

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เคยเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี และจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลับไปพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 30 ราย ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2549 ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง

การศึกษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เป็นเพศชาย และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปีเท่ากัน โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.80 ปี (S.D. = 10.98, range = 43-80) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 64.20 ปี (S.D. = 11.23, range = 43-80) สถานภาพสมรสทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ ด้านการศึกษา กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษาเท่ากับจบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 33.3 ส่วนในกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ด้านอาชีพก่อนการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายเท่ากับอาชีพรับราชการ ร้อยละ 26.7 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 40.0 อาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.3 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท และกลุ่มทดลองร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000-10,000 บาท และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มควบคุมร้อยละ 46.7 อยู่ที่ 9-12 เดือน และกลุ่มทดลองร้อยละ 60.0 อยู่ที่ 3-5 เดือน คะแนนจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีคะแนน 50 คะแนน โดยในกลุ่มควบคุมร้อยละ 73.3 และในกลุ่มทดลองร้อยละ 40.0

และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1-3

## ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p -value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
เพศ					.466
ชาย	9	60.0	6	40.0	
หญิง	6	40.0	9	60.0	
อายุ (ปี)	(X̄ = 64.80 ปี, S.D = 10.98, Range = 43-80 ปี)		(X̄ = 64.20 ปี, S.D.= 11.23, Range = 43-80 ปี)		.868
41-50	1	6.7	2	13.3	
51-60	3	20.0	2	13.3	
61-70	7	46.7	6	40.0	
71-80	4	26.7	5	33.3	
สถานภาพสมรส					.580
โสด	-	-	1	6.7	
คู่	9	60.0	9	60.0	
หม้าย,หย่า/แยกกันอยู่	6	40.0	5	33.3	
ระดับการศึกษา					.104
ไม่ได้รับการศึกษา	4	26.7	4	26.7	
ประถมศึกษา	5	33.3	8	53.3	
มัธยมศึกษา	-	-	2	13.3	
ประกาศนียบัตร	1	6.7	-	-	
ปริญญาตรี	5	33.3	1	6.7	
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	

## ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพก่อนการเจ็บป่วย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
อาชีพก่อนการเจ็บป่วย					.556
ไม่ได้ทำงาน	-	-	-	-	
รับจ้าง	2	13.3	4	26.7	
ค้าขาย	4	26.7	1	6.7	
เกษตรกรรม	3	20.0	6	40.0	
ข้าราชการ	4	26.7	3	20.0	
ข้าราชการบำนาญ	2	13.3	1	6.7	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน					.029
< 5,000	2	13.3	3	20.0	
5,000-10,000	2	13.3	8	53.3	
10,000	11	73.3	4	26.7	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					.620
3-5 เดือน	5	33.3	9	60.0	
6-8 เดือน	3	20.0	1	6.7	
9-12 เดือน	7	46.7	5	33.3	

## ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม คะแนนจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
คะแนนจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					.137
50 คะแนน	11	73.3	6	40.0	
55 คะแนน	-	-	3	20.0	
60 คะแนน	1	6.7	-	-	
65 คะแนน	-	-	1	6.7	
70 คะแนน	3	20.0	5	33.3	

## ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษา

ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน มีค่ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 4

### ตารางที่ 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	SD	t
ก่อนการศึกษา	57.93	2.91	-9.072**
หลังการศึกษา	104.20	18.52	

\*\*p < .001

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 5

### ตารางที่ 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	t
กลุ่มควบคุม	55.53	5.42	-1.549 <sup>ns</sup>
กลุ่มทดลอง	57.93	2.91	

หมายเหตุ. ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

\*\*p < .001

จากการทดสอบด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov one sample test แล้วพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็น โกลังปกติ จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิต ภายหลังการศึกษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (t-test for independent sample)

ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังการศึกษามีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6  
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการศึกษา

กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	t
กลุ่มควบคุม	104.20	18.52	-9.233**
กลุ่มทดลอง	58.67	4.67	

\*\*p < .001

## การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ ส่วนในกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ซึ่งผลการศึกษาอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการฟื้นฟูสภาพ
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานทั้งสองข้อที่ตั้งไว้ โดยคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีค่าเฉลี่ย 57.93 (S.D.= 2.91, min-max = 51-62) และหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตมีเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 104.20 (S.D.= 18.52, min-max = 81-146) และเมื่อทดสอบคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ (paired t-test) พบว่า คะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านสูงกว่าก่อนโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4) และผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพมีค่าเฉลี่ย 104.20 (S.D.= 18.52, min-max = 81-146) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ ที่มีค่าเฉลี่ย 58.67 (S.D.= 4.67, min-max = 50-65) ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ (independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 6) สามารถอธิบายเหตุผลได้ดังนี้

ประการที่ 1 การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและยังสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้จัดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง ในสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอาศัยอยู่ เป็นจำนวน 9 ครั้ง ใน

8 สัปดาห์ ทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้น ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นแผนการสอนที่ชัดเจน ซึ่งจัดทำเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน มีวัตถุประสงค์ รายละเอียดของกิจกรรม เนื้อหา อุปกรณ์การสอน และแนวทางในการประเมินที่ชัดเจน และการสอนแต่ละครั้งผู้วิจัยทำการสอนผู้ป่วย 1 ราย และผู้ดูแล 1 ราย ที่บ้านของผู้ป่วย ก่อนการสอนผู้วิจัยพูดคุยซักถามถึงอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล และให้กิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาที่พบ แล้วจึงเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม ดำเนินการสอนตามองค์ประกอบจากง่ายไปยาก ขณะสอนและหลังการสอน ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การที่ผู้วิจัยเข้าไปให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้น เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโดยอิสระ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มมากขึ้น มีทักษะในการที่จะปฏิบัติตัว (O'Connell, Baker, & Prosser, 2003; O'Connor, 2000; Pierce, Gordon, & Steiner, 2004) และ มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวได้ ซึ่งความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจำเป็นจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตน มีการวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (วิชา ลิ้มสกุล, 2545; Medifocus guidebook on stroke rehabilitation, 2004) ส่งผลให้สามารถเผชิญปัญหา มีทักษะในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น ระยะเวลาการกลับสู่สภาพเดิมสั้นลง เพิ่มความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (Astrom et al., 1992)

ประการที่ 2 การที่ผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่ครั้งแรก ด้วยท่าทีที่จริงใจ ตั้งใจให้ความช่วยเหลือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มีความรู้สึกเป็นกันเอง ขอมรับและให้ความร่วมมือ (Rice, Balakas, Freed, & Schappe, 2001) ในการไปเยี่ยมที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้มีโอกาสเห็นสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่จริง ทำให้มีการวางแผนและปรับกลยุทธ์ในการให้ความรู้และการฝึกการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เฉพาะแต่ละรายไปตามสภาพ และสามารถประเมินความเสี่ยง ปัญหาและอุปสรรคในการฝึกการฟื้นฟูสภาพ จึงเป็นการช่วยจัดปัญหาข้อจำกัดบางประการได้ ในการสอนให้ความรู้ และสาธิตวิธีการปฏิบัติเคลื่อนไหวร่างกาย หลังจากการสอนผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับทุกครั้ง เมื่อพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยทำการแก้ไขและชี้แจงข้อบกพร่องให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เน้นฝึกจนให้ผู้ป่วยเกิดความชำนาญ สามารถปฏิบัติได้ เข้าใจแล้วจึงเริ่มกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด และเพื่อไม่ให้เกิดรูปแบบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (ฉัฐยา จิตประไพ, 2543)

ประการที่ 3 ในการสอนให้ความรู้ ผู้วิจัยใช้สื่อการสอนเป็นแผ่นภาพพลิกประกอบการสอน ซึ่งประกอบด้วย รูปภาพ และอักษรบรรยายที่มีขนาดใหญ่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับแผนการสอนที่กำหนดไว้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และจากการติดตามเยี่ยม และตรวจสอบแบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยฝึกการฟื้นฟูสภาพ ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ นวลดา อาคัพพะกุล (2545) ที่พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างอิสระและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้ให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยไว้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถขอคำปรึกษาเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหาได้ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง (Pasquarello, 1994) ตรงกับคำกล่าวของพลสุข เจนพาณิชย์ (2003) ที่ว่าการติดตามเยี่ยมบ้านหรือทางโทรศัพท์ ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ประการที่ 4 การที่ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไว้อ่านประกอบ ซึ่งเนื้อหาภายในเล่มประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ปัญหาที่พบบ่อยและการดูแล การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และการฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง เนื้อหาที่มีรูปภาพแสดงประกอบเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอ่านทบทวนได้ด้วยตนเองตลอดเวลา เมื่อมีข้อสงสัยหรือต้องการทราบรายละเอียด จึงเป็นการเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ และการฝึกทักษะต่างๆ ในการฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น โดยมีผู้ดูแลคอยดูแลให้กำลังใจและกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) ศึกษาผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทำการประเมินก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย 1 วัน และภายหลังการจำหน่าย 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะ มีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลกลุ่มควบคุม เมื่อผู้ป่วยกลับไป

อยู่บ้าน 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการจำหน่าย 1 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีรูปภาพพร้อมคำบรรยาย ส่งผลให้มีการปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ประการที่ 5 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจผู้ป่วย และกระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพให้เป็นอย่างดีต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการดังกล่าว เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมีการตกลงร่วมกันตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากผลการศึกษาต่างๆ ที่นำบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อการฟื้นฟูหรือการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น หรือมีความสามารถในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการพยาบาล ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยหรือการฟื้นฟูของผู้ป่วยด้วย (ทัศนีย์ อนันตพันธ์พงศ์, 2538; Hadiis et al., 2000; Jonathan, Judy, Derick, & Simon, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ เอสตัน และคณะ (Easton et al., 1994) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว จำนวน 6 เรื่อง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยสอนสัปดาห์ละ 1 เรื่อง ครั้งละ 1 ชั่วโมงในเวลาว่าง บ่าย กิจกรรมการสอนมีรูปภาพและเครื่องมือประกอบการสอน และติดตามผลเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและเป็นไปอย่างถาวร

นอกจากนี้จากการสังเกตเพิ่มเติมของผู้วิจัย ยังพบอีกว่าในกลุ่มทดลองไม่เพียงแต่มีคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวดีขึ้นมาก ตัวอย่างเช่น มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรก ผู้ป่วยยังไม่สามารถลุกขึ้นนั่งบนเตียงได้ ผู้วิจัยและผู้ดูแลต้องช่วยกันประคองประคองพุงจากที่นอนเพื่อลุกขึ้นนั่ง หลังจากการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยพัฒนาการดีขึ้นเป็นลำดับ จนกระทั่งสามารถลุกเดินไปได้ไกลด้วยตนเอง โดยใช้ไม้เท้าช่วยและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เมื่อจบโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านที่ประกอบด้วยการให้ความรู้และฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้วิจัยได้ฝึกการสอนผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาโดยผสมผสานเทคนิคต่างๆ เช่น การฝึกการเคลื่อนไหวโดยให้ผู้ป่วยทำแบบซ้ำๆ จนกว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ และให้ผู้ป่วยฝึกบ่อยๆ โดยการกระตุ้นจากผู้ดูแล และ

ผู้วิจัยสอนผู้ดูแลให้ออกกำลังกายเคลื่อนไหวแขน-ขา ด้านที่อ่อนแรงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเองในด้านปกติ และเน้นให้ผู้ป่วยใช้แขนทั้งสองข้างทำงานร่วมกันในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งการฝึกลักษณะดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตามที่ต้องการได้ สามารถเคลื่อนไหวได้ในที่สุด (จางจินตน์ รัตนากันันท์ชัย และคณะ, 2541)

ดันแคน และคณะ (Duncan et al., 1998) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางและระดับรุนแรงที่บ้าน หลังจากผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 30-90 วัน จำนวน 22 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้โปรแกรม 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการศึกษาของเมโย และคณะ (Mayo et al., 2000) ศึกษาถึงผลการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน หลังการเจ็บป่วยใน 3 เดือนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มทดลอง 58 คู่ กลุ่มควบคุม 56 คู่ โดยกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้น 4 เดือน จึงทำการประเมินผล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ รอดเจอร์ และคณะ (Rodgers et al., 1999) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล สอนวันละ 1 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยจำนวน 66 ราย ผู้ดูแล 65 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีคะแนนความรู้มากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ในการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพเมื่ออยู่บ้าน

อาจกล่าวได้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และมีความสนใจในประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพ และการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนและเกิดการปรับตัวให้ถูกต้องเหมาะสม เป็นการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง (สถาบันประสาท, 2545; อรรถธร โดษยานนท์, 2539) และเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงผลดีที่เกิดกับตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ความแข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความสามารถในการทำงาน เป็นการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสุข การรับรู้ความรู้สึทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง เกิดการรับรู้ทางจิตใจ (psychological well-being) และด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (body image concerns) ดีขึ้นจากการรับรู้เกี่ยวกับสภาพที่ตนเอง

ประสบอยู่และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับโรคที่เป็นอยู่ และการรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดี ในครอบครัวที่ผู้ดูแลกระตุ้นช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ก่อให้เกิด การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตในด้านการคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (social concerns) (Padilla & Grant, 1985)

ในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการ สูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง จำนวน 9 ครั้ง ใน 8 สัปดาห์ ทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง จากผู้วิจัยที่ได้รับการฝึกปฏิบัติพัฒนาทักษะด้านการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีทักษะในการฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกิจวัตร ประจำวันดีขึ้น จึงมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved