

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease [CVD] หรือ Stroke) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยสาเหตุอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Prencipe et al., 1997) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในแต่ละปีมีประชากรป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือเกิดภาวะกลับเป็นซ้ำด้วยโรคนี้ถึง 750,000 ราย และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสามรองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (American Heart Association [AHA], 2006; National Stroke Association [NSA], 2006) อีกทั้งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความพิการหรือความไร้สมรรถภาพในการทำงานในการดำเนินชีวิตด้วยผู้ใหญ่มากที่สุด (Yamamoto & Magolong, 2003) จากรายงานการสำรวจพบว่าประชากรชาวอเมริกามีความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณสี่ล้านราย และมีอัตราการเกิดโรคนี้สูงถึง 1 คนในทุกๆ 45 วินาที (National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS], 2006) สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่าในช่วงปี พ.ศ. 2541-2545 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรเป็นอันดับที่สี่รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และมะเร็งทุกชนิด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2547) และอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย มีจำนวนใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศต่างๆ ทั่วโลก และจากการสำรวจของสถาบันประสาทวิทยาในปี พ.ศ. 2544 พบว่า มีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 427,800 ราย (สถาบันประสาทวิทยา, 2544) ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง และผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 52 พันล้านดอลลาร์ (NSA, 2006) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจและทรัพยากรบุคคลอย่างมาก

ในปัจจุบันวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีก้าวหน้าไปมาก สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจาก

ภาวะวิกฤตและลดอัตราการตายลงได้อย่างมาก ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมีจำนวนมากขึ้น แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความพิการเรื้อรัง (พัชรวิมล คุปต์นิริติศัยกุล, 2543; Bonita & Beagkhole, 1995) จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา และสภาวะอารมณ์ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) ปัญหาที่พบได้บ่อยและต้องการการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเหล่านี้ เช่น การเคลื่อนไหวช้า การเคลื่อนไหวของแขนและขาไม่สัมพันธ์กัน การก้าวขาลำบาก เดินเซ พูดไม่ได้หรือพูดลำบาก การกลืนลำบาก ระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547; Mol & Baker, 1991) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด กลัว ก้าวร้าว บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน เฉยเมย (ปิยภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์, 2547; Green, 2000) โดยพบว่าภาวะซึมเศร้า (post-stroke depression) พบได้มากที่สุด และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยด้วย (Robinson, Murat, & Shimoda, 1999) เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นอาการตอบสนองต่อโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักกังวลว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ทำให้มีความสนใจในการฟื้นฟูสภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ (ฉัฐยา จิตประไพ และ ภาริส วงศ์แพทย์, 2542) ส่วนปัญหาด้านสังคม เช่น การที่ผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงแยกตัวไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพและบทบาทภายในครอบครัวและบทบาททางสังคม (Hafsteindottir & Grypdonck, 1997)

โรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยเองตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะจากความพิการและความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ จึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน บุคคลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่ต้องเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทใหม่และจากการศึกษาของ นันทพร ศรีนิม (2545) พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด chez ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน คือ การมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสบการณ์ยากลำบากในการดูแลและเกิดความเครียดขึ้นได้ และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ มักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้กลับมารักษาในโรงพยาบาลและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

จากปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้วงการแพทย์และสาธารณสุขสนใจวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวภายหลังจากพ้นภาวะวิกฤต โดยมุ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้เรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่สูญเสียไปและพัฒนาศักยภาพที่เหลืออยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ใกล้เคียงปกติ สามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะ

เป็นไปได้ เพื่อให้เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมน้อยที่สุด ช่วยลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2545; วิจิตรา กุสุมภ์, 2544; สถาบันประสาทวิทยา, 2545; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; อรฉัตร โดษยานนท์, 2539; Wojner, 1996) ซึ่งวิธีสำคัญวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ คือ การฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากเพราะสามารถป้องกันความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยการฟื้นฟูสภาพนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะแรกเป็นระยะที่เริ่มพักฟื้นในโรงพยาบาล ระยะนี้จะเริ่มการฟื้นฟูสภาพหลังจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองสงบแล้ว โดยการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่จะทำร่วมกันเป็นทีมสหสาขา และระยะที่ 2 คือ ระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เป็นการฟื้นฟูสภาพระยะยาวตลอดชีวิต ซึ่งบุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจผู้ป่วย ตลอดจนให้คำแนะนำและกระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมในระยะนี้เป็นการคงไว้ซึ่งศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วย (Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR], 1996) เป้าหมายที่สำคัญของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตความเป็นอยู่ในสภาพครอบครัวและสังคมเดิม ดังนั้นกิจกรรมหลักจึงมี 2 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรค ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสภาพ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 2) การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539) ด้วยเหตุนี้การฟื้นฟูสภาพที่บ้านจึงมีความสำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะผู้ป่วยได้ฝึกฝนอยู่ในสภาพแวดล้อมจริงที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และการฟื้นฟูสภาพสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องจากการกระตุ้นของบุคคลในครอบครัว

กระบวนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ซึ่งบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ตลอดจนให้คำแนะนำและกระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพ การฟื้นฟูสภาพจึงจะประสบผลสำเร็จ (อรฉัตร โดษยานนท์, 2539; AHCPR, 1996; Medifocus guidebook on stroke rehabilitation, 2004) นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวยังเป็นแหล่งปลุกภูมิในการดูแลสุขภาพ และมีบทบาทอย่างมากในการฟื้นฟูสภาพและจะช่วยเหลือระดับประคองเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544; วิจิตรา กุสุมภ์, 2544; วิระมล กาสีวงศ์, 2541; สถาบันประสาทวิทยา, 2545; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; อรฉัตร โดษยา

นนท์, 2539; Evans et al., 1992; Flannery, 1991; Hadiis, Vemmos, & Zakapoulus, 2000; Pender, Murdaugh, & Perrsons, 2002; Wojner, 1996) จากรายงานการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลและเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา หรือผู้ที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2540; จาริก ธานีรัตน์, 2545; จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540; จูไร เกลี้ยงเกลา, 2547; นันทพร ศรีน้อม, 2545; นิดา ทศนเศรษฐ, อรณุช แซ่ลี, และ เพ็ญฉาย ประทีปธนาการ, 2544; พรชัย จุลเมตต์, 2540; เพียงใจ ดิระไพรวงศ์, 2540; เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539; รัมภ์ดา อินทร, 2539; Tang, 1999) ซึ่งจะทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันอุบัติเหตุ การปฏิบัติการเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้กับผู้ป่วยดั่งนั้นครอบครัวเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้การฟื้นฟูสภาพมีประสิทธิภาพ ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ และได้รับการดูแลช่วยเหลือในการฝึกฝนการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จะทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทักษะของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม (Padilla & Grant, 1985) ซึ่งสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันไป แล้วแต่สถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนในขณะนั้น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงอยู่ในสถานะของการรับรู้ความรู้สึกไม่พอใจกับสภาพที่ตนเป็นอยู่ ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงได้ ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้มีการฝึกการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาทักษะของกิจกรรมต่าง ๆ ที่กระทำอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวัน จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งจะเป็นการลดภาระของครอบครัวและสังคม ทั้งยังช่วยลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้กิจกรรมต่าง ๆ ในการฟื้นฟูสภาพได้นำครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการฟื้นฟูสภาพจะช่วย ลดความพิการและผู้ป่วยมีสภาพร่างกายดีขึ้นได้ แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตหรือได้รับการรักษาเบื้องต้นจนพ้นขีดอันตราย จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความจำเป็นในการใช้เตียงหมุนเวียนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการฟื้นฟูสภาพและกลายเป็นผู้ไร้สมรรถภาพในที่สุด (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) ซึ่งในจุดนี้ทำให้นักวิชาการทางสุขภาพขาดการมีปฏิสัมพันธ์และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบุคคลในครอบครัวด้วย นอกจากนี้โรงพยาบาลหลายแห่งยังขาดแคลนบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงขาดการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากบุคคลในครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลหรืออาจได้รับความรู้แต่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง (สถาบันประสาทวิทยา, 2545; Rausch & Turkoski, 1999) และในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่นั้น เป็นการศึกษาวิจัยในระยะที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนการศึกษาการให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้าน พบว่ามีจำนวนน้อย (News-Medical in Medical Research News, 2004)

ในต่างประเทศจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงการได้รับการให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ที่บ้าน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากได้รับการวินิจฉัยจนถึง 1 ปี จำนวน 1,617 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ที่บ้านร้อยละ 95 ได้รับการบริการด้านการฟื้นฟูสภาพน้อย ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดต่ำลง (Legg, Langhorne, & Andersen, 2004) และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพและมาตรวจตามทีแพทย์นัด จำนวน 156 ราย ที่ระยะ 3 เดือนจนถึง 1 ปี หลังจากได้รับการวินิจฉัย พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำและจะไม่เพิ่มขึ้นจนถึง 1 ปี (Kauhanen, 2005) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านกับผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการฟื้นฟูสภาพ
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เคยเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี และจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลับไปพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 30 ราย ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ 2548 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ 2549

นิยามศัพท์

การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน หมายถึง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแผนการพัฒนาทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2539) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง มีระยะเวลาการปฏิบัติทั้งหมด 8 สัปดาห์

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคะแนนดัชนี

คุณภาพชีวิตของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของพาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่เคยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมของ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี และถูกจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน และอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน คือ ภายในระยะ 3 เดือนจนถึง 1 ปี และยังมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาซีกซ้ายหรือซีกขวา

การสอนตามปกติ หมายถึง การที่พยาบาลในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved