

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

Self-Care Behaviors of Older Persons with Recurrent Stroke

ปัทมา กรวงษ์โพธิ์^{1,4}, ประสพสุข ศรีแสนปาง^{2,4}, เจียมจิต แสงสุวรรณ^{3,4}

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴ กลุ่มวิจัยและพัฒนาระบบเฉพาะทางด้านประสาทวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำจำนวน 82 ราย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Bathel Index) และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยด้านต่างๆ 11 ด้าน จำนวน 56 ข้อ แบ่งคะแนนที่ได้ออกเป็น 3 กลุ่มคือคะแนน \geq ร้อยละ 80 หมายถึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี \geq ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 80

หมายถึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองปานกลาง และ < ร้อยละ 60 หมายถึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำโดยใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher exact test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีพฤติกรรมดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่อันดับปานกลาง และดี (ร้อยละ 48.8 และ 47.6 ตามลำดับ) และมีเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ดี เมื่อพิจารณาพบว่า ด้านที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมากที่สุดคือใน 3 อันดับ

แรก ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายตามลำดับ (ร้อยละ 80.5, 79.3 และ 70.7) สำหรับปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($p=0.006$) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ($p=0.038$) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในครอบครัว ($p=0.005$) และการได้รับการบริการจากระบบบริการระดับปฐมภูมิ ($p=0.034$)

Abstract

This cross-sectional research aimed to study the self-care behaviors of older persons with recurrent stroke who were admitted to Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University and Khon Kaen Hospital. The study samples consisted of 82 patients using a questionnaire applying Orem's Self-Care Theory as developed by the researcher. Content validity was assessed by an expert panel. The questionnaire's reliability coefficient of

Cronbach's alpha was 0.89. The interview data was analyzed for descriptive statistics, Chi-square and Fisher exact test. Statistical significance was set at 0.05

The results revealed that the overall self-care behaviors of older persons with recurrent stroke were moderate and good (48.8% and 47.6); few reported poor self-care behaviors (3.7%). The patients exhibited the highest level of self-care in three aspects: self-care behaviors of developmental requisites (80.5%), self-care behaviors in the course of following treatment planning (79.3%) and self-care behaviors regarding preventing hazards to human life (70.7%). Factors influencing self-care behaviors of older persons with recurrent stroke were Barthel ADL ($p=0.002$), family income ($p=0.008$) economic problems ($p=0.008$) and primary care ($p=0.015$).

Keyword: Self-care behaviors, Older persons, Recurrent stroke

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

บทนำ

ปัจจุบันมีแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะนำมาซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น¹ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีมากขึ้นตามจำนวนประชากรที่มีอายุยืนยาวขึ้นด้วย² ซึ่งเราเรียกว่าปรากฏการณ์นี้ว่าปรากฏการณ์ผลกระทบแบบโดมิโน (Domino effect)³ โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุจึงเป็นโรคที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากผลกระทบของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะรุนแรงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น และผลกระทบจะมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า⁴ ทั้งยังส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุลดลง⁵ เช่น ภาวะทุพพลภาพ อัตราตาย⁶ การแทรกซ้อน เช่น อาการสับสน อัมพาตครึ่งซีก บกพร่องด้านภาษา ปัญหาการกลืนลำบากและการกลืนปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น⁶ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานกว่า และเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะได้รับส่งต่อไปที่หน่วยหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit) แทนการส่งไปยังหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) จึงทำให้พบอัตราการตายในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูง⁷ อีกทั้งพบว่าความต้องการได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพของผู้สูงอายุมีมากกว่าคนในวัยอื่นๆ จากภาวะแทรกซ้อนและปัญหาด้านสุขภาพที่มีมากกว่า⁴ และที่สำคัญอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุเป็นโรคนี้อาจมีโอกาสเกิดการ

กลับเป็นซ้ำของโรคได้เร็วกว่าคนที่อายุน้อยกว่า⁸ และมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคมากขึ้นถึง 3 เท่าหรือมากกว่าร้อยละ 20 - 30^{9,10} ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสดังกล่าวหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (Recurrent stroke) เหลือมากกว่า 3 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่ออัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้สูงอายุเหลือมากกว่า 2 ครั้งต่อปี¹⁰

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ผลการศึกษาที่ได้ส่วนมากเป็นเรื่องที่สะท้อนและบ่งบอกถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมากกว่า ได้แก่ การขาดการติดตามการรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การควบคุมโรคไม่ได้ การสูบบุหรี่^{11,12} การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีจะช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำเกิดของโรคต่างๆ ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหลอดเลือดสมอง^{13,14} การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^{13,14} การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายจะช่วยลดการเกิดการกลับเป็นซ้ำได้¹³ พฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย^{15,16} ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างมากต่อตัวผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการเกิดโรคและลดการเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ดีที่สุด¹⁶ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยทุกคนสามารถทำได้ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้ลดความเสี่ยงต่อการทำลายหลอดเลือดและส่งเสริมสุขภาพ การรับประทานยาตามแผนการรักษาโดยเฉพาะยากลุ่มลดการเกาะตัวของเกร็ดเลือด เช่น แอสไพรินและยาควบคุมความดันโลหิต และการมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ¹⁷ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่ดีที่สุด คือ การควบคุมไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน อ้วน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจรูมาติก การดื่มสุรา ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และการไม่ออกกำลังกาย¹¹ การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่ดีและสามารถทำได้คือ การเฝ้าระวังและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ^{11,17-19} ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและลดการเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่จะเกิดตามมาได้

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับ

เป็นซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลของการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติ การพยาบาลและการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ลดอัตราการตาย ลดอัตรา ความพิการ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 82 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556 - สิงหาคม พ.ศ. 2556 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับ

เป็นซ้ำ 2) มีอาการคงที่หรือไม่มีอาการที่อยู่ในภาวะ
 ความต้องการมีชีวิต 3) มีระดับความรู้สึกตัวดี
 สามารถสื่อสารหรือโต้ตอบได้ด้วยภาษาไทย หรือ
 มีระดับการรู้คิดที่ดีจากการประเมินสภาพสมอง
 อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ
 มีคะแนน MMSE ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป ผู้สูง
 อายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนน MMSE
 ตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป และผู้สูงอายุที่เรียนสูง
 กว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนน MMSE ตั้งแต่
 23 คะแนนขึ้นไป และ 4) มีความสนใจและยินดี
 ให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล สำหรับเกณฑ์ในการคัด
 ออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) เสียชีวิต 2) มีอาการ
 เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง เก็บรวบรวมข้อมูล
 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวน
 วรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ส่วน
 ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยพื้นฐานและ
 บันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
 สมองกลับเป็นซ้ำเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด
 ทั้งหมด 39 ข้อ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมี
 อิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
 สมองกลับเป็นซ้ำ ส่วนที่ 2 แบบประเมินการ
 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด
 สมองกลับเป็นซ้ำ (The Barthel Activity of
 Daily Living Index) ของสถาบันประสาทวิทยา
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเมินระดับ
 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้
 ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อทราบถึงข้อจำกัดใน
 การดูแลตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ส่วนที่ 3 แบบ
 สัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ สร้างขึ้นจากการ
 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องพฤติกรรม
 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล
 ตนเองของผู้สูงอายุโรคต่างๆ ภายใต้การประยุกต์
 ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (self - care
 behaviors theory) เพื่อทราบถึงพฤติกรรมการ
 ดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 กลับเป็นซ้ำเป็นคำถามปลายปิดมี 56 ข้อ ลักษณะ
 ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating
 scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับโดยประยุกต์ใช้มาตรา
 วัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) หลังจากนั้นนำ
 คะแนนรวมทั้งหมดที่ได้มาแปลผลคะแนนโดย
 พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม^{20,21}

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองระดับดี หมายถึง
 ได้คะแนนพฤติกรรมตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ
 มีคะแนน 180-224 คะแนน

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง
 หมายถึง ได้คะแนนพฤติกรรมตั้งแต่ร้อยละ 60-79
 หรือมีคะแนน 134-179 คะแนน

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไม่ดี หมายถึง
 ได้คะแนนพฤติกรรมน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือมี
 คะแนนน้อยกว่า 134 คะแนน

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะ
 ทางคลินิกโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจง
 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 โดยใช้โปรแกรม SPSS version 17.0 วิเคราะห์
 ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อ
 พฤติกรรมการดูแลตนเองและข้อมูลทางคลินิก

ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรค หลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โดยใช้สถิติสถิติ Chi-square หรือ Fisher exact test กำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำทั้งหมด 82 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 47 ราย ร้อยละ 57.3 และเพศหญิง จำนวน 35 ราย ร้อยละ 42.7 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 60-83 ปี อายุเฉลี่ย 68.2 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) จำนวน 51 ราย ร้อยละ 62.2 รองลงมา เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) จำนวน 28 ราย ร้อยละ 34.1 และเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 3 ราย ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 61 ราย ร้อยละ 74.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบมากที่สุด คือ ระดับ ประถมศึกษา จำนวน 54 ราย ร้อยละ 65.9 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จำนวน 28 ราย ร้อยละ 34.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบ อาชีพจำนวน 56 ราย ร้อยละ 68.3 และประกอบ อาชีพจำนวน 26 ราย ร้อยละ 31.7 ตามลำดับ มี รายได้เฉลี่ยของตนเองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาทต่อเดือน จำนวน 38 ราย ร้อยละ 46.3 มีราย ใต้เฉลี่ยตนเองอยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาทต่อ เดือนจำนวน 17 ราย ร้อยละ 20.7 และมีรายได้

เฉลี่ยตนเองมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 27 ราย ร้อยละ 32.9 ซึ่งค่ามัธยฐาน (median) รายได้เฉลี่ยของตนเองเท่ากับ 1,350 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,001-20,000 บาทต่อเดือน จำนวน 31 ราย ร้อย ละ 37.8 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน จำนวน 29 ราย ร้อยละ 35.4 ตามลำดับ ค่ามัธยฐาน (median) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 12,000 บาทต่อ เดือน (min:max= 1,000-100,000 บาทต่อเดือน) ปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวมีในระดับน้อย จำนวน 29 ราย ร้อยละ 35.4 รองลงมา มีปัญหา ด้านเศรษฐกิจ ระดับมาก จำนวน 27 ราย ร้อยละ 32.9 และไม่มีปัญหาด้าน จำนวน 26 ราย ร้อยละ 31.7 ตามลำดับ การอยู่อาศัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ สามี/ภรรยา/บุตร จำนวน 62 ราย ร้อยละ 75.6 รองลงมาอาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา/บุตร/หลานและญาติคนอื่นๆ จำนวน 17 ราย ร้อยละ 20.7 และอยู่คนเดียว จำนวน 3 ราย ร้อยละ 3.7 เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแล จำนวน 79 ราย ร้อยละ 96.3 ซึ่งส่วนใหญ่มีผู้ดูแล หลัก คือ บุตร จำนวน 33 ราย ร้อยละ 40.2 รองลง มาคือ ภรรยา จำนวน 24 ราย ร้อยละ 29.3 สิทธิ การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บริการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ จำนวน 43 ราย ร้อยละ 52.4 รอง ลงมาคือ การเบิกต้นสังกัดข้าราชการ จำนวน 39 ราย ร้อยละ 47.6 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ รับการดูแลจากสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 49 ราย ร้อยละ 59.8

2. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นชนิดขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemic stroke) จำนวน 68 ราย ร้อยละ 82.9 โดยพบโรคที่เกิดร่วมมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 59 ราย ร้อยละ 72.0 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 31 ราย ร้อยละ 37.8 และไขมันในเลือดสูง จำนวน 20 ราย ร้อยละ 24.4 ทั้งนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) อย่างน้อย 2 โรค จำนวน 23 ราย ร้อยละ 28.0 รองลงมา 1 โรค จำนวน 22 ราย ร้อยละ 26.8 และ 3 โรค จำนวน 20 ราย ร้อยละ 24.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 73 ราย ร้อยละ 89.0 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก จำนวน 28 ราย ร้อยละ 34.1 รองลงมาสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง จำนวน 22 ราย ร้อยละ 26.8 และพบว่าอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่นำมาส่งโรงพยาบาลตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติที่พบมากที่สุด คือ อาการแขนขาอ่อนแรง จำนวน 77 ราย ร้อยละ 93.9 รองลงมาคือ อาการลิ้นแข็ง/พูดไม่ชัด/พูดไม่ได้ จำนวน 35 ราย ร้อยละ 42.7 และอาการปากเบี้ยว จำนวน 31 ราย ร้อยละ 37.8

ตามลำดับ ส่วนอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ตรวจพบมากที่สุด ขณะอยู่โรงพยาบาล คือ อาการแขนขาอ่อนแรง จำนวน 72 ราย ร้อยละ 87.8 รองลงมา คือ อาการปากเบี้ยว จำนวน 29 ราย ร้อยละ 35.4 และอาการพูดไม่ชัด/พูดไม่ได้ จำนวน 20 ราย ร้อยละ 24.4 ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาต้านเกร็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ จำนวน 73 ราย ร้อยละ 89.0 และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ จำนวน 65 ราย ร้อยละ 79.3

3. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำโดยรวม

ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 135-179 คะแนน จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับดี มีคะแนนในช่วง 180-224 จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.6 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับน้อย มีคะแนนอยู่ในช่วง 134 คะแนน จำนวน 3 ราย ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่ดีใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ร้อยละ 80.5 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 79.3 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันอันตราย ร้อยละ 70.7 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกระดับคะแนนและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำโดยรวม (n=82)

ระดับพฤติกรรมดูแลตนเอง	ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมดูแลตนเองระดับน้อย (< ร้อยละ 60)	< 134 คะแนน	3	3.7
พฤติกรรมดูแลตนเองระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	134-179 คะแนน	40	48.8
พฤติกรรมดูแลตนเองระดับดี (> ร้อยละ 80)	180-224 คะแนน	39	47.6

(min=131, max= 219, \bar{x} = 176, S.D. = 19.9)

4. ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำโดยรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำโดยรวม ($p=0.002$) เศรษฐฐานะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำโดยรวมได้แก่ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำโดยรวม ($p=0.008$) และระดับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำโดยรวม ($p=0.008$) การได้รับบริการจากระบบบริการระดับปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำโดยรวม ($p=0.015$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำกับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม

ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม n(ร้อยละ)		P value
	น้อยและพอใช้	ดี	
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเล็กน้อย	9 (81.8)	2 (18.2)	0.002
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง	15 (68.2)	7 (31.8)	
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก	15 (53.6)	13 (46.4)	
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หมด	4 (19.0)	17 (81.0)	
รายได้เฉลี่ยครอบครัว < 500 บาทต่อเดือน	15 (68.1)	7 (31.8)	0.008
รายได้เฉลี่ยครอบครัว 5,001-10,000 บาทต่อเดือน	14 (77.8)	4 (22.2)	
รายได้เฉลี่ยครอบครัว 10,001-20,000 บาทต่อเดือน	3 (23.1)	10 (76.9)	
รายได้เฉลี่ยครอบครัว 20,001-30,000 บาทต่อเดือน	4 (33.3)	8 (66.7)	
รายได้เฉลี่ยครอบครัว 30,001-100,000 บาทต่อเดือน	7 (41.2)	10 (58.8)	
ปัญหาเศรษฐกิจครอบครัว			
ไม่มีปัญหา	9 (34.6)	17 (65.4)	
มีปัญหา			
มีปัญหาน้อย	13 (44.8)	16 (55.2)	
มีปัญหามาก	21 (77.8)	6 (22.2)	
การได้รับบริการจากระบบบริการระดับปฐมภูมิ			0.015
ไม่ได้	12 (36.4)	21 (63.6)	
ได้	31 (63.2)	18 (36.7)	

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{min}=131$, $\text{max}=219$, $\bar{x}=176$, $S.D.=19.9$) การทบทวนวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิต และภาวะเครียดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี²² และพบว่าการศึกษาอื่นๆ ที่ใกล้เคียงกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ชี้ชัดว่าการดูแลตนเองดี มีผลต่อการฟื้นตัวในด้านต่างๆ ได้แก่ อารมณ์ การรับรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²³⁻²⁴ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อพิจารณาผลการศึกษาทั้งหมด จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีและปานกลางมีขนาดใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.6 การที่ผลการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าเกิดจาก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า จะมีความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในด้านสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า²⁵ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอาจขาดความรู้และทักษะในการสังเกต ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตนเอง ขาดการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาเฉพาะที่เหมาะสม ขาดการจดบันทึกข้อมูลที่สำคัญและไม่เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง²⁶ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.3 ทำให้มีรายได้เฉลี่ยค่อนข้างต่ำ โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยตนเอง น้อยกว่า 1000 บาทต่อเดือน จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.3 เมื่อคิดรายได้เฉลี่ยในครอบครัวพบว่า มีรายได้เฉลี่ยครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.7 จึงทำให้พบว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา จำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.3 รายได้หรือเศรษฐกิจจะเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงสภาพเศรษฐกิจ สังคม และแหล่งประโยชน์ของบุคคล ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล²⁷ และรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรักษาพยาบาล ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองน้อยลง²⁸ และมีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ²⁹ ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยจะต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อนำรายได้มาจุนเจือครอบครัวและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า จึงไม่มีเวลาในการดูแลและสนใจในสุขภาพตนเอง³⁰ รวมทั้งมีผลเสียในด้านการจัดหาอาหาร ไม่มีอำนาจในการจัดซื้อหรือเลือกอาหารที่มีประโยชน์เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางมารับการตรวจตามแพทย์นัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสวงหาแหล่งรักษาอื่นเพิ่มยกเว้นในรายที่มีอาการรุนแรงจริงๆ เท่านั้น²⁶

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.1 รองลงมาได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.8 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายที่เข้มแข็งกับการดูแลตนเองทั้งภายในบ้านและกิจกรรมกลางแจ้ง³³ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เอาใจใส่ปล่อยปละละเลยกับการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อยกว่าคนที่เอาใจใส่ต่อการทำกิจวัตรประจำวันด้วย³⁴ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ย่อม

ส่งผลต่อการดูแลตนเองที่ดีตามมา³⁵ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ก่อให้เกิดความบกพร่องของร่างกายและระบบสั่งการ เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทั้งด้านการเดิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร ผู้ป่วย 1 ใน 3 ของโรคนี้ประมาณร้อยละ 50 มักมีความพิการหลงเหลืออยู่อย่างรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน³⁶ รวมทั้งอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบสูงถึงร้อยละ 78 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยกว่าพบร้อยละ 48⁴ และภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 67.6 จะมีความสามารถในการทำหน้าที่ (activities of daily living) ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในด้านการปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐาน การควบคุมการขับถ่าย และการทำงานบ้าน ลดลงอย่างน้อย 1 ด้านเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ได้เกิดโรคหลอดเลือดสมองพบความสามารถในการทำหน้าที่ (activities of daily living) ลดลงร้อยละ 31.6⁵ จึงส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองได้ลดลงตามมา เมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำ ก็จะมีส่งผลให้เกิดความรุนแรงและผลกระทบของโรคมากขึ้นด้วย¹ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี จะส่งผลให้สามารถช่วยเหลือหรือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย ยืนยาวมีความสุขและมีคุณค่าตามมาจึงสามารถสรุปได้ว่า ความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับ เป็นซ้ำได้จริง

รายได้เฉลี่ยครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มี อิทธิพลต่อการรักษาพยาบาล ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองน้อยลง²⁸ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 22 ราย คิด เป็นร้อยละ 26.7 สอดคล้องกับในสถานการณ์ ปัจจุบันของประเทศไทยที่ยังคงพบปัญหาความ ยากจนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่ม มากขึ้นต่อจำนวนคนจนทั้งหมดในประเทศ เป็น ผลมาจากการมีรายได้ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การมีเงินออมไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ชีวิตประจำวัน รวมทั้งไม่มีหลักประกันทางรายได้ ด้านอื่นๆ เข้ามาสนับสนุนการดำรงชีวิตเพิ่มเติม³⁹ เช่นเดียวกับสัดส่วนของครัวเรือนที่มีหนี้สิน ไม่มี เงินออม และไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองก็ยังคง สูงเช่นกัน³⁸ ทำให้พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมี พฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ต่ำ²⁹ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยจะต้องทำงาน หนักมากขึ้นเพื่อนำรายได้มาจุนเจือครอบครัว และแก้ปัญหาเฉพาะหน้า จึงไม่มีเวลาในการดูแล และสนใจในสุขภาพตนเอง³⁷ การมีรายได้ก็น้อยส่ง ผลเสียต่อการจัดหาอาหาร ไม่มีอำนาจในการจัด ซื้อหรือเลือกอาหารที่มีประโยชน์เพื่อดูแลสุขภาพ

ตนเอง ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางมารับ การตรวจตามแพทย์นัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถ แสวงหาแหล่งรักษาอื่นเพิ่มยกเว้นในรายที่มีอาการ รุนแรงจริงๆ เท่านั้น²⁶ จึงมีผลต่อการดูแลตนเองที่ ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูง อายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยส่วนใหญ่ผู้สูง อายุมีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวทั้งในระดับ น้อยและระดับมาก จำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อย ละ 68.3 บางการศึกษาพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สูงถึงร้อยละ 92 ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ทำให้ส่งผลเสีย ไม่มี อำนาจในการจัดหาสิ่งที่มีประโยชน์เพื่อดูแล สุขภาพตนเอง ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทาง มารับการตรวจตามแพทย์นัด ไม่สามารถแสวงหา แหล่งรักษาอื่นเพิ่มได้²⁶ ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ คือ มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อย ละ 10 มาตั้งแต่ พ.ศ. 2547 แนวโน้มการเกิดโรค เรื้อรังในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น⁴⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรค หลอดเลือดสมองที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น¹ และตามจำนวนประชากรที่มีอายุยืนยาวขึ้น² การ มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลทำให้ พบจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มมากขึ้นตามมาด้วยเปรียบเสมือนผลกระทบ แบบโดมิโน (Domino effect)³ผลกระทบตามม าท่ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือ มิติทางเศรษฐกิจที่ส่งผล ต่อครอบครัวโดยตรงเนื่องจากการเพิ่มภาวะ

ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล นำไปสู่ภาวะยากลำบาก ความยากจนและหนี้สิน ปัญหาทางเศรษฐกิจและช่องว่างทางเศรษฐกิจของคนไทยยังอยู่ในระดับสูงไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาช่วยคุ้มครองค่าใช้จ่ายทางสุขภาพซึ่งถือเป็นภาระหนักและเป็นความเสี่ยงสำคัญในคนที่มิมีปัญหาด้านเศรษฐกิจก็ตาม แต่ก็เป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น³⁸ ดังนั้น ปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงการเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้เป็นอย่างดี²⁷ ในอนาคตข้างหน้าจึงอาจมีการพิจารณาเกี่ยวกับนโยบายทางเลือกเพื่อส่งเสริมการทำงานหรือขยายอายุการทำงานของผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ให้ยาวขึ้น เพื่อประโยชน์ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ลดการพึ่งพิง มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพและการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ³⁹

การได้รับการบริการจากระบบบริการระดับปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับการบริการจากระบบบริการระดับปฐมภูมิจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.8 สอดคล้องกับการศึกษานำร่องในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำที่ผ่านมาพบว่า ระบบบริการสุขภาพที่ดี คือ มีการประสานงานการทำงานเป็นเครือข่ายตั้งแต่โรงพยาบาล

ระดับทุติยภูมิไปยังระดับปฐมภูมิ ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อติดตามการรักษา รักษาหรือเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการมารับบริการสุขภาพ มีส่วนช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีของผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากสามารถเข้าถึงการรับบริการ ทำให้ได้ข้อมูล ความรู้ ทัศนคติที่ถูกต้องมากขึ้น ขณะจำนวนผู้ป่วยที่มีมากและขั้นตอนการรับบริการไม่เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วย มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน²⁶ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553 พบว่าการใช้ระบบบริการสุขภาพและการใช้สิทธิในการรักษาของผู้สูงอายุในช่วงที่ผ่านมาดีขึ้น โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น ไม่พบความแตกต่างในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพระหว่างคนสูงอายุและคนในวัยอื่นๆ⁴¹ ในการเพิ่มการเข้าถึงการบริการในระดับปฐมภูมิให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเหมาะสมที่สุดเนื่องจากช่วยลดปัญหาและอุปสรรคในการมารับบริการในโรงพยาบาล ทั้งความลำบากในการเดินทาง การเสียเวลาของครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อาจทำให้การฟื้นฟูร่างกายไม่เต็มที่ การบริการในระดับปฐมภูมิจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงการรับบริการและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์มากขึ้น^{42,43} ส่งผลต่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น⁴³

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มวิจัยและพัฒนาเฉพาะทางด้านประสาทวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Weerasak Muangpaisan. Stroke in the very old. Siriraj Medical Journal 2007; 59:264-26.
2. นิพนธ์ พวงวรินทร์. (บรรณาธิการ). โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2544
3. เจียมจิต แสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. ใน Aging and Neuropsychological Disorders การประชุมวิชาการกลางปี ครั้งที่ 2 ของสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2552
4. Olindo S, Cabre P, Deschamps R, et al. Acute stroke in the very elderly: epidemiological features, stroke subtypes, management, and outcome in Martinique, French West Indies. Stroke; a Journal of Cerebral Circulation 2003 ; 34: 1593-7.
5. Di Carlo A, Baldereschi M, Gandolfo C, et al. Stroke in an elderly population: incidence and impact on survival and daily function. The Italian Longitudinal Study on Aging. Cerebrovascular Diseases 2003; 16: 141-50.
6. Di Carlo A, Lamassa M, Pracucci G, et al. Stroke in the very old: clinical presentation and determinants of 3-month functional outcome: A European Perspective. Stroke 1999; 30: 2313-9.
7. Saposnik G, Cote R, Phillips S, et al. Stroke outcome in those over 80 a multicenter cohort study across canada. stroke 2008; 39: 2310-7.
8. Johansen HL, Wielgosz AT, Nguyen K, et al. Incidence, comorbidity, case fatality and readmission of hospitalized stroke patients in Canada. The Canadian Journal of Cardiology 2006; 22: 65-71.
9. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, et al. Heart disease and stroke statistics-2009 update a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2009; 119: 480-6.
10. Allen NB, Holford TR, Bracken MB, et al. Trends in one-year recurrent ischemic stroke among the elderly in the USA: 1994-2002. Cerebrovascular Diseases 2010 ; 30: 525-32.
11. สาทิต กาลุณี. รายงานการวิจัยเรื่องความชุก

- และสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ขอนแก่น: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
12. ณีฎฉิญา ศิริธรรม, สมศักดิ์ เทียมเก่า. Cause and risk factor for recurrent thrombotic stroke in Srinagarind Hospital. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2552; 3: 154-70.
 13. Kelly-Hayes M. Influence of age and health behaviors on stroke risk: lessons from longitudinal studies. Journal of the American Geriatrics Society 2010; 58 : 325-8.
 14. Redfern J, McKeivitt C, Dundas R, et al. Behavioral risk factor prevalence and lifestyle change after stroke: a prospective study. Stroke 2000; 31: 1877-81.
 15. World Health Organization. Avoiding heart attacks and strokes : don't be a victim -protect yourself 2005.
 16. Sit J, Yip V, Ko S, et al. A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke. Journal of Clinical Nursing 2007; 16: 272-81.
 17. กาญจนศรี สิงห์ภู, สมศักดิ์ เทียมเก่าและ ณีฎฉิญา หาดิ. คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนเรื่องโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์อัมพาต. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553
 18. ก้องเกียรติ กุณธ์กัณฑกร. (บรรณาธิการ). ประสาทวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553
 19. พรภัทร ธรรมสโรช.โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: จรัสสินิหวงศ์การพิมพ์; 2555
 20. Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: D. Mckay Co; 1956.
 21. Bloom BS. Evaluation to improve learning. New York: McGraw-Hill; 1981.
 22. Robinson-Smith G, Johnston MV, Allen J. Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81: 460-4.
 23. Bernspæng B, Asplund K, Eriksson S, et al. Motor and perceptual impairments in acute stroke patients: effects on self-care ability. Stroke 1987; 18: 1081-6.
 24. Welmer AK, Arbin Mvon, Murray V, et al. Determinants of mobility and self-care in older people with stroke: importance of somatosensory and perceptual functions. Physical Therapy 2007; 87:

- 1633-41.
25. อัมพรพรรณ ชีรานุตและคณะ. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2539
 26. ปรียา ตะรุวรรณ, อัญชลี ศศิวรรณพงศ์, โสภิตา จันทร์สด. รายงานวิจัยสาขาการพยาบาลเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาผู้ป่วยในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี; กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี; 2539
 27. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1991.
 28. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552
 29. รจนารถ ร่วงลือ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี. 2536.
 30. วาสนา เกื้อนวงษ์, มหาวิทยาลัยมหิดล. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. 2540.
 31. อินทราพร พรหมปราการ, มหาวิทยาลัยมหิดล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง. 2541.
 32. Pandian D, Jaison A, Deepak S, et al. Public awareness of warning symptoms, risk factor, and treatment of stroke in Northwest India. Stroke 2005; 36:644-8
 33. Sveen U, Bautz-Holter E, Sùdring KM, et al. Association between impairments, self-care ability and social activities 1 year after stroke. Disability and Rehabilitation 1999; 21: 372-7.
 34. Nijboer T, van de Port I, Schepers V, et al. Predicting functional outcome after stroke: the influence of neglect on basic activities in daily living. Frontiers in Human Neuroscience 2013; 7: 182.
 35. Lim KB, Kim JA. Activity of daily living and motor evoked potentials in the subacute stroke patients. Annals of Rehabilitation Medicine 2013; 37: 82-7.
 36. กิ่งแก้ว ปาจริย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550

37. สุธีรา ตั้งตระกูล, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การศึกษาแรงงานสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความก้าวหน้าที่ผู้ป่วยสตรีค. 2537.
38. คณะทำงานสุขภาพคนไทย. สุขภาพคนไทย. นครปฐม : [กรุงเทพฯ]: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
39. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. กำลังแรงงานและมิติทางเศรษฐกิจ. สุขภาพคนไทย. นครปฐม : [กรุงเทพฯ]: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2555.
40. ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒนางค์. บทที่ 1 จุดเปลี่ยนประชากรไทย. ในสุรีย์พร พันธุ์พิง และมาลี สันภูววรรณ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2554: จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
41. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุ. ใน พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ และคณะ (บรรณาธิการ). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด; 2553.
42. ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. เจาะลึกปัญหาเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30: 6-14.
43. นงนุช เพ็ชรร่วง, ปนัดดา ปริยทฤมและวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2556; 14: 25-3.