟื้นตัวตาม ธรรมชาติ การฟื้นตัวนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวหรือได้รับการฝึกฝนให้ใช้ส่วนอื่นมาชดเชย ทดแทน ซึ่งต้องใช้ความรู้ และเทคนิคในการช่วยฟื้นฟูสภาพ (Derick T Wade, 2012)

1.9.3 ระยะทรงตัว คือ ระยะที่พ้นจากระยะฟื้นตัวไปแล้ว โดยทั่วไปผู้ป่วยแต่ละราย จะมีการ ฟื้นฟูที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงแรกภายหลังจากที่ล้มป่วยใหม่ๆ แต่ในทางตรงกันข้าม หากสมรรถนะใด ไม่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้ในช่วงนี้ ก็มีโอกาสูงที่อาการบกพร่องพิการนั้นจะเหลือติดตัว ไปตลอดชีวิต ระยะทรงตัวจึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะต้องทำการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้สูญเสีย สมรรถนะที่ฟื้นฟูมาได้แล้วนั้นไปอีก เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ousing จึงยัง ต้องทำการ บำบัดฟื้นฟูที่บ้าน หรือที่สถานพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อรักษาสมรรถภาพ นั้น ๆ ให้คงอยู่ตลอดไป

1.10 แนวทางการนัดติดตามของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ในประเทศไทย ผู้ป่วยจะได้รับการนัดติดตามอาการครั้งแรกทุกรายคือ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะพิจารณาตามอาการ และความเหมาะสมเป็นรายบุคคล (สถาบันประสาท, 2020)

1) ถ้าอาการคงที่ นัดติดตามอาการทุก 3-6 เดือน เพื่อรับยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) และ/หรือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มใหม่ (Novel anticoagulant)

2) อาการไม่คงที่/ ภาวะแทรกซ้อน ให้ค้นหาและรักษาตามสาเหตุ

ต่างประเทศ นัดติดตามผล 6 เดือน และ 1 ปี หลังจากโรคหลอดเลือดสมองหลังจากนั้นจะนัดปีละ 1 ครั้ง (National Institute for Health and Care Excellence, 2022)

2. แนวคิดผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 การรอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาผู้ป่วย Acute stroke ให้ได้ผลดีในปัจจุบัน คือ การรักษาด้วยระบบบริการ “Stroke fast track” หรือ “ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง” สำหรับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) ในปี พ.ศ. 2552 โดยใช้รูปแบบเครือข่ายบริการครบวงจรของแต่ละเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต ทูพพลภาพ และ ความพิการ ระบบบริการ Stroke fast track ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพอย่างถูกต้อง และรวดเร็วเมื่อมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่การชักประวัติที่ชัดเจน การประเมินอาการ สัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาทและอื่นๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับออกซิเจน คลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมถึงส่งตรวจจำนวนเกร็ดเลือด และการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น เพื่อการวินิจฉัยอย่างแม่นยำและให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที 3) การส่งต่ออย่างรวดเร็วและปลอดภัยเพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่จำเป็นและการรักษาที่จำเพาะ 4) ผู้ป่วยได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและมีการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยรังสีแพทย์ 5) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยา rt - PA ภายใน 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ และต้องได้รับการขยายหลอดเลือดสมองด้วยยา rt - PA ภายใน 60 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และ 5) การดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ (สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย และอรุณ บุตรบ้านเขวา, 2560) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจึงต้องกำกับระยะเวลาทุกขั้นตอน เพื่อไม่ให้เกิดความสูญเสียเปล่าที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่ดีที่สุด

จากการศึกษา พบว่า มีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน (Feigin et al., 2022) และมีการคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอายุ 45 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 123 (Stroke Association, 2021) และการศึกษาของ Peng et al. (2022) พบผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ระยะ 6 เดือนร้อยละ 76.7 ที่ระยะ 1 ปี ร้อยละ 73.0 ที่ระยะ 5 ปี ร้อยละ 52.8 และที่ระยะ 10 ปีร้อยละ 36.4 ส่วนในประเทศไทย พบอัตราการรอดชีวิตซึ่งแบ่งตามอายุ และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่อายุต่ำกว่า 65 ปี ในปี 2550 อัตราการรอดชีวิต (จากการตายทุกสาเหตุ) ที่ 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี เท่ากับ ร้อยละ 82, 78 และ 74 และในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 88,84 และ 82 ตามลำดับ สำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในปี 2550 อัตราการรอดชีวิต (จากการตายทุกสาเหตุ) ที่ 6 เดือน 1 ปี

และ 2 ปี เท่ากับร้อยละ 66, 60 และ 52 และในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 72,66 และ 56 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557) โดยพบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในและต่างประเทศรวมถึงในทุกอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี แต่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองกลับไม่สามารถฟื้นหายเป็นปกติครบทุกคน ซึ่งผู้ป่วยกว่า 2 ใน 3 จะเกิดอาการบกพร่องพิการอย่างใดอย่างหนึ่งติดตัวไปตลอดชีวิต โดยผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เรียกว่า อาการบกพร่องพิการ บางอย่างไม่สามารถฟื้นกลับมาสู่สภาพเดิมได้หรือหากได้ก็มีความยากลำบากอย่างมาก (พรเทพ มิ่งมาลัยรักษ์, 2560; Stroke Association, 2021)

ซึ่งความบกพร่องพิการนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอาการบกพร่องทางด้านร่างกาย เพราะจะส่งผลกระทบต่อทางด้านอื่น ๆ ตามมาด้วย จากการศึกษาของ Rouillard et al. (2012) พบว่าระดับความพิการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ 6 เดือน เท่ากับ พิกัดระดับ 1 ร้อยละ 4 พิกัดระดับ 2 ร้อยละ 17 พิกัดระดับ 3 ร้อยละ 50 พิกัดระดับ 4 ร้อยละ 9 พิกัดระดับ 5 ร้อยละ 20 ตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้มีความต้องการการดูแลสนับสนุนดูแลจากครอบครัวที่เป็นสมาชิก และต้องการการสนับสนุนในด้านจิตใจ การเงิน และการทำงาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับความพิการ 3 คะแนนขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tamrat et al. (2022) ที่ศึกษาที่ศึกษาความต้องการการดูแลในระยะยาวของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 18 ปีและถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 6 เดือนก่อนที่จะเริ่มทำวิจัยร่วมกับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่แผนกระบบประสาทและสมองของแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 422 คน พบว่าไม่มีความพิการ ร้อยละ 14 มีความพิการระดับ 1 ร้อยละ 37.7 พิกัดระดับ 2 ร้อยละ 28.9 พิกัดระดับ 3 ร้อยละ 10.4 พิกัดระดับ 4 ร้อยละ 5.2 พิกัดระดับ 5 ร้อยละ 3.8 ตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนดูแลเรื่องข้อมูล การใช้ชีวิตประจำวัน การตอบสนองทางด้านร่างกายและผลกระทบและผลข้างเคียงจากโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการเดินทาง การขับรถ การเงิน ด้านอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับความพิการระดับ 3 คะแนนขึ้นไป และยังคงพบอีกว่า ผู้ที่มีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วก็ยังคงมีความต้องการในการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆที่ใกล้เคียงกันอีกด้วย แม้จะเคยมีประสบการณ์การรักษามาแล้วก็ตาม เพราะเนื่องด้วยการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองครั้งที่ 2 หรือมากกว่ามักจะมี ความรุนแรงกว่าในรอบแรกเพราะจะเพิ่มอัตราการตายที่มากกว่าในครั้งแรก (Skajaa et al., 2021) และด้วยระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เห็นความสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีการจัดบริการในระลอกกลางขึ้นมา

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) หมายถึง จุดเชื่อมโยงการดูแลที่ลดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเปลี่ยนภาวะเป็นพลังของสังคม จากจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วย

ระยะกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องและเชื่อมโยงการบริการ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการการดูแลสุขภาพระยะกลางเป็นการสร้างความต่อเนื่องของการบริการที่เกี่ยวข้องทั้งข้อมูลและบริการทางการแพทย์ในระยะเฉียบพลันกับการบริการดูแลระยะยาว กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขโดยกำหนดเป้าหมาย คือ มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน และให้มีแผนงานการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ได้มี การกำหนดโครงการที่รองรับแผนงานการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ คือ ระบบบริการดูแลระยะกลาง โดยกำหนดตัวชี้วัด คือร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง เริ่มต้น ในกลุ่มผู้ป่วย Post-acute Stroke, Post-brain and Spinal Cord Injury มีการจัดทำแผนและดำเนินงานในพื้นที่การสนับสนุนด้านวิชาการ แผนการวิจัย และการติดตามประเมินผล โดยเริ่มให้มีการดำเนินงาน จนขยายขอบเขตการบริการและตอบสนองความต้องการของพื้นที่จนบรรลุวัตถุประสงค์สำคัญไม่น้อยกว่าร้อยละ 10.00 ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2562)

ซึ่งระบบบริการระยะกลาง (Intermediate care services) คือการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติ (acute phase) และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกาย บางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม จำเป็นต้องได้รับการสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาล จนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพซึ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรค หรือภาวะเจ็บป่วย โดยเป็นการสร้างระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในชุมชนและการเยี่ยมบ้าน ขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และนับเป็น Service plan สาขาใหม่ที่จะช่วยเติมเต็มระบบบริการให้มีความสมบูรณ์ โดยการลดช่องว่างที่ขาดหายไประหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันในสาขาต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และอุบัติเหตุต่างๆ ที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างดีจนรอดชีวิตแล้วจะได้รับการประเมิน และคัดกรองเข้าสู่การดูแลระยะกลางโดยทีมสหวิชาชีพในรูปแบบบริการที่หลากหลายตรงตามความต้องการ เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับต่อเนื่องจนถึงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเมื่อพ้นระยะบริการ 6 เดือนไปแล้ว หากผู้ป่วยยังมีสมรรถนะไม่มากพอที่จะช่วยเหลือตัวเอง

ได้ดีก็จะเชื่อมโยงการดูแลไปสู่การดูแลระยะยาว (Long term care) ต่อไป โดยไม่ลืมที่จะส่งเสริมการป้องกันโรคและการกลับเป็นซ้ำโดยหลากหลาย Service plan อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

โดยแนวทางการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะเฉียบพลันและมีสถานะทางการแพทย์คงที่แล้วมีขั้นตอน ดังนี้ (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ขั้นตอนที่ 1 จะประเมินผู้ป่วยด้วย Barthel Index และ impairments หากผู้ป่วยมีคะแนน $BI \geq 15$ และไม่มี multiple impairments จำจำนายผู้ป่วยพร้อมให้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และประสานทีมฟื้นฟู รพช. เพื่อติดตามดูแล แต่หากคะแนน $BI < 15$ หรือ $BI \geq 15$ ร่วมกับมี multiple impairments จะให้บริการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน (Intermediate care: IMC) โดยแพทย์พิจารณาตามความพร้อม บริบทของพื้นที่ และผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งแบ่งเป็น การฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้นแบบผู้ป่วยใน (In-patient intensive rehabilitation) การฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก (Out-patient rehabilitation) และ การฟื้นฟูสภาพแบบนอกสถานที่ (Out-reached rehabilitation)

ขั้นตอนที่ 2 จะประเมินคะแนนบาร์เธลและความบกพร่องซ้ำทุก 1-2 เดือน ภายในช่วง 6 เดือนแรก และแบ่งเป็น 2 กรณี คือกรณีที่ 1 คะแนน $BI < 20$ หรือมี multiple impairments ก็จะกลับไปเริ่มที่ขั้นตอนที่ 1 ซ้ำใหม่ ส่วน กรณีที่ 2 คือ คะแนน $BI = 20$ และไม่มี multiple impairments ก็จะมีการจำหน่ายออกจากการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน (IMC) และสิ้นสุดการบำบัดรักษา แต่หากครบกำหนด 6 เดือนแล้วจะเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 เมื่อครบ 6 เดือนจะถูกจำหน่ายออกจากการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน (IMC) ร่วมกับการประเมิน BI กับความบกพร่องซ้ำ ซึ่งหากคะแนน $BI = 20$ และไม่มี multiple impairments จะถือว่าสิ้นสุดการรักษา ถ้าคะแนน $BI = 11-19$ หรือมี multiple impairments จะส่งต่อการดูแลติดตามให้ทีมฟื้นฟูต่อ และหากคะแนน $BI < 11$ จะมีการประสานงานกับทีมแพทย์หรือพยาบาลในการดูแลระยะยาว หรือ long term care ต่อไป

ซึ่งในปัจจุบันพบการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะกลางมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และผลลัพธ์มีแนวโน้มไปในทางที่ดี โดยตัวอย่าง จากการศึกษาของ พิชามณชู สุวรรณฉัตร และคณะ (2564) ที่ศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในการเพิ่มความสามารถการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า คะแนน Barthel ADL Index โดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนเข้ารับการดูแลระยะกลาง เท่ากับ 5.83 ± 4.64 คะแนน หลังเข้ารับการดูแลระยะกลาง เท่ากับ 9.77 ± 5.16 คะแนน ซึ่งผลต่างการเปลี่ยนแปลงคะแนน Barthel ADL Index โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 3.94 ± 3.28 คะแนน โดยหลังการเข้ารับ

การดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในมีคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ (2565) ที่ศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาล ผู้ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัด ร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) การประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของร่างกายโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย 2) การส่งต่อและสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemocare 3) โรงพยาบาลลูกข่ายประเมินสภาพผู้ป่วยและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย 4) การติดตาม กำกับ และ ประเมิน ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Nemocare และ 5) คืนข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม มีอาการดีขึ้นร้อยละ 69.90 และได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือนหรือ Barthel Index (BI) = 20 ร้อย ละ 65.40

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ในปัจจุบันด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาที่ทันสมัยร่วมกับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ การบริการที่เฉพาะเจาะจงและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นเรื่อยๆ (พรชัย จุลเมตต์, 2565; Feigin & Norving, 2017)

2.2 ความหมายของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

Zawawi et al. (2020) ให้ความหมายของ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง ผู้ที่มีชีวิตอยู่ต่อไปหลังจากออกจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในสถานพักฟื้นหรือในชุมชน

American Stroke Association (2021) ให้ความหมายของ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก และมีชีวิตต่อ สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพ เสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ทักษะต่างๆ ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันต่อไปได้ แม้จะมีความพิการหลงเหลืออยู่

Lo et al. (2022) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก/เกิดซ้ำทั้งชนิดของโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรือ แตก และจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน

ดังนั้น ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หรือ แตก ทั้งครั้งแรก/เกิดซ้ำ ซึ่งมีชีวิต และถูกจำหน่ายกลับสู่บ้าน/ชุมชน

3. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ความหมายเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

Sanson-Fisher (2000) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน เป็นความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการตอบสนองจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ซึ่งความช่วยเหลือนั้นจะก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมาย และเกิดความพึงพอใจ

Bonevski et al. (2000) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความต้องการที่จะได้รับการดูแลและตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหา โดยมีการประเมินความต้องการตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ซึ่งการประเมินความต้องการของผู้ป่วยนั้นจะทำให้ทราบถึงประเด็นของคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลอีกด้วย

Rainbird, Perkins & Sanson - Fisher (2005) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความต้องการของผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือและได้รับการตอบสนองตามความต้องการ โดยมีการค้นหาและประเมินตามการรับรู้ถึงความต้องการนั้น แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ซึ่งจะเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแล และเป็นการพัฒนาบริการทางสุขภาพ

Rincharadson, Medina, Brown & Sitzia (2007) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความต้องการได้รับการดูแลในด้านต่างๆตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 10 ด้าน ซึ่งคุณภาพของการได้รับการดูแลนี้ ขึ้นอยู่กับการได้รับการแก้ไขปัญหาและได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

Fitch (2008) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive Care Needs: SCNs) เป็นความสัมพันธ์ระหว่าง ความต้องการของมนุษย์ (Human needs) การประเมินการรับรู้ (Cognitive appraisal) การจัดการและการปรับตัว (Coping and adaptation) ของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลให้ชีวิตขาดความสมดุล ก่อให้เกิดความต้องการการดูแลสนับสนุนที่จำเป็นจากทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งครอบคลุมการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นทั้ง 7 ด้าน

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความปรารถนาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่จะได้รับการช่วยเหลือและตอบสนองตามความต้องการเมื่อเผชิญกับปัญหาหรือผลกระทบต่างๆจากโรคหลอดเลือดสมองจากทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งประเมินตามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยทั้ง 7 ด้าน

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

3.2.1 แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ Bonevski et al. (2000) เป็นแนวคิดที่ใช้ประเมินความต้องการการที่จะได้รับการดูแลและตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหา โดยประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านจิตใจ (Psychological) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในด้านอารมณ์ ความรู้สึก และทักษะการเผชิญปัญหา

2) ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (Health care system and information) เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย และการรักษา

3) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (Physical and daily living) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษา และการดูแลเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน

4) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ (Care and Support) เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความไวของทิมสุขภาพที่จะตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการให้ทางเลือกรักษา

5) ด้านเพศสัมพันธ์ (Sexuality) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพและการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์ภาพทางเพศ

3.2.2 แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ของ Rainbird et al. (2005) แบ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่

1) ด้านข้อมูลและการสื่อสาร (Medical communication/information) เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้ในการตัดสินใจวางแผนการรักษา การสื่อสารกับทีมแพทย์ผู้รักษา การนัดติดตามผลการรักษา และความก้าวหน้าของโรค

2) ด้านจิตใจ (Psychological/emotional) เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การจัดการกับความรู้สึกเมื่อรับรู้ว่าตนเองเข้าสู่มะเร็งในระยะลุกลาม

3) ด้านกิจวัตรประจำวัน (Daily living) เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และการดำเนินชีวิตประจำวัน

4) ด้านการเงิน (Financial) เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเงิน ค่าใช้จ่ายต่างๆ รวมถึงสิทธิการรักษา

5) ด้านอาการ (Symptom) เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา

6) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนา และความคาดหวังในชีวิต

7) ด้านสังคม (Social) เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ภาพและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลในสังคม

3.2.3 แนวคิดความต้องการการดูแลสนับสนุน (Supportive Care Needs: SCNs) ของ Fitch (2008) เป็นแนวคิดสำคัญที่นักวิจัยทางการแพทย์ให้ความสำคัญศึกษาในหลายแง่มุมถูกกำหนดและพัฒนาขึ้นตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1994 ในรูปแบบการดูแลสนับสนุน (Supportive Care Framework: SCF) ซึ่งอธิบายถึงผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยและการรักษา เป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลให้ชีวิตขาดความสมดุล ก่อให้เกิดความต้องการการดูแลสนับสนุนที่จำเป็นจากครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และดำรงชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยและการรักษาโรคของตนได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยรูปแบบการดูแลสนับสนุน ครอบคลุมการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical needs) ความต้องการการดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบจากโรค เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational needs) ความต้องการข้อมูลและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญกับโรค

3) ด้านอารมณ์ (Emotional needs) ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการกับความรู้สึกกลัว ความไม่แน่นอน การสูญเสีย และความวิตกกังวลอื่นๆ ที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง

4) ด้านจิตใจ (Psychosocial needs) ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในการรับมือกับการเจ็บป่วยและผลที่ตามมา รวมถึงแนวทางการควบคุมจิตใจที่เหมาะสม

5) ด้านสังคม (Social needs) ความต้องการเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัว เพื่อนร่วมงาน สังคม รวมทั้งความรู้สึกและการปรับตัวภายหลังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

6) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความเชื่อและส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง

7) ด้านการปฏิบัติ (Practical needs) ความต้องการในการจัดการปัญหา ด้านการเงิน สิทธิประโยชน์ต่างๆ

สรุป งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ Fitch (2008) มาศึกษา เนื่องจากเป็นแนวคิดทางการพยาบาลที่มีความทันสมัยและถือเป็นแนวคิดที่ประเมิน โดยที่มสุขภาพเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและ เฉพาะเจาะจงซึ่งครอบคลุมในผู้รอดชีวิต และกรอบแนวคิดนี้ได้รับการออกแบบให้เป็นเครื่องมือ สำหรับที่มสุขภาพเพื่อกำหนดแนวคิดว่าผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือประเภทใดและวางแผนการ ให้บริการอย่างไร เพราะแนวคิดนี้ได้รับการยืนยันผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยและผู้รอดชีวิต เกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับโรค, การรักษา, และการใช้ชีวิตกับผลที่ตามมาอย่างครอบคลุมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.3 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอัมพาต เมื่อเป็น โรคนี้แล้วหากไม่เสียชีวิตก็มีสิทธิพิการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสภาพจิตใจและ ร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวและคนรอบข้าง ซึ่งต้องรับภาระในการดูแล และค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) ความพิการที่หลงเหลืออยู่นี้เป็นปัญหาระยะยาวที่ผู้ป่วย ต้องเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น และมีปัญหาทางด้านจิตใจ การปรับตัวตามมา (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือ แหล่งสนับสนุนอื่นๆมากขึ้น เพื่อการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิต วิญญาณ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (อริญาพร จันทราสินธุ์, 2560) ซึ่งความต้องการการดูแล สนับสนุนของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Fitch (2008) มี รายละเอียดดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical) พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักพบปัญหาด้านความคล่องตัวในการ เคลื่อนไหว ความปวด และปัญหาการกลืนอาหารและปัสสาวะไม่อยู่เฉลี่ยร้อยละ 25 , 15 และ 21 ตามลำดับ (McKevitt et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรรุ่ง และคณะ (2556) พบว่า ผู้ป่วยมักมีแขนขาอ่อนแรงเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ข้อไหล่ นิ้วมือ ข้อเข่าและข้อ ตะโพกติดแข็ง นิ้วเท้ามีการดิ่งรั้ง ปลายเท้าตก ทำให้ไม่ยอมเดิน เพราะเคยสะดุดล้มหลายครั้ง พุดไม่ ค่อยชด กลืนอาหารได้ไม่ค่อยดี มีท้องผูก ด้านความสามารถในการรู้คิด (Ward et al., 2014) ความ เหนื่อยล้า (Walsh et al., 2015) ซึ่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่พบบ่อยที่สุดคือ ร้อย ละ 92 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิต (Boter, Rinkel, de Haan & HESTIA Study Group, 2004) ทำให้ ผู้ป่วยเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) (Tyson, Hanley, Chillala, Selley & Tallis, 2007) ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงในเวลาต่อมา (Wu, Chen, Wang, Jiang,

Wang & Wen, 2018) และต้องพึ่งพาผู้อื่น (จันทร์จิรา สีสว่าง และนงนภัทร รุ่งเนย, 2559) ผู้ป่วยจึงมีความต้องการช่วยเหลือสนับสนุนในการทำกายภาพบำบัด อรรถบำบัด กิจกรรมบำบัด รวมถึงการช่วยเหลือเรื่องการเดิน (Kersten et al., 2002; Moreland et al., 2009; Chen et al., 2019; Groeneveld et al., 2018; Guo et al., 2021) อาหารการกิน (นงนุช เพ็ชรรวง และคณะ, 2556) การตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า ความจำ สมาธิ (Rothwell et al., 2013)

2) ด้านอารมณ์ (Emotional) พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้านอารมณ์ร้อยละ 53-60 (Walsh et al., 2015; Boter et al., 2004) ถือเป็นปัญหาที่รองลงมาจากปัญหาทางกาย และมักจะคงอยู่ต่อไปอีกหลายปีหลังเหตุการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วย (Shiple, Luker, Thijs & Bernhardt, 2018) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง เหงา ว้าเหว่ หมดกำลังใจ กลัวไม่หาย (นงนุช เพ็ชรรวง, ปนัดดา ปรียทฤช และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง, 2556) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข ไม่อยากพูดคุยกับใคร เก็บตัว แยกตัวออกจากสังคม รู้สึกว่า ตนเองไม่มีค่า ไม่มีประโยชน์ จึงไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป (Williams & Murray, 2013) ความทุกข์ทางอารมณ์ของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการตอบสนองในระดับมาก (op Reimer et al., 1999) ซึ่งยังได้รับการตอบสนองที่ไม่เพียงพอ (Li et al., 2017)

3) ด้านจิตใจ (Psychological) พบว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีมีผลอย่างมากต่อจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Li et al., 2017) ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม และกระบวนการรู้คิด (Ilan & Nadina, 2012) ผู้ป่วยอาจเกิดโรคซึมเศร้า วิตกกังวล มีความไม่พึงพอใจต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การรับรู้ความสามารถตนเองบกพร่อง และการเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง (Morris, 2011) ซึ่งผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจหากปล่อยไว้และไม่ได้รับการแก้ไขหรือช่วยเหลือจะส่งผลทางลบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วย (Kotila et al., 1999; van de Weg et al., 1999; Paolucci et al., 1999; Loong et al., 1995; Gillen et al., 2001) การลดลงของคุณภาพชีวิต (Liman, Heuschmann, Endres, Flöel, Schwab & Kolominsky-Rabas, 2012) ความสามารถในการใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยลง (Gillen, Tennen, McKee, Gernert-Dott & Affleck, 2001) และเพิ่มอัตราการตายมากขึ้น (Burvill et al., 1995; Townend et al., 2007)

4) ด้านข้อมูล (Informational) พบว่า ข้อมูลที่จำเป็นกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมโรคได้มากขึ้น และบรรเทาความทุกข์ใจเมื่อกลับบ้าน เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ (White et al., 2014; Atler, 2016; King et al., 2015) จากการศึกษา พบว่า ความต้องการด้านข้อมูลเฉลี่ยร้อยละ 3.1-65.0 (Chen et al., 2019) ซึ่งเกี่ยวกับสาเหตุ และการป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (McKevitt et al., 2011; Tamrat et al., 2022) คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ระบบขนส่งสาธารณะ การปรับเปลี่ยน

อาหารที่เหมาะสม (Tamrat et al., 2022) ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลการฟื้นฟูสภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับการอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินชีวิตต่อหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Zawawi et al., 2020) ซึ่งความต้องการจะพบมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน (Chen et al., 2019; Yeung et al., 2015) และจากการศึกษา พบว่าร้อยละ 50.4 ของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง สามารถแก้ไขได้ผ่านการให้ข้อมูลและคำแนะนำ (Rothwell, Boaden, Bamford & Tyrrell, 2013)

5) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักจะประสบกับความทุกข์ทางอารมณ์ สถานการณ์ที่ตึงเครียด ความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย รวมถึงปัญหาทางเพศ (Kersten et al., 2002) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองสูญเสียบ้าง (Giaquinto, Sarno, & Army, 2010; Johnstones, Glass, & Oliver, 2007; Cabaco, Caldeira, Vieira, et al, 2017) ซึ่งความเชื่อทางจิตวิญญาณสามารถช่วยให้บุคคลยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Chow & Becker, 2010 ; Omu, Alobaidi, & Reynolds, 2014 ; Lamb, Buchanan, Godfrey, et al, 2008) และยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองและปรับปรุงความสามารถในการปรับตัวต่อความท้าทายที่เกิดขึ้นได้ (Azar, Radfar & Baghaei, 2020) ดังนั้นการตอบสนองด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญและพยาบาลควรคำนึงถึง (Arafat, Ratna & Majid, 2018)

6) ด้านสังคม (Social) พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านสัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงไป (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) และกิจกรรมทางสังคมที่ลดลง (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556) จากการศึกษา พบว่า ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสจะไปในทิศทางที่แย่ง (Mackay & Nias, 1979) ซึ่งเริ่มมีความขัดแย้งในความสัมพันธ์ตั้งแต่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Teasell et al., 2000) และนำไปสู่การหย่าร้างในที่สุด (Teasell et al., 2000) โดยพบตั้งแต่ร้อยละ 5 ถึง ร้อยละ 54 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Daniel, Wolfe, Busch & McKevitt, 2009) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงพบร้อยละ 15 ถึง ร้อยละ 79 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (Daniel et al., 2009) รวมถึงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของการทำงาน จากที่เคยประกอบอาชีพหารายได้ให้ครอบครัวได้ เมื่อเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้เหมือนเดิม (Thompson & Ryan, 2009) จากความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจึงส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของ Wray & Clarke (2017) พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีความสำคัญในการช่วยในด้านกรปฏิบัติกิจกรรมและด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนเพื่อที่จะทำกิจกรรมนอกบ้านได้สำเร็จ การสนับสนุนนี้มีคุณค่าอย่างมากต่อผู้ป่วยและมักทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมการจัดกิจกรรมภายนอกบ้านได้แม้ในกิจกรรมที่

อาจมีความยากและซับซ้อนมากขึ้นก็สามารถเป็นไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Moreland et al. (2009) ที่พบว่า ร้อยละ 19 ของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการพบเพื่อนใหม่ และการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยปฏิบัติก่อนที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลาย

7) ด้านการปฏิบัติ (Practical) พบว่า ผู้ป่วยประสบกับการสูญเสียรายได้ร้อยละ 24-33 (Kersten et al., 2002; Low et al., 2003; Mackay & Nias, 1979; Teasell et al., 2000) เพราะค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (McKevitt et al., 2011) จากการรักษาพยาบาลและค่าเดินทางไปรับการรักษาในแต่ละครั้งของผู้ป่วย (นนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556) ซึ่งทำให้มีความต้องการทางการเงิน แต่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Kersten et al., 2002; Low et al., 2003; Mackay & Nias, 1979) ความต้องการการบริการหรือความช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Andrew et al., 2014; Sumathipala et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ นนุช เพ็ชรร่วง และคณะ (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยอยากได้เงินช่วยเหลือผู้พิการ/ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และค่ารักษาพยาบาล ต้องการที่อยู่อาศัย รถเข็น ต้องการให้มีคนพาไปพบแพทย์ อยากให้เจ้าหน้าที่มาดูแลสภาพที่บ้าน ซึ่งจากผลกระทบต่างๆที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องพบเจอทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล และพยายามปรับตัวต่อการมีข้อจำกัดที่เกิดขึ้น เพื่อให้ยอมรับบทบาทในการเป็นผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เพราะเมื่อเกิดโรคและมีความพิการร่วมด้วยแล้วการปรับตัวให้เข้ากับสภาพความพิการและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงจึงทำได้ยาก (Rochette et al., 2007) ทำให้ผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น จากผู้ดูแลครอบครัวรวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและแหล่งสนับสนุนต่างๆ (Lo et al., 2021; อวยพร จงสกุล และคณะ, 2563) เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับผลกระทบภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างปกติสุข

3.4 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีดังต่อไปนี้

3.4.1 แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง (The Cancer Patient Needs Questionnaire ; CPNQ) ของ Foot & Sanson – Fisher (1995) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 71 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก คือ 1) ด้านความต้องการ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1.1) ความต้องการด้านจิตใจ 1.2) ความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร 1.3) ความต้องการด้านร่างกายและกิจวัตรประจำวัน 1.4) ความต้องการในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วย และ 1.5) ความต้องการที่สัมพันธ์กับสัมพันธภาพทางเพศ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 2) ด้านโรคและการรักษา และ 3) ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มีการหาความเที่ยงตรงภายในด้วยวิธีครอนบาคแอลฟา ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.78 - 0.98

3.4.2 แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (The Supportive Care Needs Survey - Long Form 59 ; SCNS-LF 59) ของ Bonevski et al. (2000) ประกอบด้วย 59 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1995 จากแบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง (The Cancer Patients Needs Questionnaire; CPNO) โดยแบบข้อคำถามออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ 2) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 3) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 4) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ด้านการดูแลและช่วยเหลือ 5) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ด้านที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ มีการหาความเที่ยงตรงภายในด้วยวิธีครอนบาคแอลฟา ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.87 - 0.97

3.4.3 แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (The Supportive Care Needs Survey - Short Form 34; SCNS-SF 34) ของ Boyes, Girgis & Lecatelinais (2009) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก SCNS-LF 59 เพื่อลดจำนวนข้อคำถาม ลดความยากลำบากในการตอบคำถามและสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้จริง โดยไม่ทำให้เสียคุณสมบัติของแบบสอบถามฉบับดั้งเดิม และยังคงมีองค์ประกอบ 5 ด้านเช่นเดิม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีการตรวจสอบความสอดคล้อง ความตรง ความเที่ยง และความไวของเครื่องมือ พบว่า มีความตรงภายในสูง และหาความเที่ยงตรงภายในด้วยวิธีครอนบาคแอลฟา อยู่ในช่วง 0.8 - 0.96 แบบสอบถามนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1- 5 (ไม่ต้องการ - ต้องการมาก) การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนสำหรับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบ่งช่วงเป็น 4 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตราภาคขั้นโดยนำคะแนนต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.4.4 แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (The Needs Assessment for Advanced Cancer Patients; NA-ACP) ของ Rainbird, Perkins & Sanson-Fisher (2005) เป็นแบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ และแบ่งความต้องการของผู้ป่วยออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร/ข้อมูลการรักษา ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน ด้านอาการ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 132 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และนำไปหาค่าความเที่ยง โดยวิธีครอนบาคแอลฟา ได้ค่าในแต่ละรายด้านตามลำดับ ดังนี้ 0.98 0.97 0.88 0.91 0.79 0.91 และ 0.91

3.4.5 แบบประเมินความต้องการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ ปชานัญญ์ นันไทยทวีกุล และคณะ (2564) ที่พัฒนาและดัดแปลงมาจาก แบบประเมินสนับสนุนความต้องการการดูแล Supportive care needs survey (SCNS-SF34) in adult cancer patients ของ

Boyes et al. (2009) ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านระบบภาวะสุขภาพและการให้ข้อมูล 3) ด้านการดูแลและสนับสนุน 4) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และ 5) ด้านความต้องการทางเพศ จากต้นฉบับ 34 ข้อเหลือ 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่สำคัญหรือไม่ต้องการ ถึง สำคัญหรือต้องการมากที่สุด การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับจากหาช่วงความกว้างอัตราภาคชั้น (class interval) คะแนนระหว่าง 28-140 คะแนน ช่วงคะแนน 28 - 64 หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับน้อย ช่วงคะแนน 65 - 102 หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 103 - 140 หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับมาก ค่าสัมประสิทธิ์คอนบาร์คัลฟา .86-.91

3.4.6 แบบสอบถามความต้องการตามการรับรู้ของวัยรุ่นโรคมะเร็งของกุลธิดา เกตุแก้ว และคณะ (2557) โดยแบบสอบถามชุดนี้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของสาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์ (2546) และได้เพิ่มเติมส่วนของความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 5 ข้อ รวมแบบสอบถามมี 61 ข้อ และปรับข้อคำถามด้านต่างๆแบ่งการประเมินเป็น 6 ด้าน ให้สอดคล้องกับแนวคิด ของ Fitch (1994) ได้แก่ 1) ความต้องการด้านร่างกาย (Physical needs) 2) ความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional needs) 3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information needs) 4) ความต้องการด้านจิตสังคม (Psychosocial needs) 5) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) และ 6) ความต้องการด้านดำเนินชีวิต (Practical needs) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (Likert scale) คือ 0 เท่ากับ ไม่ต้องการ จนถึง 3 เท่ากับมีความต้องการมาก การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับจากหาช่วงความกว้างอัตราภาคชั้น (class interval) คะแนนระหว่าง 0 - 183 คะแนน ช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 61 คะแนน หมายถึงวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความต้องการระดับน้อย ช่วงคะแนนระหว่าง 62 -122 คะแนน หมายถึงวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความต้องการระดับปานกลาง และช่วงคะแนน ระหว่าง 123 - 183 คะแนน หมายถึงวัยรุ่นโรคมะเร็งมี ความต้องการระดับมาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89

3.4.7 แบบสอบถาม The longer-term unmet supportive care needs (LUNs) questions จำนวน 22 ข้อ ลักษณะการตอบจะมี 2 คำตอบ คือ เห็นด้วย กับ ไม่เห็นด้วย หลังจากนั้นจะคำนวณหาค่าเฉลี่ยของตัวแปร กับค่าเฉลี่ยของประชากร การแปลผล คือ หากผู้ป่วยรายงานถึงความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากร จะถือว่ามีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยรายงานความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จะถือว่าไม่มีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ค่า kappa = 0.45-0.67

สรุป ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากไม่ได้มีเครื่องมือที่สร้างมาเฉพาะเจาะจงกับการประเมินความต้องการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมแนวคิดทั้ง 7 ด้านโดยตรง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามความต้องการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ ของประชาชน ๓ ล้านคน (2564) มาดัดแปลงให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีการพัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับคนไทยและเน้นการประเมินความต้องการซ่อนเร้นของผู้ป่วย (Unmet need) (ของประชาชน ๓ ล้านคน (2564) และข้อคำถามมีจำนวนไม่มากซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ไม่มีความเหนื่อยล้าที่อาจเกิดจากการตอบคำถามมากเกินไป และเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมากซึ่งมีต้นฉบับจาก Bonevski et al. (2000) ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Fitch (1994) ทั้ง 7 ด้าน และได้ยืมองค์ประกอบบางด้านรวมกัน ดังนั้นความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจาก 7 ด้าน จึงเหลือเพียง 5 ด้าน ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ด้านจิตใจ (รวมด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ) 2) ด้านระบบภาวะสุขภาพและการให้ข้อมูล (ด้านข้อมูลข่าวสาร) 3) ด้านการดูแลและสนับสนุน (ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติ) 4) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (ด้านร่างกาย) และ 5) ด้านความต้องการทางเพศ (ด้านร่างกายและข้อมูลข่าวสาร) ซึ่งยังคงครอบคลุมทุกองค์ประกอบ (Bonevski et al., 2000 อ้างใน ชูติมา ฉันทมิตรโสภาส และคณะ, 2565)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีปัจจัย ดังนี้

4.1 เพศ

4.1.1 ความหมายของเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ให้ความหมายของ เพศ ไว้ดังนี้ เพศ หมายถึง เป็นรูปที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554)

เพศ หมายถึง โครงสร้างทางกายวิภาค หรือสรีรวิทยาที่แสดงออกให้เห็นว่าเป็นเพศหญิง เพศชาย (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2554)

สรุปในการศึกษารั้งนี้ เพศ หมายถึง โครงสร้างทางกายวิภาค หรือสรีรวิทยาที่แสดงออกให้เห็นว่าเป็นเพศหญิง หรือเพศชายของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4.1.2 การประเมินเพศ

ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นการทำเครื่องหมายถูกหน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ ซึ่งแบ่งเป็นเพศหญิง และเพศชาย

4.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาของ Zawawi et al. (2020) พบว่าเพศหญิงมีความต้องการมากกว่าเพศชาย เพราะเพศชายมีสภาพร่างกายแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีกว่าเพศหญิง (Kving & Kirkevold, 2002) ส่งผลให้สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าเพศหญิง (ภิญญา ต้อยตา และคณะ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ullberg et al. (2016) ที่พบว่า เพศหญิงมีความต้องการการสนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าเพศชาย (OR=1.14; 95% CI: 1.07–1.20, $p < 0.0001$)

4.2 อายุ

4.2.1 ความหมายของอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ให้ความหมายของ อายุ ไว้ดังนี้
อายุ หมายถึง เวลาที่ดำรงอยู่ เวลาชั่วชีวิต หรือ ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิด หรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554)

อายุ หมายถึง ช่วงเวลาระหว่าง วัน เดือน ปีเกิดกับวันที่สำรวจ โดยแสดงเป็นปีเต็ม (United Nations, 2017)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีหน่วยเป็นปีเต็ม

4.2.2 การประเมินอายุ

ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นการเติมคำลงในช่องว่าง ซึ่งนับเป็นจำนวนปีเต็ม

4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาของ Li et al. (2017) พบว่า ความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุ โดยผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 65 ปีมีความต้องการการดูแลสนับสนุนที่สูงกว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ($r = -0.255$, $p < 0.01$) หมายถึง ยิ่งผู้ป่วยอายุน้อยยิ่งมีความต้องการการดูแลสนับสนุนมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kersten et al. (2002) ที่พบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มที่อายุน้อยกว่ามีความต้องการการสนับสนุนที่มากกว่าในกลุ่มสูงอายุ ทั้งในเรื่องของการเติมเต็มองค์ความรู้ ต้องการวันหยุด และการสนับสนุนจากครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Olaiya et al. (2017) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการที่น้อยลง ได้แก่ ความสูงอายุ/อายุที่เพิ่มมากขึ้น (IRR= 0.62; 95% CI 0.50–0.77, $p < 0.05$) เพราะผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยยังต้องเผชิญกับปัญหาการจ้างงานและครอบครัว (Anderson, 1992) แต่เป็นกลุ่มที่ “ถูกมองข้าม” เนื่องจากส่วนใหญ่มักถูกพิจารณาว่าเป็นโรคของผู้สูงอายุ (Low et al., 2003) ซึ่งถือเป็นวัยทำงานและยังมีความต้องการสนับสนุนอีกมาก จากการศึกษาของ O'Hana S Nobleza (2021) พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยหรือวัยผู้ใหญ่มีความต้องการการสนับสนุนใน

หลากหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การกลืน ความเจ็บปวด และความเป็นอยู่ที่ดี ด้านอารมณ์ต้องการให้ช่วยเหลือ การจัดการอารมณ์ที่แปรปรวน ความโกรธ และความวิตกกังวล ด้านข้อมูล ต้องการการสนับสนุนการบริการข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและสาเหตุ ด้านชีวิตประจำวัน ต้องการการสนับสนุนช่วยเรื่องงานบ้าน งานในชุมชน การงานจ้าง ด้านความสัมพันธ์ ต้องการการช่วยเหลือการช่วยลดความตึงเครียดกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และสุขภาพทางเพศ ด้านสังคม ต้องการการช่วยเหลือในเรื่องการขาดความเข้าใจจากครอบครัวและเพื่อน และส่งเสริมการทำกิจกรรม

4.3 ภาวะโรคร่วม

4.3.1 ความหมายของภาวะโรคร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ให้ความหมายของภาวะโรคร่วมไว้ดังนี้ ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมและเป็นโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต (Charlson et al., 1987)

ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นโรคร่วมด้วย (ไม่ใช่โรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย (Uriyaprasit & Moore, 2005)

ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคที่เป็นลักษณะเด่นของโรคหลอดเลือดสมองที่ทั้งเพิ่มอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองและทำให้ผลแย่ลง (Cipolla, Liebeskind & Chan, 2018)

ภาวะโรคร่วม หมายถึง การเกิดร่วมกันของโรคเรื้อรังตั้งแต่สองโรคขึ้นไปในคนคนเดียว (Gallacher et al., 2019)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะโรคร่วม หมายถึง จำนวนโรคร่วมอื่นๆ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอยู่และไม่ใช่โรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะหรือหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่มีผลกระทบภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4.3.2 การประเมินภาวะโรคร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินภาวะโรคร่วม พบว่า การศึกษาที่ผ่านมามีการใช้แบบประเมินภาวะโรคร่วมต่างๆ ดังนี้

1) การใช้แบบประเมิน Elixhauser Comorbidity Measure (EMC) (Elixhauser, Steiner, Harris & Coffey, 1998) ประกอบด้วยโรคร่วม 30 โรค โดยแต่ละโรคมักมีการให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลของฝ่ายบริหารในการทำนายค่ารักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต

2) แบบประเมินภาวะโรคร่วม Charlson Criteria Checklist พัฒนาโดย Charlson et al. (1987) ที่แปลภาษาไทยโดยเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ (2549) เป็นแบบประเมินภาวะโรคร่วม

ที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย สามารถประเมินได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วย หรือเวชระเบียน ประกอบด้วย 21 โรคร่วม ซึ่งแต่ละโรคมียุทธศาสตร์ตั้งแต่ 1, 2, 3 หรือ 6 คะแนน หากผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมจะให้คะแนนเท่ากับ 0 ซึ่งคะแนนรวมจากแบบประเมินมีค่าต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 39 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม 1-2 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมน้อย 3-4 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมปานกลาง และ มากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคร่วมมาก โดยเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) พบว่า แอลฟา คอนบาร์ค เท่ากับ .96 (ทีปัทสน์ ชินตาปัญญากุล, 2560)

ในครั้งนี้นำผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินโรคร่วม Charlson Criteria Checklist พัฒนา โดย Charlson et al. (1987) ฉบับแปลภาษาไทยของ เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ (2549) เนื่องจาก เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและถูกใช้กันอย่างแพร่หลาย และสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค อีกทั้งข้อคำถามมีความชัดเจน จำนวนข้อมีความเหมาะสม และมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ซึ่ง มีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วมกับความต้องการการดูแลแบบ สนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคความดันโลหิตสูง ร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากกว่าผู้รอดชีวิตที่ไม่เป็นโรคความดัน โลหิตสูง 4.59 เท่า (Adjusted OR= 4.59; 95%CI 2.61-8.07, $p < 0.0001$) และผู้รอดชีวิตจากโรค หลอดเลือดสมองที่มีโรคหัวใจร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากกว่า ผู้ที่ไม่เป็นโรคหัวใจ 1.94 เท่า (Adjusted OR=1.94; 95%CI 1.19-3.82) (Adjusted OR =1.94; 95% CI: 1.19-3.82, $p = 0.04$) (Tamrat et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ullberg et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะและโรคเบาหวานเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการ พึ่งพิงสมรรถภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะและโรคเบาหวาน 1.19 เท่า (OR=1.19; CI: 1.12-1.27, $p < 0.0001$) และ 1.24 เท่า (OR=1.24; CI: 1.15-1.32, $p < 0.0001$) ตามลำดับ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะโรคร่วมหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะฟื้นตัวได้ช้ากว่าและการทำหน้าที่ ทางด้านร่างกายต่ำกว่า (Appelros et al., 2021; Simić-Panić et al., 2018) และยิ่งไปกว่านั้น โรค ร่วมยังสัมพันธ์กับความเสื่อมของสภาวะการทำหน้าที่เมื่อเวลาผ่านไป รวมถึงส่งผลให้เกิดความ ยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอีกด้วย (Tomasević-Todorović et al., 2016; กณฐิธา ตัญญา และคณะ, 2560) จึงทำให้ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพิ่มมากขึ้น

4.4 ระดับความพิการ

4.4.1 ความหมายของระดับความพิการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ให้ความหมายของระดับความพิการไว้ดังนี้

ระดับความพิการ หมายถึง ข้อจำกัด หรือการขาดใดๆ (ซึ่งเป็นผลมาจากการจาก สูญเสียหน้าที่) ของความสามารถในการทำกิจกรรมในลักษณะปกติสำหรับมนุษย์ (World Health Organization, 1980)

ระดับความพิการ หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและ กิจกรรมต่างๆ (Bonita & Beaglehole, 1988)

ระดับความพิการ หมายถึง ความทุพพลภาพมักหมายถึงความยากลำบากในการ ปฏิบัติงานหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ตัวอย่างเช่น ความพิการจาก การบาดเจ็บที่หลังอาจหมายความว่าบุคคลนั้นไม่สามารถแต่งตัวหรืออาบน้ำได้อีกต่อไปหากไม่มีความ ช่วยเหลือ (Parks et al., 2013)

ระดับความพิการ หมายถึง สภาวะใดๆ ของร่างกายหรือจิตใจ ที่ทำให้บุคคลที่มี ภาวะดังกล่าวทำกิจกรรมบางอย่างได้ยากขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัวลดลง (CDC, 2020)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ระดับความพิการ หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการ ทำกิจกรรมประจำวันและกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4.4.2 การประเมินระดับความพิการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินระดับความพิการพบว่า การศึกษา ที่ผ่านมามีการใช้แบบประเมินระดับความพิการต่างๆ ดังนี้

1) แบบประเมินวัดระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) มีคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 6 ของ Rankin (1957) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวม Overall kappa เท่ากับ 0.46 และ weighted kappa เท่ากับ 0.90 (Quinn et al., 2009) ฉบับที่แปลภาษาไทยโดย สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ในเรื่องเกณฑ์ ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (ฉบับจัดทำ กันยายน 2556, ปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2558) การแปลผล : คะแนนน้อยกว่า 3 คาดว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการ ประกอบชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และยิ่งคะแนนสูงแปลว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด สมองยังมีระดับความพิการมาก

2) Functional Independence Measure (FIM) พัฒนาเพื่อประเมินความพิการ ผู้ป่วยในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา โดย McDowell & Newell (1996) ใช้ประเมินความพิการ ด้านร่างกายในผู้ป่วย stroke, traumatic brain injury, spinal cord injury, multiple sclerosis ลักษณะคำถามมีการแบ่ง 2 โดเมนหลัก คือด้าน motor 13 ข้อ ด้าน cognitive 5 ข้อ รวมทั้งหมด 18 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 18-126 คะแนน จากเกณฑ์การประเมิน มี 7 ระดับ โดย 1 คือ ระดับที่ ผู้ป่วยต้องอาศัยการช่วยเหลือทั้งหมดไปจนถึง 7 คือ คะแนนสำหรับระดับความสามารถแบบที่ผู้ป่วย

ทำได้เองทั้งหมด (independent - complete) ข้อจำกัด คือ ต้องได้รับการอบรมก่อนนำไปใช้ และเหมาะสมประเมินในผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยในเท่านั้น

3) Barthel Index (BI) ของ Marhoney & Barthel (1965) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน 10 หัวข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การหวีผม การแต่งตัว การขับถ่ายอุจจาระ การปัสสาวะ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัว การเดิน และการใช้บันได โดยประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือไม่ด้วยวิธีการใดๆ ก็ได้ และในบางหัวข้อมีการประเมินเพิ่มเติมว่ากิจกรรมที่ทำได้นั้น ต้องมีผู้ช่วยเหลือหรือไม่ มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน ที่แสดงถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ มีการใช้แบบประเมินนี้อย่างแพร่หลาย มีความเที่ยงสูง (inter-rater reliability; $K = 0.42-1.00$, intra-rater; $K = 0.47-1.00$)

4) Fugl-Meyer Assessment of Sensorimotor Recovery After Stroke (FMA) เป็นแบบประเมินความสามารถในการควบคุมเคลื่อนไหวของผู้ป่วย สร้างขึ้นโดย Fugl-Meyer et al. (1975) จากแนวความคิดในการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Brunnstorm ใช้ในการประเมิน motor ส่วนรยางค์แขนและรยางค์ขา ยังมีการประเมินการทรงตัวในท่านั่งและทำยืน ช่วงการเคลื่อนไหวข้อต่อ มีจำนวน 155 ข้อประเมิน คะแนนเต็ม 226 คะแนน ให้คะแนนเชิงเรียงอันดับจาก 0-2 คะแนน โดย 0 คือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย 1 คือสามารถทำการเคลื่อนไหวได้บ้างแต่ไม่สมบูรณ์ และ 2 คือสามารถทำการเคลื่อนไหวได้ตามปกติ และเกณฑ์การประเมินการรับรู้ความรู้สึก คะแนน 0 คือไม่รู้สึกละเลย 1 คือ มีความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึก และ 2 คือ รับความรู้สึกได้ตามปกติ ข้อจำกัดของเครื่องมือ คือ การประเมินใช้เวลานาน มีการประเมินส่วนแขนมากกว่าส่วนขา และไม่สามารถประเมินผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวได้ดี

ในครั้งนี้นำวิจัยเลือกใช้แบบประเมินแบบประเมินวัดระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) ของ Rankin (1957) ฉบับที่แปลภาษาไทยโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ในเรื่องเกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (ฉบับจัดทำ กันยายน 2556, ปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2558) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและถูกใช้กันอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งข้อคำถามมีความชัดเจน จำนวนข้อมีความเหมาะสม และมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ซึ่งมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับความพิการตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปหรือ (mRS ช่วง 3-5 คะแนน) มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนประมาณ 26.4 เท่าของผู้ไม่พิการหรือพิการน้อย (Adjusted OR = 26.4; 95% CI: 8.61-

80.92, $p < 0.0001$) (Tamrat et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lehnerer et al. (2019) พบว่าระดับความพิการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความต้องการการดูแลสนับสนุนทางจิตสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ McKevitt et al. (2011) ที่พบว่า ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในระดับที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีความพิการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Andrew et al. (2014) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน คือผู้ที่มีระดับความพิการที่มากขึ้น (IRR= 1.51; 95% CI: 1.33-1.71, $p < 0.001$) เนื่องจากความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วย เพราะไม่เพียงแต่ทำให้พิการทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังขัดขวางชีวิตทางสังคมของผู้ป่วยอย่างมากอีกด้วย (Sreedharan et al., 2013) รวมถึงส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) (Tiwari, Joshi, Rai & Satpathy, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Olaiya et al. (2017) ที่พบว่า หากผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับความต้องการที่น้อยลง (IRR=0.33; 95% CI 0.17–0.67; $p < 0.05$)

4.5 ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

4.5.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลไว้ดังนี้

4.5.1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจมืดมนเมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้น จะเกิดความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง ต่ออนาคต และต่อโลก ซึ่งจะเกิดจากพื้นฐานความเชื่อแบ่งได้เป็น ความรู้สึกขาดความช่วยเหลือ รู้สึกขาดคุณสมบัติ และรู้สึกหมดหวัง ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ดังเช่น อยากหลีกเลี่ยง รู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เกิดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความต้องการพึ่งพิงและอยากจะทำร้ายตนเอง เป็นต้น (Beck, 1967: 31-34)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจเศร้าหมองหดหู่และเศร้าสร้อยซึ่งมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ที่เกิดจากความผิดหวัง ล้มเหลว หรือการสูญเสีย (ดวงใจ กสานติกุล, 1999)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมองหดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนืดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลานาน และ เกี่ยวพันกับการสูญเสีย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2538: 11)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการและความรู้สึกเศร้าหมอง น้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า บางคนมีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้

อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปและ มีผลต่อการดำรงชีวิต (ทวี ตั้งเสรี และคณะ , 2546: 47)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการที่มีการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจซึ่งมีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ เศร้าซึม สิ้นหวัง ไร้ค่า นอนไม่หลับ (WHO, 2012)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เกิดการเสียสมดุลทางด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ หม่นหมอง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง และอาจส่งผลถึงด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด เป็นต้น ภาวะซึมเศร้านี้อาจส่งผลเสียต่อการดำรงชีวิต อาจนำไปสู่การมีความคิดอยากตาย และการฆ่าตัวตายในที่สุด (ตฤไลา จำปาวัลย์, 2560)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ และความรู้สึกเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ท้อแท้ มีปัญหาเรื่องความจำและขาดสมาธิ มีปัญหาเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมีความคิดฆ่าตัวตาย (บุญขริกา มณีโชติ, 2561)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดหลังโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุ และไม่มีสาเหตุอื่นที่อธิบายอาการได้ดีกว่า (ดารุจอนนิวรรตพงษ์, 2561)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีจิตใจที่ความเศร้าหมอง หดหู่ เป็นผลมาจากบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการสูญเสีย ส่งผลกระทบให้ความสามารถในด้านต่างๆ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลลดลง

4.5.1.2 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล หมายถึง ความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง หรือมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพ ในการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้น ให้บุคคลมีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ความวิตกกังวลที่น้อยเกินหรือมากเกินไปจะทำให้ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง (Spielberger, 1966: 11)

ความวิตกกังวล หมายถึง สิ่งที่ควบคู่กับความเครียด ที่ถูกคุกคามเป็นความกลัว ที่เป็นเหตุการณ์เกิดขึ้นในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้ชัดเจน และเป็นผลจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ (Lader and Marks, 1971: 112)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น บุคคลจะมีอาการกระสับกระส่าย ตึงเครียดต่อสิ่งๆนั้น (Zigmond & Snaith, 1983)

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่ไม่สบายใจ อึดอัด หรือหวาดกลัวอันตราย ซึ่งคิดว่าอาจจะเกิดขึ้น และเป็นความรู้สึกที่ไม่ได้สัดส่วนกับอันตรายที่ตนกลัว (สุวิทนา อารีพรรค, 2524: 302)

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่มนุษย์ทุกคนคุ้นเคย และประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน ความจริงแล้วความวิตกกังวลจัดว่าเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์เริ่มเกิดขึ้น ได้ตั้งแต่แรกคลอดและเกิดต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต เป็นอารมณ์ที่สลับซับซ้อนที่บุคคลตอบสนองต่อ สิ่งกระตุ้น หรือสิ่งที่คุกคามตามการรับรู้แล้วแปรผลตามทัศนะของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ซึ่งจะมีผลต่อบุคคลทั้งในด้านการ รับรู้การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลมีผล ต่อบุคคลทั้ง ทางด้านร่างกาย ความคิดและจิตใจ (บังอร เครียดชัยภูมิ, 2533: 8-9)

ความวิตกกังวล หมายถึง สัญญาณอันตรายของจิตใจที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประสบภาวะคับขันหรือ ภาวะอันตรายเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกว่าจะมีสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายเกิดขึ้นโดยบอกสาเหตุไม่ได้ ซึ่งอาจมีความรู้สึกกลัวรวมอยู่ด้วย (เจริญ สมวงษ์ศิริ, 2533: 1)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายที่สัมพันธ์กับความสงสัย และความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ โดยจะมีอาการทางกายเกิดขึ้นเช่น กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิอ่อนเพลีย มีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป เช่น มือสั่น ใจสั่น หายใจไม่สะดวก มึนงง เหงื่อออก (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

ความวิตกกังวล หมายถึง การตอบสนองทางร่างกายและจิตใจหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว กังวล หรือไม่สบายใจอย่างต่อเนื่อง เป็นความกังวลใจที่มากกว่าความกังวลใจทั่วไปและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดทำกิจกรรมต่างๆที่เคยปฏิบัติ และต้องใช้การรักษาที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น (Denslow, 2020)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นหลังโรคหลอดเลือด ซึ่งมักมีอาการกระสับกระส่าย หรือรู้สึกหวาดหวั่นไม่ปลอดภัย อ่อนเพลียง่ายไม่มีสมาธิหรือ ใจลอยหงุดหงิด ปวดกล้ามเนื้อและมีความผิดปกติของการนอนหลับ (รวินันท์ จงประเสริฐพร และศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล, 2566)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ความวิตกกังวล หมายถึง เป็นการถูกคุกคามทางอารมณ์ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำให้เกิดความไม่สบายใจ หวาดกลัว ตึงเครียด และส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ของผู้ป่วยลดลง

4.5.2 องค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

องค์ประกอบของภาวะซึมเศร้า

ตามแนวคิดของ Beck (1997) ให้องค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ (Emotional) บุคคลมีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง ความพึงพอใจใน ตนเองลดลง สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ ปฏิกริยาตอบสนองต่อความร่ำเริงต่างๆ ลดลง

2) ด้านปัญญา (Cognitive) บุคคลมีการประเมินตนเองต่ำ เช่น คิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย มีความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตในทางลบ รู้สึกสิ้นหวัง มีการตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิและลงโทษ ขาดความมั่นใจในตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ มีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มองภาพลักษณ์ตนเองบิดเบือนไป

3) ด้านแรงจูงใจ (Motivation) เมื่อบุคคลเริ่มมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นนั้น บุคคลจะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชิงซ้ำ ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิต บุคคลรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ไม่เข้าใจและไม่สามารถจัดการได้จึงทำให้เกิดความกังวลใจมากขึ้น เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเองในการกระทำต่างๆ แต่ก็ทำไม่ได้ ประกอบกับความจำ และสมาธิลดลง มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูงจึงทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆต่อไป ส่งผลให้รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมทำให้เกิดความคิดอยากตายได้

4) ด้านร่างกาย (Physical) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีอาการเหล่านี้ คือ อยากรทานอาหารลดลง น้ำหนักลด หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้นน้ำหนักเพิ่ม นอนหลับยาก แบบแผนการนอนผิดปกติ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เพราะเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย เนื่องจากผู้มีอาการซึมเศร้านักมีอาการทางกายร่วม ด้วยและซึ่งจะเกิดกับอวัยวะทุกระบบ อาการที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ และ เจ็บหน้าอก เป็นต้น บางคนรู้สึกว่าน้ำหนักลดลง ผู้ป่วยจะบ่นว่าเปลี้ยมากจนไม่อยากจะเคลื่อนไหว

ตามแนวคิดของ จีรวรรณ จบสุบิน (2551) ให้องค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1) Affect or State เป็นอารมณ์ที่ทุกคนรู้สึกได้แต่ไม่คงนานไม่รุนแรงและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2) Mood or Trait เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ คงนาน และระดับความรุนแรงเกินปกติไปบ้าง เกิดจากปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment mood) โรคทางกาย และ โรคทางจิตต่าง ๆ

3) Primary affect disorder เป็นโรคทางจิตโดยตรง มีอารมณ์ผิดปกติคงนาน (Mood disorder) โดยมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศน้อยลง ขาดความมั่นใจ รู้สึกมีปมด้อย ขาดสมาธิ ใจลอย หลงผิดประสาทหลอน หรือเชื่องซึม

องค์ประกอบของความวิตกกังวล

ตามแนวคิดของ Freud (1970, อ้างใน นัยนา บุพวงษ์, 2538) ให้องค์ประกอบของความวิตกกังวลไว้ ดังนี้

1) ความวิตกกังวลตามความจริง (Reality Anxiety) คือความวิตกกังวลต่อความเป็นจริง หรือความวิตกกังวลที่มีอันตรายอันแท้จริงในโลกภายนอก เป็นความวิตกกังวลขั้นพื้นฐาน

2) ความวิตกกังวลแบบโรคประสาท (Neurotic Anxiety) เป็นความกลัวต่อความรู้สึกผิดชอบ (Conscience) คือความกลัวว่าความคิดหรือการกระทำบางอย่าง จะขัดกับหลักศีลธรรมที่บุคคลได้รับการอบรมสั่งสอนมาแต่วัยเด็ก ความวิตกกังวลแบบนี้มีรากฐานมาจากความเป็นจริง ทั้งนี้เพราะเด็กเคยถูกพ่อแม่หรือผู้มีอำนาจลงโทษ ซึ่งเด็กทำไปตามแรงกระตุ้น

3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับหลักศีลธรรม (Moral Anxiety) เป็นความกลัวต่อความรู้สึกผิดชอบ (Conscience) คือความกลัวว่าความคิดหรือการกระทำบางอย่างจะขัดกับหลักศีลธรรมที่บุคคลได้รับการอบรมสั่งสอนมาแต่วัยเด็ก ความวิตกกังวลแบบนี้มีรากฐานมาจากความเป็นจริงด้วยเหมือนกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลเคยถูกลงโทษเนื่องจากฝ่าฝืนศีลธรรม ดังนั้น จึงเกิดความกลัวว่าจะถูกลงโทษอีกถ้าสิ่งที่ทำหรือคิดนั้นฝ่าฝืนกฎเกณฑ์หรือหลักศีลธรรม

ตามแนวคิดของ Spielberg et al. (1970) ให้องค์ประกอบของความวิตกกังวลไว้ ดังนี้

1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (หรือความวิตกกังวลตามสถานการณ์) (State Anxiety) คือความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ คือความไม่สุขสบายหวั่นวิตกกังวล กระวนกระวาย มีการแสดงออกชัดเจนระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติไปจากเดิม ความรุนแรง และระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

2) ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะคงที่ประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต และความคิดความต้องการหรือความรู้สึกในปัจจุบัน

4.5.3 การประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล พบว่า การศึกษาที่ผ่านมามีการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลต่างๆ ดังนี้

1) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond & Snaith (1983) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ด้าน คือ ด้านความวิตกกังวล 7 ข้อ ด้านภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ ข้อคำถามจะถามเกี่ยวกับความรู้สึกในสัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ (คะแนน 0 - 3) หากค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่าเท่ากับ 0.70 - 0.74

2) แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) เป็นเครื่องมือที่แปลจาก Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond & Snaith (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 14 ข้อแบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือเป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน นำไปทดสอบหาความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 85.71 และ 91.3 ตามลำดับ ส่วนค่าความเชื่อถือได้ พบว่าค่าความสอดคล้องภายในของทั้ง 2 subscale มีค่าครอนบาชแอลฟา เท่ากับ 0.85

3) แบบประเมิน the irritability Depression and Anxiety scale พัฒนาโดย Snaith, Constantopoulos, Jardine and McGuffin (1978) เป็นแบบประเมินความหงุดหงิด อาการซึมเศร้า และระดับความวิตกกังวล จำนวน 18 ข้อ ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราวัดแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) 4 ลำดับ สามารถใช้ในผู้ป่วยในและนอกทุกกลุ่มอายุ ใช้เวลาประเมินประมาณ 5-10 นาที มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คือตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการมากที่สุด ซึ่งข้อคำถามเกี่ยวกับ Depression คือข้อที่ 1,3,5,9,12 Anxiety คือข้อที่ 2,7,10,14,17 และ irritability คือข้อที่ 4,6,8,11,13,15,16,18 มีค่าครอนบาชแอลฟา เท่ากับ .89

4) แบบประเมิน Stroke Aphasic Depression Questionnaire Hospital version (SADQ-H) พัฒนาโดย Lincoln, Sutcliffe, and Unsworth (2000) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการพูดร่วมด้วย มีทั้งหมด 21 ข้อคำถาม ให้คะแนนโดยผู้ดูแลโดยแต่ละข้อให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 ใช้เวลาประเมิน 5 นาที

5) แบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 [STAI form Y-1]) ของ Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacob (1983) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ธาตรี นนทศักดิ์ และจิ้น แบรี (2535) โดยนำมาเฉพาะความวิตกกังวลแบบติดตัว (Trait subscale) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นข้อคำถามในทางบวก 11 ข้อและทางลบ 9 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าคะแนนสูงสุด 80 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน แบ่งระดับความวิตกกังวล ดังนี้ ช่วงคะแนน 20 - 40 คะแนน แสดงว่า ไม่มีวิตกกังวลระดับเล็กน้อย ช่วงคะแนน 41 - 60 คะแนน แสดง

ว่า มีความวิตกกังวลบ้าง ช่วงคะแนน 61 - 70 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก และช่วงคะแนน 71 - 80 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลมากที่สุด มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดีได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.86 ถึง 0.92 และจากการทำ Test-Retest เพื่อตรวจสอบ Reliability ได้ค่า 0.73-0.92

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) ของธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดได้ตรงกับปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเครื่องมือที่มีการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว และถึงแม้จะถูกพัฒนามาจากการประเมินผู้ป่วยใน แต่จากการศึกษาที่ผ่านทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่ามีการประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ มากมาย เช่น ในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยนอกอย่างแพร่หลายและมีการตรวจสอบความเที่ยงความตรงในการใช้เครื่องมือซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และจึงอาจสรุปได้ว่าในปัจจุบันเครื่องมือ HADS สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผู้ป่วยนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจำนวนข้อคำถามที่ไม่มากเกินไปอีกด้วย

4.5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาของ Olaiya et al. (2017) พบว่า หากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้น (IRR= 1.61; 95% CI 1.23–2.10; $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ van de Port et al. (2007) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความต้องการที่ไม่ได้รับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าคือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 5.28 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (OR=5.28; 95% CI: 1.42–19.53, $p = 0.013$) สอดคล้องกับการศึกษาของ op Reimer et al. (1999) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทางอารมณ์ จะมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจประมาณ 3.8 เท่าของผู้ไม่มีความทุกข์ทางอารมณ์ (OR=3.8; $p \leq 0.01$) และการศึกษาของ Heiberg et al. (2021) ที่พบว่า ความวิตกกังวลที่มากขึ้นสัมพันธ์กับความต้องการการบำบัดฟื้นฟูทั้งหมดที่เสนอโดยนักกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัดประมาณ 0.36 เท่าของผู้ที่มีความวิตกกังวล (OR=0.36; $p < 0.05$) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันที่พยาบาล หรือผู้ช่วยด้านสุขภาพจัดให้ประมาณ 0.31 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (OR=0.31; $p < 0.05$) เนื่องจากผู้ที่มีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้ามีผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายลดลง (Jones et al., 2012; Barker-Collo, 2007; Hadidi et al., 2009; Farnier et al., 2010; Wulsin et al., 2012; Haghgoo et al., 2013; De Ryck et al., 2014; Schmid et al., 2012) และสอดคล้องกับการศึกษา

ของ ดารุจ อนิวรรณพงศ์ (2561) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลกระทบทางประสาทจิตเวชศาสตร์หรือความทุกข์ทางอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดหลังโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการรักษาและการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำงาน ทั้งยังเพิ่มอัตราเสียชีวิตอีกด้วย จึงส่งผลต่อความต้องการการสนับสนุนที่มากขึ้น

4.6 ความเหนื่อยล้า

4.6.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าไว้ดังนี้

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึเหนื่อยง่าย การขาดพลังงานและไม่มีคามพยายามในการทำกิจกรรม ซึ่งจะนำไปสู่การฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ และไม่สามารถแก้ไขได้โดยการพักผ่อน (Staub & Bogouslavsky, 2001)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยทางด้านร่างกายและขาดพลังที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวมีลักษณะที่เป็นพยาธิสภาพ (Pathologic) มีความผิดปกติ (Abnormal) มากเกินปกติเป็นอยู่เรื้อรัง ต่อเนื่อง และเป็นปัญหา (De Groot et al., 2003)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การลดลงหรือสูญเสียความสามารถทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งขาดความพยายาม เนื่องจากความรู้สึกความเหนื่อยล้าที่มากขึ้น นำไปสู่การไม่สามารถคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ทำเป็นประจำหรือทำให้เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรที่ทำอยู่เป็นประจำ (Bogouslavsky, 2003)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง อาการไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ ซึ่งอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นไม่สามารถหายได้ด้วยวิธีปกติอาการเหนื่อยล้าขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความรุนแรง แต่ละบุคคลมีระดับไม่เท่ากัน ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน (Mota & Pimenta, 2006)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกเหมือนขาดพลังงานหรือเรี่ยวแรงและรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือเหน็ดเหนื่อยตลอดเวลา และไม่ได้สัมพันธ์กับการพักผ่อนหรือกิจกรรมต่างๆ (Stroke association, 2012)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ประสบการณ์ทางการรับรู้ อารมณ์ และความรู้ความเข้าใจแบบหลายมิติ โดยมีลักษณะความรู้สึกอ่อนเพลียตั้งแต่เนิ่นๆ ด้วยความอ่อนล้า ขาดพลังงาน และความเกลียดชังต่อความพยายามที่เกิดขึ้นระหว่างกิจกรรมทางร่างกายหรือจิตใจ และมักจะไม่ได้ดีขึ้นเมื่อพักผ่อน เป็นความความเหนื่อยล้าอย่างมากและขาดพลังงานในการทำกิจกรรมประจำวัน ความต้องการงีบหลับพักผ่อนหรือการนอนหลับที่ยาวนานผิดปกติ เหนื่อยง่ายจากกิจวัตรประจำวันมากกว่า

ปกติ เป็นความรู้สึกเหนื่อยล้าที่คาดเดาไม่ได้และไม่มีเหตุผลชัดเจน (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2023)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ความเหนื่อยล้า หมายถึง ประสบการณ์ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองว่ารู้สึกเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้าแสดงออกโดยความรู้สึกอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย และขาดพลังที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทางด้านจิตใจ ความเหนื่อยล้าทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมหรือขาดแรงขับเคลื่อน ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน

4.6.2 ประเภทของความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประเภทของความเหนื่อยล้า ของการศึกษาที่ผ่านมา มีประเภทต่างๆ ดังนี้

1. ความเหนื่อยล้าเฉียบพลันและความเหนื่อยล้าแบบเรื้อรัง (Acute Fatigue and Chronic Fatigue)
 - 1.1 ความเหนื่อยล้าเฉียบพลัน (Acute Fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเกิดในช่วงระยะเวลาสั้นๆ อาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน (Jacob & Piper, 1996)
 - 1.2 ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานมากกว่า 1 เดือน (Jacob & Piper, 1996)
2. ความเหนื่อยล้าหลังออกแรงและความเหนื่อยล้าแบบเรื้อรัง (Exertion Fatigue and Chronic Fatigue)
 - 2.1 ความเหนื่อยล้าหลังออกแรง (Exertion Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่มีสาเหตุมาจากการทำงานอย่างหนักหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากเกินไป
 - 2.2 ความเหนื่อยล้าแบบเรื้อรัง (Chronic Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่มักสัมพันธ์กับความเครียดเป็นระยะเวลานานหรือจากพยาธิสภาพของโรค อาการเหนื่อยล้าประเภทนี้ไม่สัมพันธ์กับการออกแรง
3. ความเหนื่อยล้าปฐมภูมิและความเหนื่อยล้าทุติยภูมิ (Primary Fatigue and Secondary Fatigue)
 - 3.1 ความเหนื่อยล้าปฐมภูมิ (Primary Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเจ็บป่วยหรือโรคปัจจุบัน ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับโรคร่วมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เช่น ภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล (Giacobbe, 2010)

3.2 ความเหนื่อยล้าแบบทุติยภูมิ (Secondary Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากผลของความเจ็บป่วย ซึ่งไม่ใช่ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากโรคปัจจุบัน (Giacobbe, 2010)

4. ความเหนื่อยล้าของระบบประสาทส่วนปลายและความเหนื่อยล้าของระบบประสาทส่วนกลาง (Peripheral Fatigue and Central Fatigue)

4.1 ความเหนื่อยล้าของระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral Fatigue) หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อ เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดจากความล้าเหลวในการคงไว้ซึ่งแรงหรือพลังงานในการหดตัวของกล้ามเนื้อ (Swain, 2000)

4.2 ความเหนื่อยล้าของระบบประสาทส่วนกลาง (Central Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Chaudhuri & Behan, 2004)

5. ความเหนื่อยล้าปกติและความเหนื่อยล้าแบบพยาธิสภาพ (Physiologic Fatigue and Pathologic Fatigue)

5.1 ความเหนื่อยล้าปกติ (Physiological Fatigue or Normal Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าปกติที่เกิดขึ้นกับคนทุกคน ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นทำงานอย่างหนัก หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ (De Groot et al., 2003)

5.2 ความเหนื่อยล้าแบบพยาธิสภาพ (Pathologic Fatigue) เป็นระยะเวลาานาน ซึ่งไม่สัมพันธ์กับการออกแรง ไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด และอาการไม่ลดลงและยังคงอยู่ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะพัก เป็นอยู่ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (De Groot et al., 2003)

อาจสรุปได้ว่าระบบการจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้ามีความหลากหลายมาก สำหรับในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากพิจารณาถึงระยะเวลาแล้วความเหนื่อยล้าหลังโรคหลอดเลือดสมองมักเป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาานาน ไม่สัมพันธ์กับการออกแรง แต่มีสัมพันธ์กับความเครียดเป็นระยะเวลาานานหรือจากพยาธิสภาพจากโรค จะไม่สามารถหายหรือลดลงถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะพัก เรียกความเหนื่อยล้าชนิดนี้ว่า Chronic Fatigue หากพิจารณาจากผลของการเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมักเรียกว่า ความเหนื่อยล้าปฐมภูมิ (Primary Fatigue) แต่หากความเหนื่อยล้าเกิดจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเรียกความเหนื่อยล้าชนิดนี้ว่า ความเหนื่อยล้าแบบทุติยภูมิ (Secondary Fatigue) ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเป็นทั้งความเหนื่อยล้าของระบบประสาทส่วนกลาง (Central Fatigue) และความเหนื่อยล้าของระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral Fatigue) หากพิจารณาพยาธิสภาพ ความเหนื่อยล้าหลังโรคหลอดเลือดสมองแบบพยาธิสภาพ (Pathologic Fatigue) นักวิจัยในต่างประเทศมักใช้เรียกความเหนื่อยล้าชนิดนี้ในผู้ป่วยโรค

ตลอดเล็ดสมอง ดังนั้นการเรียกชนิดของความเหนื่อยล้าจึงขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา อาจแบ่งตามระยะเวลา พยาธิสภาพ หรือผลจากการเจ็บป่วย

4.6.1 การประเมินความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินความเหนื่อยล้าพบว่า การศึกษาที่ผ่านมามีการใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าต่างๆ ดังนี้

1) Fatigue Severity Scale (FSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Krupp, LaRocca, Muir-Nash & Steinberg (1989) เพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า พัฒนาเพื่อใช้กับผู้ป่วย Multiple sclerosis และ Systemic lupus erythematosus (SLE) เป็นเครื่องมือวัดอาการเหนื่อยล้าในมิติเดียวและรายงานด้วยตัวเอง มีลักษณะข้อคำถามเป็น Likert scale 1-7 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ FSS เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพจากการทดสอบ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .88, ค่า test-retest reliability เท่ากับ .84 (Krupp, LaRocca, Muir-Nash, & Steinberg, 1989) และเมื่อนำมาวัดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .94 (Wang et al., 2014) และยังเป็นเครื่องมือที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงเวลาและหลังการรักษา (Elbers et al., 2012) เป็นเครื่องมือที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินอาการเหนื่อยล้าในช่วงปัจจุบัน (Real-Time Digital Fatigue Scores) ($r = 0.55, p < 0.001$) (Heine et al., 2016) และ Fatigue Severity Scale ยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย สะดวก ใช้ระยะเวลาสั้นและเข้าใจง่าย และเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการวัดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Schepers, Visser-Meily, Ketelaar & Lindeman, 2006)

2) Fatigue Impact Scale (FIS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อใช้ในการประเมินอาการเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิต โดย Fisk et al. (1994) เริ่มแรกใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วย Multiple sclerosis ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .98 (Fisk et al., 1994) และถูกนำมาใช้ในการประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ Multiple sclerosis โรคหลอดเลือดสมอง (Parks et al., 2012; Shahid et al., 2010) FIS มีจำนวนข้อคำถาม 40 ข้อคำถาม จาก 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (10 ข้อ) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (10 ข้อ) และด้านจิตสังคม (20 ข้อ) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale 0-4 ดังนี้ 0 คะแนน คือ ไม่มีปัญหา 4 คะแนน คือมีปัญหามากที่สุด มีคะแนนรวมคือ 160 คะแนน เมื่อระดับคะแนนสูงขึ้นแสดงถึงอาการเหนื่อยล้าที่มากขึ้น (Parks et al., 2012)

3) Neurological Fatigue Index for stroke (NFI-Stroke) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก NFI-MS โดย Mills et al. (2012) เพื่อใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเดิมเครื่องมือนี้ถูกพัฒนาเพื่อใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วย multiple sclerosis ประกอบด้วย 23 ข้อคำถาม 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 8 ข้อด้านการรู้คิด 4 ข้อ ด้านการพักผ่อน 6 ข้อ

และด้านการนอนหลับ 5 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินอาการเหนื่อยล้าของตนเองในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือ NFI- Stroke เพื่อใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ได้นำมาปรับข้อความเหลือเพียง 12 ข้อคำถาม ประกอบด้วยด้านร่างกาย การรู้คิด และผลรวมทุกด้าน เพื่อให้สะดวกเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากการตรวจสอบ ลักษณะโครงสร้างของเครื่องมือพบว่า เป็นเครื่องมือที่มีความสอดคล้องในระดับดี ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale 0-4 ดังนี้ 0 คะแนน คือไม่เห็นด้วยที่สุด , 4 คะแนน คือ เห็นด้วยที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน โดยระดับคะแนนสูงขึ้นแสดงถึงอาการเหนื่อยล้าที่มากขึ้น (Mills et al, 2012)

4) Multidimensional Fatigue Inventory เป็นเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าพัฒนา โดย Smets, Garssen, Bonke, and De Haes (1995) ประกอบไปด้วย 20 ข้อคำถาม ซึ่งประเมินใน 5 มิติ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทั่วไป ความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้าด้านจิตใจ การลดลงของแรงจูงใจและการทำกิจกรรมลดลง ลักษณะข้อคำถามแบบ Likert scale 1-5 ระดับคะแนนมาก บ่งชี้ว่ามีความเหนื่อยล้า (Shahid et al, 2010) Multidimensional Fatigue Inventory เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง แต่นำมาใช้วัดความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Christensen et al, 2008) เครื่องมือชนิดนี้ได้รับการทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าเรื้อรัง พบว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงภายในสูง (internal consistency) โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .84 และได้รับการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างเดียวกันแบบรวมเข้า (Convergent validity) กับ Visual Analogue scale for fatigue พบว่ามีความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง ($0.22 < r < 0.78$)

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Fatigue Severity Scale (FSS) ที่พัฒนาขึ้นโดย Krupp et al. (1989) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างกว้างขวางในการวัดความเหนื่อยล้าในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Lerdal & Gay, 2013; Naess & Nyland, 2013; van de Port et al., 2007) เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงสูง และมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงเวลาและหลังการรักษา นอกจากนี้แล้วยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ระยะเวลาสั้นและเข้าใจง่ายจึงเหมาะสำหรับการวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Vera et al., 2006)

4.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษา พบว่า หากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหนื่อยล้าจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้น (Andrew et al., 2014; Dulhanty et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ van de Port et al. (2007) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าประมาณ 3.80 เท่าของผู้ป่วย

ที่ไม่มีความเหนื่อยล้า (OR=3.80; 95% CI: 1.49–9.71, p = 0.005) และการศึกษาของ Andrew et al. (2014) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วย ในด้านสุขภาพ ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการทำงาน ด้านการพักผ่อน ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการเงิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาความเหนื่อยล้า (IRR=1.64; 95% CI: 1.36- 2.0) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dulhanty et al. (2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เพราะความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยปฏิเสธการทำกายภาพบำบัด (Cumming et al., 2011) ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือต่ออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น

4.7 การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

4.7.1 ความหมายของการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยให้ผู้คนฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการทำงาน ช่วยให้พ้นจากความเจ็บป่วย หรือความพิการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดในกิจกรรมชีวิตประจำวัน (World physiotherapy, 2018)

การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด หมายถึง การได้รับการฟื้นฟูทักษะการเคลื่อนไหว ที่สูญเสียไปจากการที่บางส่วนของสมองถูกทำลาย ได้แก่ การควบคุมการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการทำงานประสานสัมพันธ์ของระบบประสาท กล้ามเนื้อ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่ การหดสั้นของกล้ามเนื้อ เอ็นและเนื้อเยื่อรอบข้อต่อและป้องกันอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยมีเป้าหมายคือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปเคลื่อนไหวร่างกายให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (นิภา เทพสิมานนท์ และคณะ, 2561)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการทำงานของร่างกาย หรือความพิการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดในกิจกรรมชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับไปใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด

4.7.2 การประเมินการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ เข้าถึง/ได้รับบริการกายภาพบำบัด และ ขาดการเข้าถึง/ไม่ได้รับบริการกายภาพบำบัด

4.7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษา พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้บริการกายภาพบำบัด มีโอกาสที่จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้บริการกายภาพบำบัด

ประมาณ 2.85 เท่า (Adjusted OR = 2.85; 95% CI: 1.63-4.99, $p < 0.0001$) (Tamrat et al., 2022) ซึ่งปัจจุบันมีระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง ของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบให้บริการการดูแลระยะกลาง แต่ยังมีปัญหาการเชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ส่งผลให้ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียโอกาสที่จะหายจากความพิการ ซึ่งในต่างประเทศพบว่าระยะทางที่ไกลจากบ้านไปยังศูนย์กายภาพบำบัด การเดินทางที่ลำบาก และการบริการที่ยังไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุของการขาดการทำกายภาพบำบัด (Sarfo et al., 2017) และของ นพรดา สุภารัตน์ (2562) พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดภายใน 6 เดือนภายหลังออกจากโรงพยาบาล ยังไม่ครอบคลุมทุกราย และมีผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดล่าช้า สาเหตุเนื่องจากได้รับข้อมูลผู้ป่วยล่าช้า สอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2559) ที่พบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่หลังระยะเฉียบพลันจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาขาดแคลนบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ปัญหาค่าใช้จ่าย จึงทำให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาเบื้องต้นจนพ้นขีดอันตรายมักได้รับการจำหน่ายให้กลับไปอยู่บ้าน และขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพและกลายเป็นผู้ไร้สมรรถภาพในที่สุด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนเพื่อตอบสนองความต้องการมากขึ้น

5. บทบาทการพยาบาล

5.1 บทบาทพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาสามารถแบ่งบทบาทพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง ได้เป็น 4 ระยะ คือ การดูแลระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

5.1.1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562)

1) การประเมินทางระบบประสาท (Neurological assessment) เครื่องมือประเมินทางระบบประสาทที่เหมาะสม ได้แก่ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรง ของโรคหลอดเลือดสมอง (Powers et al., 2018) โดยมีการศึกษายืนยันว่า NIHSS มีความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับสูง (Goldstein et al., 1997; Nilanont et al., 2010)

2) การควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ (Intracranial pressure control) โดยการปรับระดับเตียงให้ผู้ป่วย ศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ดูแลจัดทำให้ศีรษะลำคอ และ

สะโพกไม่พับงอ เพื่อให้การไหลเวียนของเลือด ไปเลี้ยงสมองได้สะดวกและการไหลกลับของเลือดดำ จากสมองดีขึ้น (Woodward & Mestecky, 2011)

3) การจัดการความดันโลหิต (Blood pressure management) ถ้าผู้ป่วย ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA) ควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/105 มม.ปรอท (Powers et al., 2018; Hong, 2017)

4) การจัดการอุณหภูมิกาย (Temperature management) ฝ้าระวังและ บันทึกอุณหภูมิกายผู้ป่วย ทุก 4 ชั่วโมง ใน 72 ชั่วโมงแรก และถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้ (Powers et al., 2018; Middleton et al., 2015; Middleton et al., 2011)

5) การจัดการระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose management) ติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือดอย่าง ใกล้ชิดให้คงอยู่ในระดับปกติ สังเกตอาการและอาการ แสดงของภาวะ hyperglycemia และ hypoglycemia (Powers et al., 2018; Middleton et al., 2011) ไม่ควรต่ำกว่า <60 มก./ดล. (Powers et al., 2018)

6) แนวทางการให้ออกซิเจน (Oxygen therapy) ไม่ให้ออกซิเจนถ้าผู้ป่วย ไม่มีภาวะ hypoxia และดูแลให้ออกซิเจน 2-4 ลิตร/นาที ทาง nasal cannula ถ้าผู้ป่วยมีค่า oxygen saturation ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น (Ali et al., 2007)

7) การจัดทำ (Positioning) จัดทำให้ผู้ป่วย นอนศีรษะราบถ้าเป็นโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือด และแพทย์ประเมินแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน แต่ ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด เลือดออกในเนื้อสมองหรือสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ ที่มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อน หรือมีโอกาสสูงที่สุดสำคัญสูง ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ระวัง ให้ศีรษะลำคอและสะโพกไม่พับงอ เพื่อให้การ ไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวกและการ ไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้นและป้องกันการ เกิดภาวะ IICP (Summers et al., 2009; Middleton et al., 2015; Anderson et al., 2017)

8) การให้สารน้ำ (Hydration) ประเมิน ภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยจากความ ยืดหยุ่นของผิวหนัง เยื่อบุปาก น้ำตา พฤติกรรมกระสับกระส่าย กระหายน้ำ ความดันเลือดและชีพจร รวมถึงการประเมินปริมาณ น้ำปัสสาวะ ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (urine specific gravity) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อย่างเพียงพอเพื่อคงระบบไหลเวียนโลหิตให้ปกติ หลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีส่วนผสม ของน้ำตาล (dextrose solutions) (Powers et al., 2018)

9) การดูแลให้ได้รับอาหาร (Feeding/nutrition) ดูแลให้ได้รับผลิตภัณฑ์ อาหารเสริมในกรณีที่ผู้ป่วย มีภาวะขาดสารอาหารหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะขาด สารอาหารตามการ พิจารณาของแพทย์ และดูแลความสะอาดในช่องปากของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความอยากรับประทาน อาหาร และลดความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ปอด (Powers et al., 2018)

10) การกลืน (Swallowing) ประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย โดยเร็ว (early swallowing assessment) อย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย ภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Middleton et al., 2011)

11) การจัดการเรื่องการขับถ่าย (Bladder and bowel management) ประเมิน การทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ความสามารถในการ ถ่ายปัสสาวะ ความถี่ วัดและบันทึก ปริมาณปัสสาวะที่ คั่งค้างอย่างถูกต้อง โดยใช้ bladder scanner หรือใช้สายสวนปัสสาวะ (Son et al., 2017) ประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย ก่อนเจ็บป่วย และประเมินหน้าที่การ ทำงานของลำไส้อย่างสม่ำเสมอว่ามีอาการท้องผูกหรือกลืนอุจจาระไม่ได้ หรือไม่ ฟังเสียงการ เคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sounds) ประเมินความโป่งตึงของท้อง (Woodward et al., 2011)

12) การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobilization) ถ้าอาการทางระบบ ประสาทและระบบ hemodynamic คงที่แล้ว ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยการลุกนั่ง หรือลง จากเตียง (Bernhardt et al., 2017) อย่างน้อยควรมากกว่า 24 ชั่วโมง

13) การดูแลป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep vein thrombosis) พยาบาลควรพิจารณาโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดดำอุดตัน ร่วมกับแพทย์ โดยอาจจะเลือดเพื่อส่งตรวจค่าดีไดเมอร์ (D-dimer) เพื่อประเมินความเสี่ยงของ ภาวะหลอดเลือดดำ อุดตัน ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดหลอดเลือดดำ อุดตันและไม่มีข้อห้ามใดๆ ควรให้ใช้อุปกรณ์นวดขา เป็นช่วงๆ (intermittent pneumatic compression) (Powers et al., 2018)

14) การจัดการภาวะซึมเศร้า (Depression management) ประเมิน อาการและอาการแสดงของ ภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐาน (Powers et al., 2018)

5.1.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล (ณัฐนิช เกศรินหอมหวาน และอรุณี รัตนนิเทศก์, 2554) โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีแนวทางดังนี้

- 1) กระตุ้นผู้ป่วยให้ดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขอนามัยส่วนบุคคลให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยทำได้
- 2) สอนการออกกำลังกายขณะนอนบนเตียง เทคนิคการเคลื่อนตัวออกจากเตียง
- 3) กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย
- 4) สนับสนุนและช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไว้ต่อความต้องการของผู้ป่วย

5.1.3 การพยาบาลขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น จะต้องวางแผนตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการของการประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยบทบาทของพยาบาลนั้นเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเป็นผู้ประสานให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องดังนั้นพยาบาลจึงควรจะได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งสัมพันธภาพของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาประกอบในการวางแผนจำหน่าย และให้ความรู้กับญาติในการจัดเตรียมหาบุคคลที่จะมาดูแลช่วยเหลือ พยาบาลต้องสอนผู้ดูแลให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน หากเมื่อถึงเวลาที่จะต้องจำหน่ายผู้ป่วยแต่ญาติปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน จะต้องสอบถามถึงปัญหาเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ อาจส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือพยาบาลสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเขตที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (ณัฐนนิช เกศรินหอมหวาน และอรุณี รัต นนิเทศก์, 2554)

5.1.4 การพยาบาลขั้นตอนของการดูแลต่อเนื่อง

สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น จะเน้นการบริหารร่างกายและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย นอกจากนี้พยาบาลต้องแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม เช่น การเคลื่อนย้ายตัวเองจากเตียงลงเก้าอี้หรือจากเก้าอี้ขึ้นเตียง การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยหรือโดยการพยุงเดิน การเคลื่อนที่โดยใช้รถเข็น การจัดทำทางरणนอน การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ควรแนะนำและย้าให้ญาติ/ผู้ดูแลคอยสังเกตความเปลี่ยนแปลงและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่นอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียนแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น มีเลือดออกผิดปกติเป็นต้น และเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายหรือความพิการซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและศักยภาพด้านต่างๆ ของผู้ป่วยในระยะยาวการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจจึงมักพบตามมาได้ พยาบาลจึงควรแนะนำญาติให้เข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์พฤติกรรม และบุคลิกภาพของผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางในการดูแลและประคับประคองสภาพจิตใจของผู้ป่วยนอกจากการประสานและส่งต่อผู้ป่วยให้กับเครือข่ายบริการสาธารณสุขในชุมชนแล้ว ญาติและผู้ดูแลก็ควรจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการหรือเครือข่ายในชุมชนใกล้บ้านเหล่านี้ ทั้งในด้านการติดต่อ การขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน และศักยภาพการให้บริการ รวมทั้งเน้นย้ำการมาติดตามการรักษาตามนัดหมายของแพทย์ผู้ดูแล (ณัฐนนิช เกศรินหอมหวาน และอรุณี รัต นนิเทศก์, 2554)

5.2 บทบาทการพยาบาลในการส่งเสริมความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งเป็นผลกระทบที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลสนับสนุนจากทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการปรับตัว การเป็นอยู่ที่ดี และเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิต ซึ่งบทบาทการพยาบาลในการส่งเสริมความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

1) บทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนทางด้านร่างกาย พบว่า มีการประเมินสภาพร่างกาย ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการแสดงทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel ADL (Barthel Index Activities of Daily Living) , mRS (modified Rankin Scale) การกลืน อาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภาวะแทรกซ้อน กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง ประเมินแผลและทักษะการดูแล แผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติหลังผ่าตัด (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษาของแพทย์ และการสนับสนุนในด้านอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สถาบันประสาทวิทยา, 2559; วรรณวดี คชสวัสดิ์ และกรรณิการ์ ตันท์เกยูร, 2560)

2) บทบาทในการส่งเสริมการสนับสนุนทางด้านจิตใจ พบว่า มีการประเมินการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย การประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อหาแนวทางในการป้องกัน โดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2559; วรรณวดี คชสวัสดิ์ และ กรรณิการ์ ตันท์เกยูร, 2560)

3) บทบาทในการส่งเสริมการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ พบว่า มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ไม่ว่าจะด้วยคำพูดหรือกิริยาท่าทาง เพื่อช่วยลดความคับข้องใจและความวิตกกังวล (ณัฐนิช เกศรินหอมหวาน และอรุณี รัตนนิเทศก์, 2554) โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ฟังที่ดี ให้กำลังใจ และคำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นที่มีความวิตกกังวลหรือต้องตัดสินใจ (อาคม รัฐวงษา, 2561)

4) บทบาทในการส่งเสริมการสนับสนุนทางด้านสังคม พบว่า มีการส่งเสริมการจัดให้เข้าถึงสวัสดิการด้านสังคม เช่น การประสานนักกายภาพเพื่อขอขึ้นทะเบียนผู้พิการในกรณีที่เข้าเกณฑ์ประสาน อปท. และ พมจ. เพื่อขอสนับสนุนสวัสดิการทางสังคม เช่น การรับส่งผู้ป่วย การจ่ายเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพบ้าน (อาคม รัฐวงษา, 2561) รวมถึงการให้คำปรึกษาโดยเปิดช่องทางการเข้าถึงบริการในการโทรศัพท์ปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือตามความจำเป็น เช่น สายให้อาหารหลอด สายปัสสาวะหลุด หรือ มีอาการผิดปกติที่จะปรึกษา หาแนวทางแก้ไข แจ้งอาการที่เร่งด่วนต้องการการ

ช่วยเหลือฉุกเฉิน (สถาบันประสาทวิทยา, 2559; วรณวดี คชสวัสดิ์ และ กรรณิการ์ ตัณฑ์เกตุร, 2560)

5) บทบาทในการส่งเสริมการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ พบว่า มีการประเมิน ความเชื่อทัศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆ และค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและ ครอบครัว เพื่อให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมิน ความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ คุณค่าการใช้ชีวิต และสิ่งที่ใช้ยึดเหนี่ยวทางใจ ที่ตรงกับความต้องการ (ผุสดี ก่อเจติย์ และคณะ, 2565)

6) บทบาทในการส่งเสริมการสนับสนุนด้านข้อมูล พบว่า พบว่า มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ อาการชัก มีการให้ความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อที่ปอด และให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2559; วรณวดี คชสวัสดิ์ และ กรรณิการ์ ตัณฑ์เกตุร, 2560)

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

วชิราภรณ์ โนราช (2553) ศึกษา เรื่องความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลด้านกาย จิต และสังคม โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยในระยะแรกและระยะเรื้อรังระยะละ 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกและระยะเรื้อรังมีความคล้ายคลึงกัน คือ ต้องการได้รับการดูแลจากทีมเยี่ยมบ้านในด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการการดูแลทางด้านกายและด้านสังคมเป็นอันดับสุดท้าย โดยความต้องการด้านจิตใจสามารถแบ่งเป็นด้านการประคับประคองจิตใจและด้านการให้กำลังใจ ความต้องการด้านกาย แบ่งได้เป็นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการพยาบาล และด้านยา ความต้องการด้านสังคมแบ่งเป็นการประสานงานเพื่อนบ้าน นอกจากความต้องการทั้งสามด้านนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความต้องการการดูแลทางด้านเศรษฐกิจอีกด้วย

นงนุช เพ็ชรร่วง และยุพา จิวพัฒนานกุล (2557) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ด้านความต้องการ มีความต้องการในทุกด้าน ได้แก่ การให้มีคนดูแลเรื่องอาหาร ให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเอาใจมาให้ ต้องการความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค ต้องการกำลังใจ ความเข้าใจ ต้องการความรักและการปรับทุกข์เพื่อระบายข้อข้องใจ อยากได้เงินช่วยเหลือ ต้องการที่อยู่อาศัย รถเข็น ต้องการให้มีคนพาไปพบแพทย์ และให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมาดูแลสุขภาพที่บ้าน

อมร จันทรดำ และคณะ (2562) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียง ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 15 ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการสุขภาพจำนวน 12 คน ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ผลการวิจัย พบว่า จากผลการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Long term care) พบว่า ประเด็นที่สำคัญ 7 ประเด็นจากผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ มีดังนี้ 1) ความต่อเนื่องของข้อมูล พบว่า ผู้ใช้บริการสะท้อนการได้รับข้อมูลที่ไม่เจาะจงต่อปัญหาและความต้องการของการดูแล 2) ด้านความต่อเนื่องของการบริหาร พบปัญหาในการขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพ และผู้ให้บริการสุขภาพ กับสมาชิกครอบครัวรวมถึงการขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และแนวทางปฏิบัติในการดูแลระยะยาว 3) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน พบว่า ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อชุมชนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในทีมสุขภาพ พบว่า ทีมสุขภาพไม่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ขาดความเข้าใจในการทำงานเป็นทีม ขาดการบันทึกข้อมูลเพื่อการสื่อสาร รวมถึงยังขาดทักษะในการประเมินปัญหา และการมีส่วนร่วมในการวางแผนและเป้าหมายร่วมกัน 5) ด้านการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ยังขาดแนวปฏิบัติ การดูแลระยะยาว บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจ 6) ด้านการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนการดูแล พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพขาดการตั้งใจในการรับฟังปัญหา การไม่เห็นความสำคัญของการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วม 7) ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่าขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพและระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ใช้บริการสุขภาพ

ปชาณภรณ์ นันไทยทวีกุล และคณะ (2564) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อายุ 20 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความต้องการ คือ แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Supportive care needs survey (SCNS-SF34) in adult cancer patients ของ Boyes et al. (2009) ผลการวิจัย พบว่า 1) ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 95.81) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความต้องการในระดับปานกลางประกอบด้วย ความต้องการทางด้านจิตใจ (\bar{X} = 29.32) ด้านระบบสุขภาพและการให้ข้อมูล (\bar{X} = 23.79) ด้านการดูแลและสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (\bar{X} = 17.09) ส่วนความต้องการทางเพศอยู่ในระดับน้อย (\bar{X} = 6.57)

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

van de Port et al. (2007) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความต้องการที่ไม่ได้รับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการมีอยู่ของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ได้แก่ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ($OR=0.19$;

95% CI: 0.07 – 0.52, $p = 0.001$) ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว (OR=5.05; 95% CI: 1.94 – 13.15, $p = 0.013$) ความเหนื่อยล้า (OR=3.80; 95% CI: 1.49 – 9.71, $p = 0.005$) และภาวะซึมเศร้า (OR=5.28; 95% CI: 1.42 – 19.53, $p = 0.013$)

Daniel et al. (2009) ศึกษาเรื่อง ผลกระทบทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นวัยทำงาน โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยการค้นหาค้นหาบทความในฐานข้อมูล ประกอบด้วย electronic databases, bibliographic references และ hand searches จากผลการศึกษา ใน 78 งานวิจัย ที่เป็นทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และงานวิจัยแบบผสมผสาน พบว่า การศึกษา 70 ฉบับรายงานข้อมูลการกลับไปทำงานหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในสัดส่วนตั้งแต่ร้อยละ 0-100 และผลกระทบทางสังคมประเภทอื่น ๆ ในแง่ลบที่พบในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวเฉลี่ยร้อยละ 5-54 การเสื่อมถอยทางเพศร้อยละ 5-76 ปัญหาทางเศรษฐกิจร้อยละ 24-33 และการเสื่อมถอยในกิจกรรมต่างๆร้อยละ 15-79 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี

Moreland et al. (2009) ศึกษาเรื่อง การประเมินความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแบ่งตามคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ (< 41, 41-80, > 80) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจำนวน 209 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง อายุมากกว่า 18 ปี วัด 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังจำหน่าย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และ 2) แบบสำรวจเชิงปริมาณซึ่งเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดที่มีความครอบคลุมผลการวิจัยพบว่า โดยรวมผู้ป่วยมีความต้องการที่สัมพันธ์กับความบกพร่องทางด้านร่างกาย เฉลี่ยร้อยละ 35 ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมกำลังกล้ามเนื้อ, การออกกำลังกาย, ความสมดุลของร่างกาย, พลังงาน, ความจำ, การมองเห็นหรือใช้สายตา, การรักษาอาการปวดและภาวะกลืนไม่ได้ เวลาสำหรับการฟื้นฟูสภาพ เฉลี่ยร้อยละ 33 ความต้องการด้านข้อมูล เฉลี่ยร้อยละ 28 ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและลักษณะของโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำ และผลข้างเคียงของยา ความต้องการคำแนะนำทางการแพทย์และการดูแลเฉลี่ยร้อยละ 25 ความต้องการการบำบัดเฉลี่ยร้อยละ 21 ประกอบด้วย การบำบัดแก้ไขการพูด กิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัด และการฟื้นฟูแบบรายวันในโรงพยาบาล ความต้องการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยร้อยละ 19 ประกอบด้วย ความต้องการพบเพื่อนใหม่และการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยปฏิบัติก่อนที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลาย และความต้องการการบริการหรือความช่วยเหลือเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) เฉลี่ยร้อยละ 19 เช่นการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม และการช่วยเหลือการบริการรับ ส่งเมื่อต้องเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษา ส่วนอุปสรรคที่พบบ่อยที่สุดคือความบกพร่องทางด้านร่างกายร้อยละ 55 และ ความกังวลทางด้านอารมณ์ร้อยละ 40

McKevitt et al. (2011) ศึกษาเรื่อง ความต้องการระยะยาวที่รายงานด้วยตนเองหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป และรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1-5 ปี จำนวน 1,251 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ แบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 44 ข้อพร้อมหมวดหมู่คำตอบเพื่อระบุระดับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในโดเมนต่อไปนี้ ด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านสุขภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการทำงานและการใช้เวลาว่าง (เพื่อน ครอบครัว และการใช้กลุ่มสนับสนุน) การเงิน และข้อมูลประชากร รวมคำถามปลายเปิดสำหรับความคิดเห็นเพิ่มเติมด้วย ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการเฉลี่ยอยู่ประมาณ 3 ความต้องการ (ความต้องการระหว่าง 1-13) สัดส่วนของความต้องการการตรวจรักษาอยู่ระหว่างร้อยละ 15-59, ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 54, การลดลงหรือการสูญเสียความสามารถในการทำงาน มีความสัมพันธ์ในกลุ่มชาติพันธุ์ดำคิดเป็นร้อยละ 52 ($p=0.006$), ร้อยละ 18 พบว่ามีการสูญเสียรายได้ และร้อยละ 31 รายงานว่าค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแตกต่างกันไปตามอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ และคะแนนความขัดสน/ยากจนเชื้อชาติ ($p=0.032$) และความทุพพลภาพ ($p=0.014$) สัมพันธ์กับจำนวนความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองทั้งหมด สรุป ความต้องการทางคลินิกและทางสังคมในระยะยาวหลายอย่างยังคงไม่ได้รับการตอบสนองหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในระดับที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีความพิการ คนจากชนกลุ่มน้อย และจากบรรดาผู้ที่อยู่ในพื้นที่ยากไร้ซึ่งเป็นความต้องการในระยะยาว ส่วน อายุ เพศ ระดับการรู้คิด หรือ ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในระยะยาว

Sumathipala et al. (2012) ศึกษาความต้องการระยะยาวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ International Classification of Functioning, Disability and Health หรือ ICF มาเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ระหว่างช่วง 1-11 ปี จำนวน 35 ราย ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการในระยะยาวของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การต้องการความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (การอาบน้ำ การดูแล สุขลักษณะส่วนบุคคล การทำอาหาร กิจกรรมงานบ้าน และการซื้อของ) การมีส่วนร่วมทางสังคม ความช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและที่อยู่อาศัย การเข้าถึงการสนับสนุนทางการเงินและผลประโยชน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และความต้องการด้านข้อมูล

Hung et al. (2013) ศึกษาเรื่อง การประเมินความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการวิเคราะห์ความทุพพลภาพและการอยู่รอด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจำนวน 16,043 ราย ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอยู่ระหว่างปี 2538-2553 และแบ่งเป็น 4 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ Intracerebral hemorrhage (ICH), large artery atherothrombotic infarct (LAA), lacunar infarct และ cardio-embolic infarct (CEI) ผลการวิจัย พบว่า อายุขัยโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองอยู่ประมาณ 8.35 ปี (95% CI, 7.88–8.83) โดยที่ไม่มีภาวะพิการทางกาย 0.86 ปี (95% CI, 0.53–1.20) กับการพิการทางกายระดับเล็กน้อย 1.24 ปี (95% CI, 0.94–1.60) กับการพิการทางกายระดับปานกลาง และ 1.39 ปี (95% CI, 1.07– 1.65) กับการพิการทางกายระดับมาก ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดหัวใจ (Cardio-embolic infarct) มีความทุกข์ทรมานจากความพิการในระดับมากที่สุดยาวนานมากที่สุดเฉลี่ย 2.35 ปี และอายุขัยเฉลี่ยสั้นที่สุด ซึ่งมีความต้องการการดูแลในระยะยาวและคาดว่าจะต้องใช้ระยะเวลานานขึ้นในเรื่องของการตอบสนองความต้องการดูแลและการช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวตลอดชีวิต ซึ่งเฉลี่ย 1.29 ปี สำหรับการรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) 0.49 ปี การกลั้นปัสสาวะ (Bladder control) 1.29 ปี การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) และ 1.59 ปี สำหรับการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) และผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) ยังได้รับความทุกข์ทรมานจากความบกพร่องจากความทุพพลภาพดังกล่าวที่มีขนาดใกล้เคียงกันอีกด้วย และความต้องการการช่วยเหลือที่มากที่สุดคือ ความต้องการการช่วยเหลือผู้ป่วยในการอาบน้ำ (Bathing)

Rothwell et al. (2013) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหลัง 6 เดือน โดยใช้แบบประเมินความต้องการในระยะยาวของผู้ป่วยและผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือ The Greater Manchester Stroke Assessment Tool กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 5-7 เดือน ผลการวิจัย พบว่า จำนวนเฉลี่ยของความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเท่ากับ 3 เรื่อง (น้อยสุดคือ ไม่มี,มากที่สุดคือ 14 เรื่อง; ค่าเฉลี่ยกลางเท่ากับ 2.5 เรื่อง) ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่บ่อยที่สุด คือความต้องการการตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า เฉลี่ยร้อยละ 34.3, ความจำ สมาธิและความสนใจ เฉลี่ยร้อยละ 25.5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ไม่ใช่รูปแบบการดำเนินชีวิต เฉลี่ยร้อยละ 21.9 ภาวะซึมเศร้า เฉลี่ยร้อยละ 19.0 และยังพบอีกว่าร้อยละ 50.4 ของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองสามารถแก้ไขได้ผ่านการให้ข้อมูลและคำแนะนำ

Andrew et al. (2014) ศึกษาเรื่อง ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในระยะยาวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในออสเตรเลีย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 765 ราย อาศัยอยู่ในชุมชน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งรอดชีวิตจากหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 เดือน โดยใช้แบบสำรวจ UK Stroke Survivors Needs Survey ซึ่งประเมินตามโดเมน ดังต่อไปนี้ ด้านสุขภาพ ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการทำงาน ด้านการพักผ่อน ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการเงิน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 96 มีความต้องการการสนับสนุนดูแลด้านสุขภาพ การใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน การสนับสนุนทางสังคม และการเงิน โดยผู้ป่วยร้อยละ 84 มีความต้องการอย่างน้อย 1 ข้อที่ยังไม่ได้รับการ

ตอบสนองอย่างเต็มที่ และผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหนื่อยล้า ผู้ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการที่มากขึ้น สัมพันธ์กับจำนวนความต้องการที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในระยะยาว ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาความเหนื่อยล้า (IRR: 1.64, 95% CI: 1.36- 2.0) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรู้คิดหรืออารมณ์ (IRR= 1.56, 95% CI: 1.32-1.85) และผู้ป่วยที่มีระดับความพิการที่มากขึ้น (IRR= 1.51, 95% CI: 1.33 - 1.71)

Walsh et al. (2015) ศึกษาเรื่อง การคืนสู่สังคมและความต้องการระยะยาวใน 5 ปีแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมองใน 5 ปีที่ผ่านมา และสามารถให้ความยินยอมได้ โดยสามารถสื่อสารได้ซึ่งอาจจะได้รับการช่วยเหลือหรือไม่ก็ตาม ไม่มีความผิดปกติทางการรู้คิด (ประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test Score > 6 คะแนน) อาศัยอยู่ในบ้านที่ชุมชนของตนเอง จำนวน 196 ราย ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีตั้งแต่อายุ 24 ปี จนถึง 89 ปี และพบว่า มากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ด้านอารมณ์ ความเหนื่อยล้า และสมาธิหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้รับการรายงาน ว่า ปัญหาด้านอารมณ์ และความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยเป็นความต้องการที่สูงที่สุดซึ่งไม่ได้รับการตอบสนอง คิดเป็นร้อยละ 53 และ 52 ตามลำดับ และร้อยละ 42 ของผู้ป่วยพบปัญหาด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kamalakkannan et al. (2016) ศึกษาเรื่องความต้องการการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศอินเดีย วิธีการวิจัย คือ การวิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจำนวน 50 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการด้านการฟื้นฟูสภาพภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการขาดข้อมูลและปัญหาทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

Ullberg et al. (2016) ศึกษา การรับรู้ความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง 1 ปีหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาเชิงสังเกตจากทะเบียนโรคหลอดเลือดสมองของสวีเดน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพา และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันระหว่างปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2553 และติดตามผลหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี อายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 8,019 ราย ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทำนายความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงหรือ Comatose (OR=3.04, 95% CI: 2.39–3.87, $p < 0.0001$) มีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (OR=1.63, 95% CI: 1.53–1.75, $p < 0.0001$) เพศหญิง (OR=1.14, 95% CI: 1.07–1.20, $p < 0.0001$) ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน (OR=1.24, 95% CI: 1.15–1.32, $p < 0.0001$) ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง

ที่ไม่ใช่ภาวะขาดเลือด (OR=1.26, 95% CI: 1.20–1.32, $p < 0.0001$) และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF) (OR=1.19, 95% CI: 1.12–1.27, $p < 0.0001$)

Li et al. (2017) ศึกษาเรื่อง ความต้องการและการรับรู้สิทธิของผู้รอดชีวิตและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 18 ปี โดยไม่มีความบกพร่องเรื่องความรู้สึกตัว ทางสติปัญญา ความพิการทางสมอง ความยากลำบากในการสื่อสารภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร ความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 248 ราย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองระดับโลก จำนวน 17 ข้อซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ความต้องการการรักษาและข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของความต้องการซึ่งสูงสุดได้แก่ ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจร้อยละ 99.4 ถัดมา เป็นความต้องการการรักษาและการดูแล ร้อยละ 98.6 การสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 98 และลำดับสุดท้ายคือ ด้านข้อมูลร้อยละ 96.2 และพบว่า ความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุ ($r = -0.255$, $p < 0.01$) โดยผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 65 ปีมีความต้องการที่สูงกว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในขณะที่ ผู้ป่วยชายมีความต้องการสูงกว่าผู้ป่วยหญิง ($p < 0.01$)

Olaiya et al. (2017) ศึกษาเรื่อง ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในระยะยาวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่อายุ ≥ 18 ปี ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย ≥ 2 ปี และอาศัยอยู่ในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความต้องการด้านต่างๆโดยใช้ The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) instrument ที่มีทั้งหมด 5 โดเมน ได้แก่ ด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activities and participation) ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) ด้านการทำงานของร่างกาย (body functions) ด้านการดูแลหลังเฉียบพลัน (post-acute care), และ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (secondary prevention) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการอย่างน้อย ≥ 1 เรื่อง ซึ่งความต้องการในด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำพบสูงสุดเฉลี่ยประมาณร้อยละ 71.1 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการที่น้อยลง ได้แก่ ความสูงอายุ/อายุที่เพิ่มมากขึ้น (IRR 0.62, 95% CI 0.50–0.77; $p < 0.05$) และ สมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรด้านต่างๆที่มากขึ้น (IRR 0.33, 95% CI 0.17–0.67; $p < 0.05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ เป็นภาวะซึมเศร้า (IRR 1.61, 95% CI 1.23–2.10; $p < 0.05$) และ การได้รับการดูแลฟื้นฟูจากในชุมชน (IRR 1.45, 95% CI 1.16– 1.82; $p < 0.05$)

Groeneveld et al. (2018) ศึกษาความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในระยะยาว หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรชาวดัตช์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 5-8 ปี เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในระยะยาวหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22 ข้อคำถาม 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยใช้ The SF-12 version 1 และ 3) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆ โดยใช้ The Frenchay Activities Index (FAI) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองตั้งแต่ 1 เรื่องขึ้นไป โดยความต้องการสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 46.2 รองลงมาคือความต้องการการช่วยเหลือเรื่องของสมาชิกหรือความจำ และความกลัวการหกล้มร้อยละ 21.8 ถัดมาคือ การช่วยเหลือเรื่องการเดินเนื่องจากมีความยากลำบากร้อยละ 19.2 และความต้องการที่น้อยที่สุดได้แก่ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยานพาหนะและการช่วยเหลือต่อการปรับตัวในสภาพแวดล้อมนอกบ้าน ร้อยละ 2.6 โดยผู้ป่วยที่ระดับการศึกษาสูงมักจะสัมพันธ์กับความต้องการที่มากขึ้น

Chen et al. (2019) ศึกษาเรื่องความต้องการในระยะยาวที่ไม่ได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยการค้นหาค้นหาบทความในฐานข้อมูล ประกอบด้วย PubMed, PsycINFO, CINAHL, EMBASE จากผลการศึกษา ใน 11 งานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุอยู่ในช่วงตั้งแต่ 20 ปี จนถึง 96 ปี และติดตามหลังจำหน่ายเริ่มตั้งแต่ช่วง 3 เดือนจนถึง 19 ปี พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 73.8 (18.9 - 91.7) ซึ่งจำแนกความต้องการต่างๆ ดังนี้ 1) ความต้องการด้านข้อมูลเฉลี่ยร้อยละ 3.1-65.0 2) ความต้องการด้านการเดินทางด้วยยานพาหนะเฉลี่ยร้อยละ 5-4-53.0 3) ความต้องการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเฉลี่ยร้อยละ 4.7-39.3 และ 4) ความต้องการด้านการรักษาฟื้นฟู/กายภาพบำบัด เฉลี่ยร้อยละ 2.0-35.7

Dulhanty et al. (2020) ศึกษาเรื่องความต้องการซึ่งรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองที่มารับการติดตามอาการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจำนวน 400 คนที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ที่มารับการติดตามอาการแผนกผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความต้องการที่ประเมินด้วยตนเอง (The Self-Reported Needs after Stroke Questionnaire) ซึ่งประเมินความต้องการของผู้ป่วยในช่วง 1-2 ปี (ช่วงแรก) และ 3-5 ปี (ช่วงหลัง) ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามอาการทั้ง 2 ช่วงเวลาที่มีความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง โดยร้อยละ 86 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีความต้องการอย่างน้อย 1 เรื่อง หรือมากกว่า

และผู้ป่วยที่มีความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เฉลี่ยประมาณร้อยละ 66

Zawawi et al. (2020) ศึกษาความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยการค้นหาค้นหาบทความในฐานข้อมูล ประกอบด้วย Ovid, MEDLINE, CINAHL และ PubMed จากผลการศึกษา ใน 105 งานวิจัย พบว่า ประเภทของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยสนับสนุนมีความแตกต่างจากผู้ดูแลอย่างมาก ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีตั้งแต่ความต้องการด้านสุขภาพไปจนถึงการกลับคืนสู่ชุมชน ในขณะที่ความต้องการที่ยังไม่ได้รับในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีตั้งแต่ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและดูแลตัวเอง นอกจากนี้ ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความต้องการด้านร่างกายและปัญหาอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง (ความต้องการการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์) ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม (สนับสนุนในการใช้ชีวิต การฟื้นฟูกลับคืนสู่สังคม ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล) ความต้องการด้านข้อมูล (ข้อมูลที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงการฟื้นฟู ข้อมูลเกี่ยวกับการอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินชีวิตต่อหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง) ความต้องการการฟื้นฟูและการดูแล (การฟื้นฟู การดูแลสุขภาพ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการสนับสนุนได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (เพศ อายุ ชาติพันธุ์ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ภูมิศาสตร์ / พื้นที่ที่อยู่อาศัย) สภาพก่อนป่วย ประเภทการดูแลที่ได้รับ เวลาตั้งแต่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาและสภาพหลังการดูแลเฉียบพลัน การรับรู้ที่ไม่ตรงกัน

Guo et al. (2021) ศึกษาเรื่อง ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งเป็นการทบทวนการศึกษาเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยการค้นหาค้นหาบทความในฐานข้อมูล ประกอบด้วย PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, SCOPUS และ CBM (China Biology Medicine) จากผลการศึกษา ใน 24 งานวิจัย พบว่า ความต้องการการสนับสนุนที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ได้แก่ 1) ความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง การรักษา การป้องกัน และการพยากรณ์ของโรค รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่และเพื่อนด้วยเช่นกัน 2) การฟื้นฟูทางด้านร่างกาย กิจกรรม/การมีส่วนร่วมทางสังคม 3) ความต้องการ

ทรัพยากรสิ่งแวดล้อม ระบบสุขภาพ/ความต้องการติดตามผลจากเจ้าหน้าที่ และ 4) ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์

Lin et al. (2021) ศึกษาเรื่อง ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งเป็นทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัย 32 เรื่อง ค้นหาเริ่มตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2563 ในฐานข้อมูลทั้งหมด 6 ฐาน ได้แก่ PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, SCOPUS และ CBM ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ในช่วงร้อยละ 15.08 ถึงร้อยละ 97.59 โดยความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองจะสูงในช่วง 6 เดือนร้อยละ 62.14 และ 2 ปีร้อยละ 81.37 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

Heiberg et al. (2021) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับและไม่ได้รับการตอบสนองการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเดนมาร์กและนอร์เวย์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยชาวนอร์เวย์ 318 คนและชาวเดนมาร์ก 155 คนที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เครื่องมือที่ใช้ คือ คำถามปลายเปิด 2 ประโยค ได้แก่ 1) คุณได้รับความช่วยเหลือเพียงพอหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่? และ 2) คุณได้รับการฝึกฝนมากเท่าที่คุณต้องการหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่? คำว่า “การฝึกฝน” ในบริบทนี้ใช้สำหรับการบำบัดฟื้นฟูทั้งหมดที่เสนอโดยนักกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือรถบำบัด คำว่า “ความช่วยเหลือ” ใช้สำหรับการดูแลและช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันที่บ้านหรือผู้ช่วยด้านสุขภาพจัดให้ ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการการฝึกฝนที่ไม่ได้รับการตอบสนองนั้นสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของร่างกายที่ลดลง (OR =0.32, $p<0.05$) และความวิตกกังวลมากขึ้น (OR=0.36, $p<0.05$) ผู้ป่วยที่มีความต้องการความช่วยเหลือที่ไม่ได้รับการตอบสนองสัมพันธ์กับการอาศัยอยู่ตามลำพัง (OR=0.40, $p<0.05$) และมักมีภาวะซึมเศร้า (OR=0.31, $p<0.05$)

Tamrat et al. (2022) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลในระยะยาวของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเอธิโอเปีย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 18 ปีและถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 6 เดือนก่อนที่จะเริ่มทำวิจัยร่วมกับมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่แผนกประสาทและสมองของแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 422 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดระดับความพิการของผู้ป่วย (modified Rankin Scale : mRS) 3) แบบวัดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนระยะยาว (The LUNs is a 22-item standardised instrument) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 53.6 ต้องการการสนับสนุนในระยะยาว โดยต้องการเกี่ยวกับข้อมูลของโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็น 98.6%, การเดินทางในระบบขนส่งสาธารณะ คิดเป็นร้อยละ 80.6 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ความต้องการการดูแลในระยะยาวของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิต โรคหัวใจร่วมด้วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการการสนับสนุนในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR 4.59; 95% CI 2.61 - 8.07; $p < 0.0001$) และ (AOR 1.94; 95% CI 1.19 - 3.82; $p < 0.04$) ตามลำดับ 2) ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการ ซึ่งประเมินโดยใช้ แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือ modified Rankin Scale และมีคะแนนความพิการตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับความต้องการการสนับสนุนในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR 26.4; 95% CI 8.61 - 80.92; $p < 0.0001$) 3) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถใช้บริการกายภาพบำบัด มีความสัมพันธ์กับความต้องการการสนับสนุนในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR 2.85; 95%CI of 1.63 - 4.99; $p < 0.0001$)

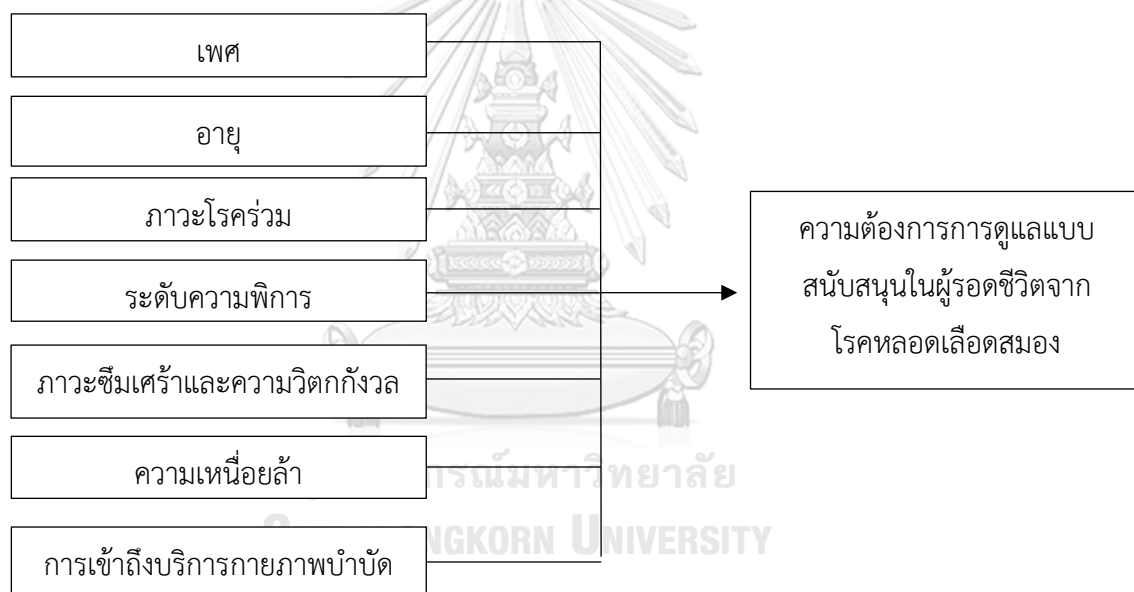
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง ยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับสอง และทำให้สูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับสามทั่วโลก ซึ่งภายหลังการรักษาในปัจจุบัน ส่งผลให้มีจำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต แต่จำนวนผู้รอดชีวิตจากการรอดชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ใน 3 มักจะมีผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณตามมา โดยผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เรียกว่า อาการบกพร่องพิการ บางอย่างไม่สามารถฟื้นกลับมาสู่สภาพเดิมได้หรือหากได้ก็มีความยากลำบากอย่างมาก ซึ่งผลกระทบต่างๆทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง และมีการปลีกตัวออกจากสังคม เพราะถือเป็นเงื่อนไขใหม่ que ผู้ป่วยต้องพบเจอหรือสภาพหลังการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งในระยะนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก เพื่อให้สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน และเกิดกระบวนการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาพบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความต้องการ (Needs) ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมักจะเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ และพบการศึกษาความต้องการ ซึ่งศึกษาแยกเป็นรายด้าน เพียงบางด้าน หรือในทุกๆด้านซึ่งขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้รอดชีวิต แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนในต่างประเทศพบการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองบ้าง และถึงแม้จะมีความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างชัดเจนในการศึกษาของต่างประเทศแต่อย่างไรก็ตามด้วยบริบท สังคม และวัฒนธรรมของประเทศไทยที่แตกต่างกับบริบทของต่างประเทศในด้านสาธารณสุขจึงอาจส่งผลให้

ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความแตกต่างกันไป และการศึกษาถึงความต้องการนั้นจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามกาลเวลาซึ่งขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย เช่น ตัวบุคคล การแพทย์และการพยาบาล หรือเทคโนโลยีต่างๆที่ทันสมัยขึ้น เป็นต้น รวมถึงการใช้กรอบแนวคิดของ Fitch (2008) ที่ยังไม่มีนำมาปรับใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และถือเป็นแนวคิดที่ประเมินโดยทีมสุขภาพเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเฉพาะเจาะจง ซึ่งสอดคล้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม หรือ Holistic care

และทบทวนวรรณกรรมคัดเลือกปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ดังนี้ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ซึ่งกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการทำนายของ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก หรือตีบตัน ครั้งแรก/เป็นซ้ำ ที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ตีบตัน ครั้งแรก/เป็นซ้ำ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ ในโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่ มีระดับความรู้ สึกตัวดี อาการแสดงทางระบบประสาทคงที่ โดยมีคะแนนประเมินระดับความรู้ สึกตัวที่วัดด้วย Glasgow coma scale มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนนขึ้นไป และสามารถทำความเข้าใจกับข้อคำถามในแบบสอบถามได้
- 2) ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่นบ้านหรือชุมชนตั้งแต่ 6 เดือน และไม่เกิน 2 ปี
- 3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินด้วย (MMSE-Thai 2002) ของ (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542)
- 4) สามารถสื่อสารหรือตอบโต้ด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่หรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิต มีสัญญาณชีพและอาการแสดงทางประสาทที่ผิดปกติในขณะที่ให้ข้อมูล เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ซึม เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power analysis Version 3.1.9.4 กำหนดอำนาจทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพล .15 (Cohen, 1988 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2561; Polit & Beck, 2021) ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Dillman, 2000) รวมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 114 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) เพื่อที่จะได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุด (Representativeness) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ซึ่งการเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากในแต่ละโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นมาตรฐาน ชัดเจน และเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือ Post stroke service ที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยโดยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ ที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่าย (Cluster simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่โดยเลือกสุ่มสังกัดมา 3 สังกัด จาก 6 สังกัด ได้แก่

1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเลิศสิน โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี และสถาบันประสาทวิทยา

3) โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

4) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาริบัติ

5) โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลวชิระพยาบาล และโรงพยาบาลตากสิน

6) โรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การสุ่มขั้นตอนที่ 1 สุ่ม 3 สังกัดจาก 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มจับโรงพยาบาลในแต่ละสังกัด ทั้ง 3 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ด้วยวิธีการจับฉลากอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement)

การสุ่มขั้นตอนที่ 2 สุ่มสังกัดละ 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เป็น สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และโรงพยาบาลสังกัดองค์กร

การกุศล มีเพียงโรงพยาบาลเดียวไม่ต้องทำการสุ่มได้เป็นโรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดได้จากโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รวมทั้งสิ้น 114 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล คำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในเดือน (เมษายน 2566) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลตำรวจมี ประมาณ 400 คนต่อเดือน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีประมาณ 570 คนต่อเดือน และสถาบันประสาทวิทยา มีประมาณ 880 คนต่อเดือน ผู้วิจัยได้คำนวณสัดส่วนประชากรโดยใช้สูตร การคำนวณ Proportion to size (รุจิเรศ ฐนุรักษ์ และคณะ, 2543) ดังนี้

$$\text{จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณทำให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลตำรวจ เก็บข้อมูลจำนวน 25 คนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เก็บข้อมูลจำนวน 35 คน และ สถาบันประสาทวิทยา เก็บข้อมูลจำนวน 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้นกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ตามเกณฑ์การ คัดเข้า

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะโรคร่วม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความพิการ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเหน็ดเหนื่อย

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้าผู้วิจัยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของ Folstein et al. (1975) แปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ปี 2542 จำนวน 11 ข้อ ประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้สถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษา และการระลึกได้ โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือดเว้นข้อ 4, 9 และ 10 มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน 2) เรียนระดับประถมศึกษา มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และ 3) เรียนสูงกว่าระดับศึกษามากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ศาสนา การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนครั้งของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และโปรแกรมการติดตามฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยลักษณะข้อคำถามเป็นเติมคำลงในช่องว่าง หรือเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความต้องการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของปานัญญ์ นันไทยทวีกุล และคณะ (2564) ที่พัฒนาและดัดแปลงมาจาก แบบประเมินสนับสนุนความต้องการการดูแล Supportive care needs survey (SCNS-SF34) in adult cancer patients ของ Boyes et al. (2009) ซึ่งมีต้นฉบับจาก Bonevski et al. (2000) ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Fitch ทั้ง 7 ด้าน และได้ยุบองค์ประกอบบางด้านรวมกัน ดังนั้นความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจาก 7 ด้าน จึงเหลือเพียง 5 ด้าน ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านระบบภาวะสุขภาพและการให้ข้อมูล 3) ด้านการดูแลและสนับสนุน 4) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และ 5) ด้านความต้องการทางเพศ และยังคงครอบคลุมทุกองค์ประกอบ (Bonevski et al., 2000 อ้างถึงใน ชุตติมา ฉันทมิตร โอภาส และคณะ, 2565) จากต้นฉบับ 34 ข้อเหลือ 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .88 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้ว

นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .87

เกณฑ์การให้คะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะคะแนนส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก (1) คือ ไม่สำคัญเลย จนถึง (5) คือ สำคัญมากที่สุด

- 1 หมายถึง ท่านคิดว่าไม่สำคัญเลย
- 2 หมายถึง ท่านคิดว่าสำคัญเป็นบางครั้ง
- 3 หมายถึง ท่านคิดว่าสำคัญปานกลาง
- 4 หมายถึง ท่านคิดว่าสำคัญมาก
- 5 หมายถึง ท่านคิดว่าสำคัญมากที่สุด

การแปลความหมาย

ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง ท่านให้ความสำคัญ และต้องการอยากเรียนรู้มากในภาวะนี้
ค่าคะแนนที่น้อย หมายถึง ท่านไม่ให้ความสำคัญและไม่ต้องการอยากเรียนรู้ในภาวะนี้

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับจากหาช่วงความกว้างอันตรภาคชั้น (class interval) คะแนนระหว่าง 28-140 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง (ปานัญญ์ นันไทยทวีกุล และคณะ, 2564) ดังนี้

ช่วงคะแนน 28 - 64 หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับน้อย

ช่วงคะแนน 65 - 102 หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 103 - 140 หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามโรคร่วม ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Charlson Criteria Checklist (CCI) ที่พัฒนาโดย Charlson et al. (1987) ฉบับแปลภาษาไทยโดยเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ (Utriyaprasit, 2001) โดยประเมินจากประวัติการรักษาหรือเวชระเบียน จำนวน 21 โรค แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .99 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน เท่ากับ .89

เกณฑ์การให้คะแนน คือให้ตามความรุนแรงของโรค 1,2,3 หรือ 6 คะแนน

ให้ 1 คะแนน ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดโลหิตส่วนปลาย โรคความจำเสื่อม โรคปอดชนิดเรื้อรัง โรคเนื้อเยื่อ เกี่ยวพัน โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคตับชนิดไม่รุนแรงหรือระยะแรก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin หรือยา coumadin

ให้ 2 คะแนน ได้แก่ โรคอัมพาตครึ่งซีก โรคเบาหวานระยะสุดท้าย โรคไต เนื้องอก(ที่ไม่ใช่ มะเร็ง) มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ให้ 3 คะแนน ได้แก่ โรคตับระยะปานกลางถึงรุนแรง

ให้ 6 คะแนน ได้แก่ โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย และเอดส์

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีจำนวน 21 โรคแต่เนื่องจากมีโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคที่ไม่ใช่โรค ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงตัดโรคหลอดเลือดสมองออก การประเมินจึงเหลือเพียง 20 โรค และคะแนนรวมตั้งแต่ 0 -38 คะแนน โดยคะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดจะถูกจัดออกเป็น 4 ระดับคือ (Charlson et al., 1987)

ค่าคะแนนรวม 0 คะแนน เท่ากับ ไม่มีโรคร่วม

ค่าคะแนนรวม 1-2 คะแนน เท่ากับ มีโรคร่วมน้อย

ค่าคะแนนรวม 3-4 คะแนน เท่ากับ มีโรคร่วมปานกลาง

ค่าคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป เท่ากับ มีโรคร่วมมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความพิการ ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินวัดระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) ที่พัฒนาโดย Rankin (1957) โดยใช้ฉบับที่แปลภาษาไทยของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ในเรื่อง เกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (ฉบับจัดทำ กันยายน 2556, ปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2558) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รอดชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มา คำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาความเท่าเทียมกันของผู้สังเกต ค่า keppa = .78 และ weighted keppa = .90

การแปลความหมาย CHULALONGKORN UNIVERSITY

คะแนนน้อยกว่า 3 คาดว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง (Bonita et al., 1988; Swieten et al., 1988)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดย mRS มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 6 (Rankin, 1957)

คะแนนสูง แปลว่า มีความพิการมาก

คะแนน 0 = ไม่มีความผิดปกติเลย

คะแนน 1 = มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันทำงานได้ตามปกติทุกอย่าง

คะแนน 2 = มีความผิดปกติเล็กน้อยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทุกอย่างแต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ทุกอย่าง

คะแนน 3 = มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย

คะแนน 4 = มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง

คะแนน 5 = มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนบนเตียงตลอดและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

คะแนน 6 = เสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เสียชีวิต (mRS = 6 ไม่ได้ถูกนำมาเข้ามาในการศึกษานี้)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พัฒนาขึ้นโดย Zigmond & Snaite (1983) ฉบับภาษาไทย ของธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มา คำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88

การคิดคะแนน

สำหรับอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคำถามทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน

สำหรับอาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคำถามทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงของคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

0 - 7 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

8 - 10 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน (doubtful cases)

11 - 21 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Fatigue Severity Scale (FSS) พัฒนาขึ้นโดย Krupp, LaRocca, Muir-Nash & Steinberg (1989) ฉบับที่แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ (2557) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง

ของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .97

เกณฑ์การให้คะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน

1 คะแนน หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 คะแนน หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคำนวณจากผลรวมของคะแนนจากการตอบแบบสอบถามหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด (Krupp et al., 1989)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ถ้าคะแนนรวมของ FSS \geq 4 คะแนน หมายถึงมีความเหนื่อยล้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการ ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถามภาวะ ซึมเศร้าและความวิตกกังวล แบบสอบถามโรคร่วม และแบบสอบถามความเหนื่อยล้า นำเสนออาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถาม กับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และการสื่อความหมายของข้อคำถาม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน (Burns, Grove & Gray, 2013) ประกอบด้วย

- 1) อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน
- 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้อง ระหว่างคำถามกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้อง/ไม่เหมาะสม กับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงใหม่
- 2 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมน้อย คำถามต้องได้รับการ พิจารณาทบทวน และปรับปรุงเป็นอย่างมาก
- 3 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมค่อนข้างมาก คำถามต้องได้รับ การพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมมาก

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ (CVI) \geq .80 (Polit & Hungler, 2013) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับภาษา เพิ่มข้อความ เพื่อให้เกิดความชัดเจนของเนื้อหา โดยผลการตรวจและรายละเอียดการปรับแบบสอบถาม มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ค่า CVI = .88 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อความของ

ข้อคำถามที่ 1 ความวิตกกังวลกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถามที่ 2 ภาวะซึมเศร้ากับโรคหลอดเลือดสมอง เป็น ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถามที่ 3 ความรู้สึกเสียใจกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็น ความรู้สึกเสียใจที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถามที่ 4 กลัว ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมอง เป็น ความกลัว และความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถามที่ 5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษา เป็น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถามที่ 6 ความไม่แน่นอนของโรคในอนาคต เป็น ความไม่แน่นอนของโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

ข้อคำถามที่ 8 การมองชีวิตในมุมบวก เป็น การมองชีวิตในมุมบวกในขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถามที่ 21 ความปวด เป็น ความปวด/อาการอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถามที่ 22 อ่อนเพลีย / เหนื่อย เป็น อาการอ่อนเพลีย / เหนื่อยจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถามที่ 23 ไม่สุขสบายบ่อยๆ เป็น ไม่สุขสบายบ่อยๆจากโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อคำถามที่ 25 กิจกรรมที่ไม่สามารถจะทำได้ตามต้องการ เป็น ท่านไม่สามารถจะทำในสิ่งที่ต้องการได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ค่า CVI = .99 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อความของข้อคำถามที่ 15 เนืองอก เป็น เนื้องอก (ที่ไม่ใช่มะเร็ง)

ข้อคำถามที่ 16 โรคเม็ดเลือดขาวผิดปกติ เป็น มะเร็งเม็ดเลือดขาว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ค่า CVI = 1 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ค่า CVI = 1 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถามโรคร่วม แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล แบบสอบถามความเหนื่อยล้าที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องที่ปรับแก้ไขแล้ว และแบบประเมินระดับความพิการ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบประสาทวิทยาของสถาบันประสาทวิทยา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Grove et al., 2013) และนำมาวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของ แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล และแบบสอบถามความเหนื่อยล้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 .88 และ .97 ตามลำดับ ส่วน แบบประเมินภาวะโรคร่วม ใช้วิธีการแบ่งครึ่ง หาค่าความสัมพันธ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน เท่ากับ .89 และแบบประเมินระดับความพิการ ใช้วิธีการหาความเท่าเทียมกันของผู้สังเกต ค่า keppa = .78 และ weighted keppa = .90 โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์เป็นค่าที่ยอมรับได้คือ $\geq .70$ (DeVellis, 2016)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ รอรับบัตรนัด หรือยาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที และอ่านข้อคำถามทุกข้อให้กลุ่มตัวอย่างตอบรายบุคคล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ด้วยตนเอง เนื่องจากปัญหาการมองเห็น สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามเอง 100 คน อีก 14 คน ต้องให้อ่านแบบสอบถามให้ตอบ นอกจากนี้ไม่พบว่ามียุติกลุ่มตัวอย่างมีผลข้างเคียงจากการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น

กลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่คงที่หรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิต มีสัญญาณชีพและอาการแสดงทางประสาทที่ผิดปกติในขณะที่ให้ข้อมูล เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน ซึม เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และหลังเก็บข้อมูลครบผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าข้อมูลมีความครบถ้วน

1. ขั้นตอนการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือการขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้ออกหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา

1.2 ผู้วิจัยยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา

ตารางที่ 1 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณาและ รับรองโครงการวิจัย	เลขที่รับรอง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	11 กรกฎาคม 2566	COA No. 0869/2023
โรงพยาบาลตำรวจ	17 กรกฎาคม 2566	Oq064/66
สถาบันประสาทวิทยา	25 กรกฎาคม 2566	042/2566

1.3 ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกระบบประสาทและสมอง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตในการสำรวจรายชื่อและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการระหว่างวันที่ 18 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 12 ตุลาคม 2566 ของทั้ง 3 แห่ง ซึ่งแสดงดังตารางที่ 2 โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 สถาบันประสาทวิทยา ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ และศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาตรวจตามนัด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยจะมีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ผู้ป่วยทราบโดยการทำเป็น “โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการวิจัย” เพื่อติดประกาศบริเวณลิฟต์ที่อาคารต่างๆ และตามแผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาท ศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ พร้อมทั้งพูดประชาสัมพันธ์เชิญชวนหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งหากมีผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง หรือแจ้งเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคประสาท ศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่สนใจติดต่อขอเข้าร่วมโครงการวิจัยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดเอาไว้ และขออนุญาตตรวจสอบประวัติจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เข้าร่วมโครงการวิจัย

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

โรงพยาบาล	ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล
สถาบันประสาทวิทยา	18 สิงหาคม 2566 ถึง 8 กันยายน 2566
วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น.	
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	25 กันยายน 2566 ถึง 10 ตุลาคม 2566
วันจันทร์ 08.00-12.00 น.	
วันอังคาร 08.00-12.00 น.	
โรงพยาบาลตำรวจ	20 กันยายน 2566 ถึง 12 ตุลาคม 2566
วันพุธ 08.00-12.00 น.	
วันพฤหัสบดี 08.00-12.00 น.	
วันศุกร์ 08.00-12.00 น.	

2.3 ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่รอพบแพทย์ และรอบัตรนัดหรือรอรับยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดข้อมูลเอกสารคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จนเข้าใจ และหากกลุ่มตัวอย่างสนใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใน เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร

2.5 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ครั้งละ 1 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องหรือในบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัว จากนั้นผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามให้ครอบคลุมทั้ง 5 ชุด และรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยเก็บรักษาไว้เป็นความลับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 25-30 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการอ่าน เช่น มีปัญหาการมองเห็น เนื่องจากตัวหนังสือที่เล็กและ หรือไม่ได้พกแว่นสายตาด้วย ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามทุกข้อให้ฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก หากมีข้อคำถามใดทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดใจ หรือไม่สบายใจในการตอบ กลุ่มตัวอย่างสามารถมีสิทธิ์ข้ามไม่ตอบข้อคำถามนั้นๆ ได้

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำถาม หากตอบคำถามไม่ครบ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติมให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ บางคำตอบอาจได้มาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและมอบปากกาให้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

2.7 เมื่อได้แบบสอบถามครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 114 ชุดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันประสาทวิทยาในวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ 042/2566) โรงพยาบาลตำรวจในวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ Oq064/66) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ COA No. 0869/2023) และได้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม 2566 ถึงเดือนวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับการคัดเลือกจากคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและจากการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยแนะนำ

ตัวเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย รวมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบสิทธิต่างๆ อย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนตามมาตรฐาน โดยมีเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษารายละเอียดข้อมูลอย่างเข้าใจ และมีอิสระอย่างเต็มที่ที่จะตัดสินใจตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และถ้าหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ์แต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในท้องที่จัดเตรียมไว้อย่างเป็นทางการ และทุกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้รับการปกป้องข้อมูล ถือเป็นความลับ และได้รับการปกปิดไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริงแก่สาธารณชน โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันที และประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป และในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติใดๆ ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ศาสนา การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนครั้งของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และโปรแกรมการติดตามฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ค่าคะแนนของตัวแปรแต่ละตัว ได้แก่ โรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับนามบัญญัติ เพศ (โดยกำเนิด) กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation coefficient) และตัวแปรระดับนามบัญญัติ การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด (ถูก

แบ่งเป็น 2 ลักษณะ) กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไปซีเรียล (biserial correlation coefficient) และ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจัดอันดับ คือ ช่วงอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่อง คือ อายุ (อายุจริง) ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และระดับความพิการ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient)

5. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากเพศ (เพศหญิงเป็นฐาน) อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด (เข้าถึงเป็นฐาน) โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multivariable regression analysis) โดยใช้วิธี Stepwise ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ ตัวแปรทุกตัวได้ผ่านการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นในการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแล้วโดยแสดงรายละเอียดไว้ในภาคผนวก ข

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการทำนายของ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ตีบตัน ครั้งแรก/เป็นซ้ำ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ ในโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 114 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตารางที่ 3

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตารางที่ 4

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ตารางที่ 5-7

ตอนที่ 4 วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตารางที่ 8-9

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา (n=114)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	56.10
หญิง	50	43.90
อายุ (ปี)		
18-30 ปี	7	6.14
31-45 ปี	14	12.28
46-60 ปี	40	35.08
61-75 ปี	41	35.97
> 75 ปี	12	10.53
Min=21 Max=92 $\bar{X} = 57.85$ Median= 59.50 SD = 15.01		
รายได้ (ต่อเดือน)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	55	48.20
10,001 – 15,000 บาท	11	9.60
15,001 –25,000 บาท	14	12.40
มากกว่า 25,000 บาท	34	29.80
สถานภาพสมรส		
โสด	29	25.40
หม้าย/หย่าร้าง	25	22.00
สมรส	60	52.60
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	41	36.00
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา/ปวช., ปวส.	31	27.20
ปริญญาตรี	36	31.50
สูงกว่าปริญญาตรี	6	5.30

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัทเอกชน/ลูกจ้างประจำ	32	28.07
ธุรกิจส่วนตัว	11	9.64
ลูกจ้างชั่วคราว/ค้าขาย/รับจ้าง/เกษตรกร/ประมง	19	16.67
ว่างงาน	36	31.58
ข้าราชการเกษียณอายุ	16	14.04
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	46	40.40
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	25	21.90
ประกันสังคม	9	7.90
สวัสดิการข้าราชการ/สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	34	29.80
ศาสนา		
ศาสนาพุทธ	109	95.60
ศาสนาอิสลาม	5	4.40
การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว(สามารถตอบได้มากกว่า 1ข้อ)		
พ่อ/แม่	21	18.42
ลูก	72	63.15
สามี/ภรรยา/แฟน	58	50.87
พี่น้อง/ลูกสะใภ้/ลูกเขย/หลาน	22	19.29
คนเดียว	8	7.01
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง		
Ischemic stroke	96	84.20
Hemorrhagic stroke	15	13.20
Venous sinus thrombosis (ตีบและแตก)	3	2.50
จำนวนครั้งของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
1 ครั้ง	102	89.50
2 ครั้ง	10	8.80
3 ครั้ง	2	1.80

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรค		
หลุดเลือดสมอง		
6 เดือน - 1 ปี	52	45.60
1 ปี - 1 ปี 6 เดือน	33	28.90
1 ปี 6 เดือน - 2 ปี	29	25.40
โปรแกรมการติดตามฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล		
การได้รับบริการกายภาพบำบัด		
ได้รับ/เข้าถึง	93	88.57
ไม่ได้รับ/ขาดการเข้าถึง	12	11.43
แหล่งที่ได้รับการบริการกายภาพบำบัด		
ทำเองที่บ้าน	75	65.80
แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)	10	8.80
หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาล	46	40.40
อื่นๆ	15	13.20
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	18	15.79
มีโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	96	84.21
โรคความดันโลหิตสูง	67	41.61
โรคเบาหวาน	46	28.57
โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ได้รับ warfarin)	41	25.47
อื่นๆ	7	4.35
ระดับความพิการ		
ไม่มีความพิการ	9	7.89
มีความพิการระดับ 1 คะแนน	27	23.68
มีความพิการระดับ 2 คะแนน	19	16.67
มีความพิการระดับ 3 คะแนน	30	26.32
มีความพิการระดับ 4 คะแนน	24	21.06
มีความพิการระดับ 5 คะแนน	5	4.38

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.10 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 57.85 ปี (\bar{X} = 57.85, Median = 59.5, SD = 15.01) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 48.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 52.60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คือว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 31.58 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 40.40 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.60 การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาหรือแฟน คิดเป็นร้อยละ 50.87 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน (Ischemic stroke) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.20 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 89.5 ส่วนใหญ่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 6 เดือน - 1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.60 ส่วนใหญ่ได้รับ/เข้าถึงบริการกายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 88.57 โดยแหล่งที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดส่วนใหญ่คือที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.80 รองลงมาเป็นที่หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 84.21 โดยโรคที่พบมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพิการอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.32 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันทำงานได้ตามปกติทุกอย่าง คิดเป็นร้อยละ 23.68 และ มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง คิดเป็นร้อยละ 21.06 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนที่เป็นจริง คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด และการแปลผลระดับคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=114)

ตัวแปร	Mean	SD	Possible range	Max	Min	การแปลผล
ด้านความต้องการทางจิตใจ	34.46	10.39	12-45	45.00	12.00	มาก
ด้านความต้องการทางระบบ ภาวะสุขภาพและการให้ข้อมูล	18.10	6.95	6-30	30.00	6.00	ปานกลาง
ด้านความต้องการทางการดูแล และสนับสนุน	15.21	5.59	5-25	25.00	5.00	ปานกลาง
ด้านความต้องการทางร่างกาย และทำกิจวัตรประจำวัน	13.47	4.75	5-25	25.00	5.00	ปานกลาง
ด้านความต้องการทางเพศ	5.14	3.42	3-15	15.00	3.00	น้อย
ความต้องการโดยรวม	86.40	21.56	42-131	131.00	42.00	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 86.40 (SD = 21.56) หมายถึง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 34.46 (SD = 10.39) แสดงว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทางด้านจิตใจ อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านความต้องการทางระบบภาวะสุขภาพและการให้ข้อมูล ด้านความต้องการทางการดูแลและสนับสนุน และด้านความต้องการทางร่างกายและทำกิจวัตรประจำวัน โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 18.10 (SD = 6.95), 15.21 (SD = 5.59) และ 13.47 (SD = 4.75) ตามลำดับ แสดงว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด คือด้าน เพศสัมพันธ์ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.14 (SD = 3.42) แสดงว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทางด้านเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ตารางที่ 5-7 โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของ Cohen's (1988)

ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.10 - 0.29 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.30 - 0.49 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.50 - 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ (โดยกำเนิด) กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient) และตัวแปร การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด (ถูกแบ่งเป็น 2 ลักษณะ) กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (biserial correlation coefficient) (n=114)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
เพศ	-.148	.116	ไม่มีความสัมพันธ์
การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด	-.041	.664	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 5 พบว่าเพศ และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 6 แสดงค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank) (n=114)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
อายุ (ช่วงอายุ)	-.199	.033	มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ

จากตารางที่ 6 พบว่า ช่วงอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .199$)

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความพิการ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และอายุ (อายุจริง) กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) (n=114)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
ระดับความพิการ	.791**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง
ภาวะโรคร่วม	.644**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง
ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล	.600**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง
ความเหนื่อยล้า	.546**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง
อายุ (อายุจริง)	-.205*	.029	มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ

**p < .01, *p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับความพิการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .791$) ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .644$) ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .600$) ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .546$) อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.205$)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด กับความต้องการ การดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตารางที่ 8-9

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (n=114)

ลำดับขั้นการทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	R ² change	F change	p-value
ระดับความพิการ	.791	.626	.623	.626	187.420	<.001**
ภาวะโรคร่วม	.843	.711	.706	.085	32.704	<.001**
ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล	.878	.771	.765	.060	28.673	<.001**
ความเหนื่อยล้า	.888	.789	.781	.018	9.419	.003*

**p < .01, *p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วยตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ ระดับความพิการ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 78.1

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) (n=114)

ตัวทำนาย	b	Std. Error	β	t	p-value
ระดับความพิการ	7.403	.960	.447	7.711	<.001**
ภาวะโรคร่วม	7.336	1.204	.310	6.095	<.001**
ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล	.790	.159	.251	4.959	<.001**
ความเหนื่อยล้า	.191	.062	.155	3.069	.003*
(Constant)	40.279	2.746		14.669	<.001**

R= .888, R² = .789, adjusted R² = .781, S.E. = 2.74, Durbin-Watson = 1.648

**p < .01, *p < .05

จากตารางที่ 9 พบว่า เมื่อพิจารณาจากคะแนนมาตรฐานของตัวแปรแต่ละตัว พบว่าระดับความพิการมีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด (beta = .447) รองลงมา คือ ภาวะโรคร่วม (beta = .310) ภาวะซีมเศร้าและความวิตกกังวล (beta = .251) และ ความเหนื่อยล้า (beta = .155) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปรสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 78.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) เท่ากับ .888 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (S.E.) เท่ากับ 2.74

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเพศ อายุ และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดไม่สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากตารางผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคุณสามารถสร้างสมการทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{y} = 40.279 + 7.403x_1 + 7.336x_2 + .790x_3 + .191x_4$$

\hat{y} = ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

X_1 = ระดับความพิการ

X_2 = ภาวะโรคร่วม

X_3 = ภาวะซีมเศร้าและความวิตกกังวล

X_4 = ความเหนื่อยล้า

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\hat{y}} = .447x_1 + .310x_2 + .251x_3 + .155x_4$$

$Z_{\hat{y}}$ = ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

Z_{x1} = ระดับความพิการ

Z_{x2} = ภาวะโรคร่วม

Z_{x3} = ภาวะซีมเศร้าและความวิตกกังวล

Z_{x4} = ความเหนื่อยล้า

นอกจากนี้ยังสามารถแปลผลการวิจัยได้ดังนี้ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนหากมีความพิการมาก (beta = .447) มีโรคร่วมมาก (beta = .310) มีภาวะซีมเศร้าและความวิตกกังวลมาก (beta = .251) และความเหนื่อยล้ามาก (beta = .155)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจากปัจจัย เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ตีบตัน ครั้งแรก/เป็นซ้ำ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา วิเคราะห์อำนาจทดสอบและการประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power analysis Version 3.1.9.4 กำหนดอำนาจทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพล .15 (Cohen, 1988 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2561; Polit & Beck, 2021) ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Dillman, 2000) รวมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 114 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนตามคุณสมบัติการคัดเลือก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่าง วันที่ 18 สิงหาคม 2566 ถึง วันที่ 12 ตุลาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้นกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ตามเกณฑ์การคัดเลือก ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะโรคร่วม ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความพิการ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะ

ชิมเศร้าและความวิตกกังวล และส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า ได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสอบถามที่ ส่วนที่ 2,3,5 และ 6 เท่ากับ 0.88, 0.99, 1 และ 1 ตามลำดับ ส่วน เครื่องมือส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินมาตรฐาน มีการนำมาใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลายดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วมาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจประสาทวิทยา และประสาทศัลยกรรม สถาบันประสาทวิทยา และนำมาวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของ แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล และแบบสอบถามความเหนื่อยล้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 .88 และ .97 ตามลำดับ ส่วน แบบประเมินภาวะโรคร่วม ใช้วิธีการแบ่งครึ่ง หาค่าความสัมพันธ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน เท่ากับ .89 และแบบประเมินระดับความพิการ ใช้วิธีการหาความเท่าเทียมกันของผู้สังเกต ค่า keppa = .78 และ weighted keppa = .90 โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์เป็นค่าที่ยอมรับได้คือ $\geq .70$ (DeVellis, 2016)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันประสาทวิทยาในวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ 042/2566) โรงพยาบาลตำรวจในวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ Oq064/66) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ COA No. 0869/2023) และได้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม 2566 ถึงเดือนวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับการคัดเลือกจากคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและจากการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ได้รับการปกปิดและไม่มีการเปิดเผยชื่อสกุล ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.10 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 57.85 ปี ($\bar{X} = 57.85$, Median = 59.50, SD = 15.01) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 48.20 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 52.60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คือว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 31.58 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 40.40 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95.60 การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาหรือแฟน คิดเป็นร้อยละ 50.87 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน (Ischemic stroke) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.20 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 89.50 ส่วนใหญ่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 6 เดือน - 1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.60 ส่วนใหญ่ได้รับ/เข้าถึงบริการกายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 88.57 โดยแหล่งที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดส่วนใหญ่คือที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.80 รองลงมาเป็นที่หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 84.21 โดยโรคที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพิการอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.32 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันทำงานได้ตามปกติทุกอย่าง คิดเป็นร้อยละ 23.68 และ มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง คิดเป็นร้อยละ 21.06 ตามลำดับ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 86.40 (SD = 21.56) หมายถึง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 34.46 (SD = 10.39) แสดงว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทางด้านจิตใจ อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านความต้องการทางระบบภาวะสุขภาพและการให้ข้อมูล ด้านความต้องการทางการดูแลและสนับสนุน และด้านความต้องการทางร่างกายและทำกิจวัตรประจำวัน โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 18.10 (SD = 6.95), 15.21 (SD = 5.59) และ 13.47 (SD = 4.75) ตามลำดับ แสดงว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด คือด้าน เพศสัมพันธ์ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.14 (SD =

3.42) แสดงว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทางด้านเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับน้อย

3. ปัจจัยสัมพันธ์

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ระดับความพิการ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .791, .644, .600$ และ $.546$) ตามลำดับ

เพศ และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

4. ปัจจัยทำนาย

ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ระดับความพิการมีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด ($\beta = .447$) รองลงมา คือ ภาวะโรคร่วม ($\beta = .310$) ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ($\beta = .251$) และ ความเหนื่อยล้า ($\beta = .155$) ตามลำดับ โดยตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปรสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 78.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถนำมาสร้างสมการทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนี้

$$Z_{\text{ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน}} = .447_{\text{ระดับความพิการ}} + .310_{\text{ภาวะโรคร่วม}} + .251_{\text{ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล}} + .155_{\text{ความเหนื่อยล้า}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 86.40 (SD = 21.56) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจสูงที่สุด ส่วนด้านความต้องการทางระบบภาวะสุขภาพและการให้ข้อมูล

ด้านความต้องการทางการดูแลและสนับสนุน และด้านความต้องการทางร่างกายและทำกิจวัตรประจำวัน มีระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง และด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย จากผลการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในทุกๆด้าน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1) ด้านจิตใจที่มีความต้องการสูงสุด เมื่อพิจารณาในรายชื่อของด้านนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวในความไม่แน่นอนและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต เนื่องจาก ผู้ป่วยกลัวว่าจะรักษาไม่หาย หรืออาจจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 2 หรือ 3 ได้ตลอดเวลา กลัวว่าหากเกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความพิการ หรือการสูญเสียต่างๆที่อาจตามมาได้ ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยนั้นสูญเสียสภาพลักษณะ ต้องเป็นผู้พึ่งพาคนอื่น เพราะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในตัวเอง สูญเสียพลังอำนาจอนาคตรู้สึกสับสนและไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้สิ้นหวังและหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่างๆ (ฮานี เวาะและ, 2559) รวมไปถึงวิตกกังวลเกี่ยวกับคนใกล้ชิดในขณะที่เจ็บป่วย เช่น ภรรยา หรือลูกๆ อาจเนื่องด้วยการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวและมีสถานภาพสมรสแล้ว และอายุส่วนมากอยู่ในช่วง 50-69 ปี ซึ่งถือว่ายังเป็นวัยทำงานและเตรียมเกษียณ และเกิดมีการเจ็บป่วยกระทันหันจึงทำให้ผู้ป่วยนั้นไม่สามารถรับมือกับผลกระทบต่างๆที่ตามมาได้อย่างเพียงพอ จึงเกิดความกลัวและวิตกกังวลขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Walsh et al. (2015) และ Boter et al. (2004) ที่พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มักพบปัญหาทางด้านอารมณ์ ร้อยละ 53-60 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ความเข้าใจ ต้องการความรักและการปรับทุกข์เพื่อระบายความคับข้องใจ (นงนุช เพ็ชรร่วง และยุพา จิวพัฒนากุล, 2557) ต้องการให้คนในครอบครัว ให้ความและรับฟังปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิด (ภาณุมาศ พิภูล และคณะ, 2562) นอกจากนี้ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Deresse et al., 2015) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์และมีวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ (Pappadis et al., 2019) ดังนั้นจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นยังมีความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก นอกเหนือจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว และอยู่ในช่วงวัยทำงาน ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือน – 1 ปี มากที่สุดซึ่งถือว่ายังเป็นช่วงต้นของการเจ็บป่วยและยังต้องการการสนับสนุนอีกมาก และการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2017) ที่พบว่าผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของความต้องการซึ่งสูงสุดได้แก่ ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 99.4

2) ด้านความต้องการทางระบบภาวะสุขภาพและการให้ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา การจัดการโรคและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่บ้าน ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยบางรายยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แนวทางการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้ อาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา (Kersten et al., 2002; Moreland et al., 2009; Zawawi et al., 2020; Guo et al., 2021) ที่พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการ สาเหตุ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษา ผลข้างเคียงของยา การพยากรณ์ของโรค ข้อมูลเกี่ยวกับการอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินชีวิตต่อหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูจากโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะของแต่ละบุคคล เพราะข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการดูแลรักษา (Hack, Degner & Dyck, 1994,1995) และจะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมของผู้ป่วยได้ (Intamas et al., 2021) ซึ่งจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยยังมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล อาจเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ทำให้การค้นคว้าหาข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูลที่จะสนับสนุนหรือตอบสนองความอยากรู้ หรือความรู้ ในการดูแลตนเองจึงมีค่อนข้างต่ำ (ปชาณภรณ์ นันไทยทวิกุล และคณะ, 2564; Kjörk et al., 2019; Davoody et al., 2016) และการศึกษาของ กฤษฎา จอดนอก และณิตชาธร ภาโนมัย (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.5 เพราะขาดการสนับสนุนทางสังคมจาก เพื่อนบ้าน ครอบครัว และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวดี คชสวัสดิ์ และกรรณิการ์ ตันท์เกยูร (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายกลับบ้านจำนวน 1 ใน 5 ยังคงต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ปอดติดเชื้อ และแผลกดทับ และพบการกลับเป็นซ้ำ (Intamas et al., 2021) เนื่องมาจากการขาดความรู้ (Saengsuwan et al., 2017) และเนื่องด้วยสถานการณ์ covid-19 ทำให้ไม่สามารถรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับ stroke alert and awareness ได้ครอบคลุม รวมถึงสื่อออนไลน์ที่ใช้รณรงค์สามารถเข้าถึงกับประชาชนได้เฉพาะบางกลุ่มเท่านั้น (รัตนา จันทร์แจ่ม, 2566) ผู้ป่วยจึงยังต้องการข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดจากผลกระทบและบรรเทาความทุกข์ใจเมื่อกลับถึงบ้านได้ (White et al., 2014; Atler, 2016; King et al., 2015)

3) ด้านความต้องการทางการดูแลและสนับสนุน พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการให้ทีมผู้ดูแลให้ความสนใจต่อความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นทีมสุขภาพ หรือครอบครัว เนื่องจาก การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน คือการสนับสนุนหรือการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งมีผลอย่างมากในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากนี้

ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีส่วนอย่างมากต่อคุณภาพการดูแล ซึ่งปัจจัยที่สร้างแรงบันดาลใจมากที่สุดในการกระตุ้นให้ผู้รอดชีวิตมีการดูแลตนเอง ตลอดจนการฟื้นฟูร่างกายและการรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่การมีบุคลากรทางการแพทย์ของรัฐอยู่เท่านั้น แต่เป็นการที่มีสมาชิกในครอบครัวและความเข้มแข็งของตัวผู้ป่วยเอง เพราะหากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับกำลังใจจากครอบครัวหรืออยู่คนเดียวจะขาดเรื่องของการดูแลตนเองที่ดี (Intamas et al., 2021) ซึ่งในการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยบางส่วนนั้นอาศัยอยู่คนเดียว หรือ บางส่วนแม้จะอาศัยอยู่กับพ่อแม่ สามี ภรรยา หรือลูกหลาน แต่พบว่าส่วนใหญ่นั้นผู้ร่วมอาศัยจะทำงานไปด้วยและดูแลไปด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับลูกๆ จึงทำให้ผู้ป่วยนั้นยังมีความต้องการในการดูแลและสนับสนุนอยู่ และยังพบอีกว่าผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การสนับสนุนทางการเงินและผลประโยชน์ (Sumathipala et al., 2012) ความต้องการติดตามผลจากเจ้าหน้าที่ (Guo et al., 2021) การช่วยเหลือสนับสนุนให้มีอาชีพ (Miller et al., 2010) ต้องการคนดูแลเรื่องอาหาร ต้องการให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเอายามาให้ มาดูแลสุขภาพที่บ้าน อยากได้เงินช่วยเหลือ ต้องการที่อยู่อาศัย รถเข็น ต้องการให้มีคนพาไปพบแพทย์ (นงนุช เพ็ชรร่วง และยุพา จิวพัฒนามกุล, 2557) ซึ่งจากการศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังมีปัญหาด้านการเงิน การเดินทาง และการทำกายภาพบำบัด ยังคงต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทาง และในการดำเนินชีวิต อาจเนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่หรือบางรายไม่ได้เลยซึ่งคือว่างงาน และยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เนื่องจากไม่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตที่ผู้วิจัยศึกษา และผู้ป่วยร้อยละ 51.76 ยังมีความพิการอยู่มากกว่าหรือเท่ากับระดับ 3 ขึ้นไป ส่งผลให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ และจากผลกระทบต่างๆที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องพบเจอทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล และพยายามปรับตัวต่อการมีข้อจำกัดที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น จากผู้ดูแลครอบครัวรวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและแหล่งสนับสนุนต่างๆ (Lo et al., 2021; อวยพร จงสกุล และคณะ, 2563) เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับผลกระทบภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างปกติสุข

4) ด้านความต้องการทางร่างกายและทำกิจวัตรประจำวัน ความผิดปกติทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหรือทำในสิ่งที่ต้องการได้ และผู้รอดชีวิตจำนวนหนึ่งจะมีความพิการที่เรียกว่า “อัมพาต” หลงเหลืออยู่ ทำให้สูญเสียการทรงตัวตามปกติ การเคลื่อนไหวลำบาก มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้น หรือลดลงทำให้เหยียดแขนลำบาก ผู้ป่วยบางรายจะสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายด้านที่เป็น อัมพาต มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การเคี้ยว การกลืน ซึ่งความพิการที่หลงเหลืออยู่นี้เป็นปัญหาเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต (วิมลรัตน์ภู วรรารุฒิปานิช, 2552) ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงในเวลาต่อมา

(Wu, Chen, Wang, Jiang, Wang & Wen, 2018) ผู้ป่วยจึงมีความต้องการช่วยเหลือสนับสนุนในการทำกายภาพบำบัด อรรถบำบัด กิจกรรมบำบัด รวมถึงการช่วยเหลือเรื่องการเดิน (Kersten et al., 2002; Moreland et al., 2009; Chen et al., 2019; Groeneveld et al., 2018; Guo et al., 2021) อาหารการกิน (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556) การตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า ความจำสามาธิ (Rothwell et al., 2013) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความไว้วางใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Chuang et al., 2007) อาจเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงของร่างกาย อาการเหนื่อยล้าร้อยละ 42.11 และพบว่าร้อยละ 51.76 มีระดับความพิการที่ระดับ 3 ขึ้นไป คือ มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลสนับสนุนทางร่างกายและทำกิจวัตรประจำวัน

5) ด้านเพศสัมพันธ์ พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย จากการศึกษา พบผู้ป่วยเพียงบางรายเท่านั้นที่เปิดเผยเกี่ยวกับปัญหาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เพราะรู้สึกว่าคุณเองมีความพิการเกิดขึ้น ส่งผลให้การเผชิญหน้าทางเพศลดลงและความต้องการทางเพศลดลง สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา (Teasell et al., 2000; Sjögren & Fugl-Meyer, 1982; Sjögren et al., 1983; Korpelainen et al., 1988) ที่พบว่า ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อความสัมพันธ์ในเรื่องเพศสัมพันธ์ ซึ่งคือ ปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศของผู้ป่วยหรือความถี่ของกิจกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป ความซุกในความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ทางเพศเฉลี่ยร้อยละ 5-89 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มีการเปิดเผยข้อมูลมากนัก อาจเนื่องจากในสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทยถือว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผยเป็นประเด็นอ่อนไหว จึงมีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่พูดคุยเรื่องนี้ได้อย่างเปิดเผย และจากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งมีสถานภาพสมรส ร่วมกับในปัจจุบันการประเมินปัญหาเรื่องเพศโดยตรงยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและเปิดเผยมากนัก จึงส่งผลให้ยังมีความต้องการให้ช่วยเหลือในด้านนี้อยู่ถึงแม้จะเป็นในระดับน้อยก็ตาม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจากปัจจัย เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) ระหว่างปัจจัยทำนายกับตัวแปรตาม เท่ากับ .888 โดยมีค่า $R^2 = .789$ และค่า adjusted $R^2 = .781$ โดยปัจจัยแรกที่เข้าสมการทำนาย คือ ระดับความพิการ มีค่า $R^2 \text{ change} = .626$ หมายความว่า ระดับความพิการสามารถอธิบายความแปรปรวนของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 62.6 ภาวะโรคร่วม มีค่า $R^2 \text{ change} = .085$ หมายความว่า ระดับความพิการสามารถอธิบายความแปรปรวนของความต้องการ

การดูแลแบบสนับสนุนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.5 ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีค่า R^2 change = .060 หมายความว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล สามารถอธิบายความแปรปรวนของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.0 ความเหนื่อยล้า มีค่า R^2 change = .018 หมายความว่า ความเหนื่อยล้า สามารถอธิบายความแปรปรวนของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.8

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของคะแนนมาตรฐานของตัวแปรทำนาย พบว่า คะแนนมาตรฐานของระดับความพิการในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .447 หน่วย คะแนนมาตรฐานของภาวะโรคร่วมในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .310 หน่วย คะแนนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .251 หน่วย คะแนนมาตรฐานของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น .155 หน่วย

สำหรับตัวแปร เพศ อายุ และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ไม่สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

2.1 ระดับความพิการกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความพิการสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .447 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพิการอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.32 รองลงมา เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันทำงานได้ตามปกติทุกอย่าง คิดเป็นร้อยละ 23.68 และ มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง คิดเป็นร้อยละ 21.06 ตามลำดับ

อธิบายได้ว่า ความพิการเป็นผลของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ แม้ว่าวิธีการรักษาจะมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องก็ตาม (Benjamin et al., 2019) และเป็นผลกระทบที่พบบ่อยที่สุดคือ ร้อยละ 92 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิต (Boter, Rinkel, de Haan & HESTIA Study Group,

2004) ความพิการในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว ปัญหาการกลืนอาหารและปัสสาวะ แขนขาอ่อนแรงเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ข้อไหล่ นิ้วมือ ข้อเข่าและข้อตะโพกติดแข็ง นิ้วเท้ามีการดิ่งรั้ง ปลายเท้าตก ทำให้ไม่อยากเดิน เพราะเคยสะดุดล้มหลายครั้ง พุดไม่ค่อยชัด กลืนอาหารได้ไม่ค่อยดี มีท้องผูก ปัญหาความสามารถในการรู้คิด (Ward et al., 2014) ความเหนื่อยล้า (Walsh et al., 2015) เพศสัมพันธ์ การมองเห็นผิดปกติ ความรู้สึกและการรับรู้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) ซึ่งความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากไม่เพียงแต่ทำให้พิการทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังขัดขวางชีวิตทางสังคมของผู้ป่วยอย่างมากอีกด้วย (Sreedharan et al., 2013) รวมถึงส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) (Tiwari, Joshi, Rai & Satpathy, 2021) ด้านจิตใจ และปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาอีกด้วย เนื่องจากต้องใช้การรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) เพราะความพิการนั้นเป็นผลที่ตามมาอย่างถาวร ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตอาจลดลงอย่างมากในเวลาต่อมา (Tsalta-Mladenov & Andonova, 2021; Zhou et al., 2020) ซึ่งทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น (จันทร์จิรา สีสว่าง และนงนภัทร รุ่งเนย, 2559) และอาจด้วยการศึกษาในครั้งนี้อยู่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 51.76 มีระดับความพิการ 3 คะแนนขึ้นไป คือมีความปกติพอควรและเริ่มต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ซึ่งถือว่ามีภาวะพึ่งพาเป็นส่วนใหญ่ ร่วมกับร้อยละ 50 ของการศึกษาในครั้งนี้เป็นวัยผู้สูงอายุซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูจากความพิการค่อนข้างยากเพราะด้วยความเสื่อมตามวัย และโรคร่วมต่างๆที่เป็น รวมถึงการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในช่วง 6 เดือน- 2 ปี ซึ่งถือว่าเลยเวลาทองหรือช่วง golden period ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปแล้วและเข้าสู่ ระยะทรงตัว ซึ่งคือระยะที่ผู้ป่วยพ้นจากระยะฟื้นตัวไปแล้วโดยทั่วไปผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการฟื้นฟูที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงแรกภายหลังจากที่ล้มป่วยใหม่ๆ แต่ในทางตรงกันข้าม หากสมรรถนะใดไม่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้ในช่วงนี้ ก็มีโอกาสูงที่อาการบกพร่องพิการนั้นจะเหลือติดตัวไปตลอดชีวิต ระยะทรงตัวจึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะต้องทำการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้สูญเสีย สมรรถนะที่ฟื้นฟูมาได้แล้วนั้นไปอีก เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ที่บ้าน จึงยังต้องทำการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน หรือที่สถานพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อรักษาสมรรถภาพนั้นๆ ให้คงอยู่ตลอดไป ซึ่งในระยะนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) เพื่อให้สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน เกิดกระบวนการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2562) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติมากที่สุด

ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมากยิ่งต้องการการดูแลสนับสนุนมากตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tamrat et al. (2022) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับความพิการตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปหรือ (mRS ช่วง 3-5 คะแนน) มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนประมาณ 26.4 เท่าของผู้ไม่พิการหรือพิการน้อย (Adjusted OR = 26.4; 95% CI: 8.61-80.92, $p < 0.0001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lehnerer et al. (2019) พบว่าระดับความพิการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความต้องการการดูแลสนับสนุนทางจิตสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ McKeivitt et al. (2011) ที่พบว่า ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในระดับที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีความพิการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Andrew et al. (2014) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน คือผู้ที่มีระดับความพิการที่มากขึ้น (IRR= 1.51; 95% CI: 1.33-1.71, $p < 0.001$)

2.2 ภาวะโรคร่วมกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะโรคร่วมสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .310 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 84.21 ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้ มีโรคร่วมน้อย จำนวน 1-2 โรค คิดเป็นร้อยละ 67.55 รองลงมา พบมีโรคร่วมปานกลางจำนวน 3-4 โรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 14.91 และร้อยละ 1.75 พบว่ามีจำนวนโรคร่วมมาก ตามลำดับ

อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีภาวะโรคร่วมหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอยู่และไม่ใช่โรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะหรือหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคร่วมต่าง ๆ นี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นตัวได้ช้ากว่าปกติและการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายจะต่ำกว่าความน่าจะเป็น (Appelros et al., 2021; Simić-Panić et al., 2018) ยิ่งไปกว่านั้น โรคร่วมยังสัมพันธ์กับความเสื่อมของสภาวะการทำงานที่เมื่อเวลาผ่านไป รวมถึงส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอีกด้วย (Tomasević-Todorović et al., 2016; กนิษฐา ตัญญา และคณะ, 2560) และอาจด้วยการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 84.21 คือเกือบร้อยละ 100 มีโรคเรื้อรัง ซึ่งพบได้ตั้งแต่ 1 โรคจนถึง 5 โรคในผู้ป่วย 1 ราย และต้องได้รับการรักษา ดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอายุที่มากขึ้นและมีภาวะโรคร่วมด้วยจะส่งผลเสียต่อสถานะการทำงานของร่างกายและการฟื้นตัวหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการมีโรคร่วมยังสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีกด้วย ซึ่งกลุ่ม

ตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า มีโรคร่วมพบสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยอายุที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นประมาณหนึ่งเท่า (Weimar et al., 2009) และหากเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร่วมกับมีประวัติโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าครึ่ง แต่หากมีประวัติโรคเบาหวานร่วมจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้มากถึงสองเท่า (Aarnio et al., 2014) ถ้าผู้ป่วยมีประวัติเป็นหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ 1.82 เท่า (AOR= 1.82, 95%CI: 1.21-2.72) (ปิยะนันท์ เต็มพร้อม และคณะ, 2564) และถ้าหากมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสัดส่วนในการ ทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองสูงประมาณหนึ่งเท่าครึ่ง (Sage et al., 1983) ดังนั้น การดูแลสนับสนุนจากทีมสุขภาพจึงจำเป็นและสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารที่ ถูกต้อง เหมาะสม และเอื้อต่อการเข้าถึงของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง ญาติ และ ประชาชนทั่วไปในการเฝ้าระวังได้อย่างดีอีกด้วย

ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนโรคร่วมมากขึ้นก็จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการ ดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้นเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tamrat et al. (2022) ที่ พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะมีความ ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากกว่าผู้รอดชีวิตที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 4.59 เท่า (Adjusted OR= 4.59; 95%CI 2.61-8.07, $p < 0.0001$) และผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคหัวใจ ร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคหัวใจ 1.94 เท่า (Adjusted OR =1.94; 95% CI: 1.19-3.82, $p = 0.04$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ullberg et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะและโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการ การฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะและโรคเบาหวาน 1.19 เท่า (OR=1.19; CI: 1.12–1.27, $p < 0.0001$) และ และ 1.24 เท่า (OR=1.24; CI: 1.15–1.32, $p < 0.0001$) ตามลำดับ

2.3 ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่ รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลสามารถทำนายความต้องการการดูแล แบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .251 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 49.12 และ 53.51 รองลงมาพบว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ถึงเป็นความผิดปกติทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 42.98 และ 42.11 และมีความวิตกกังวลและ

ภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 7.90 และ 4.38 ตามลำดับและหากพิจารณาตามร้อยละของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 50.88 และ 46.49 ตามลำดับ

อธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน เป็นผลจากความบกพร่องของระบบประสาท คือการที่มี sudden loss ของ blood supply ในสมองทำให้เกิด permanent tissue damage ซึ่งมีสาเหตุมาจาก thrombotic, embolic หรือ hemorrhage และการที่สมองบางส่วนถูกทำลายนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานต่างๆ ในสมองและเกิดอาการหรือความผิดปกติตามมาได้ หนึ่งในนั้นคือ ภาวะจิตเวชจากความผิดปกติของระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมอง (Neuropsychiatric disorders with cerebrovascular disease) ซึ่งมีอาการและอาการแสดงมากมาย เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอื่นๆอีกมากมาย (Robinson & Jorge, 2016) โดยภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลนี้ จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ (Kirkevold et al., 2018; พรชัย จุลเมตต์, 2565) รวมถึงผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกหดหู่ แยกตัว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง อยากตาย และแสดงพฤติกรรมหรืออารมณ์ออกมาในรูปแบบต่างๆ ซึ่งอาจเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงได้ (ดารุจ อนิวรรณพนธ์, 2561; Wright et al., 2017) ร่วมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกายมากถึงร้อยละ 51.76 ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่น และผลจากการพึ่งพาผู้อื่นนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้ป่วยจึงอาจเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าตามมาได้ การปรับตัวกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปจึงทำได้ยาก (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) จึงเกิดปัญหาการพึ่งพาเพราะผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และด้วยการศึกษาในครั้งนี้ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 50.88 และ 46.49 ตามลำดับซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูงของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลนี้อาจกินเวลายาวนานตั้งแต่หลายเดือนจนถึงหลายปี (ดารุจ อนิวรรณพนธ์, 2561; Wright et al., 2017; Ayerbe et al., 2013; พรชัย จุลเมตต์, 2565) โดยการบรรเทา หรือรักษาภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลนี้สามารถทำได้หลายวิธี มีทั้งการใช้ยา และไม่ใช้ยา (พรชัย จุลเมตต์, 2565) โดยทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยานั้นล้วนอาศัยความเชี่ยวชาญของทีมสุขภาพ และทีมผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจทั้งสิ้น และถึงแม้จะมีการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในปัจจุบัน แต่ปัญหานี้ก็ยังไม่หมดไป เพราะเนื่องจากสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการได้รับบาดเจ็บของสมองในส่วนที่ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกนั้นๆ และอาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกถึงร้อยละ 89.5 ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการมี

ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นซ้ำเพราะยังไม่เคยผ่านการปรับตัวและประสบการณ์มาก่อน ผู้ป่วยจึงต้องการได้รับการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และหายจากอาการดังกล่าวได้

ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากขึ้นก็จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้นเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Olaiya et al. (2017) ที่พบว่า หากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้น (IRR= 1.61; 95% CI 1.23–2.10; $p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Heiberg et al. (2021) ที่พบว่า ความวิตกกังวลที่มากขึ้นสัมพันธ์กับความต้องการการบำบัดฟื้นฟูทั้งหมดที่เสนอโดยนักกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัดประมาณ 0.36 เท่าของผู้ไม่มีความวิตกกังวล (OR=0.36; $p < 0.05$) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันที่พยาบาลหรือผู้ช่วยด้านสุขภาพจัดให้ประมาณ 0.31 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (OR=0.31; $p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ op Reimer et al. (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทางอารมณ์ จะมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจประมาณ 3.8 เท่าของผู้ไม่มีความทุกข์ทางอารมณ์ (OR=3.8; $p \leq 0.01$)

2.4 ความเหนื่อยล้ากับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า ความเหนื่อยล้าสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .155 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ไม่มีความเหนื่อยล้า คิดเป็นร้อยละ 57.89 และมีความเหนื่อยล้าคิดเป็นร้อยละ 42.11

อธิบายได้ว่า เนื่องจากความเหนื่อยล้าภายหลังโรคหลอดเลือดสมองคือการขาดพลังงานทางด้านร่างกายหรือจิตใจ (Lynch et al., 2007; Wu et al., 2015) ซึ่งมีลักษณะของการขาดพลังงานที่มากเกินไป เรื้อรัง และต่อเนื่อง (De Groot et al., 2003; Choi-Kwon & Kim, 2011; Falconer et al., 2010) หรืออาจเรียกได้ว่าผู้ป่วย “รู้สึกเหนื่อยล้าหรือเหนื่อยล้าอย่างท่วมท้น” ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการออกแรง และโดยทั่วไปจะไม่ดีขึ้นเมื่อพักผ่อน (De Groot et al., 2003) ซึ่งอาการเหนื่อยล้านี้ถือเป็นหนึ่งในอาการที่แย่ที่สุดของผู้ป่วย (Ingles et al., 1999; Naess et al., 2012; van Eijnsden et al., 2012; Vuletić et al., 2011; van der Werf et al., 2001) เพราะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ กิจกรรมทางกาย สังคม ครอบครัวของผู้ป่วย (Gramigna et al., 2007) กิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Lynch et al., 2007) การฟื้นตัวของผู้ป่วย (Winward et al., 2009) คุณภาพชีวิต (QoL) และโอกาสที่ผู้ป่วยกลับมาทำงานอีกด้วย (Staub & Bogousslavsky, 2001) ซึ่ง

จากการศึกษาของ (White et al., 2012; Flinn & Stube, 2010) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และไม่เข้าใจว่าทำไมจึงรู้สึกเหนื่อยล้า (Choi-Kwon et al., 2005) ซึ่งนำไปสู่ความยากลำบากในการรับมือกับความเหนื่อยล้า ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกผิด และความภาคภูมิใจในตนเองจะลดลง (White et al., 2012) และความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการทำกายภาพบำบัด (Cumming et al., 2011) ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ซึ่งระดับความเหนื่อยล้าจะลดลงในช่วง 3 เดือนแรกนับจากออกจากโรงพยาบาล (Christensen et al., 2008) แต่ยังมีพบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าร้อยละ 50 ยังคงมีความเหนื่อยล้าในช่วง 6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Hawkins et al., 2017) และอาจนานไปจนถึง 6 ปี (Elf et al., 2016) และอาจเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 6 เดือน- 2 ปี ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่อัตราการเกิดอาการเหนื่อยล้าค่อนข้างสูง ร่วมกับปัจจุบันการรักษาอาการเหนื่อยล้ายังไม่มีการใช้ยาที่ชัดเจน และส่วนใหญ่จะเน้นการให้คำแนะนำร่วมกับการทำกายภาพต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมสุขภาพต่ออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น

ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้ามากขึ้นก็จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้นเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dulhanty et al. (2020) ที่พบว่า หากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหนื่อยล้าจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ van de Port et al. (2007) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าประมาณ 3.80 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีความเหนื่อยล้า (OR=3.80; 95% CI: 1.49–9.71, p = 0.005) และการศึกษาของ Andrew et al. (2014) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วย ในด้านสุขภาพ ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการทำงาน ด้านการพักผ่อน ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการเงิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาความเหนื่อยล้า (IRR=1.64; 95% CI: 1.36- 2.0)

2.5 อายุกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา ถึงแม้ว่าตัวแปร อายุ จะมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ค่านวนโดยใช้ อายุ (อายุจริง) ได้เท่ากับ -.205 และอายุ (ช่วงอายุ) เท่ากับ -.199 แล้วก็ตาม แต่กลับพบว่าไม่สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

อธิบายได้ว่า เนื่องจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเรื่องกะทันหัน และไม่คาดคิดมาก่อน ทำให้ผู้รอดชีวิตที่รอดชีวิตจะพยายามหาแนวทางหรือทำทุกวิถีทางให้ตัวเองนั้นหายเร็วที่สุด จึง

เห็นได้ว่าไม่ว่าอายุมากหรือน้อยก็จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่ไม่แตกต่างกัน และอาจเนื่องอายุในการศึกษาครั้งนี้ อายุผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 57.85 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ และเป็นบุคคลที่มีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการตัดสินใจได้เอง มีการเรียนรู้ที่จะแสวงหาข้อมูลและเรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมา เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัว และอยู่รอดต่อไปได้ ร่วมกับการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อาศัยอยู่ด้วยกันพ่อแม่ ลูก ซึ่งจากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลสนับสนุนจากครอบครัวไม่มากนักน้อย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 68.42 แม้อาจมีรายได้ที่แตกต่างกันไปตามอาชีพ แต่ก็ค่อนข้างเพียงพอต่อการใช้ชีวิตเป็นส่วนใหญ่ รวมถึงสิทธิการรักษาของคนไทยในปัจจุบันที่ครอบคลุมและให้การรักษาอยู่บนความมาตรฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 40.40 รองลงมาเป็นสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจร้อยละ 34.00 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่องในทุกๆรายอย่างทั่วถึง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีความต้องการการสนับสนุนที่ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น ผู้ป่วยอายุน้อยหรือมากก็ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่ไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McKevitt et al. (2011) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และขัดแย้งกับการศึกษาของ Olaiya et al. (2017) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการที่น้อยลง ได้แก่ ความสูงอายุ/อายุที่เพิ่มมากขึ้น (IRR= 0.62; 95% CI 0.50–0.77, $p < 0.05$) และการศึกษาของ Li et al. (2017) ที่พบว่า ความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุ โดยผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 65 ปีมีความต้องการการดูแลสนับสนุนที่สูงกว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ($r = -0.255$, $p < 0.01$)

2.6 เพศกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า เพศไม่สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.10 และเพศหญิงร้อยละ 43.90

อธิบายได้ว่า เนื่องด้วยประเทศไทยมีความก้าวหน้าและตอบรับกับสถานการณ์ในปัจจุบันอย่างรวดเร็ว มีพระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 ที่ระบุความหมายของการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศอย่างชัดเจน ครอบคลุมถึงบุคคลที่มีการแสดงออกที่แตกต่างจากเพศโดยกำเนิด (มาตรา 3) และได้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2558 สังคมไทยในปัจจุบันจึงให้ความสำคัญกับเพศชายและหญิงเท่าเทียมกัน (รัชดา ไชยคุปต์, 2562) โดยจากรายงาน Global gender gap report ปี ค.ศ. 2021 พบว่า ดัชนีความก้าวหน้าการลดช่องว่างระหว่างเพศของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 70.9 ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยโลกที่ร้อยละ 68.1 โดยประเทศไทยประสบความสำเร็จ

ในการสร้างความเท่าเทียมทางเพศในมิติด้านการศึกษาร้อยละ 97.9 ด้านสุขภาพ ร้อยละ 97.8 ตามมาด้วยมิติด้านโอกาสทางเศรษฐกิจร้อยละ 79.5 ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิง มีการประกอบอาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสที่ไม่แตกต่างกัน รวมถึงการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยที่เอื้อให้ทุกเพศไม่มีความแตกต่างกัน จึงส่งผลทำให้ทุกเพศได้รับการดูแลสนับสนุนที่เท่าเทียมกันทุกเพศจึงมีความต้องการในการดูแลแบบสนับสนุนที่ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น เพศชายหรือหญิงก็มีความต้องการสนับสนุนที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McKevitt et al. (2011) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ขัดแย้งกับการศึกษาของ Zawawi et al. (2020) ที่พบว่าเพศหญิงมีความต้องการการดูแลมากกว่าเพศชาย

2.7 การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดร่วมกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา พบว่า การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดไม่สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่ ได้รับหรือเข้าถึงการทำกายภาพบำบัด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 88.57

อธิบายได้ว่า เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงการทำกายภาพบำบัดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 88.57 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 11.43 โดยสาเหตุในกลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัดนั้น เนื่องจาก ไม่ชอบเพราะปวด/ทำไม่ไหว ขาดคนพาไปทำ ไม่ได้ทำต่อเนื่องจากติดช่วงโควิดยาว และรู้สึกว่าการทำแล้วไม่หาย จึงไม่อยากทำต่อ ถือว่าเป็นจำนวนที่น้อยมากซึ่งสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วยเป็นหลัก และด้วยปัจจุบันระบบสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งการทำกายภาพบำบัดนั้นเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงเห็นได้ว่าการเข้าถึงหรือได้รับการทำกายภาพบำบัดนั้นค่อนข้างจะครอบคลุม ร่วมกับปัจจุบันมีการสอนแนะนำให้ผู้ป่วยและ หรือผู้ดูแลในการทำกายภาพที่บ้านด้วย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญต่อการทำกายภาพบำบัดอย่างมาก เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยนั้นมีการฟื้นตัวที่ดีขึ้นได้ และมีการสนับสนุนการดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเข้มแข็งและสงบมากขึ้น (วัฒนีย์ ปานจินดา และพุทธวรรณ ชูเชิด , 2559) และในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในโรงพยาบาลรัฐบาล ตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเขตที่มีการเอื้อการเข้าถึงกายภาพบำบัดหรือข้อมูลต่างๆได้มากกว่าในแถบชนบทส่งผลให้มีความต้องการที่น้อยลง รวมถึงระดับความพิการของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.24 ถือว่าไม่มีความพิการจนถึงมีความพิการเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยจึงสามารถทำกายภาพเองได้ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่อีกด้วย ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Tamrat et al. (2022) ที่พบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้บริการกายภาพบำบัดมีโอกาสที่จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้บริการกายภาพบำบัด 2.85 เท่า (Adjusted OR = 2.85; 95% CI: 1.63-4.99, $p < 0.0001$)

จึงสามารถสรุปได้ว่า การดูแลแบบสนับสนุนเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมเพื่ออธิบายถึงความช่วยเหลือทั้งหมดที่ผู้ป่วยอาจต้องการนอกเหนือจากการรักษาทางการแพทย์ การผ่าตัด หรืออื่นๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้แต่ละคนรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อคืนความเป็นอิสระ ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและความเป็นอยู่ที่ดี โดยการร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่ได้ ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำผลการวิจัยใช้เพื่อการปฏิบัติพยาบาล ดังนี้

1. ระดับความพิการ มีความสัมพันธ์และยังเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น บทบาทพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์และยังเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น บทบาทพยาบาลควรส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทานยา และการนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
3. ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์และยังเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น บทบาทพยาบาลควรมีการประเมิน ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม ทันสมัย และควรประเมินเป็นระยะๆ ในทุกๆ ครั้งที่มีการนัดติดตามอาการ และให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับของ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลนั้นๆ
4. ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์และยังเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น บทบาทพยาบาลควรมีการประเมินความเหนื่อยล้าด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ และบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับพยาธิสภาพตลอดจนการจัดการความเหนื่อยล้า ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลให้ความเหนื่อยล้าลดลง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่มีความตรงกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาจากปัจจัย ได้แก่ ระดับความพิการ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า

2. ควรมีการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่เขตพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลหรือเขตชนบท ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์เพื่อข้อมูลที่มีความชัดเจนมากขึ้น และควรศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนแยกในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในความต้องการของอายุต่อไป



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กณิฐา ต้อยตา, พัชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2560). ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31, 27-42.
- กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน. (2566). *สถิติสาธารณสุข 2566*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2566, จาก https://ddcmoph.go.th/brc/news.php?news=37914&deptcode=brc&news_views=4675
- กฤษฎา จอดนอก และณิตชาธร ภาโนมัย. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 13(2), 38-55.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)*. สมุทรสาคร: บริษัท บอรรน ทู บี พับลิชชิง จำกัด.
- กอบกุล สวางค์ต้อย, ณัฐริรา วงศ์อ้ายตาล, พรรณรวิฑาริยะ, พัชรินทร์พันธ์ ยาวิไชย, ดวงพร ธรรมบุญเป็ง, พิศมัย ปันพอง และยุทิน สุวรรณรินทร์. (2559). รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่การปฏิบัติเขตพื้นที่อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 3(2), 50-61.
- กาญจนศรี สิงห์ภู, สมศักดิ์ เทียมเก่า, สุกานดา อริยานุชิตกุล, ศศิธร แสงพงศานนท์, สุพจน์ คำสะอาด, อรทัย เล็กบุญญาสิน และยมนา สุมมาตย์. (2552). ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24(1), 54-59.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง*. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 1-33). กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542*. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- ชุติมา ฉันทมิตรโอบาส, ดารัสนี โปธารส และพิชญาภา พิชะยะ. (2565). ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(2), 25-39.

- ณัฐนิช เกศรินหอมหวาน และอรุณี รัตนนิเทศก์. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 32(1-3), 63-74.
- दारुจ อนิวรรตณพงศ์. (2561). ภาวะซีมีเศร่าหลังโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 383-418.
- นงนุช เพ็ชรร่วง และยุพา จิวพัฒนากุล. (2557). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(4), 37-45.
- นันทิยา แสงทรงฤทธิ์. (2555). การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในสมองภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 5(1), 9-18.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2552). *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2556). Stroke: An overview. ใน รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, อธิสร พูลเกษม, กนกวรรณ บุญญพิสิฐ, และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (บรรณาธิการ). *ตำราประสาทวิทยาคลินิก*. (หน้า 142-148). กรุงเทพฯ: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
- นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(3), 15-29.
- นุชยงค์ เขียวพานนท์, ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, แคทลีน โปเทมปา และรัตนาวดี ขอนตะวัน. (2561). การวิเคราะห์สถานการณ์: การดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยชุมชนและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดูแล. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(4), 372-385.
- บรรณชารรณ หิรัญเคราะห์. (2560). การพัฒนาระบบบริการในการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสหสาขาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี*, 36-45.
- ปชาณัฐ นันทไทยวิกุล, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, ปัทมา พิระพันธ์, จารุณี ลาบามา และเพ็ญโพยม สาคร. (2564). ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(2), 169-177.
- ปรารณา ฉั่วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย & ทศพร คำผลศิริ. (2556). อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งล่าไส้ใหญ่และทวารหนัก. *วารสารพยาบาลสาร*, 40(3), 62-74.

- ผุสดี ก่อเจติย์, พันนิภา นวลอนันต์, เพ็ญพรรณ จงจิรวงศา, สุภา ธนวังศรี และอมร กัลยพฤกษ์. (2565). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน. *หัวหินเวชสาร*, 2(2).
- พรชัย จุลเมตต์. (2565). *การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. เชียงใหม่: หกจ.วนิดาการพิมพ์.
- พรเทพ มิ่งมาลัยรักษ์. (2560). *อาการและวิธีการรักษา “STROKE” หรือโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2565 จาก : <https://www.sikarin.com/doctor-articles/อาการและวิธีการรักษา-stroke>.
- พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา ริวทอง, พรทิพย์พา ธิมายอม และพรพิมล วิเชียรไพศาส. (2559). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- พิชามญชุ์ สุวรรณฉัตร, ภัทรรัตน์ ปานสุวรรณจิตร และวิชุดา จิรพรเจริญ. (2564). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในการเพิ่มความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 17(2), 78-90.
- ภาณุมาศ พิกุล, วันลภ ดิขสุวรรณ และเกศทิพย์ บัวแก้ว. (2562). การประเมินความจำเป็นด้านบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัชฎา อำเภอรัชฎา จังหวัดตรัง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 12(1), 183-192.
- รศศุคนธ์ เจืออุปลัมย์. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รัชดา ไชยคุปต์. (2562). *รู้จักและเข้าใจความเสมอภาคทางเพศ*. สืบค้นวันที่ 29 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://www.chula.ac.th/cuinside/23302/>
- รัตนพร สายตรี, ปุณญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช. (2562). ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(2), 1-13.
- รับพร ทักษิณวารจารย์. (2021). *โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ต้นเหตุ อัมพฤกษ์ อัมพาต*. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 จาก :<https://www.pram9.com/stroke-symptoms/>
- วชิราภรณ์ โนราช. (2553) *ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลด้านกาย จิต และสังคม จากทีมเยี่ยมโรงพยาบาลแม่ข่าย*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่:เชียงใหม่. DOI: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/CMU.the.2010.655

- วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน และรัชณี นามจันทร์. (2561). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13 ปี การศึกษา 2561. หน้า 3180-3191.
- วรรณวดี คชสวัสดิ์ และกรรณิการ์ ตันท์เกยูร. (2560). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากจำหน่าย: บทบาทพยาบาลเยี่ยมบ้านใน: วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และศรีธญา โมสิตะมงคล. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: สมรรถนะของพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง, หน้า 267-282.*
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. (2558). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง (stroke rehabilitation)*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- วัฒน์ยี่ ปานจินดา และพุทธวรรณ ชูเชิด. (2559). *การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 5(2), 70-78.*
- วารุณี เรืองมี และ เนตรนภา คู่พันธ์วี. (2559). *สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลเขาย่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 27(3), 64-72.*
- วิชัย เอกพลากร. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ: เอ็น พีเพรส.
- วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจรีา จันทร์หอม และเสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2565). *การพัฒนารูปแบบการบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(2), 119-132.*
- ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2561). *สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 11(2), 26-39.*
- สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย และองุ่น บุตรบ้านเขวา. (2560). *การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 14(3), 100-113.*
- สถาบันประสาทวิทยา. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

- สถาบันประสาทวิทยา. (2559). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สมเกียรติ เหมตะศิลาปะ. 2548. *การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : อารมณ์และจิตใจ* กรุงเทพฯ: อัลตรา พรีนติ้ง, หน้า 48-51
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2564). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 37(4), 54-60.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://hrdo.org/wp-content/uploads/2019/10/รายงานฉบับสมบูรณ์-การประเมินระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง.pdf>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อรุณเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- อริยาพร จันทราสินธุ์. (2560). *การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครนายก*. (สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- อวยพร จงสกุล, ศิริพร สีสันต์, ภัฏญา เลียนเครือ และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2563). รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลพลพหลพยุหเสนา. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(3), 454-471.
- อวยพร สวัสดิ์. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดม สุทธิพนไพศาล. (2020). *โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 จาก : <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/stroke>
- ธานี เวาะและ. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

ภาษาอังกฤษ

- Abrahamson, V., & Wilson, P. M. (2019). How unmet are unmet needs post-stroke? A policy analysis of the six-month review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-9.
- 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), 9049-12.
- Aho, K., Harmsen, P., Hatano, S., Marquardsen, J., Smirnov, V. E., & Strasser, T. (1980). Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bulletin of the World Health Organization*, 58(1), 113.
- American Heart Association. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 44(7), 2064-2089.
- American Heart Association. (2022). *Hemorrhagic Stroke (Bleeds)*. Retrieved December 14, 2022, From: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke/hemorrhagic-strokes> Bleeds.
- American Stroke Association. (2021). *Stroke Symptoms*. Retrieved December 14, 2022, Form: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms>.
- Anderson R. The aftermath of stroke. (1992). The experience of patients and their families. Cambridge University Press.
- Andrew, N. E., Kilkenny, M., Naylor, R., Purvis, T., Lator, E., Moloczij, N., Cadilhac, D. A., & National Stroke Foundation (2014). Understanding long-term unmet needs in Australian survivors of stroke. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*, 9 Suppl A100, 106–112.
- Atler K. (2016). The experiences of everyday activities post-stroke. *Disability and rehabilitation*, 38(8), 781–788. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1061603>
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D., & Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 14-21.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1997). *Cognitive Therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., ... & American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2019). Heart disease and stroke statistics—2019 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, *139*(10), e56-e528.
- 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
- Bonita, R., & Beaglehole, R. (1988). Recovery of motor function after stroke. *Stroke*, *19*(12), 1497-1500.
- Boter, H., Rinkel, G. J., de Haan, R. J., & HESTIA Study Group (2004). Outreach nurse support after stroke: a descriptive study on patients' and carers' needs, and applied nursing interventions. *Clinical rehabilitation*, *18*(2), 156–163. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr713oa>
- Boyes, A., Girgis, A. & Lecathelinais, C. (2009). Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS - SF34). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *15*, 602 - 606.
- Browne, G. B., Arpin, K., Corey, P., Fitch, M., & Gafni, A. (1990). Individual correlates of health service utilization and the cost of poor adjustment to chronic illness. *Medical care*, 43-58.
- Brunborg, B., & Ytrehus, S. (2014). Sense of well-being 10 years after stroke. *Journal of clinical nursing*, *23*(7-8), 1055–1063. <https://doi.org/10.1111/jocn.12324>
- Capuron, L., & Miller, A. H. (2004). Cytokines and psychopathology: lessons from interferon- α . *Biological psychiatry*, *56*(11), 819-824.
- Capuron, L., & Miller, A. H. (2011). Immune system to brain signaling: neuropsychopharmacological implications. *Pharmacology & therapeutics*, *130*(2), 226-238.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2022). *Stroke facts*. Retrieved December 12, 2022, from <https://www.cdc.gov/stroke/facts.htm>.

- Chaudhuri, A., & Behan, P. O. (2004). Fatigue in neurological disorders. *The lancet*, *363*(9413), 978-988.
- Chen, H., Zhou, Z., Li, Z., Liang, S., Zhou, J., Zou, G., & Zhou, S. (2022). Time trends in the burden of stroke and subtypes attributable to PM_{2.5} in China from 1990 to 2019. *Frontiers in Public Health*, *10*, 1026870.
- Chen, Y., Abel, K. T., Janecek, J. T., Chen, Y., Zheng, K., & Cramer, S. C. (2019). Home-based technologies for stroke rehabilitation: A systematic review. *International journal of medical informatics*, *123*, 11–22.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.12.001>
- Choi-Kwon, S., & Kim, J. S. (2011). Poststroke fatigue: an emerging, critical issue in stroke medicine. *International journal of stroke*, *6*(4), 328-336.
- Choi-Kwon, S., Han, S. W., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Poststroke fatigue: characteristics and related factors. *Cerebrovascular Diseases*, *19*(2), 84-90.
- Christensen, D., Johnsen, S. P., Watt, T., Harder, I., Kirkevold, M., & Andersen, G. (2008). Dimensions of post-stroke fatigue: a two-year follow-up study. *Cerebrovascular Diseases*, *26*(2), 134-141.
- Chuang, K. Y., Wu, S. C., Dai, Y. T., & Ma, A. H. (2007). Post-hospital care of stroke patients in Taipei: use of services and policy implications. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, *82*(1), 28–36.
- Cochrane, A., Woods, S., Dunne, S., & Gallagher, P. (2022). Unmet supportive care needs associated with quality of life for people with lung cancer: A systematic review of the evidence 2007–2020. *European Journal of Cancer Care*, *31*(1), e13525.
- Cumming, T. B., Thrift, A. G., Collier, J. M., Churilov, L., Dewey, H. M., Donnan, G. A., & Bernhardt, J. (2011). Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: further results from the phase II AVERT randomized controlled trial. *Stroke*, *42*(1), 153-158.
- Davison, B. J., Degner, L. F., & Morgan, T. R. (1995, October). Information and decision-making preferences of men with prostate cancer. *In Oncology nursing forum*, *22*(9), pp. 1401-1408.

- Davoody, N., Koch, S., Krakau, I., & Hägglund, M. (2016). Post-discharge stroke patients' information needs as input to proposing patient-centred eHealth services. *BMC medical informatics and decision making*, *16*, 66.
- De Groot, M. H., Phillips, S. J., & Eskes, G. A. (2003). Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: implications for stroke rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *84*(11), 1714-1720.
- Deresse, B., & Shaweno, D. (2015). Epidemiology and in-hospital outcome of stroke in South Ethiopia. *Journal of the neurological sciences*, *355*(1-2), 138–142.
<https://doi.org/10.1016/j.jns.2015.06.001>
- Dulhanty, L. H., Hulme, S., Vail, A., Patel, H. C., & Tyson, S. F. (2020). The self-reported needs of patients following subarachnoid hemorrhage (SAH). *Disability and rehabilitation*, *42*(24), 3450–3456.
- 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), e0161942.
- European Society of Cardiology. (2019). *Air pollution causes 8.8 million extra early deaths a year*. *ScienceDaily*. Retrieved November 29, 2023 From www.sciencedaily.com/releases/2019/03/190312075933.htm
- Falconer, M., Walsh, S., & Harbison, J. A. (2010). Estimated prevalence of fatigue following stroke and transient ischemic attack is dependent on terminology used and patient gender. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *19*(6), 431-434.
- 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>
- Feigin, V. L., Norrving, B., & Mensah, G. A. (2017). Global Burden of Stroke. *Circulation research*, *120*(3), 439–448. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>
- Fischer, C., Dolbeault, S., Sultan, S., & Brédart, A. (2014). Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psycho-oncology*, *23*(4), 361-374.

- 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>
- Flinn, N. A., & Stube, J. E. (2010). Post-stroke fatigue: qualitative study of three focus groups. *Occupational therapy international*, 17(2), 81-91.
- Giaquinto, S., Sarno, S., Dall'Armi, V., & Spiridigliozzi, C. (2010). Religious and spiritual beliefs in stroke rehabilitation. *Clinical and Experimental Hypertension*, 32(6), 329-334.
- Gramigna, S., Schlupe, M., Staub, F., Bruggimann, L., Simioni, S., Bogouslavsky, J., & Annoni, J. M. (2007). Fatigue in neurological disease: different patterns in stroke and multiple sclerosis. *Revue neurologique*, 163(3), 341-348.
- Groeneveld, I. F., Arwert, H. J., Goossens, P. H., & Vliet Vlieland, T. P. M. (2018). The Longer-term Unmet Needs after Stroke Questionnaire: Cross-Cultural Adaptation, Reliability, and Concurrent Validity in a Dutch Population. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 27(1), 267–275.
<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.08.043>
- Guo, Y., Zhang, Z., Lin, B., Mei, Y., Liu, Q., Zhang, L., Wang, W., Li, Y., & Fu, Z. (2021). The Unmet Needs of Community-Dwelling Stroke Survivors: A Systematic Review of Qualitative Studies. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 2140.
- Hack, T. F., Degner, I. F., Dyck, D. G. (1994). Relationship between preferences for decisional control and illness information among women with breast cancer: A quantitative study and qualitative analysis. *Social Science and Medicine*, 39(2), 279–289.
- Harrison, M., Ryan, T., Gardiner, C., & Jones, A. (2017). Psychological and emotional needs, assessment, and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study. *Topics in stroke rehabilitation*, 24(2), 119–125.
<https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1196908>

- Hawkins, L., Lincoln, N. B., Sprigg, N., Ward, N. S., Mistri, A., Tyrrell, P., ... & Drummond, A. (2017). The Nottingham Fatigue After Stroke (NotFAST) study: results from follow-up six months after stroke. *Topics in sTroke rehabiliTaTion*, 24(8), 592-596.
- Heiberg, G., Røe, C., Friborg, 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), 2785. Advance online publication.
- Holland, J.C. (1999). NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 13(5A), 113-147.
- Hotter, B., Padberg, I., Liebenau, A., Knispel, P., Heel, S., Steube, D., Wissel, J., Wellwood, I., & Meisel, A. (2018). Identifying unmet needs in long-term stroke care using in-depth assessment and the Post-Stroke Checklist - The Managing Aftercare for Stroke (MAS-I) study. *European stroke journal*, 3(3), 237-245.
- Hughes, A. K., Woodward, A. T., Fritz, M. C., Swierenga, S. J., Freddolino, P. P., & Reeves, M. J. (2020). Unmet Needs of US Acute Stroke Survivors Enrolled in a Transitional Care Intervention Trial. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 29(2), 104462.
- Ingles, J. L., Eskes, G. A., & Phillips, S. J. (1999). Fatigue after stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 80(2), 173-178.
- [Intamas, U.](#), [Rawiworrakul, T.](#), [Amnatsatsue, K.](#), [Nanthamongkolchai, S.](#) and [Palmer, M.H.](#) (2021), "Care of stroke survivors in community: a case study of rural Thai community", [Journal of Health Research](#), Vol. 35 No. 1, pp. 77-87.
- Irish Heart Foundation Council for Stroke. (2010). *National clinical guidelines and recommendations for the care of people with stroke and transient ischemic attack. Report*. Dublin: Irish Heart Foundation.
- Ishii, A., Tanaka, M., & Watanabe, Y. (2014). Neural mechanisms of mental fatigue. *Reviews in the Neurosciences*, 25(4), 469-479.
- Johnstone, B., Glass, B. A., & Oliver, R. E. (2007). Religion and disability: Clinical, research and training considerations for rehabilitation professionals. *Disability and rehabilitation*, 29(15), 1153-1163.

- Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *The New England journal of medicine*, 373(8), 747–755.
- Kersten, P., Low, J. T., Ashburn, A., George, S. L., & McLellan, D. L. (2002). The unmet needs of young people who have had a stroke: results of a national UK survey. *Disability and rehabilitation*, 24(16), 860–866.
- King, A. J., Evans, M., Moore, T. H., Paterson, C., Sharp, D., Persad, R., & Huntley, A. L. (2015). Prostate cancer and supportive care: a systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. *European journal of cancer care*, 24(5), 618–634. <https://doi.org/10.1111/ecc.12286>
- Kirkevold, M., Kildal Bragstad, L., Bronken, B. A., Kvigne, K., Martinsen, R., Gabrielsen Hjelle, E., ... & Sveen, U. (2018). Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC psychology*, 6, 1-12.
- Kjörk, E. K., Gunnel, C., Lundgren-Nilsson, Å., & Sunnerhagen, K. S. (2019). Experiences, needs, and preferences for follow-up after stroke perceived by people with stroke and healthcare professionals: a focus group study. *PloS one*, 14(10), e0223338.
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., Kamel, H., Kernan, W. N., Kittner, S. J., Leira, E. C., Lennon, O., Meschia, J. F., Nguyen, T. N., Pollak, P. M., Santangeli, P., Sharrief, A. Z., Smith, S. C., Jr, Turan, T. N., & Williams, L. S. (2021). 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52(7), e364–e467.
- Korpelainen, J. T., Kauhanen, M. L., Kemola, H., Malinen, U., & Myllylä, V. V. (1998). Sexual dysfunction in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 98(6), 400-405.
- 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, 1121–1123.
- Kving K & Kirkevold MA. (2002). A feminist perspective on stroke rehabilitation : the relevance of de Beauvoir's theory. *Nursing Philosophy*, 3, 79-89. (in Thai)
- Lam, W. W., Au, A. H., Wong, J. H., Lehmann, C., Koch, U., Fielding, R., & Mehnert, A. (2011). Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong

- Chinese and German Caucasian women with breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 130, 531-541.
- Lehnerer, S., Hotter, B., Padberg, I., Knispel, P., Remstedt, D., Liebenau, A., Grittner, U., Wellwood, I., Meisel, A., & BSA Long Term Care Study Group (2019). Social work support and unmet social needs in life after stroke: a cross-sectional exploratory study. *BMC neurology*, 19(1), 220.
- Li, F., Zhu, L., Zhang, J., He, H., Qin, Y., Cheng, Y., & Xie, Z. (2019). Oral contraceptive use and increased risk of stroke: a dose-response meta-analysis of observational studies. *Frontiers in neurology*, 10, 993.
- Li, X., Xia, X., Wang, P., Zhang, S., Liu, M., & Wang, L. (2017). Needs and rights awareness of stroke survivors and caregivers: a cross-sectional, single-centre questionnaire survey. *BMJ open*, 7(10), e013210.
- Lin, B. L., Mei, Y. X., Wang, W. N., Wang, S. S., Li, Y. S., Xu, M. Y., Zhang, Z. X., & Tong, Y. (2021). Unmet care needs of community-dwelling stroke survivors: a systematic review of quantitative studies. *BMJ open*, 11(4), e045560. Lin, B. L., Mei, Y. X., Wang, W. N., Wang, S. S., Li, Y. S., Xu, M. Y., Zhang, Z. X., & Tong, Y. (2021). Unmet care needs of community-dwelling stroke survivors: a systematic review of quantitative studies. *BMJ open*, 11(4), e045560.
- Lo, S. H. S., Chau, J. P. C., & Chang, A. M. (2021). Strategies adopted to manage physical and psychosocial challenges after returning home among people with stroke: A qualitative study. *Medicine*, 100(10), e25026.
- Low, J. T., Kersten, P., Ashburn, A., George, S., & McLellan, D. L. (2003). A study to evaluate the met and unmet needs of members belonging to Young Stroke groups affiliated with the Stroke Association. *Disability and rehabilitation*, 25(18), 1052-1056.
- Lui, M. H., & MacKenzie, A. E. (1999). Chinese elderly patients' perceptions of their rehabilitation needs following a stroke. *Journal of advanced nursing*, 30(2), 391-400. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01087.x>
- Lynch, J., Mead, G., Greig, C., Young, A., Lewis, S., & Sharpe, M. (2007). Fatigue after stroke: the development and evaluation of a case definition. *Journal of psychosomatic research*, 63(5), 539-544.

- Maclsaac, L., Harrison, M. B., Buchanan, D., & Hopman, W. M. (2011). Supportive care needs after an acute stroke: a descriptive enquiry of caregivers' perspective. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43(3), 132-140.
- Mackay, A., & Nias, B. C. (1979). Strokes in the young and middle-aged: consequences to the family and to society. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 13(2), 106–112.
- Markee, N. (2013). Emic and etic in qualitative research. *The encyclopedia of applied linguistics*, 1-4.
- Martinsen, R., Kirkevold, M., & Sveen, U. (2015). Young and midlife stroke survivors' experiences with the health services and long-term follow-up needs. *Journal of Neuroscience Nursing*, 47(1), 27-35.
- McKevitt, C., Fudge, N., Redfern, J., Sheldenkar, A., Crichton, S., Rudd, A. R., Forster, A., Young, J., Nazareth, I., Silver, L. E., Rothwell, P. M., & Wolfe, C. D. (2011). Self-reported long-term needs after stroke. *Stroke*, 42(5), 1398–1403.
- Michael, K. (2002). Fatigue and stroke. *Rehabilitation Nursing*, 27(3), 89-94, 103.
- Miller, E. L., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R. D., Bakas, T., Clark, P., & Billinger, S. A. (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 41(10), 2402-2448.
- Moreland, J. D., Depaul, V. G., Dehueck, A. L., Pagliuso, S. A., Yip, D. W., Pollock, B. J., & Wilkins, S. (2009). Needs assessment of individuals with stroke after discharge from hospital stratified by acute Functional Independence Measure score. *Disability and rehabilitation*, 31(26), 2185–2195.
- Morris, R. (2011). The psychology of stroke in young adults: the roles of service provision and return to work. *Stroke Research and Treatment*, 2011.
- Naess, H., Lunde, L., Brogger, J., & Waje-Andreassen, U. (2012). Fatigue among stroke patients on long-term follow-up. The Bergen Stroke Study. *Journal of the neurological sciences*, 312(1-2), 138-141.
- National stroke association. (2016). Steps Against Recurrent Stroke (STARS). National Stroke Association's Publications Committee.

- O'Hana S Nobleza C. (2021). Preferences of Young Stroke Survivors to Meet Their Unique Needs: It Is Time to Listen. *Neurology*, *96*(13), e1809–e1811.
- 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.
- Ontario Health (Quality) (2020). Continual Long-Term Physiotherapy After Stroke: A Health Technology Assessment. *Ontario health technology assessment series*, *20*(7), 1–70.
- op Reimer, W. J., Scholte de Haan, R. J., Rijnders, P. T., Limburg, M., & van den Bos, G. A. (1999). Unmet care demands as perceived by stroke patients: deficits in health care?. *Quality in health care : QHC*, *8*(1), 30–35.
- Pappadis, M. R., Krishnan, S., Hay, C. C., Jones, B., Sander, A. M., Weller, S. C., & Reistetter, T. A. (2019). Lived experiences of chronic cognitive and mood symptoms among community-dwelling adults following stroke: a mixed-methods analysis. *Aging & mental health*, *23*(9), 1227-1233.
- Polit DF, Beck CT. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Poulin, V., Carbonneau, H., Provencher, V., Rochette, A., Giroux, D., Verreault, C., & Turcotte, S. (2019). Participation in leisure activities to maintain cognitive health: perceived educational needs of older adults with stroke. *Loisir et Société/Society and Leisure*, *42*(1), 4-23.
- Prencipe, M., Pissarri, F. M., Cecconi, V., & Agnoli, A. (1977). Platelet aggregation in cerebrovascular patients. In *Platelet Aggregation in the Pathogenesis of Cerebrovascular Disorders: Proceedings of the Round Table Conference. Rome, October 30–31, 1974* (pp. 129-133). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Rainbird, K.J., Perkins, J.J., & Sanson-Fisher, R.W. (2005). The Needs Asses Advanced Cancer Patients (NA-ACP): A Measure of the Perceived Needs of Patients with Advanced, Incurable Cancer. A study of Validity, Reliability Acceptability. *Psycho - Oncology*, *14*, 297-306.

- Richardson, A., Medina, J., Brown, V., & Sitzia, J. (2007). Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. *Supportive Care in Cancer*, *15*, 1125-1144.
- Robinson, R. G., & Jorge, R. E. (2016). Post-stroke depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, *173*(3), 221-231.
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D., Brown, T. M., ... & Wylie-Rosett, J. (2011). Heart disease and stroke statistics—2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, *123*(4), e18-e209.
- Rothwell, K., Boaden, R., Bamford, D., & Tyrrell, P. J. (2013). Feasibility of assessing the needs of stroke patients after six months using the GM-SAT. *Clinical rehabilitation*, *27*(3), 264–271. <https://doi.org/10.1177/0269215512457403>
- Rouillard, S., Jelsma, J., De Weerd, W., & De Wit, L. (2012). Functioning at 6 months post stroke following discharge from inpatient rehabilitation. *South African Medical Journal*, *102*(6), 545-548.
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., ... & Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *44*(7), 2064-2089.
- Saengsuwan, J., Suangpho, P., & Tiamkao, S. (2017). Knowledge of stroke risk factors and warning signs in patients with recurrent stroke or recurrent transient ischaemic attack in Thailand. *Neurology research international*, 2017.
- Salisbury, L., Wilkie, K., Bulley, C., & Shiels, J. (2010). 'After the stroke': patients' and carers' experiences of healthcare after stroke in Scotland. *Health & social care in the community*, *18*(4), 424–432.
- Sanaon-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L. & Cook, P. (2000). The Unmet Supportive Care Needs of Patients with Cancer. *American Cancer Society*, *88*(1), 226-237.
- Selman, L., Brighton, L., & Harding, R. (2015). Palliative and supportive care needs of heart failure patients in Africa: a review of recent developments. *Current opinion in supportive and palliative care*, *9*(1), 20-25.

- Simić-Panić, D., Bošković, K., Miličević, M., Žikić, T. R., Bošnjak, M. C., Tomašević-Todorović, S., & Jovičević, M. (2018). The impact of comorbidity on rehabilitation outcome after ischemic stroke. *Acta Clinica Croatica*, *57*(1), 5.
- Sjögren, K., & Fugl-Meyer, A. R. (1982). Adjustment to life after stroke with special reference to sexual intercourse and leisure. *Journal of Psychosomatic Research*, *26*(4), 409-417.
- Skajaa, N., Adelborg, K., Horváth-Puhó, E., Rothman, K. J., Henderson, V. W., Thygesen, L. C., & Sørensen, H. T. (2021). Risks of Stroke Recurrence and Mortality After First and Recurrent Strokes in Denmark: A Nationwide Registry Study. *Neurology*, 10.1212/WNL.0000000000013118. Advance online publication. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000013118>
- Sreedharan, S. E., Unnikrishnan, J. P., Amal, M. G., Shibi, B. S., Sarma, S., & Sylaja, P. N. (2013). Employment status, social function decline and caregiver burden among stroke survivors. A South Indian study. *Journal of the Neurological Sciences*, *332*(1-2), 97-101.
- Stafoggia, M., Cesaroni, G., Peters, A., Andersen, Z. J., Badaloni, C., Beelen, R., ... & Forastiere, F. (2014). Long-term exposure to ambient air pollution and incidence of cerebrovascular events: results from 11 European cohorts within the ESCAPE project. *Environmental health perspectives*, *122*(9), 919-925.
- Staub, F., & Bogousslavsky, J. (2001). Fatigue after stroke: a major but neglected issue. *Cerebrovascular Diseases*, *12*(2), 75-81.
- Stroke Association. (2018). Current future and avoidable costs of stroke in the UK. Retrieved Retrieved December 14, 2022, From : https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/costs_of_stroke_in_the_uk_summary_report_0.pdf.
- Stroke Foundation. (2023). *Fatigue after stroke*. Retrieved December 14, 2022, From : From <https://strokefoundation.org.au/what-we-do/for-survivors-and-carers/after-stroke->
- Strong, K., Mathers, C., & Bonita, R. (2007). Preventing stroke: saving lives around the world. *The Lancet. Neurology*, *6*(2), 182–187. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70031-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70031-5)

- Sumathipala, K., Radcliffe, E., Sadler, E., Wolfe, C. D., & McKeivitt, C. (2012). Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Chronic illness, 8*(1), 31–44.
- 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), e053579. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053579>
- Teasell, R. W., McRae, M. P., & Finestone, H. M. (2000). Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 81*(2), 205–209. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(00\)90142-4](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(00)90142-4)
- The National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2023). Stroke. Retrieved December 14, 2022, From : <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/stroke>.
- Tiwari, S., Joshi, A., Rai, N., & Satpathy, P. (2021). Impact of stroke on quality of life of stroke survivors and their caregivers: a qualitative study from India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice, 12*(04), 680-688.
- Tommi S. (2005). Functional ability and Health Behaviors Trends and associations among elderly people, 1985-2003. Finland: University of Helsinki.
- Tsalia-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>
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Alonso, A., Beaton, A. Z., Bittencourt, M. S., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Carson, A. P., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Ferguson, J. F., Generoso, G., Ho, J. E., Kalani, R., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., ... Martin, S. S. (2022). Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation, 145*(8), e153–e639.
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A., Arora, P., Avery, C. L., ... & American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2023). Heart disease and stroke

- statistics—2023 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 147(8), e93-e621.
- Tyson, S. F., Hanley, M., Chillala, J., Selley, A. B., & Tallis, R. C. (2007). The relationship between balance, disability, and recovery after stroke: predictive validity of the Brunel Balance Assessment. *Neurorehabilitation and neural repair*, 21(4), 341–346. <https://doi.org/10.1177/1545968306296966>
- 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.
- van de Port, I. G., van den Bos, G. A., Voorendt, M., Kwakkel, G., & Lindeman, E. (2007). Identification of risk factors related to perceived unmet demands in patients with chronic stroke. *Disability and rehabilitation*, 29(24), 1841–1846. <https://doi.org/10.1080/09638280601129157>
- van der Werf, S. P., van den Broek, H. L., Anten, H. W., & Bleijenberg, G. (2001). Experience of severe fatigue long after stroke and its relation to depressive symptoms and disease characteristics. *European neurology*, 45(1), 28-33.
- van Eijnden, H. M., van de Port, I. G. L., Visser-Meily, J. M. A., & Kwakkel, G. (2012). Poststroke fatigue: who is at risk for an increase in fatigue?. *Stroke research and treatment*.
- Van Swieten, J. C., Koudstaal, P. J., Visser, M. C., Schouten, H. J., & Van Gijn, J. (1988). Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *stroke*, 19(5), 604-607.
- Vincent, C., Deaudelin, I., Robichaud, L., Rousseau, J., Viscogliosi, C., Talbot, L. R., Desrosiers, J., & BRAD group (2007). Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. *BMC geriatrics*, 7, 20.
- Vuletić, V., Ležaić, Ž., & Morović, S. (2011). Post-stroke fatigue. *Acta clinica Croatica*, 50(3), 341-344.
- Walsh, M. E., Galvin, R., Loughnane, C., Macey, C., & Horgan, N. F. (2015). Community re-integration and long-term need in the first five years after stroke: results from a national survey. *Disability and rehabilitation*, 37(20), 1834–1838.

- Walters, K., Iliffe, S., & Orrell, M. (2001). An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *Family practice*, 18(3), 277–282. ; Hou, S. Health Education: (2014). Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies; SAGE Publications: Los Angeles, CA, USA. 15, 619–621.
- White, J. H., Gray, K. R., Magin, P., Attia, J., Sturm, J., Carter, G., & Pollack, M. (2012). Exploring the experience of post-stroke fatigue in community dwelling stroke survivors: a prospective qualitative study. *Disability and rehabilitation*, 34(16), 1376-1384.
- White, J. H., Patterson, K., Jordan, L. A., Magin, P., Attia, J., & Sturm, J. W. (2014). The experience of urinary incontinence in stroke survivors: a follow-up qualitative study. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 81(2), 124–134. <https://doi.org/10.1177/0008417414527257>
- Winward, C., Sackley, C., Metha, Z., & Rothwell, P. M. (2009). A population-based study of the prevalence of fatigue after transient ischemic attack and minor stroke. *Stroke*, 40(3), 757-761.
- World Economic Forum. (2021). *The Global Gender Gap Report 2021*. Retrieved November 29, 2023 From <https://www.weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2021>. Accessed through Resource Watch, (date). www.resourcewatch.org.
- World Health Organization. (2020). *World Stroke Day*. Retrieved October 15, 2023, from <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/29-10-2020-world-stroke-day-ms>
- World Health Organization. (2022). *World Stroke Day 2022*. Retrieved December 7, 2022, from <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>
- World Stroke Organization. (2021). Stroke survivors in the United Kingdom shape stroke research to rebuild lives. Retrieved December 12, 2022, from <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/blogs/stroke-survivors-in-the-united-kingdom-shape-stroke-research-to-rebuild-lives>
- Wray, F., & Clarke, D. (2017). Longer-term needs of stroke survivors with communication difficulties living in the community: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ open*, 7(10), e017944.

- Wright, F., Wu, S., Chun, H. Y. Y., & Mead, G. (2017). Factors associated with poststroke anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Stroke research and treatment*.
- Wu, S., Chen, J., Wang, S., Jiang, M., Wang, X., & Wen, Y. (2018). Effect of Tai Chi Exercise on Balance Function of Stroke Patients: A Meta-Analysis. *Medical science monitor basic research*, 24, 210–215. <https://doi.org/10.12659/MSMBR.911951>
- Wu, S., Duncan, F., Anderson, N. H., Kuppuswamy, A., Macloed, M. R., & Mead, G. E. (2015). Exploratory cohort study of associations between serum C-reactive protein and fatigue after stroke. *PLoS one*, 10(11), e0143784.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology: journal of the psychological, social and behavioral dimensions of Cancer*, 10(1), 19-28.
- 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), 104875.
- Zhou, X., Du, M., Weng, Y., & Zhou, L. (2020). Hard return: the development and transformation process of social participation in stroke survivors; a qualitative study and initial theory. *Clinical rehabilitation*, 34(6), 824–836. <https://doi.org/10.1177/0269215520917191>







ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

ครั้งที่ 6/2565 ประจำปีการศึกษา 2565

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6470022936
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล
กรรมการสอบภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง FACTORS PREDICTING SUPPORTIVE CARE NEEDS IN STROKE SURVIVORS
ครั้งที่อนุมัติ	6/2565
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6470034436
ชื่อ-นามสกุล	นายศราวุธี ปลอดภัย
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ สีลาจรัส
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
กรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก FACTORS PREDICTING DECISION MAKING TIME AMONG ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH NON-ST SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION
ครั้งที่อนุมัติ	6/2565
ระดับ	ปริญญาโท

14 ก.พ. 66

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
นายแพทย์ ภิรมณ์พัชฌ์ ธนชาญวิศิษฐ์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลวิภาวดี
ผศ.ดร.กมลภุ ถนอมสัจด์	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลชุมชน คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
อาจารย์ ดร.ศกุนตลา อนุเรือง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล	ผู้เชี่ยวชาญพยาบาล ๘ และผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
นางสาวพัชรภรณ์ สิริรัตนานนท์	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามาริบัติ

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๖๐๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ภิรมณ์พัชญ์ ธนชาญวิชช์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตประยุกต์ใช้และดัดแปลงขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายแพทย์ ภิรมณ์พัชญ์ ธนชาญวิชช์

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๔

นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. ๐๙๘-๗๘๕-๕๑๕๖



ที่ อว ๒๔.๑๑/๐๐๖๐๘

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กมลภุ ถนอมสัจย์ รองคณบดี ดูแลงานด้านยุทธศาสตร์ผลิตบัณฑิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตประยุกต์ใช้และดัดแปลงขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลภุ ถนอมสัจย์

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๘๗๘๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๔

นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. ๐๙๘-๗๘๕-๕๑๕๖



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. ๘๑๑๓๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ที่ พบ ๐๘๑๓/๒๕๕๖

วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร.ศกุนตลา อนุเรือง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตประยุกต์ใช้และคัดแปลงขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๔
นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. ๐๙๘-๗๘๕-๕๑๕๖

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๖๐๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล ผู้เชี่ยวชาญพยาบาล ๘ และผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตประยุกต์ใช้และดัดแปลงขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๔

นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. ๐๙๘-๗๘๕-๕๑๕๖

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๖๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชาณัญญ์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตประยุกต์ใช้และดัดแปลงขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวพัชราภรณ์ สิริรัตนานนท์

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๔

นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. ๐๙๘-๗๘๕-๕๑๕๖



สนิดา มณีธรรม

พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 0450

วันที่ 9 มีนาคม 2566

เวลา 16.45 น.

ผู้รับ ศิริโรยา

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย

รหัสนิสิต

6 4 7 0 0 2 2 9 3 6

โทรศัพท์มือถือ	0	9	8	7	8	5	5	1	5	6	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	6	/	2	5	6	5	หน้าที่	1
E-MAIL: 6470022936@student.chula.ac.th																			

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ.....Fatigue Severity Scale (FSS).....
- ชื่อวิทยานิพนธ์ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือนางสาวอวยพร.....สวัสดิ์.....
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ)ผศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์.....
- ปีของวิทยานิพนธ์.....พ.ศ.2557.....

เรียน รองคณบดี ผ่าน ผศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ของ น.ส.อวยพร สวัสดิ์ ซึ่งมี ผศ.ดร.สุนิดา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

และขอข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยหรือไม่

ลงนาม ผกายรัตน์ สหเจริญชัย ผู้ยื่นคำร้อง

(นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย)

.....2..... / มีนาคม..... /2566.....

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>.....เห็นสมควรให้ขอใช้เครื่องมือดังกล่าว.....</p> <p>13 มีนาคม 2566 เวลา 16:20</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม (ผศ.ดร.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล)</p> <p>.....2...../..... มีนาคม...../.....2566.....</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....เห็นสมควรให้ขอใช้เครื่องมือวิจัย Fatigue Severity Scale.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม (ผศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)</p> <p>...../...../.....</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

13 มีนาคม 2566 เวลา 16:26

อนุญาต

.....
ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
...../...../.....

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชกฤต ยูพาทัง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

E 3 ๒๕.๕. 2566

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล

เลขที่รับ พ.บ.๐๐๔๖7

วันที่ 29 ส.ค. 2566



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

งานบริการการศึกษา

25/25 พุทธรณทศสย 4 ต.ศลยลย

อ.พทธรณทล จ.นครปฐม 73170

ที่ อว 78.02/04416

วันที่ 28 มีนาคม 2566

เรื่อง **ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย**

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย บัณฑิตวิทยาลัย ได้รับแจ้งการขอใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย : นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโท บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : "ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้ : "แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson Comorbidity Index)" จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง The relationship between recovery symptom and functional outcome in Thai CABG patients

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : รองศาสตราจารย์ ดร. เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ สาขา Health Sciences, Nursing, Case Western Reserve University (2001) โดยมี Professor Shirley M. Moore, Ph.D, RN, FAAN เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว และแจ้งผลการพิจารณาต่อบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อจะได้แจ้งให้ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทราบต่อไป จะขอพระคุณยิ่ง

เรียน คณบดี

เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

สำเนาเรื่อง เรียน.....

เรื่องส่ง ต่อคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(นางสมร รอดทอง)

หัวหน้างานบริหารจัดการ

๒๙ ส.ค. ๒๖

ฝ่ายวิชาการ โทร. 02-218-1131, 081-833-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. 02-218-1364

ชื่อนิสิต นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. 098-785-5156

งานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย Line ID: @600qubzh หรือ Link: <https://lin.ee/8aYGMPb>

Digitally signed by ornlatcha.siv Date: 2023.03.26 17:01:19 +07'00'

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรลัชชา ศิวรักษ์)

รักษาการแทนรองคณบดีฝ่ายวิชาการและคุณภาพการศึกษา

ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อนุญาต

รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

29 ส.ค. 2566

เรื่องส่ง หลักประกัน

สำเนา.....

อาจารย์ ร.ต.ต.หญิง

อนุญาต
ให้รับแบบประเมินการวิจัยแบบฉบับภาษาไทย
จาก ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยวิกุล
3 เม.ย. 66



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทร. 022011929 โทรสาร 023547299

ที่ อว 78.065/305

วันที่ 24 มีนาคม 2566

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งความประสงค์ขออนุญาต แบบวัด Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale (Thai HADS) ที่พัฒนาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ เพื่อใช้ประกอบการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง" ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นประโยชน์ และสมควรสนับสนุนอย่างยิ่ง จึงอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าว

ภรณ์ / โภทศารักษ์

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงภรณ์ โภทศารักษ์)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

“มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม”



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
Tel. 02-027-8844 Fax. 02-026-6680 www.ha.or.th ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@ha.or.th

ที่ สรพ 031.1/1627

27 เมษายน 2566

เรื่อง การอนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุญาตใช้แบบประเมินวัดระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) จากหนังสือ เกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน ของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย (ฉบับจัดทำ กันยายน 2556, ปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2558) เพื่อมาใช้ประกอบการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” นั้น

ในการนี้ สรพ. พิจารณาแล้วเห็นว่า สรพ. ไม่ได้เป็นเจ้าของแบบประเมินวัดระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) แต่ท่านสามารถนำข้อมูลจากหนังสือ เกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน ของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย (ฉบับจัดทำ กันยายน 2556, ปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2558) ไปใช้เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งให้สถาบันทราบได้ เนื่องจากมีการเผยแพร่สู่สาธารณะเป็นการทั่วไปแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ปิยวรรณ ล.

(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

เลขที่รับ 0404

วันที่ 2 มีนาคม 2566

เวลา 09.17 น.

ผู้รับ ศิริโรยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย รหัสสนិត 6 4 7 0 0 2 2 9 3 6

โทรศัพท์มือถือ	0	9	8	7	8	5	5	1	5	6	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	6	/	2	5	6	5	หน้าที่	1
E-MAIL: 6470022936@student.chula.ac.th																			

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ..... แบบประเมินความต้องการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....
- ชื่อการวิจัย.....ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานัญญ์ นันไทยทวีกุล.....
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ)..... -.....
- ปีของการวิจัย.....พ.ศ.2564.....

เรียน รองคณบดี

เพื่อพิจารณาอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ลงนาม ผกายรัตน์ สหเจริญชัย ผู้ยื่นคำร้อง

โดยมี ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานัญญ์ นันไทยทวีกุล เป็นเจ้าของเครื่องมือวิจัย

นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย

9 มีนาคม 2566 เวลา 14:28 ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาที่ปรึกษาเห็นสมควรให้ขอใช้เครื่องมือดังกล่าว..... ลงนาม (ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานัญญ์ นันไทยทวีกุล)2...../..... มีนาคม...../.....2566.....	ความเห็นอาจารย์เจ้าของเครื่องมืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าว..... ลงนาม (ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานัญญ์ นันไทยทวีกุล)2...../..... มีนาคม...../.....2566.....
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

อนุญาต

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....

9 มีนาคม 2566 เวลา 15:49

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชกฤศ ยุพาทัง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

เลขที่รับ 1139

วันที่ 16 มิถุนายน 2566

เวลา 11.29 น.

ผู้รับ ศิริโรยา

หนังสือขออนุญาตดัดแปลงเครื่องมือการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำร้องขออนุญาตดัดแปลงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย(ภายในคณะฯ)

เรื่อง หนังสือขออนุญาตดัดแปลงเครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย รหัสนสิต 6470022936 นิสิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยมี ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ แบบประเมินความต้องการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในงานวิจัย เรื่อง ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี 2564 โดยมี ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นเจ้าของเครื่องมือ แต่เนื่องด้วยกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจจึงต้องการดัดแปลงเครื่องมือบางส่วนให้เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาตามเอกสารที่แนบมาด้วย

เรียน รองคณบดี

เพื่อพิจารณาอนุญาตให้ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย

ลงนาม ผกายรัตน์ สหเจริญชัย

ผู้ยื่นคำร้อง

ซึ่งมี ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นเจ้าของเครื่องมือวิจัย (นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย)

16 มิถุนายน 2566

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 16 มิถุนายน 2566 เวลา 14:29</p> <p>.....เห็นสมควรให้ดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าว.....</p> <p>ลงนาม <u>ศิริโรยา</u></p> <p>(ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล)</p> <p>.....16...../.....มิถุนายน...../.....2566.....</p>	<p>ความเห็นอาจารย์เจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....อนุญาตให้ดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าว.....</p> <p>ลงนาม <u>ศิริโรยา</u></p> <p>(ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล)</p> <p>.....16...../.....มิถุนายน...../.....2566.....</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ศิริโรยา
19 มิถุนายน 2566 เวลา 07:30

อนุญาต

ลงนาม ศิริโรยา

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. ๘๑๑๓๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๖๐๔

วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. เอกสารรับรองวิทยานิพนธ์ (Approval document from thesis committee) จำนวน ๔ ชุด
 ๒. Submission form for ethical review จำนวน ๑ ชุด
 ๓. Self-assessment form for PI จำนวน ๑ ชุด
 ๔. Conflict of interest and funding form จำนวน ๑ ชุด
 ๕. โครงการวิจัยฉบับย่อ (Protocol synopsis) จำนวน ๑ ชุด
 ๖. โครงการวิจัย ฉบับเต็ม (Full Protocol) จำนวน ๑ ชุด
 ๗. เอกสารชี้แจงข้อมูลอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet) จำนวน ๑ ชุด
 ๘. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร (Consent form) จำนวน ๑ ชุด
 ๙. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน ๑ ชุด
 ๑๐. Investigator's CV template จำนวน ๑ ชุด
 ๑๑. Investigator's GCP training certificates จำนวน ๑ ชุด
 ๑๒. หนังสือขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๔

นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. ๐๙๘-๗๘๕-๕๑๕๖

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๖๐๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.๘) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๔๗๔๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๔

นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. ๐๙๘-๗๘๕-๕๑๕๖

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๑๒๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. บันทึกข้อความ ขออนุญาตทำวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๒. โครงร่างการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร จำนวน ๑ ชุด
 ๔. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๕. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน ๑ ชุด
 ๖. ประวัติผู้วิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร.๐๙๑-๘๘๖-๙๒๔๙
ชื่อนิสิต นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. ๐๙๘-๗๘๕-๕๑๕๖

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๓๓๘๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ตีบตัน ครั้งแรก/เป็นซ้ำ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ จำนวน 54 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล แบบประเมินความเหนื่อยล้า และแบบประเมินระดับความพิการ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวิกุล โทร.๐๙๑-๘๘๖-๙๒๔๙
นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. ๐๙๘-๗๘๕-๕๑๕๖

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๔๓๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทยุติยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทิวกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ตีบตัน ครั้งแรก/เป็นซ้ำ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศาสตร์และอายุรศาสตร์ จำนวน ๓๐ คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทิวกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

ชื่อนิสิต นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย โทร. ๐๙๘-๗๘๕-๕๑๕๖



ที่ สธ ๐๓๓๓ (๑๓๗๐๐)/๒๘๗๔

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รับรองให้ดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา

เรียน นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารเลขที่ ๐๔๒/๒๕๖๖

ตามที่ท่านซึ่งเป็น หัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

เลขที่โครงการ	66058
ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
รายการเอกสารที่พิจารณา	1. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2.0, Date: 24-Jul-2023 2. เอกสารคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 1.0, Date: 6-Jul-2023 3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version 1.0, Date: 6-Jul-2023 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version 1.0, Date: 6-Jul-2023 5. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนและทุนวิจัย Version 2.0 Date: 27.07.2565 -น.ส. ผกายรัตน์ สหเจริญชัย -ผศ.ร.ต.หญิง ดร. ปชาณัฐ นันทไทยวิกุล -พว. ธัญพิมล เกณสาคุ 6. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี Version 1.0, Date: 6-Jul-2023 -น.ส. ผกายรัตน์ สหเจริญชัย

ในกรณีนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน (Institutional Review Board : IRB) ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้พิจารณา ในวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ และมีมติรับรองให้ดำเนินการโครงการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ โดยผู้วิจัยจะต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบภายหลังได้รับการรับรอง คือ ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ “ข้อมูลสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง” โดยเคร่งครัดและจะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยเมื่อมีการร้องขอและ/หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ทุกครั้ง ได้แก่

๑. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
๒. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงใดโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง
๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ทั้งในและนอกสถาบันประสาทวิทยา ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการฯ ทราบด้วย

๒/๔. เมื่อ...



เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร (Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ

ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
FACTORS PREDICTING NEEDS OF SUPPORTIVE CARE IN STROKE SURVIVORS

2. ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-นามสกุล นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (บ้าน) 258/507 ตึก E ชั้น 5 ถนน จันทน์ แขวง ทุ่งวัดดอน เขต สาทร
กรุงเทพมหานคร 10120
โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน (24 ชั่วโมง) 098-7855156
E-mail: Phakairat.s@gmail.com

3. เหตุที่ต้องการทำวิจัย เหตุผลที่อาสาสมัครที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ

เนื่องจาก ภายหลังจากการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณตามมา โดยผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เรียกว่า อาการบกพร่องพิการ บางอย่างไม่สามารถฟื้นกลับมาสู่สภาพเดิมได้หรือหากได้ก็มีความยากลำบากอย่างมาก ซึ่งผลกระทบต่างๆทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง และมีการปลีกตัวออกจากสังคม เพราะถือเป็นเงื่อนไขใหม่ที่ต้องพบเจอหรือสภาพหลังการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งในขณะนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก เพื่อให้สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน และเกิดกระบวนการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ จากเหตุผลดังกล่าว อาสาสมัครผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการเพื่อให้ข้อมูลในการดำเนินวิจัยต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจาก “ท่านเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ” ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในงานวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

4. วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

5. ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

5.1 การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยอธิบายวิธีการและขั้นตอนการวิจัย แจกแบบสอบถาม และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที เมื่อมารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบประสาทศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ ในระหว่างรอพบแพทย์ หรือรอรับยา

5.2 เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจะให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการตอบแบบสอบถาม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.2.1 ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์และประเมินสภาพสมองเบื้องต้น จำนวน 11 ข้อ (กรณีอายุ > 60 ปี)

5.2.2 จากนั้นจะให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 15 ข้อ, แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน 28 ข้อ, แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล 14 ข้อ และแบบสอบถามความเหนื่อยล้า 9 ข้อ

5.2.3 จากนั้น ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์และประเมินระดับความพิการ จำนวน 5 ข้อ

5.2.4 ผู้วิจัยขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนประกอบด้วย โรคร่วม จำนวน 20 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จำนวน 3 ข้อ

6. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถเป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการให้การดูแลสนับสนุนตามความต้องการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นข้อมูลในการพัฒนาการวิจัยในอนาคต

7. สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติและไม่ปฏิบัติระหว่างการศึกษ และระยะเวลาของการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที

8. ความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นและหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับและมาตรการที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ป้องกัน

การวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

เนื่องจากท่านต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์ และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือ ช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม

หากท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกว่าเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ซึม ในระหว่างตอบคำถามให้หยุดพัก เมื่อพักแล้ว ไม่ดีขึ้น ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย เบอร์โทรศัพท์ 098-785-5156 เพื่อช่วย ประสานกับทีมแพทย์และแพทย์ที่ดูแลรักษาท่าน หรือ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือ ต่อไป

9. กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือชดเชยอาสาสมัคร อย่างไร

หากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะให้การดูแลท่าน โดยดูแลส่งต่อให้ท่านได้รับการ รักษาพยาบาลจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยทันที และยุติการเก็บข้อมูลในทันที ร่วมกับแจ้งกับ คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ให้ทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมในมนุษย์แล้วเท่านั้น

10. กรณีการทดสอบยาในอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย เมื่อผลการวิจัยพบว่ายานั้นเป็นประโยชน์ ภายหลังจาก สิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนกับอาสาสมัครต่อไปหรือไม่อย่างไร และระยะเวลานานเท่าไร

ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการทดสอบยาใดๆ กับท่าน

11. ในกรณีที่มีการรักษาหลายรูปแบบให้ระบุทางเลือกอื่นและเปรียบเทียบข้อดี, ข้อเสีย ของวิธีวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาของท่าน

12. การให้ค่าตอบแทนเป็นเงิน ควรระบุจำนวนและจำนวนครั้งที่ให้อาสาสมัคร

ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัย

13. การรักษาความลับเกี่ยวกับอาสาสมัคร

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะ รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการ ปกปิดอยู่เสมอ

14. วัตถุประสงค์ที่รวบรวมไว้ เช่น ตัวอย่างเลือดที่เหลือหลังจบโครงการจะจัดการอย่างไร

ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการเจาะเลือด หรือเก็บชิ้นส่วนตัวอย่างใดๆ จากตัวท่าน

15. สิทธิของอาสาสมัครในการถอนตัวออกจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลของ อาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย

ท่านมีสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลของท่าน

16. แหล่งทุนวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ไม่ได้รับทุนวิจัยใดๆ ผู้วิจัยใช้ทุนตัวเองทั้งหมด

เริ่มใช้ 1 ตุลาคม 2564

PGH-EC 07-04

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....อายุ.....เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้ว
อย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่า
ถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับ
ตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า
ต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย


ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการ
ให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย (สถานศึกษา) อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวง ปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2218-1358 , 0-2218-1359
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 098-7855156
 E-mail address Phakairat.s@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง.ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2218-1358 , 0-2218-1359
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 091-886-9249
 E-mail address pachanut.t@chula.ac.th

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจาก “ท่านเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ” ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในงานวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถาม และให้ความกระจ่างแก่ท่านได้


ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 1 ของประชาชนไทย ทั้งในแง่ของโรคและอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งภายหลังจากการรักษาแล้วนั้น ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจยังไม่สามารถหายเป็นปกติได้ทั้งหมด และในจำนวนนั้นเองอาจมีผลกระทบตามมาได้ เช่น ผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกตินั้นอาจลดลงได้ ผู้ป่วยจึงดำรงชีวิตด้วยความยากลำบากกว่าก่อนที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเนื่องจากหลังการรักษาและผ่านพ้นระยะวิกฤติไปแล้วผู้ป่วยมักจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือชุมชน



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโครงการ 0352 166
 วันที่รับรอง : 11 ก.ค. 2566

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 2/5

ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเกิดความวิตกกังวลและ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวังได้ เพราะถือเป็นเงื่อนไขใหม่ที่ผู้ป่วยต้องพบเจอ หรือสภาพหลังการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งในระยะนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน และเกิดกระบวนการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพต่อไปได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อให้ทราบว่าปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโรคร่วม ระดับความพิการ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด มีผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากน้อยเพียงใด จำนวน 114 ราย

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนครั้งของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร่างกายข้างที่อ่อนแรง ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และโปรแกรมการติดตามฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่ได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยจะขออนุญาต คัดกรองการคิดรู้อของท่านโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย หากท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วม ในการวิจัยผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านและการมองเห็น ผู้วิจัย จะอ่านให้ผู้ป่วยฟัง และให้ผู้ป่วยเลือกตอบ โดยแบบสอบถามที่ให้ท่านตอบด้วยตนเอง มี 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลโรคและการรักษา จำนวน 15 ข้อ 2) แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน จำนวน 28 ข้อ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล จำนวน 14 ข้อ 4) แบบประเมินความเหนื่อยล้า จำนวน 9 ข้อ และแบบประเมินอีก 2 ชุด ผู้วิจัยจะขอเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ 5) แบบประเมินโรคร่วม จำนวน 20 ข้อ 6) ประเมินระดับความพิการ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามทั้งหมดนี้ดำเนินการเพียง 1 ครั้ง ใช้เวลาในการตอบ 25-30 นาที ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ก็ได้และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัย ครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิ์ยกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการดูแลรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

เนื่องจากท่านต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม

หากท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกว่าเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน ซึม ในระหว่างตอบคำถามให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ท่านสามารถ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0352 166
วันที่รับรอง : 11 ก.ค. 2566



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

วันที่.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
(PREDICTING FACTORS FOR SUPPORTIVE CARE NEEDS IN STROKE SURVIVORS)

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง” ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้นกรณีในกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ตามเกณฑ์การคัดเข้า

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะโรคร่วม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความพิการ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

นางสาวภกายรัตน์ สหเจริญชัย

**ชุดที่ 1 แบบคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้นกรณีในกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ตามเกณฑ์การคัดเข้า
แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)**

ในกรณีที่ผู้ทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10
บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง
(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล
- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่อว่าอะไร
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร
- 2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ทดสอบ
- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ บ้านเลขที่เท่าไร
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ยาน/ถนนอะไร
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ดิฉัน จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดี
นะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉัน พูดจบ ให้ คุณ (ตา,ยาย,...) พูดทบทวน
ตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อแล้วพยายามจำไว้ให้ดีด้วยดิฉันถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย,...) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาวให้คุณ (ตา, ยาย, ...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย,.....)

สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาว สะกดว่า มอม่่า-สระอะ นอหนู-สระอา-วอ
แหวนไหนคุณ (ตา, ยาย,...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ”

ว อ น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นำพิกาะข้อ่มือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟัง ดิฉันนะ เมื่อดิฉัน พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา, ยาย,.....) พูดตามดิฉัน จะบอกเพียงเที่ยวเดียว” คือ “ใครใคร่ขายไข่ไก่”

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดีๆนะเดี่ยวดิฉัน จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่” (พืน, โต๊ะ, เที่ยง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย,...) อ่านแล้วทำตามคุณ (ตา, ยาย,...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ถูกทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” หลับตาได้

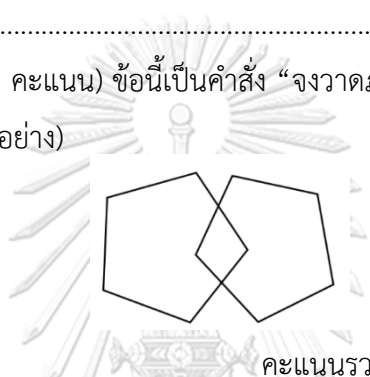
10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค

..... ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในที่วางด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยสภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับ ประถมศึกษา	17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่า ประถมศึกษา	22	30

() อื่นๆ (ระบุ).....

9. การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() พ่อ/แม่

() สามเณร/ภรรยา

() ลูก

() อื่นๆ (ระบุ)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (ข้อ 10-13 สำหรับผู้วิจัย)

10. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

() โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ตัน (Ischemic stroke)

() โรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก (Hemorrhagic stroke)

() โรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน (Venous sinus thrombosis) ที่มีทั้งตีบและแตก

ในโรคเดียวกัน

11. จำนวนครั้งของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง(ครั้ง)

12. ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

() ระยะเวลา 6 เดือน - 1 ปี

() ระยะเวลา 1 ปี - 1 ปี 6 เดือน

() ระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน - 2 ปี

13. โปรแกรมการติดตามฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

13.1 การได้รับบริการกายภาพบำบัด

() ได้รับการทำกายภาพบำบัด (ตั้งแต่จำหน่ายจนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล)

() ไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัด เนื่องจาก.....

13.2 แหล่งที่ได้รับการบริการกายภาพบำบัด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ทำเองที่บ้าน

() ทำที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

() หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล

() อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

คำชี้แจง ตามคำถามต่อไปนี้ ให้ท่านเลือกตอบข้อที่ท่านคิดว่าสำคัญมากที่สุดหรือต้องการอยากรทราบมากที่สุดโดย กากบาท (x) ในข้อนั้นๆ

- 1 หมายถึง ท่านคิดว่าไม่สำคัญเลย
- 2 หมายถึง ท่านคิดว่าสำคัญเป็นบางครั้ง
- 3 หมายถึง ท่านคิดว่าสำคัญปานกลาง
- 4 หมายถึง ท่านคิดว่าสำคัญมาก
- 5 หมายถึง ท่านคิดว่าสำคัญมากที่สุด

ท่านให้ความสำคัญหรือต้องการอยากรทราบต่อเรื่องต่อไปนี้ มาก น้อย เพียงใด	5	4	3	2	1
ด้านจิตใจ					
1. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง					
2. ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง					
3. ความรู้สึกเสียใจที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง					
4. ความกลัว และความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง					
5. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง					
6. ความไม่แน่นอนของโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต					
7. การเรียนรู้ วิธีการควบคุมความรู้สึกของตนเองในขณะที่เจ็บป่วย					
8. การมองชีวิตในมุมมองใหม่ขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง					
9. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับคนใกล้ชิดในขณะที่ท่านเจ็บป่วย					
ระบบภาวะสุขภาพและการให้ข้อมูล					
10. การได้รับการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่สำคัญ					
11. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา การจัดการโรคและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้าน					
12. การได้รับฟังการอธิบายความจำเป็นในการตรวจต่างๆเพิ่มเติมเพื่อการรักษา					
13. การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์และภาวะแทรกซ้อนก่อนตัดสินใจเลือกการรักษา					
14. ต้องการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆที่เกี่ยวกับการรักษาโรค					

ท่านให้ความสำคัญหรือต้องการอยากทราบต่อเรื่องต่อไปนี้ มาก น้อย เพียงใด	5	4	3	2	1
15. ท่านต้องการทราบว่า แนวทางการรักษาของท่านเหมือนกับผู้ป่วย อื่นๆ ทั่วไป					
การดูแลและสนับสนุน					
16. จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล มีมากพอในการตัดสินใจ เลือก					
17. จำนวนโรงพยาบาลมีมากพอในการตัดสินใจเลือก					
18. ทีมแพทย์ผู้รักษารสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาของท่าน					
19. ทีมผู้ดูแลรักษาให้ความสนใจต่อความต้องการด้านร่างกาย					
20. ทีมผู้ดูแลมีความรู้และตอบสนองต่อความต้องการของท่าน					
ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน					
21. ความปวด/อาการอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง					
22. อาการอ่อนเพลีย / เหนื่อยจากโรคหลอดเลือดสมอง					
23. ไม่สุขสบายบ่อยๆ จากโรคหลอดเลือดสมอง					
24. ทำงานใกล้ๆที่พักอาศัย					
25. ท่านไม่สามารถจะทำในสิ่งที่ต้องการได้					
ด้านความต้องการทางเพศ					
26. ความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลง (ตนเอง)					
27. ความสัมพันธ์ทางเพศเปลี่ยนแปลง (คู่ครอง)					
28. อยากรู้ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ทางเพศ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะโรคร่วม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หลังข้อความของแต่ละข้อเพียงคำตอบ เดียว และสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน)

ให้ 1 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีโรคดังต่อไปนี้

- () โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Myocardia infraction; MI)
- () ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)
- () โรคหลอดเลือดโลหิตส่วนปลาย (Peripheral vascular disease; PVD)
- () โรคความจำเสื่อม (Dementia)
- () โรคปอดชนิดเรื้อรัง (Chronic lung disease)
- () โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue disease)
- () โรคแผลในกระเพาะอาหาร (PUD)
- () โรคตับชนิดไม่รุนแรงหรือระยะแรก (Mild liver disease)
- () โรคเบาหวาน (Diabetes)
- () โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- () ผู้ป่วยที่ได้รับ ยา warfarin หรือยา coumarin

ให้ 2 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีโรคดังต่อไปนี้

- () โรคอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia)
- () โรคเบาหวานระยะสุดท้าย (Diabetes end organ damage)
- () โรคไต (Renal disease)
- () เนื้องอก (ที่ไม่ใช่มะเร็ง) (Solid tumor)
- () มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia)
- () มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)

ให้ 3 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีโรคดังต่อไปนี้

- () โรคตับระยะปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to severe liver disease)

ให้ 6 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีโรคดังต่อไปนี้

- () เอดส์ (AIDS/HIV)
- () โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย (Metastasis solid cancer)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความพิการ (สำหรับผู้วิจัย)

- () 0 = ไม่มีความผิดปกติเลย
- () 1 = มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันทำงานได้ตามปกติทุกอย่าง
- () 2 = มีความผิดปกติเล็กน้อยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทุกอย่างแต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ทุกอย่าง
- () 3 = มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย
- () 4 = มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง
- () 5 = มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนบนเตียงตลอดและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

คะแนนที่ได้.....คะแนน



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์บางสิ่งบางอย่างว่ามีมากเพียงใด กรุณาใส่เครื่องหมาย

(✓) ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับท่านที่สุด กรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

() เป็นส่วนใหญ่	() บ่อยครั้ง
() เป็นบางครั้ง	() ไม่เป็นเลย
2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆที่ฉันเคยชอบได้

() เหมือนเดิม	() ไม่มากเท่าแต่ก่อน
() มีเพียงเล็กน้อย	() เกือบไม่มีเลย
3. ฉันรู้สึกกลัวคล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

() มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	() มีแต่ไม่มากนัก
() มีเพียงเล็กน้อย	() ไม่มีเลย
4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้

() เหมือนเดิม	() ไม่มากนัก
() มีน้อย	() ไม่ได้เลย
5. ฉันมีความวิตกกังวล

() เป็นส่วนใหญ่	() บ่อยครั้ง
() เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	() นานๆ ครั้ง
6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

() ไม่มีเลย	() ไม่บ่อยนัก
() เป็นบางครั้ง	() เป็นส่วนใหญ่
7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย

() ได้ดีมาก	() ได้โดยทั่วไป
() ไม่บ่อยนัก	() ไม่ได้เลย
8. ฉันรู้สึกที่ตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม

() เกือบตลอดเวลา	() บ่อยมาก
() เป็นบางครั้ง	() ไม่เป็นเลย

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง
- () ไม่เป็นเลย () เป็นบางครั้ง
- () ค่อนข้างบ่อย () บ่อยมาก
10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง
- () ใช่ () ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร
- () ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน () ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม
11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้
- () เป็นมากทีเดียว () ค่อนข้างมาก
- () ไม่มากนัก () ไม่เป็นเลย
12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ
- () มากเท่าที่เคยเป็น () ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
- () น้อยกว่าที่เคยเป็น () เกือบจะไม่มีเลย
13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกระทันหัน
- () บ่อยมาก () ค่อนข้างบ่อย
- () ไม่บ่อยนัก () ไม่มีเลย
14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคย
เพลิดเพลินได้
- () เป็นส่วนใหญ่ () เป็นบางครั้ง
- () ไม่บ่อยนัก () น้อยมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง แบบประเมินความเหนื่อยล้าประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ข้อความข้างล่างนี้เป็นข้อความที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของความเหนื่อยล้า กรุณาอ่านข้อความให้ชัดเจน แล้วเลือกวงกลมหมายเลข 1-7 เพียงหนึ่งหมายเลขในแต่ละหัวข้อ ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน **ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** โดยหากท่านเลือกทำเครื่องหมายที่หมายเลข 1 หมายความว่า **ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง** กับข้อความนั้นและหากท่านเลือกทำเครื่องหมายที่หมายเลข 7 หมายความว่า **ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง** และกรุณาตอบทุกข้อคำถาม

ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ฉันพบว่า	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยอย่างยิ่ง						
	1	2	3	4	5	6	7
1. แรงจูงใจของฉันลดลงเมื่อฉันมีความเหนื่อยล้า	1	2	3	4	5	6	7
2. การออกกำลังกายทำให้ฉันเหนื่อยล้า	1	2	3	4	5	6	7
3. ฉันรู้สึกเหนื่อยล้าได้ง่าย	1	2	3	4	5	6	7
4. ความเหนื่อยล้ารบกวนสมรรถภาพทางกายของฉัน	1	2	3	4	5	6	7
5. ความเหนื่อยล้าสร้างปัญหาให้ฉันบ่อยๆ	1	2	3	4	5	6	7
6. ความเหนื่อยล้าเป็นอุปสรรคในการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย	1	2	3	4	5	6	7
7. ความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อการทำหน้าที่และความรับผิดชอบในงานบางประการ	1	2	3	4	5	6	7
8. ความเหนื่อยล้าเป็นหนึ่งในสามอาการสำคัญที่ทำให้ฉันทำสิ่งต่างๆ ได้ลดลง	1	2	3	4	5	6	7
9. ความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อการทำงาน การใช้ชีวิตในครอบครัว หรือการใช้ชีวิตในสังคมของฉัน	1	2	3	4	5	6	7
คะแนนรวม							

โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

ขอเชิญชวนเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย

“ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง”

คุณสมบัติของอาสาสมัคร

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและจำหน่ายกลับบ้านในช่วง 6 เดือนจนถึง 2 ปี
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. เข้าใจและสื่อสารภาษาไทย
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

- รับอาสาสมัครจำนวน 25 คน
- ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะเป็นแนวทางในการให้การดูแลสนับสนุนตามความต้องการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม และเป็นข้อมูลในการพัฒนาการวิจัยในอนาคตเพื่อประโยชน์ต่อไป
- การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ
- ไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิ์การรักษา และการรับบริการในโรงพยาบาลตำรวจทั้งสิ้น

หากท่านสนใจเข้าร่วม หรือมีข้อสงสัยเพิ่มเติม สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่...

 ผู้วิจัย : นางสาวพกายรัตน์ สหเจริญชัย

 เบอร์โทร: 098-7855156

 สถานที่: แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศาสตร์และอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลตำรวจ

โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการวิจัย
โรงพยาบาลจุฬา สภากาชาดไทย

ขอเชิญชวนเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย

"ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง"

คุณสมบัติของอาสาสมัคร

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและจำหน่ายกลับบ้านในช่วง 6 เดือนจนถึง 2 ปี
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. เข้าใจและสื่อสารภาษาไทย
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

- รับอาสาสมัครจำนวน 35 คน
- ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะเป็นแนวทางในการให้การดูแลสนับสนุนตามความต้องการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม และเป็นข้อมูลในการพัฒนาการวิจัยในอนาคตเพื่อประโยชน์ต่อไป
- การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ
- ไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ์การรักษา และการรับบริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยทั้งสิ้น

หากท่านสนใจเข้าร่วม หรือมีข้อสงสัยเพิ่มเติม สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่...

 ผู้วิจัย : นางสาวพายุรัตน์ สหเจริญชัย

 เบอร์โทร: 098-7855156

 สถานที่: แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ (ภปร ชั้น 6) และอายุรศาสตร์ (ภปร ชั้น 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Version 2 Date 24/7/66



ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัย และตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (n=30)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.876	.877	28

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SCN1	3.10	1.668	30
SCN2	3.03	1.542	30
SCN3	3.10	1.373	30
SCN4	3.57	1.431	30
SCN5	3.33	1.348	30
SCN6	3.50	1.503	30
SCN7	3.37	1.474	30
SCN8	3.47	1.332	30
SCN9	3.63	1.520	30
SCN10	2.57	1.135	30
SCN11	2.47	1.196	30
SCN12	2.47	1.106	30
SCN13	2.80	1.126	30
SCN14	2.83	1.206	30
SCN15	2.67	1.213	30
SCN16	2.27	1.311	30
SCN17	2.63	1.474	30
SCN18	2.37	1.245	30
SCN19	2.77	1.104	30
SCN20	2.67	1.028	30
SCN21	2.87	1.167	30
SCN22	2.63	1.377	30
SCN23	1.67	.802	30
SCN24	2.13	1.432	30
SCN25	3.50	1.196	30
SCN26	2.63	1.129	30
SCN27	2.23	1.382	30
SCN28	2.27	1.363	30



Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SCN1	75.43	277.564	.480	.870
SCN2	75.50	285.086	.375	.873
SCN3	75.43	281.702	.508	.870
SCN4	74.97	297.206	.157	.879
SCN5	75.20	292.372	.278	.875
SCN6	75.03	278.585	.522	.869
SCN7	75.17	275.385	.602	.867
SCN8	75.07	282.340	.512	.870
SCN9	74.90	283.059	.423	.872
SCN10	75.97	294.792	.281	.875
SCN11	76.07	297.995	.184	.877
SCN12	76.07	298.616	.188	.877
SCN13	75.73	289.995	.411	.872
SCN14	75.70	286.769	.460	.871
SCN15	75.87	288.533	.413	.872
SCN16	76.27	281.099	.550	.869
SCN17	75.90	284.783	.403	.872
SCN18	76.17	281.040	.585	.868
SCN19	75.77	285.082	.555	.869
SCN20	75.87	280.120	.751	.866
SCN21	75.67	284.230	.545	.869
SCN22	75.90	295.541	.202	.878
SCN23	76.87	304.533	.066	.878
SCN24	76.40	293.214	.240	.877
SCN25	75.03	285.344	.501	.870
SCN26	75.90	282.093	.624	.868
SCN27	76.30	281.597	.507	.870
SCN28	76.27	281.444	.519	.869

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
78.53	307.016	17.522	28

2. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะโรคร่วม (n=30)

Correlations

		first	second
first	Pearson Correlation	1	.899**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	30	30
second	Pearson Correlation	.899**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



3. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) (n=30)

จากการศึกษาของ Banks & Marotta (2007) พบว่า Inter-rater reliability with the mRS is moderate and improves with structured interviews (kappa 0.56 versus 0.78); strong test-re-test reliability (kappa=0.81 to 0.95)

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Quinn, Dawson, Walters & Lees (2009) พบว่า สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวม Overall reliability of mRS was kappa=0.46 และ weighted kappa=0.90

Cohen's Weighted Kappa

Ratings	Weighted Kappa ^a	Std. Error ^b	Asymptotic		95% Asymptotic Confidence Interval	
			z ^c	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Expert1 - Expert2	.908	.038	6.773	<.001	.833	.983

- The estimation of the weighted kappa uses linear weights.
- Value does not depend on either null or alternative hypotheses.
- Estimates the asymptotic standard error assuming the null hypothesis that weighted kappa is zero.

Symmetric Measures

Measure of Agreement	Kappa	Value	Asymptotic		Approximate T ^b	Approximate Significance
			Standard Error ^a			
Measure of Agreement	Kappa	.780	.087		8.266	<.001
N of Valid Cases		30				

- Not assuming the null hypothesis.
- Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Expert1 * Expert2	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

4. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (n=30)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.881	.880	14

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
HADS1	1.63	.765	30
HADS2	.87	.681	30
HADS3	1.47	.973	30
HADS4	.97	.718	30
HADS5	1.70	1.119	30
HADS6	1.20	.847	30
HADS7	1.43	.568	30
HADS8	1.60	.675	30
HADS9	.47	.629	30
HADS10	.97	.850	30
HADS11	.43	.774	30
HADS12	1.07	.828	30
HADS13	.33	.606	30
HADS14	.97	.928	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HADS1	13.47	41.292	.717	.853	.865
HADS2	14.23	43.495	.552	.597	.873
HADS3	13.63	40.240	.626	.530	.869
HADS4	14.13	42.533	.627	.772	.870
HADS5	13.40	37.352	.754	.865	.862
HADS6	13.90	40.438	.721	.869	.864
HADS7	13.67	45.609	.389	.691	.880
HADS8	13.50	45.086	.373	.447	.881
HADS9	14.63	44.033	.538	.630	.874

HADS10	14.13	43.982	.374	.485	.882
HADS11	14.67	43.885	.433	.744	.879
HADS12	14.03	42.654	.516	.776	.875
HADS13	14.77	44.254	.533	.815	.875
HADS14	14.13	41.085	.586	.698	.872

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15.10	48.921	6.994	14



5. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเหนื่อยล้า (n=30)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.976	.976	9

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FSS1	4.27	1.574	30
FSS2	4.17	1.642	30
FSS3	4.03	1.691	30
FSS4	4.27	1.596	30
FSS5	3.80	1.606	30
FSS6	4.07	1.617	30
FSS7	4.17	1.555	30
FSS8	4.63	1.629	30
FSS9	4.60	1.632	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FSS1	33.73	143.099	.857	.776	.975
FSS2	33.83	145.316	.754	.746	.979
FSS3	33.97	139.137	.899	.897	.973
FSS4	33.73	139.513	.950	.949	.971
FSS5	34.20	140.993	.899	.918	.973
FSS6	33.93	139.444	.937	.934	.972
FSS7	33.83	141.454	.919	.922	.972
FSS8	33.37	138.792	.949	.973	.971
FSS9	33.40	140.800	.888	.949	.974

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
38.00	177.862	13.336	9

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรตามต้องมีระดับการวัดในช่วงมาตราหรืออัตราส่วนมาตรา

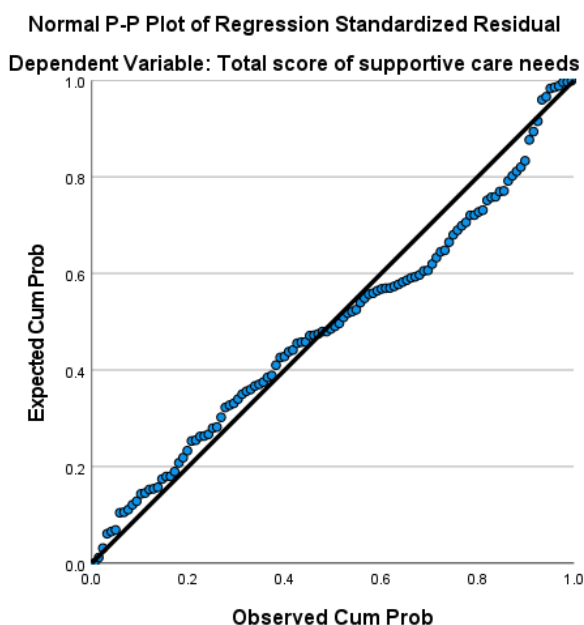
ตัวแปรตามคือความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดในช่วงมาตรา

2. ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์อยู่ในระดับช่วงมาตราหรืออัตราส่วนมาตรา หากเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่องต้องแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable)

ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล อายุ ความเหนื่อยล้า โรคร่วม ระดับความพิการ เป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดในช่วงมาตราหรืออัตราส่วนมาตรา ส่วนเพศ และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ทำเป็นตัวแปร Dummy คือ เพศ (เพศหญิงเป็นฐาน) การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด (เข้าถึงเป็นฐาน)

3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linear relationship)

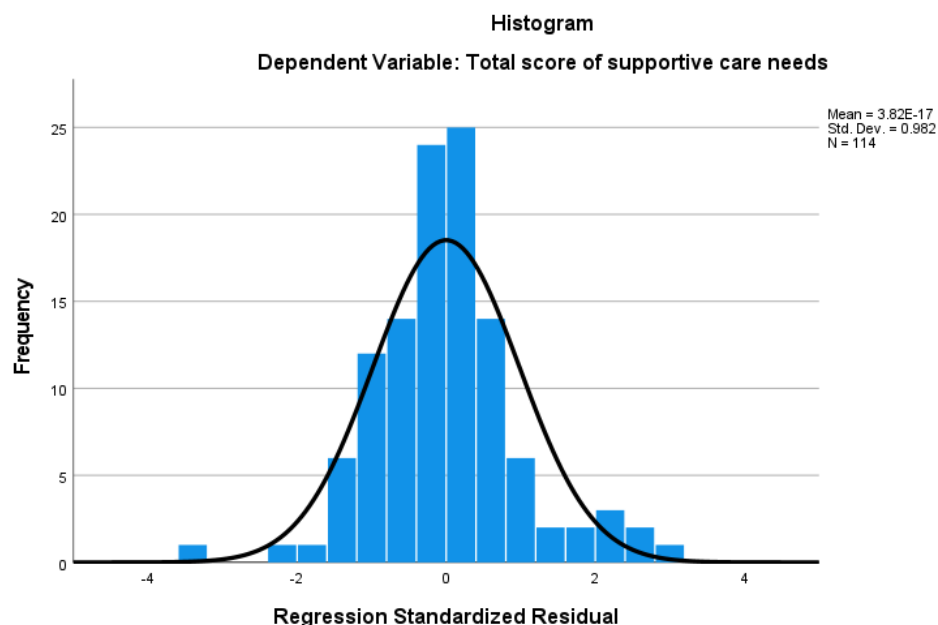
รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (X) และตัวแปรตาม (Y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ภาพการกระจายตัวของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

4. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

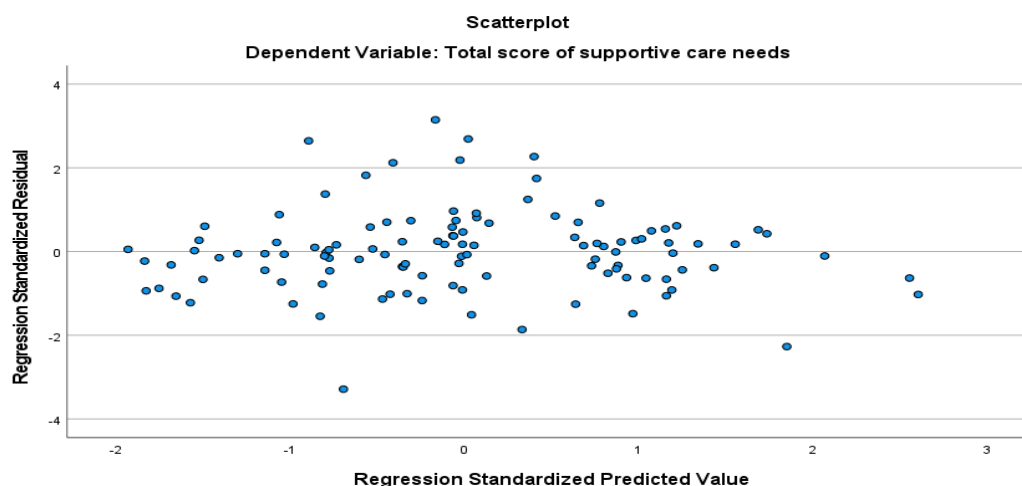
ด้วยการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยกราฟฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (normality) ดังแสดง



ภาพที่ 3 ภาพการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (normality)

5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทำนายทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity)

ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ โดยพิจารณาการกระจาย (Scatter plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ส่วนใหญ่กระจายบริเวณค่า 0 ดังแสดง



ภาพที่ 4 ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (homoscedasticity)

6. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity)

ทดสอบโดยการหาค่า Tolerance และ VIF โดยเมื่อพิจารณาค่า tolerance ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน ค่า tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 1 ค่ายิ่งใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่น ๆ ค่า tolerance ที่ต่ำกว่า 0.10 ตัวแปรอิสระจะมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น multicollinearity เมื่อพิจารณาค่า variance inflation factor (IVF) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอีกวิธีหนึ่ง VIF มีค่ามากกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระจะมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น multicollinearity (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552) จากตารางที่แสดงพบว่าค่า tolerance อยู่ระหว่าง .575 – 1.00 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.00 – 1.738 ซึ่งค่าทั้ง 2 ตัวพบว่าอยู่ในเกณฑ์ข้อตกลงเบื้องต้นซึ่งคือตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น



Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	56.698	2.627		21.580	<.001					
	mRS	13.096	.957	.791	13.690	<.001	.791	.791	.791	1.000	1.000
2	(Constant)	50.796	2.539		20.009	<.001					
	mRS	10.354	.971	.626	10.663	<.001	.791	.711	.544	.756	1.322
	CCI	7.941	1.389	.335	5.719	<.001	.644	.477	.292	.756	1.322
3	(Constant)	42.619	2.737		15.572	<.001					
	mRS	8.267	.952	.499	8.682	<.001	.791	.638	.396	.630	1.588
	CCI	7.685	1.243	.325	6.181	<.001	.644	.508	.282	.755	1.324
	HADS	.873	.163	.278	5.355	<.001	.600	.455	.244	.775	1.291
4	(Constant)	40.279	2.746		14.669	<.001					
	mRS	7.403	.960	.447	7.711	<.001	.791	.594	.339	.575	1.738
	CCI	7.336	1.204	.310	6.095	<.001	.644	.504	.268	.748	1.336
	HADS	.790	.159	.251	4.959	<.001	.600	.429	.218	.753	1.328
	FSS	.191	.062	.155	3.069	.003	.546	.282	.135	.756	1.323

a. Dependent Variable: Total score of supportive care needs

ตารางที่ 10 ค่าความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น

7. ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (independence)

ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่ามีความคลาดเคลื่อนที่เป็นอิสระต่อกัน (Hutcheson & Sofroniou, 1999, p. 49) โดยงานวิจัยนี้มีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.648 ซึ่งหมายความว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน

Model Summary^e

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	.791 ^a	.626	.623	13.248	.626	187.420	1	112	<.001	
2	.843 ^b	.711	.706	11.695	.085	32.704	1	111	<.001	
3	.878 ^c	.771	.765	10.463	.060	28.673	1	110	<.001	
4	.888 ^d	.789	.781	10.085	.018	9.419	1	109	.003	1.648

a. Predictors: (Constant), mRS

b. Predictors: (Constant), mRS, CCI

c. Predictors: (Constant), mRS, CCI, HADS

d. Predictors: (Constant), mRS, CCI, HADS, FSS

e. Dependent Variable: supportive care needs

ตารางที่ 11 ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน



ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ของภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากแบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson Criteria Checklist: CCI) (n=114)

คะแนนโรคร่วม	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
0	0	18	15.79	ไม่มีโรคร่วม
1-2	1-2	77	67.55	มีโรคร่วมน้อย
3-4	3-4	17	14.91	มีโรคร่วมปานกลาง
> 4	5	2	1.75	มีโรคร่วมมาก

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ซึ่งพบมากที่สุดคือมีโรคร่วมน้อย จำนวน 1-2 โรค คิดเป็นร้อยละ 67.55 รองลงมา พบมีโรคร่วมปานกลาง จำนวน 3-4 โรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 14.91 และร้อยละ 1.75 พบว่ามีจำนวนโรคร่วมมาก

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความพิการของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากแบบประเมินระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) (n=114)

คะแนนระดับความพิการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
0	9	7.89	ไม่มีความผิดปกติเลย
1	27	23.68	มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันทำงานได้ตามปกติทุกอย่าง
2	19	16.67	มีความผิดปกติเล็กน้อยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทุกอย่างแต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ทุกอย่าง
3	30	26.32	มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย
4	24	21.06	มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง
5	5	4.38	มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนบนเตียงตลอดและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับความพิการอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจกรรมประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.32 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจกรรมประจำวันทำงานได้ตามปกติทุกอย่าง คิดเป็นร้อยละ 23.68 และ มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง คิดเป็นร้อยละ 21.06 ตามลำดับ

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) (n=114)

ความวิตกกังวล				
คะแนนความวิตกกังวล	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
0-7	0-7	56	49.12	ไม่มีภาวะวิตกกังวล
8-10	8-10	49	42.98	มีความวิตกกังวลแต่ไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช
11-21	11-16	9	7.90	มีความวิตกกังวลที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

ภาวะซึมเศร้า				
คะแนนภาวะซึมเศร้า	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
0-7	0-7	61	53.51	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
8-10	8-10	48	42.11	มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช
11-21	11-19	5	4.38	มีภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

จากตารางที่ 14 พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 49.12 และ 53.51 รองลงมาพบว่ามีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ถึงเป็นความผิดปกติทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 42.98 และ 42.11 และมีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นการผิดปกติทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 7.90 และ 4.38 ตามลำดับ

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน และร้อยละของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จากแบบประเมินความเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale: FSS) (n=114)

คะแนนความเหนื่อยล้า	ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
น้อยกว่า 4	1-3.89	66	57.89	ไม่มีความเหนื่อยล้า
มากกว่าหรือเท่ากับ 4	4-7	48	42.11	มีความเหนื่อยล้า

จากตารางที่ 15 พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่มีความเหนื่อยล้า คิดเป็นร้อยละ 57.89 และมีความเหนื่อยล้าคิดเป็นร้อยละ 42.11

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (คน)	ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		t-test	p-value
		Mean	SD		
หญิง	50	92.00	19.74	1.61	.06
ชาย	64	85.59	22.63		

จากตารางที่ 16 พบว่าคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย
วัน เดือน ปี เกิด	8 ตุลาคม 2538
สถานที่เกิด	จังหวัดน่าน
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2561 (เกียรตินิยมอันดับหนึ่งเหรียญทอง)
ที่อยู่ปัจจุบัน	258/507 ตึก E ชั้น 5 ถนน จันทน์ แขวง ทุ่งวัดดอน เขต สาทร กรุงเทพมหานคร 10120



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY