วารสารธรรมเพื่อชีวิต
JOURNAL OF DHAMMA FOR LIFE
ISSN: 2822-048X
https://so08.tci-thaijo.org/index.php/dhammalife/index

**Original Research Article** DOI: 10.14456/jdl.2025.13

# Quality of Life of 3 months Post-Stroke Patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital

## คุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 3 เดือน หลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**Suppanida Koysomboon[1*], Sookjaroen Tangwongchai[2]**
**Tanyaluk Obeom[3], Aurauma Chutinet[4]**
ศุภนิดา โกยสมบูรณ์[1*], สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย[2], ธัญลักษณ์ โอบอ้อม[3], อรอุมา ชุติเนตร[4]

## ARTICLE INFO

**Name of Author & Corresponding Author: ***

**1. Suppanida Koysomboon***
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand.
**ศุภนิดา โกยสมบูรณ์**
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
**Email:** suppanida.pt@gmail.com

**2. Sookjaroen Tangwongchai**
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand.
**สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย**
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
**Email:** sookjaroen@gmail.com

**3. Tanyaluk Obeom**
Chulalongkorn Stroke Center of Excellence, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand.
**ธัญลักษณ์ โอบอ้อม**
ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
**Email:** otanyaluk@yahoo.com

**4. Aurauma Chutinet3**
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand.
**อรอุมา ชุติเนตร**
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
**Email:** aurauma@yahoo.com

## ABSTRACT

This study explored the quality of life (QoL) and predictive factors in patients three months after stroke by utilizing the Short Form Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QoL-12) to assess quality of life. Data analysis was performed using Fisher's Exact Test to identify associated factors for poor QoL and Forward Conditional Binary Logistic Regression for predicting factors for poor QoL.

The study included 101 participants with an average age of 64.06 ± 11.11 years, of whom 55.4% were female. Additionally, 68.3% were older adults aged over 60 years. The majority of participants (94.1%) had a good QoL. However, factors predicting moderate to poor QoL included taking more than 10 medications per day (OR = 53.949; 95% CI = 1.125 – 2587.096) and having experienced more than one stroke episode (OR = 34.930; 95% CI = 2.938 - 415.241).

This study indicates that recurrent strokes and the necessity of taking multiple medications are significant factors

**คำสำคัญ:**
โรคหลอดเลือดสมองตีบ; คุณภาพชีวิต; ผู้ป่วยนอก
**Keywords:**
Ischemic Stroke; Quality of Life; Outpatient

**Article history:**
Received: 15/01/2025
Revised: 28/02/2025
Accepted: 09/03/2025
Available online: 24/04/2025

**How to Cite:**
Koysomboon et al. (2025). Quality of Life of 3 months Post-Stroke Patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal Dhamma for Life, 31*(2), 187-195.

associated with poor QoL. Early identification and care for at-risk individuals could help improve their QoL and enhance the effectiveness of physical rehabilitation.

## บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยภายหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมา 3 เดือน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับย่อ (SS-QoL-12) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และ Forward Conditional Binary Logistic Regression ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 101 คน มีอายุเฉลี่ย 64.06 ± 11.11 ปี เพศหญิงร้อยละ 55.4 เป็นผู้สูงวัยอายุมากกว่า 60 ปีร้อยละ 68.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีร้อยละ 94.1 มีปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตไม่ดี ได้แก่ การมีจำนวนยากินเกิน 10 ชนิด/วัน (OR = 53.949; 95%CI = 1.125 – 2587.096) และเคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ครั้ง (OR = 34.930; 95%CI = 2.938 - 415.241) จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คือ การเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยารักษาเป็นจำนวนมาก การให้ความสนใจดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงเหล่านี้ตั้งแต่ระยะต้น จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วยต่อไป

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดภายในสมอง ถือได้ว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญระดับโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) ได้จัดอันดับให้เป็นโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตเป็นอันดับที่สองของโลกรองจากโรคหัวใจ และเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการทางร่างกายเป็นอันดับที่สามของโลก (American Stroke Association, 2024) ชนิดที่พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2023) ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักประสบกับความทุกข์ทรมานจากความพิการทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตสามารถฟื้นตัวกลับมาใกล้เคียงปกติได้หลังเกิดอาการป่วย ส่วนใหญ่จะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 12 สัปดาห์ (Natthanid Ketsarinhomhuan, and Arunee Ratttananited, 2011) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถยอมรับ ปรับตัวและรับมือกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดความทุกข์สะสมก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตแย่ลง โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางไป

จนถึงระดับดี (Adam C., 2003) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาไม่เกิน 6 เดือนนั้นจะเป็นช่วงที่ระดับคุณภาพชีวิตต่ำลงอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากถือเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Hanee Wallraj, 2016)

โดยมากนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการรักษาและตรวจหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมักได้รับการติดตามผลการรักษาต่อภายใน 1 ปีหลังเกิดอาการป่วย ซึ่งยังไม่มีการศึกษาเพื่อส่งเสริมหรือยกระดับแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังมีอาการป่วยมาเป็นระยะเวลา 3 เดือน อันเป็นช่องว่างของการวิจัยที่มีมาในอดีต จึงนำมาสู่การศึกษาหาปัจจัยทำนายระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังป่วยมาเป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อจะได้ป้องกันไม่ให้เกิดภา วะแทรกซ้อนที่จะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง และช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

**ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดในการวิจัย**

โรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บเฉียบพลันบริเวณระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดเกิดความผิดปกติ ภาวะเลือดออกในสมอง ส่งผลให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมอง (Sacco RL et. al, 2013) World Stroke Organization (WSO) ได้จัดให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่รุนแรงที่สุด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (Valery L Feigin et. al, 2021) ในประเทศไทย มีการเก็บข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 2012 - ค.ศ. 2016 พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 31.7 เป็น 47.8 และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ คาดว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุสำคัญอันดับแรกของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรโลก (Alexander P Coupland et. al, 2017)

ผู้ป่วยบางรายที่ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาวะปกติได้ อาจมีภาวะแทรกซ้อน กลายเป็นผู้ที่มีภาวะด้อยสมรรถภาพที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ แบ่งได้เป็น ประสบการณ์การเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ การรับรู้ของผู้ป่วย และแรงกระตุ้นภายใน โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อน (Adam C., 2003) ผู้ป่วยร้อยละ 10 ที่รอดชีวิตหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว 1 เดือน สามารถฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติ ส่วนใหญ่จะใช่เวลาประมาณ 12 สัปดาห์ (Natthanid Ketsarinhomhuan, and Arunee Ratttananited, 2011) โดยส่วนใหญ่ตรงกับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยพักฟื้นอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาทางยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเน้นการบริหารร่างกายและการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และมีการมาติดตามผลการรักษาตามนัดของแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกลับมาเป็นซ้ำ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตต่ำลง

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หลังป่วยมา 3 เดือน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ระเบียบวิธีการวิจัย**

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่าง (Population Sampling) คือ ผู้ป่วยหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน ภายใน 3 เดือน ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ Stroke Clinic ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกคนระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 จำนวน 101 คน ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยต้องมีคุณสมบัติตาม ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ อายุ 25 – 80 ปี ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันนานประมาณ 3 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน และมาติดตามการรักษาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก (first visit) ยินดีให้ความร่วมมือต่อการวิจัย พร้อมลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย สามารถสื่อสารและอ่านเขียนภาษาไทยได้ ไม่มี aphasia และไม่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่มีความพิการที่ไม่ได้เกิดจากการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบและอุดตัน เช่น อุบัติเหตุ มีความพิการแต่กำเนิด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตเวชก่อนป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน ไม่มีระดับการรู้คิดที่ผิดปกติ โดยวัดจากแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE) แล้วมีค่าคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนนลงไป

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็น ข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมทางสุขภาพก่อนป่วย แบ่งย่อยเป็น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุราและพฤติกรรมการออกกำลังกาย อาการเจ็บป่วยก่อนป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติครอบครัว ระดับความรุนแรงของอาการหลังป่วย และปัจจัยด้านสังคม ส่วนที่ 2 เป็น แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับย่อ (12-item Stroke-Specific Quality of Life Scale : SS-QoL-12) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราโมทย์ ถ่างกระโทกและคณะ (Pramote Thangkratok et. al, 2019) ซึ่งใช้ในการประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกแบบมาตราวัดประมาณค่า (rating scale) จำนวน 5 ระดับ จาก 1 คือ ไม่เลย ไปถึง 5 คือมากที่สุด (1-5 คะแนน) ประเมินคุรภาพชีวิตด้านร่างกาย 6 ข้อ และด้านจิตสังคมจำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามมีค่าคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 60 คะแนน โดยค่าคะแนนรวมมากแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และคะแนนรวมน้อยแสดงถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในงานวิจัยนี้กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต ตามงานวิจัยของวชิรา โพธิ์ใส และคณะ (Posai V et. al, 2020) คือ ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับแย่ ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และในส่วนที่ 3 เป็นแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา โดยเก็บบันทึกจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้แก่ วันที่เข้าและออกจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านโรคและการรักษา ได้แก่ ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ สมรรถภาพทางสมองหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองวัดจากแบบประเมิน Thai Mental State Examination : TMSE และ แบบประเมิน

Montreal Cognitive Assessment : MOCA ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองวัดจากแบบประเมิน National Institute of Health Stroke Scale : NIHSS โรคร่วมทางกายและโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ยาประจำตัวและการรักษาที่เคยได้รับ

การเก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่ stroke clinic แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเข้าเก็บข้อมูลหลังจากโครงการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลข COA no. 0968/2023 เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2566 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2567 จนครบจำนวนตามขนาดกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM® SPSS® Statistics Version 29.0 โดยวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงคุณภาพ โดยใช้ Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

**ผลการวิจัย**

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันหลังป่วยมา 3 เดือน ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 101 คน เป็นเพศหญิง 56 คน และเพศชาย 45 คน มีอายุเฉลี่ย 64.06 ± 11.11 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 25547.27 ± 31299.22 บาท ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 58.4) และได้รับรายได้จากผู้อื่น (ร้อยละ 59.4) มีประวัติจิตเวชในครอบครัว 12 คน มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว 40 คน ส่วนใหญ่มีอาการป่วยเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 81.2) มีค่า NIHSS เฉลี่ย 0.88 ± 1.88 คะแนน และมีค่าคะแนน TMSE เฉลี่ย 27.68 ± 1.87 คะแนน ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยา เฉลี่ยจำนวนยาที่ใช้เป็นประจำอยู่ที่ 5.11 ± 2.31 ชนิด เมื่อวัดคุณภาพชีวิตด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL-12) พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ย 16.80 คะแนน ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 94.1 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 101 คน (N=101)

| **ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย** | **จำนวนคนทั้งหมด N = 101 (ร้อยละ %)** | **ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดี N = 95 (ร้อยละ %)** | **ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีถึงปานกลาง N = 6 (ร้อยละ %)** |
|---|---|---|---|
| เพศ | | | |
| หญิง | 56 (55.4) | 51 (53.7) | 5 (83.3) |
| ชาย | 45 (44.6) | 44 (46.3) | 1 (16.7) |
| อายุ (ปี) | Mean ± S.D. (Min - Max) = 64.06 ± 11.11 (31 - 80) | | |
| > 60 | 69 ( 68.3 ) | 64 (67.4) | 5 (83.3) |
| ≤ 60 | 32 ( 31.7 ) | 31 (32.6) | 1 (16.7) |
| ระดับการศึกษา | 47 (46.6) | 44 (46.3) | 3 (50) |

| ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย | จำนวนคนทั้งหมด N = 101 (ร้อยละ %) | ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดี N = 95 (ร้อยละ %) | ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีถึงปานกลาง N = 6 (ร้อยละ %) |
|---|---|---|---|
| ประถมศึกษา<br>มัธยมศึกษา ปวส. ปวช. หรืออนุปริญญา<br>ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ปริญญาโท หรือปริญญาเอก | 54 (53.4) | 51 (53.7) | 3 (50) |
| รายได้ (บาท/เดือน)<br>≤ 30,000<br>> 30,000 | <br>70 (69.3)<br>31 (30.7) | <br>65 (68.4)<br>31.6 (31.6) | <br>5 (83.3)<br>1 (16.7) |
| ที่มาของรายได้<br>จากผู้อื่น<br>จากการทำงานด้วยตนเอง | <br>60 (59.4)<br>41 (40.6) | <br>55 (57.9)<br>40 (42.1) | <br>5 (83.3)<br>1 (16.7) |
| อาชีพ<br>ไม่ได้ประกอบอาชีพ<br>ทำงานในส่วนภาครัฐ เอกชน ธุรกิจส่วนตัว และอื่น ๆ | <br>59 (58.4)<br>42 (41.6) | <br>54 (56.8)<br>41 (43.2) | <br>5 (83.3)<br>1 (16.7) |
| ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว<br>มีประวัติจิตเวชในครอบครัว<br>มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว | 12<br>40 | 11 (11.6)<br>39 (41.1) | 1 (16.7)<br>1 (16.7) |
| จำนวนครั้งที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ครั้ง) *<br>เป็นครั้งแรก<br>เป็นมากกว่า 1 ครั้ง | <br>82 (81.2)<br>19 (18.8) | <br>81 (85.3)<br>14 (14.7) | <br>1 (16.7)<br>5 (83.3) |
| คะแนน NIHSS | Mean ± S.D. (Min - Max) = 0.80 ± 1.88 (0 – 15) | | |

| ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย | จำนวนคนทั้งหมด N = 101 (ร้อยละ %) | ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดี N = 95 (ร้อยละ %) | ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีถึงปานกลาง N = 6 (ร้อยละ %) |
|---|---|---|---|
| ความรุนแรงระดับน้อย<br>ความรุนแรงระดับปานกลาง | 97 (96)<br>4 (4) | 91 (95.8)<br>4 (4.2) | 6 (100)<br>0 (0) |
| จำนวนยาที่ใช้ (ชนิด) * | Mean ± S.D. (Min - Max) = 5.11 ± 2.31 (2 - 14) | | |
| ≤ 10 ชนิด<br>> 10 ชนิด | 97 (96)<br>4 (4) | 93 (97.9)<br>2 (2.1) | 4 (66.7)<br>2 (33.3) |

* $p < 0.05$

ปัจจัยทำนายการมีคุณภาพชีวิตไม่ดีถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญมางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ จำนวนยาที่ใช้ และจำนวนครั้งที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อวิเคราะห์พหุตัวแปรด้วย forward conditional binary logistic regressionแล้ว พบปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตไม่ดีถึงปานกลาง ได้แก่ มีจำนวนยาที่กินเกิน 10 ชนิดต่อวัน (OR = 53.949; 95%CI = 1.125 – 2587.096) และเคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาเกิน 1 ครั้ง (OR = 34.930; 95%CI = 2.938 - 415.241) (ตารางที่ 2)

**ตาราง 2** แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 101 คน (N=101) โดยใช้ Forward Conditional Binary Logistic Regression

| ตัวแปร | B | S.E. | Wald | Sig. | OR | 95%C.I. for OR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนยาที่ใช้ > 10 ชนิด | 3.988 | 1.975 | 4.079 | 0.043* | 53.949 | 1.125 | 2587.096 |
| จำนวนครั้งที่ป่วย > 1 ครั้ง | 3.533 | 1.263 | 7.915 | 0.005*** | 34.930 | 2.938 | 415.241 |
| ค่าคงที่ | - 6.112 | 1.497 | 16.674 | < 0.001 | 0.002 | | |

* $p < 0.05$, *** $p < 0.001$

หมายเหตุ: - Nagelkerke R Square = 0.538 และ Cox & Snell R Square = 0.195

- ทดสอบความเหมาะสมของ Model ด้วยสถิติ Hosmer and Lemeshow Test ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.834$) แสดงความเหมาะสมของการใช้สถิติ Logistic regression analysis

**อภิปรายผลการวิจัย**

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่สูง ผู้ที่ได้รับการศึกษาที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและสามารถปฏิบัติตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Adam C., 2003) มีรายได้ที่เพียงพอ และมีระดับความรุนแรงของโรคค่อนข้างน้อย โดยระดับความรุนแรง

ของโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Deb-Chatterji et. al, 2021) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยก่อน ๆ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.7 (Parichat Phengrueng, Tipa Toskulkao, Sakul Changmai, 2024)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการดูแลอยู่ในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Clinic) ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยยึดเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามนโยบายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันประสาทวิทยา (Neuroscience Institute, 2017) ที่มีการดูแลครอบคลุมตั้งแต่แรกรับหลังจากมีอาการจากโรคหลอดเลือดสมอง ไปจนถึงมีการติดตามผลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองที่น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยก่อนหน้า ส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล เนื่องจากภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลนั้นส่งผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย โดยเฉพาะการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (Jitpugdee W, Suntibenchakul S, and Piravej K., 2017)

ในด้านความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิต พบว่าคนที่มีจำนวนยาที่ใช้เป็นประจำมากกว่า 10 ชนิด มีผลทำให้ระดับคุณภาพชีวิตต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันต่ำกว่า 5 รายการ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยามากกว่า 5 รายการ (Vipaporn Manpan, and Panthipa Sakthong, 2015) และคนที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ครั้ง มีผลทำให้ระดับคุณภาพชีวิตต่ำลง พบว่าคนที่เกิดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมีระดับคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าคนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (Rajbeer S. et. al, 2015)

**สรุป**

แม้ว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่นั้นอยู่ในเกณฑ์ดี แต่การให้ความสนใจดูแลปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องยังถือเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำที่อาจมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตไว้ตั้งแต่ระยะต้น รวมถึงการดูแลด้านอื่น ๆ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีการจัดการดูแลเรื่องการใช้ยารักษาโรคอย่างเหมาะสมเพื่อลดปริมาณและผลข้างเคียงที่ไม่จำเป็น จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วยในระยะยาว และลดอัตราการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะยาว

**ข้อเสนอแนะ**

จากการศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดจากการเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ที่อาจจะยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง ที่อาจจะเป็นข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้หรือสื่อถึงกลุ่มประชากรอื่น ๆ ได้ การศึกษาในอนาคตจึงควรเพิ่มจำนวนของ

กลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มความหลากหลายของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงทำการศึกษาเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจรายละเอียดต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

Adams, C. (2003). Quality of life for caregivers and stroke survivors in the immediate discharge period. *Applied Nursing Research, 16*(2), 126–130.

Alexander, P. C., Thapar, A., Qureshi, M. I., Jenkins, H., & Davies, A. H. (2017). The definition of stroke. *Journal of the Royal Society of Medicine, 110*, 9–12.

American Stroke Association. (2024). *About stroke*. https://www.stroke.org/en/about-stroke

Deb-Chatterji, M., Pinho, J., Flottmann, F., Meyer, L., Broocks, G., Brekenfeld, C., Reich, A., Fiehler, J., Gerloff, C., Thomalla, G., & GSR-ET Investigators. (2021). Health-related quality of life after thrombectomy in young-onset versus older stroke patients: A multicenter analysis. *Journal of NeuroInterventional Surgery, 14*(11), 1145–1150.

Wallraj, H. (2016). *Factors of quality of life of stroke patients, Yala Hospital, Yala Province* [Master's thesis, Yala Rajabhat University].

Jitpugdee, W., Suntibenchakul, S., & Piravej, K. (2017). Prevalence of anxiety and depressive symptoms in home-care stroke patients: Effect on motor recovery and functional ability. *Chulalongkorn Medical Journal, 61*, 233–247.

National Heart, Lung, and Blood Institute. (2023). *What is a stroke?* https://www.nhlbi.nih.gov/health/stroke

Ketsarinhomhuan, N., & Ratttananited, A. (2011). Nursing the stroke patient. *Sanpasit Medical Journal, 32*, 63–74.

Neuroscience Institute. (2017). *Guidelines for nursing patients with stroke for general nurses* (in Thai). Thana Press Company Limited.

Phengrueng, P., Toskulkao, T., & Changmai, S. (2024). Selected factors influencing health-related quality of life among ischemic stroke patients in Prachuap Khiri Khan Province. *Health Science Journal of Thailand, 6*(2), 9–16.

Posai, V., Boonchoo, R., Watradul, D., Makkabphalanon, K., & Thangkratok, P. (2021). Mental health literacy and quality of life among patients with stroke. *Chiang Mai Medical Journal, 60*(1), 63–74.

Thangkratok, P., Posai, V., Pipatsombat, P., Tranattawan, W., & Suksatan, W. (2019). Validity and reliability of the Thai version of the stroke specific quality of life scale. *Journal of Medicine and Health Sciences, 26*(3), 33–43.