

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

กัญจน์นิชา เยียดไธสง¹, สุรชาติ สิทธิปกรณ์², สุพัตรา บัวที²

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Selected Factors Correlated with Physical Adaptation among Stroke Patients in Rehabilitation Phase

Kunnicha Yiadthaisong¹, Surachat Sittipakorn², Supatra Buatee²

¹Student of Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Mahasarakham University

²Faculty of Nursing, Mahasarakham University

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะพิการทางร่างกาย ภายหลังการเจ็บป่วยหากปรับตัวด้านร่างกายไม่ได้ ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อร่างกาย ครอบครัว และ สังคม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

วิธีการศึกษา: ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเจ็บป่วย 3 เดือนแรก จำนวน 110 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงแบบสอบถามที่ใช้คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย 2) แบบประเมิน The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) และ 3) แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ในระยะฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 76.40 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล อายุ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านร่างกาย ($r_s = -0.314, -0.387$ และ -0.267) ($p < 0.05$) ตามลำดับ ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์คือ ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล ($p > 0.05$)

สรุป: ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล อายุ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ทีมสุขภาพควรให้การดูแลเพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะซึมเศร้า และสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้สามารถปรับตัวด้านร่างกายได้

Background and Objective: Stroke is an important of permanently physical disability. After a stroke, if a person is unable to adapt physically, there are multiple negative effects on the individual's life, families and society. This research aimed to study factors correlated with physical adaptation among stroke patients in the rehabilitation phase.

Methods: One hundred and ten stroke patients three months after hospital discharge who visited a hospital outpatient department Mahasarakham Hospital. The purposive sampling was used to select the samples into the study. Research instrument were: 1) the personal demographic record form 2) The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) and 3) the Thai version of the Barthel ADL Index. Data were analyzed using spearman rank correlation.

Results: In rehabilitation phase, the stroke patients could adaptation of physical in rehabilitation phase 76.40%. Length of stay, age and depression were significant correlated physical adaptation in rehabilitation phase ($r_s = -0.314, -0.387$ and -0.267) ($p < 0.05$) respectively. And onset arrival time did not significant physical adaptation in rehabilitation phase ($p > 0.05$)

Conclusions: The results indicate that length of stay, age, and depression correlated physical adaptation among stroke patients in the rehabilitation phase. Therefore, healthcare providers should initiate care to

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาก่อนนอน โรงพยาบาล อายุ ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวด้านร่างกาย

reduce length of stay and depression for these patients and also create a specific program to care for the elderly with a stroke to promote physical adaptation.

Keywords: Stroke, Length of stay, Age, Depression, Physical adaptation

ศรีนครินทร์เวชสาร 2558; 30 (5): 491-497. ♦ Srinagarind Med J 2015; 30 (5): 491-497.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพทางร่างกายไปอย่างถาวร และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต¹ สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น มีอัตราการเจ็บป่วยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 354.5 รายต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 366.8 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2556² คาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีเท่ากับ 150,000 ราย และมีรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 21 รายต่อแสนประชากร รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ³

ภายหลังการเจ็บป่วยจะทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง⁴ หากปรับตัวด้านร่างกายไม่ได้ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น การเกิดแผลกดทับ การเกิดข้อติด⁵ การนอนติดเตียงตลอดเวลา⁵ เป็นภาระต่อผู้ดูแล และยิ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัว ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายบางอย่างในบ้าน⁶ ในระดับประเทศมีภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องสูญเสียจำนวนมาก ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อปี³

ภายหลังเกิดอาการ หากมารับบริการได้อย่างรวดเร็ว ภายในเวลา 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ⁷ ตามแนวทางการรักษาแบบช่องทางด่วน (Fast track stroke) ถ้าหากผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลช้ากว่าเวลาที่กำหนดจึงส่งผลกระทบต่อได้รับบริการและการรักษา ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อน และการรอดชีวิตที่ตามมา⁸ แต่มีบางการศึกษาพบว่า มีการปรับตัวด้านร่างกายที่ไม่แตกต่างกัน⁹

จากการเจ็บป่วยทำให้มีพยาธิสภาพในสมองโดยผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการรับรู้ การสื่อสาร และการเคลื่อนไหว¹⁰ บางครั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามกับชีวิต¹¹ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงส่งผลกระทบต่อระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวด้านร่างกายในระยะฟื้นฟูสภาพ¹²⁻¹⁴

นอกจากนี้การมีอายุที่มากขึ้นจะทำให้มีปัญหาสุขภาพหลายอย่าง เช่น การตอบสนองต่อยาที่ใช้ในการรักษาจะลดลง¹⁵ และพบปัญหาบางประการที่เป็นอุปสรรค เช่น

การมองเห็น ความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ¹⁶ จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อปรับตัวด้านร่างกายได้^{5,9,17}

ส่วนด้านจิตใจของผู้ป่วยภายหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าภายใน 1 ปีแรกร้อยละ 20 - 40¹⁸ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวด้านร่างกายลดลง^{19,20} การเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นความรู้สึกที่มีสาเหตุจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญของร่างกายไป²¹ ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกต่อตนเองในแง่ลบ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม¹⁸

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพมีหลายปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล อายุ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ได้มีการศึกษาในต่างประเทศ และพบว่าสามารถส่งผลกระทบต่อปรับตัวด้านร่างกายหรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ส่วนในประเทศไทยบางตัวแปร ยังไม่มีการศึกษา หรือบางตัวแปรได้ศึกษาแล้วยังมีความแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปวางแผนการพยาบาล เพื่อป้องกันหรือขจัดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะฟื้นฟูสภาพ

ดังนั้นการศึกษครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional research) โดยการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่ ศร 0530.11/1851) และโรงพยาบาลมหาสารคาม (เลขที่ mskhe 001/2558)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 110 ราย ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท และคลินิกวารีฟาริน โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้รับการรักษาแบบทั้งที่ได้ยาและไม่ได้ยาละลายลิ่มเลือดสมองทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ และมีความยินดีเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่ยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 110 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า พัฒนาโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังสมบัติ ใช้ฉบับดัดแปลงของพนมกร หิรัญญัตติ²² นำมาหาค่าความเชื่อมั่นใช้วิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 3 แบบประเมินดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL Index) ใช้ประเมินการปรับตัวด้านร่างกาย พัฒนาโดย Marhoney และ Barthel เมื่อปี ค.ศ. 1965 แปลภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล²³ แบบประเมินประกอบด้วย 10 คำถาม นำมาหาค่าความเชื่อมั่นใช้วิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และโรงพยาบาลมหาสารคาม จึงขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามเพื่อขอเก็บข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท ในวันพุธและวันศุกร์ และที่คลินิกวารีฟาริน ในวันพฤหัสบดี เวลาที่พบกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 08.00-12.00 น. เมื่อพบกับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ

ตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่แจ่มชัดวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามแบบชี้แจงเพื่ออธิบายแก่กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษาตามความสมัครใจ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายละเอียดประมาณ 20-30 นาที

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน พิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

ผลการศึกษา

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.80 มีอายุเฉลี่ย 61.30 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.90 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.20 ภายหลังการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 82.72 มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70.00 (ตารางที่ 1)

ลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 270 นาที ร้อยละ 62.70 มีระดับความรู้สึกตัวดีแรกเริ่ม (GCS) ร้อยละ 88.30 มีตำแหน่งรอยโรคอยู่สมองซีกขวา ร้อยละ 45.40 มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ร้อยละ 50.90 เคยมีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ร้อยละ 81.80 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.40 มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1 - 3 วัน ร้อยละ 60 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน ร้อยละ 60 (ตารางที่ 2)

ภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 60.90 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.10 เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 27.30 และด้านการปรับตัวด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ ร้อยละ 76.40 และไม่สามารถปรับตัวได้ ร้อยละ 23.40 (ตารางที่ 3)

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อายุ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านร่างกายในระยะฟื้นฟูสภาพ ($r_s = -0.314, -0.387$ และ -0.267) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านร่างกายในระยะฟื้นฟูสภาพ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	68 (61.80)
หญิง	42 (38.20)
อายุ (ปี)	
< 40	7 (6.40)
40 - 49	13 (11.80)
50 - 59	24 (21.80)
≥ 60	66 (60.00)
Mean = 61.3 (SD = 12.4), Range = 33-85	
สถานภาพสมรส	
คู่	78 (70.90)
หม้าย	22 (20.00)
โสด	7 (6.40)
หย่า	3 (2.70)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1 (0.90)
ประถมศึกษา	75 (68.20)
มัธยมศึกษาตอนต้น	9 (8.20)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13 (11.80)
อนุปริญญา	3 (2.70)
ปริญญาตรี	7 (6.40)
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (1.80)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	91 (82.72)
ทำนา ทำสวน ทำไร่	10 (9.10)
รับจ้าง	5 (4.58)
ธุรกิจ/ ค้าขาย	2 (1.80)
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2 (1.80)
รายได้ของครอบครัว (บาท)	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	56 (50.90)
5,001 - 10,000	25 (22.70)
10,001 - 15,000	9 (8.20)
15,001 - 20,000	10 (9.10)
> 20,001	10 (9.10)
Median = 5,000, Range = 600-70,000	
สิทธิการรักษา	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	77 (70.00)
จ่ายตรง	25 (22.70)
ประกันสังคม	8 (7.30)

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาถึงโรงพยาบาล(นาที)	
ภายใน 270 นาที	41 (37.30)
มากกว่า 270 นาที	69 (62.70)
Median = 360, Range = 5-4320	
ระดับความรู้สึกตัว (GCS)	
ระดับความรู้สึกตัวดี	97 (88.30)
ระดับความรู้สึกตัวปานกลาง	9 (8.20)
ระดับการรู้สึกตัวน้อย	4 (3.50)
Mean = 14.10 (SD = 2.50), Range = 3-15	
ตำแหน่งของรอยโรค	
สมองซีกขวา	50 (45.40)
สมองซีกซ้าย	42 (38.20)
อื่น ๆ เช่น Pontine, Bilateral basal ganglia	9 (8.20)
ไม่มีรอยโรค	9 (8.20)
อาการอ่อนแรง	
ซีกซ้าย	56 (50.90)
ซีกขวา	52 (47.30)
สองข้าง	1 (0.90)
ไม่อ่อนแรง	1 (0.90)
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	
ไม่มี	20 (18.20)
มี	90 (81.80)
- ความดันโลหิตสูง	51 (46.40)
- เบาหวาน	37 (33.60)
- ไขมันในเส้นเลือดสูง	28 (25.50)
- โรคหลอดเลือดสมอง	19 (17.30)
- โรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว	17 (15.50)
- อื่น ๆ เช่น โรคหัวใจวาย, TIA	8 (7.20)
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน)	
1 - 3 วัน	66 (60.00)
4 - 7 วัน	38 (34.50)
> 7 วัน	6 (5.50)
Mean = 3.87 (SD = 3.41), Range = 1-28	
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	
≤ 1 เดือน	66 (60.00)
1 - 2 เดือน	16 (14.50)
2 - 3 เดือน	28 (25.50)

วิจารณ์

ด้านระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ($r_s = -0.314$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง²⁴ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานจะมีการปรับตัวด้านร่างกายลดลงในระยะฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน การมีภาวะแทรกซ้อนเป็นสาเหตุที่มีความสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น เช่น การเกิด

ตารางที่ 3 ภาวะซึมเศร้า และการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
1. ภาวะซึมเศร้า	
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	67 (60.90)
มีภาวะซึมเศร้า	43 (39.10)
Mean = 17.40 (SD = 11.70), Range = 0-51	
2. การปรับตัวด้านร่างกาย	
ปรับตัวไม่ได้ (พึ่งพา)	26 (23.60)
ปรับตัวได้ (ไม่พึ่งพา)	84 (76.40)
Mean = 15.60 (SD = 5.90), Range = 1-20	

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล อายุ และภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างในระยะฟื้นฟูสภาพ

ตัวแปร	r_s	P - value
- ระยะเวลามาถึง โรงพยาบาล	-0.016	0.872
- ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล	-0.314*	0.001
- อายุ	-0.387*	0.000
- ภาวะซึมเศร้า	-0.267*	0.005

* $p < 0.05$, r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman rank correlation)

ภาวะสมองบวม ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะชัก¹¹ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะกลืนลำบาก เป็นอาการที่พบได้บ่อย ร้อยละ 30 - 70 ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ²⁵ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงกล้ามเนื้อลีบเล็กลง ทำให้ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 1 เดือนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)¹³

ด้านอายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้าน ร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ($r_s = -0.387$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง²⁴ อธิบายได้ว่าการที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้การปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพลดลง ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 54.50 ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อวัยวะหรือร่างกายก็จะมีเสื่อมถอยไปตามกาลเวลา และไม่สามารถถูกทดแทนได้¹⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อเยื่อในสมอง ซึ่งเมื่อถูกทำลายแล้วก็จะทำให้เกิดการสูญเสียการงานไปอย่างถาวร²⁷ นอกจากนี้การเคลื่อนไหวน้อยส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเป็นโรคกระดูกพรุน

ที่เป็นสาเหตุให้เกิดกระดูกหักง่าย ซึ่งผู้สูงอายุ หากไม่มีการเคลื่อนไหวจะทำให้กล้ามเนื้อไม่มีแรงไป ดึงรั้งกระดูก ทำให้เกิดการสูญเสียเกลือแร่จากกระดูก โดยเฉพาะแคลเซียมและฟอสฟอรัส¹⁶ ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้สูงอายุจึงมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeng และคณะ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านร่างกายที่ต่ำลงในระยะ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁵

ด้านภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ($r_s = -0.267$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ²⁴ อธิบายได้ว่า ถ้าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นจะทำให้การปรับตัวด้านร่างกายลดลงในระยะฟื้นฟูสภาพ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.10 สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หรือการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญไป²¹ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้เช่นเดิม จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายหรืออ่อนแรงทั้งสองข้างร้อยละ 99.01 ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อมาทดแทนส่วนที่บกพร่องของตนเอง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจึงไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับร่างกายและสุขภาพได้ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะพึ่งพาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)¹⁹

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านร่างกาย ในระยะฟื้นฟูสภาพ ($p > 0.05$) อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ในวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีระดับความรู้สีกตัวดี (GCS 13 - 15 คะแนน) ร้อยละ 88.30 ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองมีไม่มากจึงทำให้มีอาการบกพร่องทางระบบประสาทน้อย นอกจากนี้ในด้านของผู้ดูแลหากสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดกับผู้ป่วย^{28,29} มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง²⁸ และมีความรู้เกี่ยวกับทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง³⁰ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่เร็วขึ้น ผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล มากกว่า 270 นาที ร้อยละ 62.72 จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เข้าเกณฑ์การรักษาแบบช่องทางด่วน (Fast track stroke) และไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดสมอง ทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 91.80 ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้

รับยาจะลดการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง และสามารถกลับมาทำงานได้เป็นปกติ³¹ สอดคล้องกับการศึกษาการเปรียบเทียบในกลุ่มที่มาโรงพยาบาลภายในและหลังเวลา 4.5 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการปรับตัวด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)⁹

สรุป

การศึกษานี้สรุปได้ว่า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อายุ และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางลบ ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้การดูแลเพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะซึมเศร้า และสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้สามารถปรับตัวด้านร่างกายได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณบดี คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคามทุกท่าน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้ให้ทุนสนับสนุน การทำวิจัย และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global burden of stroke. [cited Jan 10, 2014]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf.
- Bureau of Non Communicable Disease. Information statistic of non-communicable disease. [cited Jun 24, 2015]. Available from: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- Thai Stroke Society. Stroke situation of Thailand. [cited Jun 9, 2015]. Available from: <http://thaistrokesociety.org/purpose>.
- O'Sullivan SB, Schmitz TJ, Fulk GD. Physical rehabilitation, Sixth edition. USA: F.A. Davis Company, 2014.
- Jeng JS, Huang SJ, Tang SC, Yip PK. Predictors of survival and functional outcome in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. J Neurol Sci 2008; 270: 60-6.
- Stuller KA, Jarrett B, Devris AC. Stress and social isolation increase vulnerability to stroke. Exp Neurol 2012; 233: 33-9.
- Dharmasaroja PA. Ischemic stroke. Bangkok: Jaransanitwong printing, 2555.
- Leon-Jimenez C, Ruiz-Sandoval JL, Chiquete E, Vega-Arroyo M, Arauz A, Murillo-Bonilla LM, et al. Hospital arrival time and functional outcome after acute ischemic stroke: Results from the PREMIER study. Neurologia 2014; 29: 200-9.
- Duangjit S, Muangpaisan W, Chotinaiwattarakul W, Dharmasaroja P. Functional recovery at 3 months in stroke patients not receiving thrombolytic therapy: the comparison between patients arriving earlier and later than 4.5 hours. J Stroke Cerebrovasc Dis 2014; 23: 91-8.
- Levine SR, Barsan WG, Biller J, Clark W, Hecht J, Hobson II WR, et al. Stroke Scales: An Update. National Stroke Association 2006; 16: 1-7.
- Fatahzadeh M, Glick M. Stroke: epidemiology, classification, risk factors, complications, diagnosis, prevention, and medical and dental management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006; 102: 180-91.
- Abanto C, Ton TG, Tirschwell DL, Montano S, Quispe Y, Gonzales I, et al. Predictors of functional outcome among stroke patients in Lima, Peru. J Stroke Cerebrovasc Dis 2013; 22: 1156-62.
- Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, Teasell RW. Prolonged length of stay and reduced functional improvement rate in malnourished stroke rehabilitation patients. Arch Phys Med Rehabil 1996; 77: 340-5.
- Heruti RJ, Lusky A, Dankner R, Ring H, Dolgopiat M, Barell V, et al. Rehabilitation outcome of elderly patients after a first stroke: effect of cognitive status at admission on the functional outcome. Arch Phys Med Rehabil 2002; 83: 742-9.
- Clark GS, Siebens S. Geriatric rehabilitation. In: Gans BM, Editor. Physical medicine rehabilitation principal and practice. USA: Quebecor World, 2005.
- วลัยพร นันทสุภวัฒน์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์, 2552.
- Liu X, Lv Y, Wang B, Zhao G, Yan Y, Xu D. Prediction of functional outcome of ischemic stroke patients in northwest China. Clin Neurol Neurosurg 2007; 109: 571-7.
- Shah MV. Sexuality after Stroke. In: Stein J, Harvey RL, Macko RF, Winstein CJ, Zorowitz RT, editors. Stroke recovery & rehabilitation. New York: Publication services, Inc., 2009.
- Ojagbemi A, Owolabi M. Predictors of functional dependency after stroke in Nigeria. J Stroke Cerebrovasc Dis 2013; 22: e381-7.
- Wulsin L, Alwell K, Moomaw CJ, Lindsell CJ, Kleindorfer DO, Woo D, et al. Comparison of two depression measures for predicting stroke outcomes. J Psychosomatic Res 2012; 72: 175-9.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2544.

22. Hiranyatiti, P. Predictors of depression in patients with stroke [Thesis]. Department of adult nursing, Faculty of nursing, Burapha University, 2555.
23. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
24. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย, 2553.
25. Camara-Lemarroy CR, Ibarra-Yruegas BE, Gongora-Rivera F. Gastrointestinal complications after ischemic stroke. J Neurol Sci 2014; 346: 20-5.
26. Finestone HM, Foley N, Greene-Finestone LS. Stroke recovery and rehabilitation. Chennai: Exeter premedia service private Ltd, 2015.
27. Shephard TJ. Exploratory investigation of a model of a patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke. Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University School of Nursing, 2004.
28. Binthaisong T, Panpakdee O, Orathai P, Ratanakorn D. Factors related to onset arrival time in patients with acute Stroke. Kuakarun 2013; 1: 15-29.
29. Klungman P, Saengsuwan J. Selected factors associated with seeking treatment after the onset acute stroke elderly patients. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30: 141-6.
30. Nomjit Nualnetr, Sasiwimon Wannapong, Sakeeyah Khama. Perception of stroke fast track among risk persons in community. Srinagarind Med J 2015; 30: 57-63.
31. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. [สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pni.go.th/pnigoth/wp-content/uploads/2009/files/stroke-nurse2007.pdf> , 2550.

