

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้า เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยกำหนดขอบเขตและหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. การฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. คุณภาพชีวิต
4. การฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับคุณภาพชีวิต

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease [CVD] หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่สาเหตุอาจมาจากหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป และทำให้เกิดการทำลายของเซลล์สมอง ก่อให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ มีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; AHA, 2006; Book, 2002; Prencipe et al., 1997) อาการที่พบบ่อยคือ อาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง (hemiplegia) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; สุรเกียรติ อาษานานุภาพ, 2546; Barker & Rice, 2001) ผู้ที่รอดชีวิตจะมีปัญหาหลักคือ ความพิการต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง ความพิการที่เกิดขึ้นมาเป็นจุดสำคัญของการให้การฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการ และเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้ตามสาเหตุของการเกิดโรคและตามลักษณะทางคลินิก ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (Hausman & Ignatavicius, 2002; Linton, 2000)

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุแบ่งออกเป็น (Linton, 2000)

1.1 ลิ่มเลือดอุดตันที่ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral thrombosis) ซึ่งเกิดได้ทั้งหลอดเลือดแดงและดำ แม้ในหลอดเลือดฝอย และมักจะเกิดตรงบริเวณที่หลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) อยู่แล้ว ประมาณ 2 ใน 3 ของหลอดเลือดอุดตัน เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพราะทั้งสองโรคนี้นำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง

1.2 ลิ่มเลือดหลุดลอยมาอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral embolism) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการและผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอเกิดเนื้อสมองตายเป็นหย่อม

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุแบ่งออกเป็น (Linton, 2000)

2.1 เลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) จากความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ หลอดเลือดแดงแข็งแล้วแตกหรือฉีกขาดเกิดขึ้นทันทีทันใด และทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท เซลล์สมองถูกทำลายบริเวณที่เลือดออกและทำให้เนื้อสมองตายเป็นหย่อมๆ (Hausman & Ignatavicius, 2002)

2.2 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นอแรคโนออยด์ (subarachnoid hemorrhage, SAH) การแตกเลือดในโพรงใต้ชั้นอแรคโนออยด์ มีสาเหตุมาจากการแตกของหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติ เช่น หลอดเลือดแดงโป่งพอง (rupture aneurysm) หลอดเลือดพิการแต่กำเนิด หลอดเลือดที่ไม่มีหลอดเลือดฝอยกัน (arteriovenous malformation [AVM]) ทำให้เลือดแดงไหลปนกับเลือดดำ (shunted into vein) จึงมีการขยายตัวของหลอดเลือดจนกระทั่งแตกออก (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547)

นอกจากนี้อาจจำแนกตามลักษณะอาการทางคลินิก ซึ่งมี 4 ลักษณะ คือ

1. สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack [TIA]) หรือ ministroke อาจมีสาเหตุมาจากการตีบของหลอดเลือด ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือดที่มาเลี้ยงสมอง ในระยะแรกที่มีการตีบตันแต่ไม่มีการอุดรูของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ จะทำให้สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ทำให้สมองเสียหายที่เฉพาะแห่งชั่วคราวใน 1-2 ชั่วโมง และสามารถกลับสู่สภาพปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; พัชรวิมล คุปต์นริศชัยกุล, 2543; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Roth & Harvey, 1996) อาการแสดงของสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดในสมอง ส่วนมากมักพบร่วมกับการตีบของหลอดเลือดแดงคอโรติค (carotid artery atherosclerosis) (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) โดยร้อยละ 4-8 ของบุคคลที่

เคยมีภาวะสมองเสียหน้าที่เฉพาะแห่งจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ภายใน 1 เดือน โดยร้อยละ 12-13 เกิดขึ้นภายในปีแรกและร้อยละ 24-29 เกิดขึ้นภายใน 5 ปี (Gregory, 1999)

2. สมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความพร้อมทางระบบประสาทนานเกิน 24 ชั่วโมง แต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (reversible ischemic neurological deficit [RIND]) เนื่องจากสมองขาดเลือดเป็นบริเวณเล็กๆ ในส่วนเนื้อสมองที่อยู่ลึกลงไปโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ภาวะนี้มีโอกาสเกิดเนื้อสมองตายมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547; โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก, 2541; Hinkle, 1998; White & Duncan, 2002)

3. สโตรกที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive stroke) หรือ มีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยดังกล่าวจะมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ เป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป เกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ขยายตัว อุดตันหรือสักรัดกั้นการไหลเวียนของเลือดมากขึ้นเรื่อยๆ มีผลให้สมองบวม หมดสติ สมองขยับเคลื่อน มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 ใน 2-3 สัปดาห์แรก (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547; โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2541)

4. สโตรกที่มีอาการคงที่แล้ว (complete stroke) เป็นสโตรกที่ไม่มีอาการเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงในช่วง 2-3 สัปดาห์ อาการของโรคอยู่ตัวแล้ว (stable stroke) ไม่มีการบวมเพิ่มขึ้นของสมองรอบรอยโรคนั้น (โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2541)

ปัญหาหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสภาพต่างๆ ของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหาและมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดสมองและขนาดที่เกิดพยาธิสภาพหรือเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาวต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1. ด้านร่างกาย ซึ่งอาการส่วนใหญ่ที่พบจะมี ดังนี้

1.1 การสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อในการพูด กล้ามเนื้อในการกลืนอาหาร กล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองหนึ่งหรือสองซีกหรือบริเวณก้านสมอง ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว การประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อมากผิดปกติ (spasticity) แขนขาเหยียดลำบาก นิ้วมือจะกำแน่น เกิดจากการขาดการยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทสั่งการจากเซลล์ประสาทส่วนบน (Linton, 2000)

1.2 การสูญเสียด้านประสาทการรับรู้ มีความบกพร่องด้านการมองเห็น (visual field deficit) เกิดจากการมีพยาธิสภาพของสมองที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะหลอดเลือดส่วนกลางของสมอง (middle cerebral) ทำให้ลานสายตาแคบลงหรือเสียไปด้านหนึ่ง (hemianopsia) และการสูญเสียด้านประสาทการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ สูญเสีย เช่น การสัมผัส การเจ็บปวด แรงกด ความร้อน ความเย็น การรับรู้วันเวลาสถานที่ และบุคคลผิดปกติไป มีอาการสับสน ความผิดปกติเหล่านี้จะเสียเล็กน้อยขนาดไหนขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ความรู้สึกดังกล่าวจะฟื้นตัวได้ดี โดยเฉพาะความรู้สึกต่อความเจ็บปวดอาจจะฟื้นภายใน 2 เดือน (อรฉัตร โทยยานนท์, 2539)

1.3 การบกพร่องด้านการสื่อสาร เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายหรือซีกเด่น (dominant hemisphere) พบได้ถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยความบกพร่องที่พบมี 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถพูดสื่อความหมายออกเสียงเป็นคำและพยางค์ได้ ทั้งที่ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของภาษา (expressive or motor aphasia) เพราะการเคลื่อนไหวของปาก ลิ้น แก้ม มีความผิดปกติ เนื่องจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) หรือผู้ป่วยมีปัญหา เกี่ยวกับการรับรู้และเข้าใจในภาษาพูด (sensory aphasia) ทำให้ผู้ป่วยอาจจะพูดจาเรื่อยเปื่อยเหลวไหล หรือคิดประดิษฐ์คำพูดขึ้นเอง เนื่องจากมีการทำลายบริเวณเวอร์นิก (Wernicke's area) หรือผู้ป่วยอาจมีปัญหาทั้งการพูดลำบากและมีปัญหาการรับรู้และความเข้าใจคำพูดที่ได้ยิน (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547; Linton, 2000)

นอกจากนี้แล้วความบกพร่องในการสื่อสารอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูดหรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า จะทำให้ผู้ป่วยพูดซ้ำมากพูดไม่ชัด ซึ่งปัญหาการสื่อสารเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ความคิดของตนเองได้ หรืออาจฟังคำพูดของผู้อื่นไม่เข้าใจ รับรู้ได้ยาก (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2545; Linton, 2000)

1.4 การบกพร่องด้านสติปัญญาการเรียนรู้ (cognition) ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย ซึ่งถือว่าเป็นซีกที่เด่น ควบคุมการทำงานของร่างกายด้านขวา ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมในเรื่องของความสามารถในการสื่อสาร (communication ability) โดยผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความจำ สับสน การตัดสินใจไม่ดี รวมทั้งมีความผิดปกติด้านการคิดและการคำนวณ (Whitney, 1994) ส่วนสมองซีกขวา ควบคุมการทำงานของร่างกายด้านซ้าย ซึ่งควบคุมในเรื่องการเรียนรู้ (cognitive intellectual function) ผู้ป่วยจะสามารถติดต่อพูดคุยได้แต่มักจะขาดความสนใจ หรือความสนใจไม่ต่อเนื่อง ขาดสมาธิ ซึ่งทำให้การฝึกการฟื้นฟูสภาพขั้นตอนต่าง ๆ เป็นไปได้ยาก แต่สามารถฝึกการเรียนรู้ได้โดยการกระตุ้นให้ทำซ้ำบ่อยๆ และช้าๆ (อรฉัตร โทยยานนท์, 2539)

1.5 การบกพร่องด้านการควบคุมเกี่ยวกับการขยับถ่าย ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณ ก้านสมองหรือสมองส่วนหน้า (frontal lobe) (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547) จะทำให้สูญเสียการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ ไม่สามารถถ่ายออกมาได้หมดหรือไม่สามารถขยับถ่ายปัสสาวะได้เอง หรือในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหน้าบริเวณคอร์เทก จะเกิดปัญหาที่มีอาการท้องผูก ถ่ายอุจจาระลำบาก (Linton, 2000) แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักไม่มีปัญหาด้านนี้ ยกเว้นในช่วงแรก ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากยังไม่รู้สึกตัว (ฉัฐยา จิตประไพ และ ภาวิศ วงศ์แพทย์, 2542; Hinkle, 1998)

1.6 ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์ อาจสืบเนื่องมาจากสาเหตุด้านร่างกาย เช่น อาการเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะกระปริดกระปรอย ประกอบกับภาวะความผันผวนทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งมีผลทำให้ บทบาททางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยไม่สามารถเป็นไปตามปกติ (อรฉัตร โทยยานนท์, 2539)

1.7 ปัญหาอื่นๆ เช่น ภาวะปวดไหล่ การดึงรั้งของกล้ามเนื้อ เอ็น และเนื้อเยื่อต่างๆ รอบข้อไหล่ ลานสายตาคิดปกติ เห็นภาพซ้อน และมีอาการวิงเวียนศีรษะ (ฉัฐยา จิตประไพ และ ภาวิศ วงศ์แพทย์, 2542; พัชรวิมล คุปต์นิวัติศัยกุล, 2543)

นอกจากนี้ยังพบผลกระทบด้านร่างกายที่เป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนของโรค หลอดเลือดสมอง เช่น การเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มนูนของกระดูก การเกิดแผลจากการเป็ยกขึ้น การเกิดแผลจากผิวหนังและแห้ง การยึดติดของข้อและเอ็นต่างๆ บริเวณข้อเข่า ข้อสะโพก กระดูก โปรงบาง การเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ เส้นเลือดดำอุดตัน ความดันโลหิตต่ำเวลาลุกนั่ง ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Absher & Toole, 2000)

2. ด้านจิตใจ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และตอบสนอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล เครียด ก้าวร้าว บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน เฉยเมย หรือความไม่แน่ใจในการดำรงชีวิตอยู่ (ฉัฐยา จิตประไพ, 2543; ปิยภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์, 2547; Green, 2000) และจากความจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกายทำให้ผู้ป่วยรับภาพลักษณะที่เปลี่ยนไปไม่ได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีพฤติกรรมรุนแรง (violent behavior) มีความเศร้าโศกหรือไม่มีความสุข (grief or unhappiness) ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ภาวะอารมณ์แปรปรวนพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองซีกขวา และภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยภายหลังเป็นโรค หลอดเลือดสมอง (post-stroke depression) โดยพบมากถึงร้อยละ 20-60 (Robinson et al., 1999) และมักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนหน้าซีกซ้าย (Linton, 2000) ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าต่างๆ จะมีผลต่อการรักษาทางฟื้นฟูสภาพด้วย เพราะภาวะซึมเศร้า

เป็นอาการตอบสนองต่อโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักกังวลว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ (ฉัฐยา จิตประไพ และ ภาริส วงศ์แพทย์, 2542) และฟาริดา อิบราฮิม (2539) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยอัมพาต เป็นผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งไม่แตกต่างกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งไม่เพียงแต่ความยาวนานของการฟื้นฟูสภาพ แต่ยังมีอาการซึ่งกระทบสภาพลักษณะอยู่มาก ผู้ป่วยจึงมีปัญหาด้านจิตใจ จากการศึกษาถึงปัญหาและสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 70 ราย พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้มากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (พวงน้อย อรุณ, 2536) และผลการศึกษาของ เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ (2544) ศึกษาถึงภาวะด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลที่ได้รับที่บ้าน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 44 ราย พบว่าหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่ายไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มลดลงภายหลังการจำหน่าย โดยกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early stage) จนกระทั่งอาการดีขึ้นในช่วงเวลา 1 ปี ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวได้เมื่อเวลาผ่านไป แต่จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรบินสัน และคณะ (Robinson et al., 1985, as cited in Bruckbauer, 1991) จำนวน 103 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 26 มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีอาการเศร้าโศก วิตกกังวล ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่เช้า น้ำหนักลด มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

3. ด้านสังคม ปัญหาด้านสังคม เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของโรค ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลง หรือไม่สามารเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้ ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม นอกจากนี้ ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพภายในครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งส่วนมากเป็นไปในรูปแบบเห็นห่างหรือเสื่อมลง ผู้ป่วยอายุที่จะเผชิญหน้ากับเพื่อนฝูง หรือเข้าสังคม (ฉัฐยา จิตประไพ, 2543; Hafsteindottir & Grypdonck, 1997) ซึ่งจะทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ เปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ หรือ ผู้ป่วยเคยเป็นเรี่ยวแรงสำคัญในการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ รายได้ตกต่ำ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ หากไม่สามารถยอมรับได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต และทำให้เกิดความเครียด (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; โอภาส ธรรมวานิช, 2540) จากการศึกษาของ คาสเทลลูชี (Castellucci, 2004) ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย ในระยะเวลา 1 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วย

ร้อยละ 75 กล่าวว่า มีความสุขเวลาที่มีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วยใกล้ๆ ร้อยละ 45 กล่าวว่า พวกเขา รู้สึกเสียใจเมื่อบุคคลในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านทุกเช้า ทำให้เกิดความห่างเหินต่อกัน

โดยสรุปจากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะจากความพิการและความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ จึงต้องการความช่วยเหลือและดูแล และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ มักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานจึงสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจึงเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น

การฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของการฟื้นฟูสภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1994) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพว่า เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้พิการมีพัฒนาการและมีความแข็งแรงดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทักษะทางสังคม

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (NINDS, 2006) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพว่า เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่สูญเสียไปหลังจากที่สมองถูกทำลาย และเป็นการป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น

สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2539) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพว่า เป็นการมุ่งให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยที่อาจเกิดจากผลของโรค หรือเกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านั้นกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดทั้งในด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สภาพสังคม และสภาพเศรษฐกิจ ให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข พอสมควรแก่สุขภาพ

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความหมายของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2539) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและ

ความแข็งแรง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยในกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นผู้ป่วยในการฝึกการฟื้นฟูสภาพด้วย

แนวทางในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดทั้งในด้านสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม ส่งผลให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขพอสมควรแก่อัตรภาพ (มยุรี เพชรอักษร, 2538; สถาบันประสาทวิทยา, 2545; สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539; อรรถกร โดษยานนท์, 2539) วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพ คือ ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพสังคมเดิม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับสภาพจิตใจที่เหมาะสม (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539) แนวทางการฟื้นฟูสภาพจะต้องเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด การฟื้นฟูจะพัฒนาทักษะในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย เช่น ทักษะในการทำกิจกรรมทั้งที่เคยและไม่เคยทำมาก่อน ทักษะในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและพึ่งตนเองได้ โดยไม่ต้องเป็นภาระแก่บุคคลอื่นหรือสังคมที่จะต้องอุปการะเลี้ยงดูผู้ป่วยตลอดไป นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพยังเป็นการมุ่งแก้ไขปัญหาและช่วยป้องกันปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาและลดความรุนแรงของโรคลง (อรรถกร โดษยานนท์, 2539) ซึ่งการฟื้นฟูสภาพเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง โดยสามารถแบ่งได้เป็นระยะต่างๆ (Watson & Quinn, 1998) ดังนี้

1. ระยะที่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็น

1.1 ระยะแรก ซึ่งเป็นระยะเฉียบพลัน ในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่รู้สึกรู้สึหรือหมดสติ เป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพในระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น การเสื่อมถอยทางร่างกายจากการขาดการเคลื่อนไหว ได้แก่ ผลกดทับจากการนอนนานๆ ปอดอักเสบ ภาวะเกร็ง และภาวะข้อติด เป็นต้น กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะนี้คือ การพลิกตะแคงตัว การจัดทำนอนบนเตียงที่ถูกต้อง ออกกำลังกายโดยมีคนช่วย (passive exercise) และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการขยับตัว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; รั้งสรรค์ ชัยเสวีกุล, 2547) ในระยะนี้หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้มีข้อติดแข็งและมีอาการเกร็งมากจนเป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน ถ้าผู้ป่วยยังไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง การจัด

ท่านอนที่เหมาะสมนอกจากจะช่วยป้องกันข้อยึดติดแล้วยังช่วยลดอาการเกร็งได้ด้วย (พัชรวิมล คุปต์นิริติศัยกุล, 2543) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นชนิดหลอดเลือดแตก ให้ชลอการฟื้นฟูสภาพไปอีก 10-14 วัน เพื่อป้องกันการมีเลือดออกซ้ำ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547)

1.2 ระยะฟื้นจากระยะเฉียบพลัน ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทคงที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมง หรือ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) การฟื้นฟูสภาพมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด ซึ่งควรเริ่มทำทันทีเมื่อพ้นจากภาวะอันตรายต่อชีวิต กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะนี้เป็นกรออกกำลังบนเตียงด้วยตนเอง (active exercise) หรือ โดยมีคนช่วยเคลื่อนไหวตามข้อต่างๆ (passive range of motion) ของผู้ป่วยในแขนขาข้างที่มีอาการอ่อนแรง เพื่อรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ เปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง จัดทำในส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ถูกต้อง (สมจิต หงเจริญกุล, 2543)

นอกจากนี้ควรช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังกายเป็นไปตามขั้นตอน โดยเริ่มจากศีรษะไปเท้า และจากส่วนต้นไปส่วนปลาย เช่น จากไหล่ไปแขนและมือ จากลำตัวไปสะโพก ขาและเท้า ตามลำดับ เพื่อเป็นการป้องกันความพิการและส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป และเสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ให้ผู้ป่วยได้พึ่งพาตนเองตามศักยภาพ และสอนแนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถกระทำได้ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น (สถาบันประสาทวิทยาร่วมกับ 17 สถาบันวิชาการ, 2545; Astrom, Asplund, & Astrom, 1992; Roth & Harvry, 1996) โดยการฟื้นฟูสภาพดังกล่าว ส่วนใหญ่จะทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขา

1.3 ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน ตลอดจนเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนและสังคม ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพสามารถกระทำได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการฟื้นฟูสภาพเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขา เพื่อจัดเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลให้รู้จักวิธีการดูแลช่วยเหลือต่างๆ จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับอนุญาตกลับบ้าน หรืออาจฝึกฝนอาชีพตามความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยที่จะกระทำได้ กิจกรรมได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อต่างๆ เพื่อให้มีการฟื้นตัวแข็งแรงขึ้น มีความพร้อมในการทำกิจกรรมต่างๆ และเริ่มให้ผู้ป่วยฝึกหัดการทรงตัวในท่านั่งและทำยืน กระตุ้นกล้ามเนื้อโดยไม่ก่อให้เกิดอาการเกร็งเพิ่มมากขึ้น ฝึกการเคลื่อนไหวย้ายตัวเองและการเดิน โดยใช้เครื่องช่วยเดินที่เหมาะสม กิจกรรมสามารถกระทำได้นี้คือ

1.3.1 การบริหารกล้ามเนื้อก้น (gluteal setting) โดยการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อก้นสลับกันไปหรือช่วยนวด

1.3.2 การบริหารกล้ามเนื้อหน้าขา (quadriceps) โดยการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าขา ในขณะที่ยกส้นเท้าขึ้นนับหนึ่งถึงห้า แล้วจึงค่อยๆ วางเท้าลง เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว ทำบ่อยๆ อาจทำทุกชั่วโมงขณะตื่น

1.3.3 การฝึกให้ผู้ป่วยนั่งทรงตัวบนเตียง โดยค่อยๆ ไขเตียงยกศีรษะผู้ป่วยให้สูงขึ้น จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถนั่งได้มั่นคงจึงเริ่มกิจกรรมการเคลื่อนย้ายตัวเองต่อไป

1.3.4 การฝึกการเคลื่อนย้ายตัวเองโดยการลุกนั่งห้อยขาข้างเตียง เมื่ออยู่ในท่านั่งแล้ว ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ด้อยเป็นหลักที่จะจับตัวเองให้นั่งอยู่ในท่าตรง โดยในระยะแรกเมื่อเริ่มฝึกผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลบ้าง

1.3.5 การที่ผู้ป่วยจะยืนทรงตัวได้อาจต้องใช้เครื่องช่วยพยุง เช่น เครื่องพยุงเดิน (walker) ไม่ทำสำหรับยืนหรือเกาะข้างเตียง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกฝนการฟื้นฟูสภาพจนกระทั่งยืนทรงตัวได้ต้องเข้าใจและตระหนักถึงวัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสภาพเป็นอย่างดี และจะต้องร่วมมืออย่างสม่ำเสมอจึงจะได้ผลดี พยาบาลเป็นผู้ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ และชมเชยถึงความสำเร็จของผู้ป่วยตลอดจนสอนแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการช่วยเหลือเกี่ยวกับการฝึกกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การแต่งตัว การขับถ่าย การรับประทานอาหาร เป็นต้น โดยมุ่งที่จะชดเชยความพิการของผู้ป่วย ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมีความสำคัญมาก ควรมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า เพื่อติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะๆ ที่บ้านต่อไป

จากการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย โดยการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเพิ่มมากขึ้นและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น (จารึก ธานีรัตน์, 2545; จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540; นิดา ทักษนเศรษฐ และคณะ, 2544)

2. ระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่บ้านเป็นการฟื้นฟูสภาพระยะยาวตลอดชีวิต ซึ่งต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลเพราะเป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นใน 3 เดือน หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเรียกว่า ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความแตกต่างกันได้มาก แต่พบว่า การฟื้นตัวของโรคจะเริ่มเกิดขึ้นภายในเวลาตั้งแต่ 3 เดือนแรกที่เกิดโรคและอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับจนกระทั่งถึง 6 เดือน แต่

ในผู้ป่วยบางรายอาจมีการฟื้นตัวของโรคไปได้เรื่อยๆ ในช่วง 6 เดือนจนถึง 1 ปี ซึ่งเรียกว่าเป็นการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง แต่ผู้ป่วยบางรายยังสามารถฟื้นตัวได้อีกแม้ว่าเวลาจะผ่านไปเป็นปี (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; ประมุข ทรวงจักรแก้ว และ พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2542) จุดมุ่งหมายในระยะนี้เพื่อดำรงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้วยการฟื้นฟูสภาพออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะนี้ส่วนใหญ่เป็นการคงไว้ซึ่งศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วยเสริมสร้างทักษะต่างๆ ในการช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงสามารถทำงานได้ดีขึ้นและเป็นการลดภาระของครอบครัว นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านแล้วควรมาตรวจเป็นระยะๆ อย่างน้อยที่สุดในช่วงปีแรก เป็นการติดตามผลการรักษาหรือรับยาต่อเนื่อง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน เพื่อป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547; สถาบันประสาทวิทยา ร่วมกับ 17 สถาบันวิชาการ, 2545)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสภาพสามารถกระทำได้ดีตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลัน เป็นการป้องกันความพิการที่เกิดจากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมากขึ้น และการฟื้นฟูสภาพจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้นั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือของตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ตลอดจนให้คำแนะนำและกระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพจึงจะประสบผลสำเร็จ (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2545; อรฉัตร โทษยานนท์, 2539; AHCPR, 1996; Medifocus guidebook on stroke rehabilitation, 2004) ฮาดิอิส และคณะ (Hadiis et al., 2000) ได้ศึกษาบทบาทของครอบครัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 1,042 ราย ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกภายในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วยทั้งในด้านอารมณ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วย และยังมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยหรือการฟื้นฟูของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพอย่างมาก และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการนำครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคอื่นๆ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ดังเช่น

ผลการศึกษาของ เคอร์นิก และ โรบบ์ (Kemick & Robb, 1988) ถึงโปรแกรมการสอนและการสนับสนุนครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 27 ราย ซึ่งโปรแกรมพัฒนาจากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เนื้อหาประกอบด้วย การให้คำแนะนำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค ความบกพร่องที่เกิดขึ้นและการฟื้นฟูสภาพ โดยการดูแลของทิมสหสาขา โดยให้โปรแกรม 4 ครั้งๆ ละ 90 นาที ทุก 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกใน

ครอบครัวเกิดความตระหนักในปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของโรค มีความเข้าใจผลของโรคที่มีต่อร่างกาย เข้าใจถึงความสามารถ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และมีทักษะในกระบวนการฟื้นฟูสภาพมากขึ้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่สมาชิกครอบครัวไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน 1 เดือน

จากการศึกษาที่กล่าวมาเบื้องต้นเป็นสิ่งที่สนับสนุนว่าการฟื้นฟูสภาพมีความจำเป็นต้องนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมหรือมีบทบาทในการช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพดีขึ้น ปรับตัวได้และสมาชิกในครอบครัวหรือญาติเกิดความพึงพอใจ ที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและมีทักษะในกระบวนการฟื้นฟูสภาพมากขึ้น และการที่พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและพร้อมที่จะกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ไม่กลัวอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ต้องการกำลังใจ ความเอาใจใส่ดูแลจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว และจากผลลัพธ์ของการดูแลต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับจะสามารถนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้การดูแล

องค์ประกอบของกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะการจัดบริการฟื้นฟูสภาพที่บ้านหรือ โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ภายหลังจากที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน จะเป็นการติดตามและให้บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยการเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านจากทีมสุขภาพ และในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย มีรายละเอียดปลีกย่อยแตกต่างกัน แต่โดยหลักการที่สำคัญๆ จะเป็นการสอนและให้คำแนะนำต่างๆ และย้ำถึงวิธีการบริหารร่างกายด้วยตนเองให้ถูกต้อง เน้นในประเด็นที่สำคัญคือการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ จนถึงจุดที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายไป และให้คำปรึกษาต่างๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการสนับสนุนและให้กำลังใจให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับประโยชน์จากการฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มที่ ในการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างถูกต้องจะเป็นการป้องกันมิให้เกิดความพิการเกินกว่าที่จะเกิดจากโรค

โดยตรง เช่น อาการเกร็งของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถ้ามีการจัดทำที่ไม่ถูกต้อง อาการเกร็งของกล้ามเนื้อจะมีมากกว่าที่ควร และจะเป็นอุปสรรคต่อการรักษาการฟื้นฟูสภาพต่อไป หรือถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการบริหารข้อต่างๆ อย่างถูกต้อง ข้อจะยึดติด ทำให้เป็นปัญหามากในการรักษาภายหลัง อาจต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัด ทำให้ผลการฟื้นฟูสภาพด้อยกว่ารายที่ข้อไม่ติด (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539) หรือถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาอาจจะนำผู้ป่วยกลับมารับการรักษาใหม่ในโรงพยาบาล (ประมุข ทรวงจักรแก้ว และ พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2542; สถาบันประสาทวิทยา, 2545; สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539)

ก่อนการฟื้นฟูสภาพที่บ้านควรมีการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนที่จะเข้าไปโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ พูดคุย ซักถาม สังเกตเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ต่างๆ ไป ฐานะเศรษฐกิจ ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพราะเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกันไป บางครอบครัวที่สมาชิกทุกคนต้องทำงานนอกบ้าน อาจจะต้องให้เวลาแก่ญาติในการจัดเตรียมหาบุคคลมาคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) และประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย เพื่อประเมินความพร้อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยประเมินจากการวัดระดับความสามารถทางร่างกายหรือความสามารถในการทำงานของร่างกาย ในการประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบข้อจำกัดของผู้ป่วยและระดับความรุนแรงของความพิการ และค้นหาปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ ช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วย และสามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมต่อไป (วัชราร ธีวไพบูลย์, 2544; สถาพร ชินชัย, วรรณนิภา บุญระยอง, และ วนัญญา ปัญญามิ, 2542; สมศักดิ์ ลัทธிகุลธรรม, 2543; Gresham & Duncan, 1995) การประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความสำคัญ ควรจะประเมินตั้งแต่ครั้งแรก ก่อนเริ่มการฝึกการฟื้นฟูสภาพ จากนั้นอาจจะประเมินทุกเดือนติดต่อกันอีก 2-3 เดือน เพื่อเป็นการวัดผลของการฟื้นฟูสภาพหรือการฟื้นตัวของผู้ป่วยด้วย (มณูญ บัญชรเทวกุล, 2545) หลังจากนั้นจึงเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการประเมินการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย นิยมใช้เป็นหลัก คือ แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living [ADL]) (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539) ซึ่งเป็นการประเมินถึงการดูแล สุขอนามัยของตัวเอง การเตรียมและรับประทานอาหาร การสื่อสาร การพูด การเขียน การทรงตัว การยืน นั่ง ความสามารถในการดูแลเคหะของตนเอง ความสามารถจัดการกับการเงินของตัวเอง การเคลื่อนไหว การท่องเที่ยว รวมถึงการทำงาน การมีกิจกรรมในสังคม และสันทนาการ (สมศักดิ์ ลัทธிகุลธรรม, 2543) การประเมินผู้ป่วยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย (2545) ซึ่งแบบประเมินนี้มีการใช้กัน

อย่างแพร่หลาย โดยประกอบไปด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 2) การอาบน้ำ 3) การแต่งตัว 4) การกินอาหาร 5) การปัสสาวะ 6) การถ่ายอุจจาระ 7) การเข้าห้องน้ำ 8) การขึ้นลง จากเตียง 9) การเคลื่อนไหว นั่งยืน เดิน 10) การขึ้นบันได ซึ่งเห็นได้ว่าเป็นการประเมินโดย ไม่ยุ่งยาก มีคะแนนเต็ม 0-100 คะแนน เป็นการประเมินความสามารถต่ำสุดและความสามารถสูงสุด ของการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคะแนนที่ออกมาจะแปลผลแบ่งระดับความ พิจารณาออกเป็น 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้ คือ 0-20 คะแนน หมายถึง มีความพิการรุนแรงมาก, 25-45 คะแนน หมายถึง มีความพิการรุนแรง, 50-70 คะแนน หมายถึง มีความพิการปานกลาง, 75- 90 คะแนน หมายถึง มีความพิการเล็กน้อย และ 100 คะแนน หมายถึง ต้องการการพึ่งพาเล็กน้อย (สถาบันประสาท, 2545)

การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนความพิการในระดับ ความพิการปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจกรรมการดูแล สุขภาพต่างๆ ได้บ้าง แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมและหากได้รับการฟื้นฟูสภาพ ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ก็จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแล ตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม

จากที่กล่าวในข้างต้นจะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสภาพก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดการฟื้นฟูสภาพที่บ้านตามแนวคิดของ สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2539) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกายใน ส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง โดยตัวผู้วิจัยเองได้รับการฝึกปฏิบัติพัฒนาทักษะด้านการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง จากผู้เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัดมาเป็นอย่างดี และรายละเอียดของกิจกรรมมีดังต่อไปนี้

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสำคัญเพราะผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองควรให้ทั้งผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถ ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เข้าใจปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลมี ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ ลดปัญหาการทอดทิ้งหรือทำร้ายผู้ป่วย ความรู้ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ควรได้รับ คือ (เจียมจิต แสงสุวรรณ และ พรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2541; สถาบันประสาทวิทยา, 2545; อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544)

1. ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
2. ปัญหาที่พบบ่อยและการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดหลายด้าน โดยเฉพาะความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น แผลกดทับ ภาวะข้อติดแข็ง การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากการขาดการรับรู้สัมผัสและการมองเห็นเสียไปหรือจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี จากการอ่อนแรงและเกร็งของกล้ามเนื้อ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องคอยช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว

3. การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ เป็นสิ่งที่จำเป็นมากโดยการลดปัจจัยเสี่ยงของโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด และถ้าควบคุมโรคได้ไม่ดีจะทำให้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลับซ้ำ การกำเริบของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ การป้องกันคือ รับประทานยาที่ใช้ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และรับประทานยาสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด งดการสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย ฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ มีวิธีการจัดการกับความเครียด พักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ไปตรวจตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง และเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

เอสตัน ซีเมน และ ไกวโตวกี (Easton, Zemen, & Kwiatkowski, 1994) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว โดยโปรแกรมพัฒนามาจากศูนย์การดูแลสุขภาพเซนต์มาร์กาเรตเมอร์ซี (Saint Margaret Mercy Healthcare Centers [SMMHC]) จากหัวเรื่องการสอนทั้งหมด 11 เรื่อง โดยตัดออกให้เหลือเพียง 6 เรื่องที่จำเพาะเจาะจงเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ (เป็นระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่อยู่ในแผนกฟื้นฟู) โดยสอนสัปดาห์ละ 1 เรื่อง ครั้งละ 1 ชั่วโมงในเวลาช่วงบ่าย กิจกรรมการสอนมีรูปภาพและเครื่องมือประกอบการสอน โดยมีหัวข้อในการสอนให้ความรู้ คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง 2) โภชนาการที่จำเป็น 3) การจัดการกับการควบคุมระบบขับถ่าย การดูแลผิวหนัง 4) เพศศึกษา ภาวะลึกลับ พฤติกรรมอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง การติดต่อสื่อสาร 5) การรักษาทางยา 6) การดูแลด้านความปลอดภัยการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ทรัพยากรชุมชน ผลการศึกษาจากการติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและเป็นไปอย่างถาวร โปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จ และให้ข้อเสนอแนะว่าในการสอนควรสอนแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่เครียด ซึ่ง

จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ดีกว่าการที่เร่งรัดสอนก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายหรือ ช่วงเปลี่ยนผ่านกลับไปอยู่บ้าน

การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย

การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังภายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะแรกเข้าสู่ระยะฟื้นตัว ในผู้ป่วยบางรายยังมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรือมีอาการเกร็ง ทำให้มีการเคลื่อนไหวของแขน-ขาติดขัด เกิดภาวะไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (immobility) และจะนำไปสู่ปัญหาที่สำคัญคือ การติดขัด ผิดรูป แผลกดทับ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้หากเกิดขึ้นจะทำให้เป็นปัญหาที่สำคัญ ยากแก่การแก้ไขหรือแก้ไขไม่ได้เลย ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฝึกการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกาย ได้แก่ การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายในท่าต่าง ๆ ที่ถูกต้อง เพื่อคงพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of Motion, [ROM]) ของแขนขาข้างที่อ่อนแรง เสริมสร้างทักษะของด้านที่เสียไปตามกำลังความสามารถ เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ ป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อ และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดสะดวกขึ้น (Carpenito, 1995) โดยการฝึกและการสาธิตให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการฝึกการเคลื่อนไหวต่างๆ และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในการออกกำลังกาย สามารถแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

1. การออกกำลังกายโดยผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้ผู้ป่วย (passive range of motion) ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถออกกำลังกายด้วยตนเองได้ เนื่องจากยังมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออยู่มาก หรือการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อยังไม่เพียงพอที่จะเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้เต็มช่วงการเคลื่อนไหว ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องช่วยออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย หรือได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลบ้างในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองได้อย่างสมบูรณ์ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย และป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยล้มการเคลื่อนไหว ขณะทำถ้าผู้ป่วยพอมีกำลังกล้ามเนื้อ ควรให้ผู้ป่วยทำไปพร้อมๆ กันด้วย และผู้ดูแลจะต้องทำด้วยความนุ่มนวล ขณะทำควรถามผู้ป่วยว่ามีอาการเจ็บปวดหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ให้ดูที่สีหน้า การเคลื่อนไหวจะเริ่มจากส่วนต้น ไปส่วนปลายเสมอ ดังต่อไปนี้ (น้อมจิตต์ นวลเนตต์, 2545; อรฉัตร โทยยานนท์, 2539)

1.1 การเคลื่อนไหวข้อไหล่ เริ่มต้นผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอกของผู้ป่วย มือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วยค่อยๆ ยกแขนของผู้ป่วยขึ้น ช้าๆ จนถึงศีรษะ และค่อยๆ ยกแขนผู้ป่วยลงข้างลำตัว ทำซ้ำทำเดิม

1.2 การกางแขนและหุบแขน เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อมือและมือซ้ายจับบริเวณข้อศอกของผู้ป่วย ค่อยๆ กางแขนผู้ป่วยออกห่างจากลำตัว โดยการสลับเปลี่ยนเลื่อนมือของผู้ดูแล มือขวาจับบริเวณข้อศอกและมือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วย กางแขนจนถึงศีรษะ ระวังอย่าให้ผู้ผู้ป่วยเจ็บปวดแขน และค่อยๆ จับแขนผู้ป่วยหุบลงเข้าหาตัว ทำซ้ำทำเดิม

1.3 กางหมุนข้อไหล่ผู้ป่วยขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับข้อศอกและมือซ้ายจับข้อมือผู้ป่วย โดยให้แขนกางตั้งฉากกับลำตัว ค่อยๆ ยกแขนผู้ป่วยขึ้นข้างบน โดยให้แขนและข้อศอกยังคงอยู่แนวตั้งฉาก ยกขึ้นจนต้นแขนแนบกับที่นอนและแขนส่วนปลายห่างขนานกับศีรษะ ยกแขนกลับมาอยู่ในท่าเริ่มต้น และคว่ำปลายแขนลงให้ขนานกับลำตัว ยกขึ้นกลับมาสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำทำเดิม

1.4 การกางแขนและไขว้แขนข้ามลำตัว เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอกและมือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วย กางแขนผู้ป่วยออกมา 90 องศา แล้วยกแขนผู้ป่วยข้ามลำตัวให้มือ ไปแตะไหล่ด้านตรงข้าม แล้วนำกลับมาสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำทำเดิม

1.5 การงอและเหยียดข้อศอก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือซ้ายจับบริเวณข้อมือและมือขวาพยุงบริเวณด้านหลังข้อศอกของผู้ป่วย งอข้อศอกเข้า (พับแขนเข้า) สลับกับเหยียดออก ทำซ้ำทำเดิม

1.6 การกระดกข้อมือผู้ป่วยขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ดูแลจัดแขนผู้ป่วยยกแขนให้ตั้งฉากกับลำตัว ในท่างอข้อศอกตั้งฉาก 90 องศา มือซ้ายจับบริเวณข้อมือ มือขวาพยุงบริเวณอุ้งมือของผู้ป่วย ค่อยๆ กระดกข้อมือผู้ป่วยขึ้นจนเริ่มรู้สึกตึง ค่อยๆ กระดกข้อมือผู้ป่วยลงจนเริ่มรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม

1.7 การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก เริ่มต้น ผู้ดูแลจัดแขนผู้ป่วยยกแขนให้ตั้งฉากกับลำตัว ในท่างอข้อศอกตั้งฉาก 90 องศา มือซ้ายจับบริเวณข้อนิ้วมือที่ต้องการเคลื่อนไหว มือขวาจับที่ใต้ข้อมือของผู้ป่วย ค่อยๆ งอนิ้วมือลง และเหยียดนิ้วมือออกจนเริ่มรู้สึกตึง สลับกัน ทำซ้ำทำเดิม

1.8 การงอขาเข้าและเหยียดขาออก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณส้นเท้าผู้ป่วย ให้กระชับ มือซ้ายประคองบริเวณใต้เข่า เคลื่อนไหวทิศทางงอเข้า งอสะโพกและเหยียดขาผู้ป่วย ออกกลับสู่ท่าตั้งต้น ทำซ้ำทำเดิม

1.9 การหมุนข้อสะโพกเข้าในและหมุนออกนอก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับข้อเท้าของผู้ป่วย มือซ้ายจับบริเวณเข่า ยกต้นขาขึ้นให้ตั้งฉากกับลำตัว งอปลายขาให้ตั้งฉากกับต้นขาค่อยๆ หมุนปลายขาออกด้านนอก จนเริ่มรู้สึกตึง หมุนปลายขาเข้าด้านในจนรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม

1.10 การกางขาและหุบข้อสะโพก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือซ้ายรองบริเวณใต้เข่า มือขวาจับบริเวณใต้ข้อเท้าของผู้ป่วย การเคลื่อนไหวทิศทาง ค่อยๆ กางขาข้างขวาของผู้ป่วยออกจนผู้ป่วยรู้สึกตึงและหุบเข้าในจนชิดขาอีกข้างหนึ่ง ทำซ้ำทำเดิม

1.11 การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณสันเท้าให้กระชับ ใช้หน้าแขนแนบไปตามฝ่าเท้าของผู้ป่วย มือซ้ายจับเหนือข้อเท้า ทิศทางการเคลื่อนไหว ยึดเอ็นร้อยหวายของผู้ป่วยในลักษณะกระดกข้อเท้าขึ้น ผู้ดูแลโน้มตัวมาทางศีรษะของผู้ป่วยจนรู้สึกตึงค้างไว้สักครู่แล้วผ่อน กระดกข้อเท้าลงโดยมือซ้ายของผู้ดูแลเลื่อนมาจับบริเวณปลายเท้าของผู้ป่วย กระดกข้อเท้าลง ทำซ้ำทำเดิม

1.12 การบิดข้อเท้าเข้าด้านในและออกด้านนอก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับสันเท้าเอียงมาทางตาตุ่มด้านในและหน้าแขนเอียงมาทางด้านหัวแม่เท้าผู้ป่วย มือซ้ายจับด้านบนข้อเท้าผู้ป่วย ค่อยๆ เคลื่อนข้อเท้าโดยออกแรงบิดข้อเท้าผู้ป่วยเข้าตามการวางมือ จนเริ่มรู้สึกตึงแล้วค่อยๆ ออกแรงบิดข้อเท้าผู้ป่วยออก จนเริ่มรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม

1.13 การกระดกนิ้วเท้าขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ดูแลมือขวาจับบริเวณนิ้วเท้าผู้ป่วยให้กระชับ มือซ้ายจับเหนือข้อเท้า ทิศทางการเคลื่อนไหว ค่อยๆ กระดกนิ้วเท้าขึ้นจนรู้สึกตึง ค่อยๆ กระดกนิ้วเท้าลง จนรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม

ทั้งนี้การฝึกการเคลื่อนไหวของแขน-ขา ควรกระทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง หรือทำวันละ 2 รอบ เข้า-เย็น เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวที่ดี นอกจากนี้ยังสามารถฝึกผู้ป่วยด้วยการให้ผู้ดูแลสั่งให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว ด้วยข้อความที่กระชับและเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่สับสนและปฏิบัติตามได้ง่าย หรืออาจให้คำสั่งซ้ำๆ เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยกระทำการเคลื่อนไหวที่ต้องการ หลังจากนั้นจึงเริ่มใช้การเคลื่อนไหวที่มีความยากหรือมีความซับซ้อนมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาการวางแผนได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น (จงจินตน์ รัตนาภินันท์ชัย และคณะ, 2541; สถาบันประสาท, 2545)

2. การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง (active exercise) ผู้ป่วยแต่ละรายจะฝึกทำได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความสามารถและกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยได้ฝึกให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และมีการเคลื่อนไหวต่างๆ ได้ดีขึ้น การฝึกการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ผู้ดูแลควรรีความช่วยเหลือบ้างในบางท่าที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเองได้อย่างสมบูรณ์ และหลักพื้นฐานในการออกกำลังกายด้วยตนเอง มีดังนี้คือ ต้องฝึกการเคลื่อนไหวท่าเดิมซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้และจะทำให้ผู้ป่วยทำการเคลื่อนไหวนั้นได้เร็วขึ้นในเวลาต่อมา ต้องทำการเคลื่อนไหวในจังหวะที่ราบรื่นและสม่ำเสมอ และพยายามให้ผู้ป่วยใช้แขนและขาข้างที่อ่อนแกร่วมด้วยเสมอ ในการเริ่มทำระยะแรกควรค่อยๆ ทำ

ทีละน้อยในท่าทางที่ถูกต้องและมีการพักเป็นระยะ ๆ เพื่อไม่ให้เหนื่อยจนเกินไป ต่อไปควรฝึกทำอย่างน้อยวันละ 3 รอบ เช้า-กลางวัน-เย็น การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง มีท่าต่างๆ ดังต่อไปนี้ (น้อมจิตต์ นवलเนตต์, 2544; น้อมจิตต์ นवलเนตต์, 2545; อรรถิร โทยยานนท์, 2539)

2.1 การเคลื่อนไหวแขนและขา

2.1.1 การเคลื่อนไหวแขนโดยการยกแขนขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ป่วยนอนหงายให้เคลื่อนไหวแขนโดยการยกแขนขึ้นด้านบน ในการจับมือด้านที่อ่อนแรงสามารถจับได้ทั้ง 2 แบบ คือ การประสานมือ และ การจับที่ข้อมือ การเคลื่อนไหวโดยเหยียดข้อศอกแล้วยกแขนทั้งสองขึ้นไปเหนือศีรษะอย่างช้าๆ โดยให้ข้อศอกเหยียดไว้ตลอดเวลา พยายามยกแขนให้สุดช่วงการเคลื่อนไหว แล้วเอาลงอย่างช้าๆ ทำซ้ำท่าเดิม 5 ครั้ง

2.1.2 การเคลื่อนไหวขา ในระยะแรก ผู้ดูแลควรเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามทำด้วยตนเองมากที่สุดหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำได้เอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายในขาทั้งสองข้าง ทำได้โดย

1) ผู้ป่วยนอนราบขาเหยียดตรง จากนั้นลากขาข้างปกติขึ้นก่อน โดยให้ส้นเท้าติดพื้น (ชันเข่า งอสะโพกจนสุด) เหยียดคืนท่าเดิมทำ 5 ครั้ง สลับอีกข้างหนึ่ง (ให้ผู้ดูแลช่วยควบคุมทิศทางจนกว่าจะทำได้เอง)

2) ผู้ป่วยนอนราบชันเข่าทั้งสองข้าง เหยียดขาข้างปกติขึ้นให้มากที่สุดและให้เข่าตรง แล้วงอเข่ากลับมาตั้งไว้ในท่าเดิม ทำ 5 ครั้ง (ขณะที่ยกขาข้างปกติขึ้น ขาอีกข้างต้องตั้งตรงไม่ให้เบะออก) แล้วสลับกับขาข้างที่อ่อนแรง ถ้าขาข้างที่อ่อนแรงชันไม่ได้ ให้นำหมอนมารองบริเวณใต้เข่าให้สูง และพยายามเหยียดขึ้นให้มากที่สุด วางลงและทำซ้ำท่าเดิม 5 ครั้ง

3) การเคลื่อนไหวขาและลำตัวโดยการยกสะโพก ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่าทั้งสองข้างขึ้นให้หัวเข่าแนบชิดติดกัน (ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตั้งขาให้อยู่นิ่งได้ให้ผู้ดูแลช่วยจับเข่าทั้งสองข้างไว้ด้วยกัน) โดยวางเท้าทั้งสองราบสนิทกับที่นอนและห่างกันเล็กน้อย มือคว่ำราบกับพื้นข้างลำตัว จากนั้นให้ผู้ป่วยยกสะโพกให้ลอยขึ้นจากเตียง ในระดับสูงพอประมาณ หรือผู้ดูแลอาจใช้มือช่วยดันกันกบในขณะที่ยกให้ผู้ป่วยยกสะโพกขึ้นแล้วค่อยๆ ลดสะโพกลงช้าๆ 5 ครั้ง

2.2 การฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง การเคลื่อนไหวบนเตียง เป็นการฝึกผู้ป่วยให้ช่วยตัวเองในการเปลี่ยนท่านอน ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมาก ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการเปลี่ยนอิริยาบถและป้องกันการเกิดแผลกดทับแล้ว ยังเป็นการออกกำลังกายโดยใช้การเคลื่อนไหวของแขน ขา และลำตัวอีกด้วย และเป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการลุกจากนอนมานั่ง ฝึกการทรงตัวขณะนั่งและฝึกการเคลื่อนไหวย้าย การเคลื่อนไหวบนเตียง ทำได้ดังนี้

2.2.1 การเคลื่อนตัวในท่านอนหงาย โดยการเคลื่อนย้ายไปยังหัวเตียง เคลื่อนย้ายไปยังข้างเตียง ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายเองได้ ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างปกติจับแขนด้านที่อ่อนแรงวางบนหน้าอก หรือประสานมือแล้วเหยียดแขนยกขึ้น แล้วเลื่อนสะโพกไปทางที่ต้องการ ใช้ขาข้างปกติซ้อนเข้าข้างอ่อนแรงยกเคลื่อนไป ตั้งขาข้างปกติขึ้นพร้อมกับใช้ข้อศอกข้างปกติ ออกแรงกดกับเบาะที่นอนยกสะโพกเลื่อนไป เลื่อนศีรษะและไหล่ตามแล้วจัดลำตัวให้ตรง ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดย ผู้ดูแลอยู่ทางด้านอ่อนแรงของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยชันเข้าขึ้น ผู้ดูแลใช้มือซ้ายรองที่สะบักข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย มือขวาจับที่สะโพกแล้วช่วยยกตัวผู้ป่วยให้เคลื่อนไป

2.2.2 การพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยควรเคลื่อนย้ายตัวมาริมเตียง ให้ห่างจากขอบเตียงประมาณหนึ่งช่วงตัวเพื่อป้องกันการตกเตียง การพลิกตะแคงตัวสามารถพลิกตะแคงตัวได้ทั้ง 2 แบบ คือ

1) การพลิกตะแคงไปทางด้านอ่อนแรง (วิธีนี้จะง่ายกว่าการพลิกตะแคงไปทางด้านปกติ) ให้เริ่มจากผู้ป่วยชันเข้าข้างปกติขึ้น ใช้มือข้างปกติจับแขนข้างอ่อนแรงกางออก เพื่อไม่ให้พลิกตัวไปทับไหล่ แล้วเอี้ยวตัวให้พลิกตะแคง พร้อมกับหันศีรษะตาม จะช่วยให้พลิกตัวได้ง่าย ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดย ผู้ดูแลอยู่ทางด้านอ่อนแรง และหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย มือซ้ายของผู้ดูแลจับที่สะบักและมือขวาจับที่สะโพกของผู้ป่วย แล้วพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยมา

2) การพลิกตะแคงตัวไปทางด้านปกติ ทำได้โดย ผู้ป่วยใช้มือข้างปกติจับแขนข้างอ่อนแรงวางบนหน้าอก หรือประสานมือแล้วเหยียดแขนยกขึ้น สอดปลายเท้าข้างที่ปกติได้เข้าข้างที่อ่อนแรงตั้งขึ้น แล้วค่อยๆ พลิกตะแคงไปทางด้านปกติ ยกศีรษะไหล่และตะแคงตัวไปทางด้านปกติ โดยใช้แขนข้างปกติยันลงบนที่นอน ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแลอยู่ทางด้านปกติและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย มือขวาของผู้ดูแลจับที่สะบักและมือซ้ายจับที่สะโพกของผู้ป่วย แล้วพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยมา

2.2.3 การฝึกการลุกขึ้นนั่งห้อยขาจากท่านอนตะแคง ผู้ป่วยควรเคลื่อนย้ายตัวมาริมเตียง ให้ห่างจากขอบเตียงประมาณหนึ่งช่วงตัวเพื่อป้องกันการตกเตียง การฝึกการลุกขึ้นนั่งห้อยขาจากท่านอนตะแคงสามารถลุกขึ้นได้ทั้ง 2 แบบ คือ

1) การลุกขึ้นนั่งทางด้านปกติ ให้ผู้ป่วยจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก ขาข้างปกติสอดได้เข้าข้างที่อ่อนแรง เลื่อนเท้าที่ติดลง ไปจนถึงข้อเท้า แล้วค่อยๆ ยกขาข้างอ่อนแรงลงให้พื้นเตียง แล้วค่อยๆ ตะแคงไป ยกศีรษะไหล่ขึ้น พร้อมกับดันตัวลุกขึ้นนั่งพยายามใช้มือข้างอ่อนแรงช่วยยันพื้นด้วย ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดย

ผู้ดูแลอยู่ทางด้านปกติและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้มือขวาองใต้คอผู้ป่วยหรือมือจับที่สะบักของผู้ป่วย มือซ้ายช่วยกดที่กระดูกเชิงกราน แล้วช่วยผู้ป่วยให้ลุกขึ้นนั่ง ถ้าผู้ป่วยนั่งไม่มั่นคง ผู้ดูแลช่วยประคองโดยจับที่ไหล่ของผู้ป่วย

2) การลุกขึ้นนั่งทางด้านอ่อนแรง ให้ผู้ป่วยจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก ขาข้างปกติสอดใต้ขาข้างที่อ่อนแรง แล้วยกขาทั้งสองลงข้างเตียงให้พื้นเตียง แล้วค่อยๆ ตะแคงไป ใช้มือข้างปกติยันพื้น ยกศีรษะให้สูงขึ้นพร้อมกับดันตัวลุกขึ้น พยายามใช้มือข้างอ่อนแรงช่วยยันพื้นด้วย ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแลอยู่ทางด้านอ่อนแรงและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้มือซ้ายรองใต้คอผู้ป่วยหรือมือจับที่สะบักของผู้ป่วย มือขวาช่วยกดที่กระดูกเชิงกราน แล้วช่วยผู้ป่วยให้ลุกขึ้นนั่ง (ควรพยายามให้ผู้ป่วยใช้มือทั้งสองข้างช่วยยันพื้นด้วย)

2.3 การฝึกการทรงตัวขณะนั่ง ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่ง ถ้าผู้ป่วยนอนอยู่กับเตียงนานๆ ควรปรับหัวเตียงให้สูงขึ้น (หากเป็นเตียงชนิดปรับได้) พอให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ โดยไม่เวียนศีรษะก่อน แล้วจึงจับผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียง การฝึกการทรงตัวทำนองนี้ โดยการจับให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงบนขอบข้างเตียง เท้ายันพื้น ไม่ให้เอียงตัวไปทางด้านที่เป็นอ่อนแรง ในระยะแรกผู้ดูแลจะต้องช่วยประคองหัวไหล่ข้างที่อ่อนแรง การบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ถ้าเป็นไปได้ ให้ผู้ป่วยดูจากการกระจกส่องช่วย ผู้ดูแลฝึกหัดให้ผู้ป่วยพยายามทรงตัวไว้ให้ตรงเมื่อถูกดันไปด้านข้าง ด้านหน้าและด้านหลัง เมื่อผู้ป่วยเริ่มนั่งทรงตัวได้ดีสามารถควบคุมลำตัวได้ตรงดีแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น (อรฉัตร โศษยานนท์, 2539)

2.4 การฝึกการเคลื่อนย้าย ต้องเคลื่อนไปข้างที่ดีเสมอ และจะต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของผู้ดูแล จนกว่าแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง การฝึกการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น สามารถเคลื่อนย้ายโดย มีวิธีการต่างๆ ดังนี้

ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายได้เอง

2.4.1 ผู้ป่วยนั่งอยู่ริมเตียง เท้าทั้ง 2 ข้างแตะพื้น จัดรถเข็นเข้าด้านปกติของผู้ป่วยวางท่ามุม 30-45 องศากับเตียง ล็อคล้อรถก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง ปิดที่พีกเท้ารถเข็นขึ้นด้านบน โน้มตัวมาข้างหน้าใช้มือข้างปกติยันขอบเตียง ดันตัวให้ลุกขึ้นยืนให้น้ำหนักอยู่บนขาข้างปกติ เอื้อมแขนข้างปกติ เอามือมาจับพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอก จากนั้นค่อยๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้รถเข็น แล้วค่อยๆ หย่อนตัวลงนั่งโดยใช้ขาข้างปกติเป็นแกนหมุน

ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้เอง ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดย

2.4.2 ผู้ดูแลจัดรถเข็นเข้าด้านปกติของผู้ป่วยวางท่ามุม 30-45 องศากับเตียง ล็อคล้อรถก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง ปิดที่พีกเท้าของรถเข็นขึ้นด้านบน จากนั้นผู้ดูแลให้เข้าไปยืนอยู่

ทางด้านหน้าของผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เคลื่อนตัวมาอยู่ริมเตียง แล้วให้ผู้ผู้ป่วยกอดมือข้างปกติบนพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอก พร้อมกับโน้มตัวไปข้างหน้าลุกขึ้นยืน ผู้ดูแลจับที่ลำตัวทั้งสองข้าง แล้วค่อย ๆ พยุงผู้ป่วยให้เคลื่อนย้ายตัวไปที่รถเข็น จัดให้ผู้ผู้ป่วยเข้าที่นั่งให้เรียบร้อย

ส่วนการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นไปเตียง ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายได้เอง มีวิธีการต่างๆ ดังนี้ จัดให้รถเข็นทำมุม 30-45 องศากับเตียง โดยให้ด้านที่ปกติของผู้ป่วยอยู่ชิดเตียง ล็อกล้อรถก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง และใช้มือข้างปกติกดบนที่พนักวางแขน แล้วโน้มตัวไปข้างหน้า ลงน้ำหนักบนขาทั้งสองข้าง (หรืออย่างน้อยบนขาข้างปกติ) แล้วขึ้นยืน เปลี่ยนมือไปวางบนเตียง พร้อมกับหมุนตัวลงนั่งบนเตียง

ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดย มีวิธีการต่างๆ ดังนี้ ผู้ดูแลเข้าไปยืนอยู่ทางด้านหน้าของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเคลื่อนตัวมาอยู่ริมรถเข็น แล้วให้ผู้ผู้ป่วยกอดมือข้างปกติบนพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอก พร้อมกับโน้มตัวไปข้างหน้าลุกขึ้นยืน ผู้ดูแลจับที่ลำตัวทั้งสองข้าง แล้วค่อย ๆ พยุงผู้ป่วยให้เคลื่อนย้ายตัวไปที่เตียง

2.5 การฝึกการใช้รถเข็น (สำหรับผู้ป่วยบางราย) ผู้ป่วยบางรายที่มีการฟื้นตัวจำกัด ไม่สามารถที่จะช่วยตนเองเดินไปไหนมาไหน ได้การเคลื่อนที่ไปมาก็อาจจำกัดอยู่ที่ระดับรถเข็น โดยอาจจะใช้มือข้างปกติช่วยผลักดันให้รถเข็นเคลื่อนที่ไป-มา หรืออาจใช้ขาข้างปกติวางลงบนพื้นช่วยเข็น เพื่อควบคุมไม่ให้รถเข็นหมุนไปทางด้านอ่อนแรง (มยุรี เพชรอักษร, 2538; อรรถพร โทษยานนท์, 2539)

ดันแคน และคณะ (Duncan et al., 1998) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางและระดับรุนแรงที่บ้าน หลังจากที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 30-90 วัน จำนวน 22 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้โปรแกรม 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบไปด้วย การให้ความรู้และการฝึกการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีอาการดีขึ้น มีความสามารถในการเคลื่อนไหวดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม โดยการประเมินจากคะแนนกิจกรรมประจำวัน (ADL) ประเมินจากการออกกำลังกายด้วยการเดิน 10 เมตร (10-m walk) การประเมินจากการวัดระยะทางการเดินเป็นเวลา 6 นาที (6-Minute Walk) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการฝึกการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายต่าง ๆ ได้รับความรู้ในการจัดทำที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วย การฝึกออกกำลังกายทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น และทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน

รอดเจอร์ และคณะ (Rodgers et al., 1999) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่จำหน่ายกลับบ้าน ประกอบด้วยการสอนเรื่องโรค ปัญหาการกลืน และการสื่อสาร วิธีการดูแลการทำกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด บทบาทของชมรมโรคหลอดเลือดสมองในการลดปัจจัยเสี่ยง การสอนโดยสอนเป็นกลุ่มย่อยใช้เวลาวันละ 1 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยจำนวน 66 ราย ผู้ดูแล 65 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะเห็นได้ว่าโปรแกรมประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การออกกำลังกาย ฝึกการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลในทางที่ดีทั้งสิ้น ทั้งนี้การจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไป กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากถูกจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ในระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง ช่วง 3 เดือนจนถึง 1 ปี ผู้ป่วยจะมีการปรับตัว สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีปัญหาหลักๆ เช่น ความบกพร่องด้านสติปัญญาการเรียนรู้ ความบกพร่องของประสาทสั่งการ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จึงต้องพึ่งพาผู้อื่น

ดังนั้นรูปแบบในการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายด้วย โดยกิจกรรมต้องคำนึงถึงสภาพร่างกายของผู้ป่วยและระดับความรุนแรงของโรค การเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบการหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด อาจทำให้การทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตเสียไป การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือเซลล์ขาดออกซิเจน ผู้ป่วยมักเหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรม (พัชรียา ไชยลังกา, 2545) โดยศึกษาจากข้อมูลและประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในครั้งแรก (สถาพร ชินชัย และคณะ, 2542) และสิ่งจำเป็นของเจ้าหน้าที่ ที่จะให้โปรแกรมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล คือการพูดคุยถึงความหนักเบาของการฝึกกิจกรรมต่างๆ เพื่อที่ผู้ดูแลจะได้ทราบและจะได้ช่วยเตรียมสถานที่ เวลา และอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เหมาะสม (เจียมจิต แสงสุวรรณ และ พรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2541)

และจากทบทวนวรรณกรรมข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นและผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพให้คงอยู่ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบ

การศึกษาถึงระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพที่จะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่จากทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาดังกล่าว เห็นได้ว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจะอยู่ในช่วง 6-8 สัปดาห์ จะทำให้ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เป็นไปอย่างต่อเนื่องและถาวร การฝึกการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการในการปฏิบัติตัวต่างๆ สามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น เกิดผลดีต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

คุณภาพชีวิต

แนวคิดของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นแนวคิดที่กำลังกล่าวถึงและมีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยได้รับความสนใจอย่างมากจากนักวิชาการสาขาต่างๆ และนักบริหารทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะทางด้านสาธารณสุขและสังคมศาสตร์ เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม และเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ มีขอบเขตกว้างและซับซ้อนยากต่อการให้ความหมายที่ชัดเจน คุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างมากสามารถครอบคลุมเรื่องต่างๆ ทั้งในรูปธรรมและนามธรรม (Adkins, 1993) ในทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของการให้บริการรักษาพยาบาล เนื่องจากแนวคิดในการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้มุ่งให้ผู้ป่วยหายจากโรคเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย คุณภาพชีวิตจึงเป็นที่ถูกกล่าวถึงในงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อศึกษาการตอบสนองของผู้ป่วย/ผู้รับบริการต่อการเจ็บป่วย การจัดการกับอาการ การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ ของการดำเนินของโรค เพราะคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นภายหลังการตระหนักรู้ถึงเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลมีประสบการณ์ในช่วงเวลาหนึ่ง คุณภาพชีวิตจึงเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่ และการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ ความสนใจประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา จริยธรรม และค่านิยมที่แตกต่างกัน (Zhan, 1992) คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายซับซ้อน ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพกับชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดีประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2539) นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตยังมีคำอื่นที่ให้ความหมายคล้ายคลึงกัน เช่น ความสุข (happiness) ความผาสุก (well-being) ความพึงพอใจใน

ชีวิต (life satisfaction) คุณค่าของชีวิต (value of life) (Stromborg, 1988, as cited in Canam & Acorn, 1999) และจากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้นิยามคุณภาพชีวิตไว้หลายความหมาย ดังนี้

แคนทริล (Cantril, 1966, as cited in Adkins, 1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริง โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

ซ่าน (Zhan, 1992) ได้วิเคราะห์แนวคิดคุณภาพชีวิตและสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วยโดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ความหมายคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) สำหรับศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีความสอดคล้องและครอบคลุมกับเรื่องที่ต้องการศึกษาคือ คุณภาพชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งมีความเป็นองค์รวม (holistic)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากการให้ความหมายคุณภาพชีวิตของนักวิชาการต่างๆ จะเห็นได้ว่ามีลักษณะเป็นนามธรรมและมีความหลากหลาย และในการแบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตก็มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบในแต่ละด้านซึ่งมีความสำคัญมากน้อยต่างกันตามธรรมชาติของแต่ละบุคคลหรือแต่ละสังคม การกำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับลักษณะประชากรที่ศึกษา อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในทางพยาบาลส่วนใหญ่ขึ้นกับแนวคิดหรือทฤษฎีที่นำมาใช้ แต่โดยภาพรวมส่วนใหญ่จะครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความเป็นองค์รวม (holistic) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ความหมายคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) และมีแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 องค์ประกอบ คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกาย โดยทั่วไป เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงดี มีกำลังวังชา การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน สมรรถภาพในการทำงาน เป็นต้น

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของบุคคล เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความสุขสบาย ความรู้สึกเป็นสุข ความพึงพอใจในการรับประทานอาหารและพักผ่อนนอนหลับ การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจของตนเอง การให้ความหมายของชีวิต จุดมุ่งหมายของชีวิต การรับรู้ถึงความมั่นใจของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความวิตกกังวล

3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การมีกิจกรรมต่าง ๆ

4. ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (body image concerns) คือการรับรู้เกี่ยวกับสภาพที่ตนเองประสบอยู่ การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตา ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับโรคที่เป็นอยู่ มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ายู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการทางสุขภาพ การสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสจะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา (response to diagnosis/treatment) คือการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค และความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ เป็นต้น

6. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social concerns) คือการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนต่อบุคคลอื่นในสังคม หรือการติดต่อกับบุคคลอื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การพึ่งพาทางสังคม ทำให้ตนรู้สึกไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว มีส่วนร่วมกับสังคม เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ แม้ว่าอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ด้วย (Padilla & Grant, 1985) จากปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต แบ่งได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่

1.1 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และพัฒนาการ และบ่งบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญา รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง โดยจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมาก ส่วนใหญ่จะมีภาวะร่วมอื่นๆ รวมทั้งสภาพความสมบูรณ์ของร่างกายพื้นฐานก็จะไม่ดี ซึ่งมีผลในแง่เวลาที่ใช้ในการฟื้นคืนสภาพด้วย (พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2543) และ พาติลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) กล่าวว่า ในขณะที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในชีวิตมากกว่า ซึ่งประสบการณ์ในอดีตจะส่งผลต่อการปรับตัว และช่วยให้เผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดี งานวิจัยที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การศึกษาของ สทรม และคณะ (Sturm et al., 2004) ศึกษาภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 2 ปี จำนวน 266 ราย พบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พาติลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ทำการโคลอสโตมีย์ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะรับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นปัจจัยด้านอายุจึงเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

1.2 เพศ อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม และเพศยังเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม เป็นตัวบ่งบอกถึงความสามารถตามธรรมชาติตามปัจจัยทางพันธุกรรม จากการศึกษาแรงงานสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ นิรมัย ไซ้เทียมวงศ์ (2535) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง แต่จากการศึกษาของ สนธยา พิชัยกุล (2533) ที่ศึกษาการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า เพศหญิงมีระดับการรับรู้ความผาสุกสูงกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาของ ยุพิน โกรรินทร์ (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย แต่มีผลการศึกษาวิจัยที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และ นิตยา พันธุเวชย์ และ ปราณีย์ ลิ้มปัวร์รณ (2547) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ชมรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมลง ซึ่งมีผลให้เกิดข้อจำกัดและมีผลต่อด้านสุขภาพอนามัยเช่นเดียวกัน ดังนั้นเพศชายหรือเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันในการรับรู้คุณภาพชีวิต

1.3 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลก และชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษาคิดจะเข้าใจปัญหา และวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรค ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับ การศึกษาสูง ผลของการฝึกการฟื้นฟูสภาพจะดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อย (พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2543) แต่จากการศึกษาของ ทิพาพร วงศ์หังษ์กุล, ฐิติณัฐ ศศิฉาย, และ ประทุม สร้อยวงศ์ (1993) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาที่ศึกษาในโรงเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายว่าการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับ โรคไม่ซับซ้อน แม้ว่าจะมีการศึกษาน้อยก็สามารถทำความเข้าใจได้

2. ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม ได้แก่

2.1 รายได้ และอาชีพ เป็นตัวที่บ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Hanucharumkul, 1988) รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน เพราะ เป็นสิ่งที่สนองตอบความต้องการด้านต่างๆ เช่น ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การ รักษาพยาบาลที่ถูกต้องฯ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษา ที่เกิดขึ้นย่อมกระทบกับภาวะเศรษฐกิจการเงินของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ วิตกกังวล เกิดความเครียดขึ้นได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง จากผลการศึกษา ของ วนิตา ไวกิตติพงษ์ (2546) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง เนื่องจากรายได้ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และตอบสนองความต้องการ พื้นฐาน เมื่อเจ็บป่วยการมีรายได้เป็นของตนเองเป็นสิ่งที่ช่วยก่อให้เกิดความรู้สึกว่าไม่เป็นภาระ ของใคร และมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ระหว่างเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับ สทรม และคณะ (Sturm et al., 2004) ที่พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ทางสังคมเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย และประมุข ทรวงจักรแก้ว และ พัทธวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล (2542) กล่าวว่าเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่เร็ว และได้พักอยู่ในศูนย์ฟื้นฟูที่ดี แต่ก็ไม่ได้ หมายความว่า จะได้ผลดีกว่าเสมอไป และในประเทศไทยปัจจุบัน รัฐบาลได้มีนโยบายให้การ ประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ในการให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนหรือผู้ยากไร้ โดยไม่คิดมูลค่า ดังนั้นรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยจึงไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย (วสุธร ตันวัฒนกุล, 2544)

2.2 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่ชี้บ่งถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมด้วย นอกจากนี้ สถานภาพสมรส การที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย จะทำให้บุคคลนั้น ๆ มีคู่คิดมีเพื่อนแท้ที่คบได้อย่างสนิทใจ ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว การมีคู่ชีวิต จะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย (ประมุข ทรวงจักรแก้ว และ พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2542) และการศึกษาของ วิคปี, ฮอว์นควิท, และ แอนเดอร์สัน (Wikly, Hornquist, & Andresson, 1990) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่โสด/อยู่ตามลำพัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เบเกอร์ (Baker, 1993) ที่ให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสดูแล มีภาวะสุขภาพดีขึ้นและมีการปรับได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรสดูแล และผลการศึกษาของ สมบัติ ไชยวัฒน์, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุชะ, และ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2543) พบว่า การสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิด สามีหรือภรรยา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีกำลังกายและกำลังใจในการที่จะดูแลตนเอง มีความพึงพอใจและมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่จากการศึกษาที่ให้ผลตรงข้ามคือ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิต

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่

3.1 ระดับความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของพยาธิสภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นคืนกลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เท่าที่ควร จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน วิตกกังวล ต่อการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย (พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2543) และผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังจึงแยกตัว ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและไม่มีความสุขในชีวิต (Hafsteindottir & Grypdonck, 1997) ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือคุณภาพชีวิตลดต่ำลง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ ที่เกิดร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน อาจทำให้ผู้ป่วยระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (ประมุข ทรวงจักรแก้ว และ พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2542) จากการศึกษาของ นัยมิ (Neimi, 1988) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4 ปี พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกดดันทางจิตใจสูง และมีผลต่อภาวะเสื่อมลงของคุณภาพชีวิต หรืออาจ

กล่าวได้ว่าระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย (Burckhardt, 1987)

3.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เร็วตั้งแต่ระยะต้นๆ จะทำให้เกิดผลดีมีผลต่อการฟื้นหายเร็ว เพราะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดรูปแบบการทำงานที่ไม่ถูกต้อง แต่ผู้ป่วยที่เป็นมานานมากกว่า 1 ปี บางรายงานพบว่า การฟื้นคืนกลับสามารถทำได้ยาก (พัชรวิมล คุปต์นิริตย์กุล, 2543) จากการศึกษาของ ชมิดท์ และคณะ (Schmidt et al., 1988, อ้างใน เนตรนภา คุ้มพันธวิ, 2534) ที่ศึกษาผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าหลังอาการอัมพาตครึ่งซีกได้ 3 สัปดาห์, 1 ปี, 3 ปี และ 7 ปี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง หรือมีความเป็นอิสระไม่พึ่งพาใคร ร้อยละ 17.0, 83.3, 89.6 และ 89.0 ตามลำดับ และระยะเวลาที่ยาวนานหลังเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีกยังมีส่วนช่วยในการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจผู้ป่วยให้ดีขึ้น ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวได้ดียอมรับความพิการ จากการได้รับการรักษาทางด้านจิตใจ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่ยาวนาน หลังจากเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีก มีส่วนช่วยให้สภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (เนตรนภา คุ้มพันธวิ, 2534) แต่จากการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ไม่ว่าจะระยะเวลาที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกจะสั้นหรือนานเท่าใด การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นระยะเวลาจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านอายุ และระดับความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมากำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่จะนำเข้ามาศึกษาครั้งนี้

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปตามธรรมชาติของแต่ละบุคคลตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถสรุปโดยแบ่งออกเป็น

1. การประเมินคุณภาพชีวิตโดยพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1 การประเมินคุณภาพชีวิตโครงสร้างมิติเดียว หรือแบบองค์ประกอบเดียว ซึ่งนิยมใช้กันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของคนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิต

โดยรวมทั้งหมดซึ่งถือว่าเป็นการประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Cantril, 1963, as cited in Hanucharurnkul, 1988) จึงประเมินคุณภาพชีวิตโดยคำถามเดียว สรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ยึดการมองความเป็นปกติสุขของเขา เป็นการสะท้อนทางจิตวิสัยของความเป็นจริงที่เป็นอยู่ ดังเช่น เครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิตของแคนทริล (Cantril, 1965) โดยแคนทริล กล่าวว่า ในการประเมินคุณภาพชีวิต ด้านกวีวิจัยกำหนดหัวข้อปัญหา สัญลักษณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ แล้วให้บุคคลเลือก จะไม่สามารถประเมินได้อย่างแท้จริง เพราะชีวิตจริงของบุคคลเป็นองค์รวมไม่ได้แยกขอบเขตชัดเจนตามหัวข้อที่กำหนด การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล เป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของคน เครื่องมือที่สร้างขึ้นจึงเป็นข้อคำถามคำถามเดียว เรียกว่า บันไดการประเมินตนเองของแคนทริล เป็นแบบวัดแบบลิเกทสเกล (Likert scale) ในแนวตั้งมีบันไดทั้งหมด 10 ขั้น ให้บุคคลประเมินตนเองว่าคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับใด ซึ่งตัวอย่างงานวิจัยในประเทศไทยที่นำแบบประเมินของแคนทริลมาใช้ในโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของแคนทริล (Cantril, 1965) ประกอบด้วยการวัดการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมจากความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) และการวัดความสุข (happiness) ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟา เท่ากับ 0.82 นัยนา พิพัฒน์วนิชชา (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยไตเทียม หากความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาเท่ากับ 0.94, นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์ (2538) ศึกษาผลการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.88

กนกพร สุคำวัง (2540) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมจำนวน 150 ราย และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.86, สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.88

1.2 การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยโครงสร้างหลายมิติ หรือ แบบหลายองค์ประกอบ มีผู้นำแนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย โดยเชื่อว่าสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงมากกว่าการประเมินจากมิติเดียว (Ferrans & Powers, 1992) เครื่องมือนี้จึงประกอบด้วย ข้อคำถามตามองค์ประกอบมิติต่างๆ

ของคุณภาพชีวิต ไม่ได้ขึ้นกับสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียวแต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง จะช่วยให้บุคคลเห็นภาพรวมที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลได้ทั้งหมด ซึ่งประกอบเป็นคุณภาพชีวิต ดังเช่น เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของฟลานาแกน (Flanagan, 1982) ที่ประกอบด้วยข้อคำถามตามองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน และเครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้แบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้าน (The WHOQOL Group, 1996, อ้างใน สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ดันติพิพัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ ธานี พรมานะจรัสกุล, 2540) มีข้อคำถามทั้งหมด 100 ข้อ (WHOQOL-100) และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.89 และได้ถูกแปลและนำมาใช้ในประเทศต่างๆ ดังเช่น

โจลินดา (Jolunda, 1995) ได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตประชาชนชาวเนเธอร์แลนด์ จำนวน 300 ราย หาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.76 และ เขาวลักษณะ กลิ่นหอม (2540) ซึ่งได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 90 ราย หาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.89

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) ซึ่งมีข้อคำถามเพียง 26 ข้อ โดยเลือกจาก WHOQOL-100 ด้วยวิธีวิเคราะห์ องค์ประกอบ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม อีก 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพกับสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.84 ในประเทศไทยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด โดยแปลเป็นภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และพัฒนารูปแบบคำถาม โดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 667 คน พบว่า ความเชื่อมั่นแอลฟาของ (WHOQOL-100) และ (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.84 ตามลำดับ และคณะผู้วิจัยได้ให้ข้อสรุปว่าแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีขนาดที่สั้นกว่าและใช้ได้ง่าย เหมาะสมในการศึกษาในชุมชน และสามารถให้ข้อมูลที่สำคัญและประหยัดเวลา

2. การประเมินคุณภาพชีวิตในแบบเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย ซึ่งมีแนวทางการประเมินได้หลายแนวทางดังเช่น การประเมินคุณภาพชีวิตของ สตรอมเบอร์ก (Stromborg, 1984) แบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 3 ลักษณะ ดังเช่น

2.1 การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ ในทีม

สุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษาหรืออาชีพ เป็นต้น ผลออกมาจะประเมินเป็นคะแนน เครื่องมือที่นำมาใช้วัดในกรณีนี้เช่น การวัดสมรรถนะความสามารถในการทำกิจกรรมของ คานอสกี (Karnosky performance status scale) (Spitzer et al., 1981, as cited in Stromborg, 1992)

2.2 การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ ในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ผลออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เช่น แบบสำรวจสุขภาพ (health survey) ใช้วัดผลกระทบจาก โรคมะเร็งและการรับรู้การเปลี่ยนแปลงและทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลงลักษณะการดำเนินชีวิต ปัจจุบันของผู้ป่วยมะเร็ง (Strom & Wright, 1984, as cited in Stromborg, 1992)

2.3 การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามของคุณภาพชีวิตของตนเองหรือ ประสบการณ์ในชีวิตตนเอง เช่น ความพึงพอใจ ความสุขที่ตนเองได้รับ ประเมินออกมาเป็นคะแนน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในกรณีนี้ เช่น แบบประเมินดัชนีคุณภาพชีวิตของ (Padilla, Ferrell, Grant & Rhiner, 1990; Padilla & Grant, 1985; Padilla et al., 1983) โดยเริ่มแรก พาดิลลา และคณะ (Padilla et al., 1983) ได้สร้างเครื่องมือประเมินดัชนีคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย คำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประเมินค่าเชิงเส้นตรง (linear analog scale) ยาว 100 มิลลิเมตร บนเส้นตรงมีตัวเลข 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 กำกับ โดยตำแหน่งต้นหรือ จุด 0 และตำแหน่งปลายหรือจุด 100 จะมีคำชี้แจงถึงคุณภาพชีวิตที่เลวที่สุดหรือดีที่สุด ในการตอบ ให้เลือกกากบาท แล้วรวมคะแนนทั้งหมด และได้หาค่าความเที่ยงแอลฟาเท่ากับ 0.88 ซึ่ง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มี 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุก ด้านจิตใจ และการควบคุมอาการของโรค

ต่อมา พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้ปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือ แบบประเมินดัชนีคุณภาพชีวิตในปี ค.ศ. 1985 ได้เพิ่มคำถามอีก 9 ข้อ รวมมีแบบสอบถามคำถาม เป็น 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 16 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 7 ข้อ ได้นำไปทดลองใช้ใน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง จำนวน 135 ราย หาค่าความเที่ยงภายในแต่ละ ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกายเท่ากับ 0.87 2) ด้านจิตใจเท่ากับ 0.84 3) ด้านภาพลักษณ์เท่ากับ 0.80 4) ด้านการวินิจฉัยและการรักษาเท่ากับ 0.71 5) ด้านการวินิจฉัยและโภชนาการเท่ากับ 0.71 และ 6) ด้านการมี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเท่ากับ 0.90 เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความตรงตามโครงสร้างด้วย วิชิวเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่ามีความสอดคล้องภายในอยู่ระหว่าง 0.48-0.90 และได้นำไปใช้กับกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็น

ผู้ป่วยนอก 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้หน้าท้อง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดที่เป็นผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดได้สามารถแยกความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ กล่าวคือ กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งและโรคเบาหวานมีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้หน้าท้องมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดที่เป็นผู้ป่วยในมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด

ในปี ค.ศ. 1990 พาดิลลา และคณะ (Padilla et al., 1990) ได้นำเครื่องมือแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตมาพัฒนาเป็นครั้งที่ 3 และได้ตัดความซับซ้อนขององค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจาก 6 ด้าน เหลือเพียง 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ การรับรู้ความผาสุกด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และได้มีนักวิจัยที่นำแบบประเมินดัชนีคุณภาพชีวิตของ พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) มาดัดแปลงและประยุกต์ใช้ เช่น สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ได้แปลและดัดแปลงเครื่องมือชุดนี้เล็กน้อยในการศึกษาคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 112 ราย โดยปรับคำถามเหลือเพียง 19 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนเชิงเส้น มีค่าคะแนน 0-100 คะแนน ค่าความเที่ยงโดยครอนบรากแอลฟาเท่ากับ 0.88 และ สมจิต หนูเจริญกุล, พวงทอง ไกรพิบูลย์, บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, ทิพาพร วงษ์หงษ์กุล, และ แสงอรุณ สุขเกษม (2534) ประเมินคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 12 ราย และได้หาคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.91 และได้หาความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.99

ได้มีนักวิจัยหลายท่านที่ได้้นำเครื่องมือของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) มาดัดแปลงใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ แสงอรุณ สุขเกษม (2533) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา และได้หาคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.91 และ นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะและภายหลังได้รับการรังสีรักษา หาคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.92 และ มาลี วรลัคนากุล (2535) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด และได้หาคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.89

นิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535) ได้นำแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของ พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) มาดัดแปลงใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยได้ดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำไปหาความเที่ยงจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย โดยตัดข้อคำถามในเรื่อง

เพศสัมพันธ์ออก จึงเหลือข้อคำถามเพียง 22 ข้อ และได้คำนวณหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.91 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 50 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.89 และ จันทรจิรา วิรัช (2544) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 ราย และได้ทำการปรับข้อคำถามในบางข้อเพื่อให้ชัดเจนเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และได้คำนวณหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.84 จะเห็นได้ว่าการประเมินคุณภาพชีวิตมีหลายวิธี ทั้งแบบวัดฤวิสัยและจิตวิสัย แต่การประเมินด้านจิตวิสัยนั้นจะแม่นยำกว่า เพราะเป็นการประเมินประสบการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ในขณะที่การประเมินวัดฤวิสัยเป็นเพียงการประเมินสิ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเท่านั้น และจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของ พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) สามารถดัดแปลงมาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) มาใช้เนื่องจากแบบประเมินนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสิ่งที่ต้องการวัดคือ การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความผาสุกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การรับรู้ถึงส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคมและภาพลักษณ์ รวมทั้งการตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพที่ถูกต้องในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษา และภาวะของความเจ็บป่วยขณะนั้น และยังรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่ควรตระหนักถึง เพราะจากพยาธิสภาพทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังที่กล่าวไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เพราะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้น้อย การดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จึงจำเป็นต้องมีผู้เกี่ยวข้องเช่น บุคคลในครอบครัว ญาติหรือผู้ดูแล มาคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และถ้าผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพแล้วอาจจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยสามารถอธิบายตามแนวคิดสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2539) ที่ว่ากระบวนการฟื้นฟูสภาพจะทำให้ ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพและสามารถช่วยเหลือตนเอง กลับไปมี

ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้ โดยจากกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึก การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของ ข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง ผลของการให้ความรู้ต่างๆ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานะของโรคของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดียิ่งขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เข้าใจและปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และผู้ดูแลเกิดความเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ รับรู้ถึงความผาสุกด้านจิตใจ เป็นการรับรู้ความผาสุกด้านความพึงพอใจในชีวิต ผู้ป่วยสามารถปรับตัวดีขึ้น และการได้รับความช่วยเหลือโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในทางที่ดี เป็นตัวกันชนหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด (สุริย์ กาญจนวงศ์ และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545; Cohen & Wills, 1985) นอกจากนี้ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เป็นการรับรู้ความผาสุกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การได้รับการพึ่งพา การมีส่วนร่วมในสังคม ได้เป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีความรู้สึกที่จะสามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Cobb, 1976)

นอกจากนี้การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่สูญเสียและฝึกการเคลื่อนไหวต่างๆ เป็นการบำบัดรักษาเพิ่มความแข็งแรงและคงทน ชลอคความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายดีขึ้น ป้องกันการติดของข้อและเพิ่มพิสัยของข้อ มีการทำงานที่เกิดจากการประสานงานของกล้ามเนื้อ มีทักษะของการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ช่วยทำให้ร่างกายมีสภาพดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เป็นการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) และด้านจิตใจ การออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่นเบิกบาน มีความสุข (psychological well-being) และการศึกษาของ พาติลลาและ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) พบว่าความผาสุกทางด้านจิตใจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุด และการออกกำลังกายโดยมีผู้ดูแลคอยดูแลช่วยเหลือ จะช่วยลดความรู้สึกอยู่ตามลำพัง ภาวะซึมเศร้า ก่อให้เกิดการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตในด้านการคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (social concerns) ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง หรือมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น สามารถในการปรับตัวให้เข้ากับโรคที่เป็นอยู่ เป็นความผาสุกด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (body image concerns) เมื่อองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ดีขึ้น ก็น่าจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นตามไปด้วย

ในอดีตที่ผ่านมาการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือการให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้าน พบว่ามีจำนวนน้อยมาก (Kauhanen, 2005; News-Medical in Medical Research News, 2004) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเพียงการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังนี้

สทรม์ และคณะ (Sturm et al., 2004) ศึกษาภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 2 ปี จำนวน 266 ราย ประเด็นที่ศึกษาคือ การเคลื่อนไหว ความพิการ การสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ อายุ การมีเพศสัมพันธ์ สถานะเศรษฐกิจทางสังคม และให้ข้อเสนอแนะว่าในการศึกษาวิจัยต่อไปควรมีการลงมือปฏิบัติที่ศึกษาลงไปในภาวะความพิการและสถานะทางอารมณ์ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

คูซานเนน (Kauhanen, 2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 156 ราย ที่ระยะ 3 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัย พบว่าผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำลงเรื่อยๆ และจะไม่เพิ่มขึ้นจนถึง 1 ปี ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถทางร่างกาย การสูญเสียบทบาทหน้าที่ และมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากพยาธิสภาพที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น

นัยมิ (Neimi, 1988) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4 ปี จำนวน 46 ราย ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 65 ปี องค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่ศึกษา ประกอบด้วย เงื่อนไขการทำงาน กิจกรรมภายในบ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และกิจกรรมในเวลาว่าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูญเสียกิจกรรมในเวลาว่างมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกดดันทางจิตใจสูง และมีผลต่อภาวะเสื่อมลงของคุณภาพชีวิต ส่วนการพึ่งพาของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน และการไม่สามารถกลับไปทำงานได้มีความสัมพันธ์กับการไม่ฟื้นกลับคืนของคุณภาพชีวิต

ในประเทศไทยมีนักวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังเช่นของ วันวิสาข์ อินทรรัตน์ (2546) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผลการศึกษาของ สุนิตรา จตุพรพิพัทธ์ (2543) ศึกษาการพึ่งพา อึดทนโน้ทนและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับความ

พึงพอใจในชีวิต ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

และงานวิจัยเชิงทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการฟื้นฟูสภาพหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ดังเช่น สินีนาฏ ป้อมเย็น (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ผลการศึกษา พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ กมลวรรณ จันตระกูล (2547) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผลการศึกษา พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ผลของการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ล้วนแล้วแต่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรับตัวได้และสามารถพึ่งพาตนเองได้ตามอัตรภาพ และน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2539) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ มักมีความพิการหลงเหลืออยู่จากพยาธิสภาพต่างๆ เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาตามมาทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความพิการเหลือน้อยที่สุดหรือช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้แม้มีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ในสภาพแวดล้อมจริงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้ชีวิตอยู่ กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง และถ้าผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะที่สูญเสียไป ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น มีกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดีขึ้น ผู้ป่วยน่าจะเกิดความรู้สึกรักพึงพอใจในชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในด้านต่างๆ จากผลของการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหากองค์ประกอบ ทั้ง 6 ด้านดีขึ้น ก็น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี