

การพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง
โดยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ

(Improvement the continuity of hospital to home-based
rehabilitation for stroke patients at Sappasittiprasong Hospital)

นางสาวสุวารี เทพดารา
นายอาคม อารยาวิชานนท์
นางลักขณา ทองมี
นางนิจกานต์ ตันอุ่นเดช
นางสาวปิยพร ไชยกุล
นางสาวสุภาพร ศิริบูรณ์พิพัฒนา

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
ตุลาคม 2544

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาให้คำปรึกษาและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างดียิ่งจากรศ.พญ.นลินทิพย์ ตำนานทอง ซึ่งเป็นอาจารย์อาจารย์ที่ปรึกษาประจำโครงการ ทำให้ผู้วิจัยได้รับแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้และประสบการณ์ในการทำการวิจัยครั้งนี้ จึงขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณนางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูและหัวหน้างานกายภาพบำบัด นางรัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยง หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และนางปรีชา ตะรุวรรณ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ที่ได้ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำการวิจัย

ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ได้ให้โอกาสทีมงานในการทำการศึกษาและสนับสนุนทุนวิจัยในการดำเนินการตามโครงการ

งานวิจัยฉบับนี้จะสำเร็จไม่ได้ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากสมาชิกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ทุกสาขาวิชาชีพทุกท่านที่ให้คำปรึกษาและแนะนำขั้นตอนต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ และให้การสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ได้ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ซึ่งมีส่วนให้การทำการวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ทีมนักวิจัย

ตุลาคม 2544

ชื่อเรื่อง: การพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
อย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ

นักวิจัย: นางสาวสุวารี เทพดารา (วท.บ), นายอาคม อารยาวิชานนท์ (พ.บ.)
นางลักขณา ทองมี (วท.บ), นางนิจกานต์ ต้นอ่อนเดช (วท.ม)
นางสาวปิยพร ไชยกุล (วท.บ), นางสาวสุภาพร ศิริบุญรัตน์พัฒนา (วท.บ)

สถานที่ปฏิบัติงาน: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาศัยรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) และศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมิน Barthel Index(BI) แนวทางในการสัมภาษณ์และประเด็นในการทำสนทนากลุ่ม การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลแยกเป็น 2 ประเภท คือข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 20 คนเป็นชายมากกว่าหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 65 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและมีที่อยู่อยู่ในนอกเขตอำเภอเมือง ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องผู้ดูแล ผู้ดูแลเป็นหญิงมากกว่าชาย ค่า BI เฉลี่ยก่อนถูกจำหน่ายกลับเท่ากับ 4.8 ค่า BI เฉลี่ยเมื่อกลับมาติดตามผลการรักษาภายหลังถูกจำหน่าย 3 เดือน เท่ากับ 12.2 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ พบว่าปัญหาของการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้เป็น 4 กลุ่มคือ ปัญหาเรื่องระบบ ปัญหาจากการขาดบุคลากร ปัญหาเรื่องการประสานงานและปัญหาด้านผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบของการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างเหมาะสมกับสถานการณ์ แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาด้านการประสานงานและขั้นตอนการบริการให้มีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้นโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ควรจะได้นำญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งถูกจำหน่ายกลับอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง

Title: Improvement the continuity of hospital to home-based rehabilitation for stroke patients at Sappasittiprasong Hospital

Researcher: Suwaree Tepdara (B.Sc), Arkhom Arayawichanont (MD.)
Lakana Thongmee (B.Sc), Nitjagarn Tan-aundet (M.Sc)
Piyaporn chaikul (B.Sc), Supaporn Siribulpipattana (B.Sc)

Office: Sappasitthiprasong Hospital, Ubon

Abstract

Background and Purpose

Stroke management is aimed at facilitating functional independence and community reintegration. Therefore, It would be logical that the sooner the patient can be returned home following stroke, the sooner the reintegration process can commence. The purpose of this study was to improve the continuity of hospital to home-based rehabilitation for stroke patients.

Methods

Action research devised to 3 phases. This study was Phase 1 what showed situation analysis to identify problem. Prospective study collected data of patients and patients' family who referred to Physical Therapy Department at Sappasitthiprasong Hospital. The data was collected by interview, indepth-interview, observation and focus group. The main outcome measure was Barthel Index (BI) for assessment activities daily living (ADL).

Results

The problems were identify to problem of co-ordination in interdisciplinary team, problem of home visit service from home health care system, problem in lack of authority and problem of patients and caregiver. The most of patients were in rural area. There were 8 subjects who came to follow up from 20 subjects. Barthel Index score showed improvement when comparison of hospitalization period and 3 months followed up period (4.8, 12.2, respectively).

Conclusion

The continuity of rehabilitation system could improvement by the patient's family member or other caregiver participated in rehabilitation from beginning and improved the co-ordination in interdisciplinary team.

Key words: action research, rehabilitation, stroke

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
หลักการและเหตุผล		1
วัตถุประสงค์		4
แนวความคิดและกรอบแนวคิดในการวิจัย		5
ระเบียบวิธีวิจัย		7
คำจำกัดความ		7
กระบวนการดำเนินงาน		8
วิธีการเก็บข้อมูล		9
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย		9
ผลการศึกษา		11
สรุปและข้อเสนอแนะ		16
เอกสารอ้างอิง		23
ภาคผนวก		24
- แบบประเมิน Barthel Index		25
- คู่มือการประเมิน		26
- แบบสอบถาม		29
- แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก		31

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลทั่วไป	19
2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย	20
3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	21
4 แสดงค่า BI ก่อนถูกจำหน่ายและเมื่อกลับมาติดตามผลใน 3 เดือนแรก	22

การพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาการดูแลสุขภาพที่สำคัญในหลาย ๆ ประเทศรวมทั้งประเทศไทยและนำมาซึ่งอัตราการป่วยและอัตราการตายเป็นจำนวนมาก¹ ยกตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ในแต่ละปีมีประชากรชาวอเมริกันประมาณ 550,000 คน ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และในจำนวนเหล่านี้ พบว่า มีผู้เสียชีวิต 150,000 คน ประมาณ 300,000 คน เป็นอัมพาตครึ่งซีกข้างซ้าย และอีกประมาณ 3 ล้านคน ต้องมีชีวิตร่วมอยู่กับความพิการหลายระดับจากโรคหลอดเลือดสมอง² นอกจากนี้พบว่า อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในสหราชอาณาจักรยังคงอยู่ในอัตราสูงเนื่องจาก มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ถึง 100,000 คนต่อปีและประมาณ 30,000 คนกลับเป็นซ้ำอีก ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 8,000 คน ต่อปี³ สำหรับประเทศไทย พบอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อปี พ.ศ.2531 คือ 690 ต่อประชากร 100,000 คน⁴ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลระบาดวิทยา จากกระทรวงสาธารณสุขจากปี พ.ศ. 2539-2541 แสดงให้เห็นว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง แต่อัตราการป่วยยังคงอยู่ในระดับสูง⁵ ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้พิการที่เกิดจากโรคนี้จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ มักมีอาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายรวมทั้งอาการผิดปกติทางด้านการพูด การสื่อสาร ร่างกายอาจไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำหน้าที่ได้อย่างอิสระ อันจะนำมาซึ่งปัญหาเศรษฐกิจทางด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว โรงพยาบาลและประเทศชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และอาจจะต้องสูญเสียเวลาในการดูแลเนื่องจากเป็นโรคที่นำมาซึ่งอาการของความเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง นอกจากนี้ยังสูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่และอยู่ร่วมในสังคม หลังจากเป็นโรค ผู้ป่วยทุกรายอาจจะไม่สามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิมอย่างสมบูรณ์ การฟื้นตัวของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของร่างกายจะเกิดขึ้นเร็วที่สุดภายใน 3 เดือนหลังการเกิดโรค ยกเว้นโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่เกิดจากเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตก การฟื้นคืนสภาพของระบบประสาทอาจใช้ระยะเวลานานกว่านี้² นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคไม่ถึงกับทำให้เสียชีวิตทุกราย และการฟื้นตัวมักจะมีหลากหลายและค่อนข้างยืดเยื้อ³ แต่อย่างไรก็ตาม หน้าที่การทำงานของร่างกายอาจจะมีการพัฒนาขึ้นจากการดูแลและการฝึกฝนทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

องค์ประกอบหลักของการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองคือการกระตุ้นการทำหน้าที่อย่างอิสระและสามารถกลับเข้าสู่สังคมหรือชุมชนอีกครั้ง ซึ่งหลักทั่วไปก็คือผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็วที่สุด และสามารถกลับเข้าไปใช้ชีวิตในสังคมได้เร็วที่สุด⁶ เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ให้มากที่สุดเท่าที่สามารถเป็นไปได้ การลดภาวะแทรกซ้อน การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในต่างประเทศมีระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพหลายระดับได้แก่ การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลด้วยทีมสหวิชาชีพ การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังระยะเฉียบพลันในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยนอก ภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้นได้ระหว่างขบวนการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพของสมอง หรืออาจเป็นผลทางอ้อมที่เกิดตามมาภายหลังจากการเกิดพยาธิสภาพ ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพของสมองได้แก่ ภาวะสมองบวม ชัก ภาวะหลงลืม หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจเกิดขึ้นและไม่สามารถป้องกันได้ แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาภายหลังจากการเกิดพยาธิสภาพ ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ภาวะการปวดไหล่ การเกร็งและเกิดข้อติดแข็ง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การปวดตามกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ และอีกมากมาย ซึ่งภาวะเหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยอาศัยความร่วมมือในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน²

ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรต้องมีการทำความเข้าใจในเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกัน การแนะนำที่เฉพาะเรื่องควรมีเหตุผลและอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับการตั้งเป้าหมายที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้และการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักควรมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่แรกเริ่ม นอกจากนี้เขาคควรได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน ขั้นตอนการรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เทคนิคจำเป็นต่อการเพิ่มการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ²

ในประเทศไทยการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในผู้ป่วยเหล่านี้มีหลากหลายระบบ และมีแนวคิดในการที่จะส่งเสริมให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านหรือชุมชน แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การบริหารจัดการที่ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งของปัญหานี้อาจมีสาเหตุมาจาก ประชาชนขาดความรู้ และขาดการปฏิบัติตัวที่จะป้องกันตนเองจากโรคและอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นผลให้เกิดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของโรค หรือมีอาการแทรกซ้อนตามมา ส่งผลให้กระทบถึงการเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการกลับเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ยังทำให้อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยที่ต้องการดูแลรักษาในโรงพยาบาลไว้ได้ ซึ่งโรงพยาบาลหลายแห่งได้พยายามหามาตรการในการแก้ไขปัญหาเรื่องจำนวนเตียงไม่เพียงพอที่จะรับ

ผู้ป่วย โดยจำหน่ายผู้ป่วยที่พ้นขีดอันตรายแล้วให้กลับบ้านเร็วขึ้นเพื่อไปพักฟื้นที่บ้าน เพื่อเป็นการเพิ่มอัตราการหายของโรคให้มีความมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคนี้ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี ในแต่ละปีพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ.2540-2542 มีจำนวนผู้ป่วย 2,401, 2,674 และ 1,978 รายตามลำดับ⁷ ผู้ป่วยเหล่านี้ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเมื่อพ้นระยะอันตรายแล้วก็ถูกจำหน่ายกลับบ้านอย่างรวดเร็ว บางครั้งผู้ป่วยเหล่านี้ถูกจำหน่ายโดยไม่ได้รับความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพดังจะเห็นได้จากรายงานทางกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูที่ได้รับการส่งปรึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพียงร้อยละ 15 – 20⁸ เท่านั้น หรือไม่มีระบบบริการที่สะดวกและเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น หลายครั้งที่พบว่า ผู้ป่วยจะกลับมาเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งจากภาวะแทรกซ้อน ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2542 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (re-admission) จากภาวะแทรกซ้อนภายใน 1 เดือน ถึง 54 % จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยดังกล่าว ได้แก่ ปอดบวม แผลกดทับ ข้อติดแข็ง และมีการปวดตามร่างกายซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ สามารถป้องกันได้โดยอาศัยความร่วมมือในการดูแลจากครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอาศัยอยู่นอกเขตเมืองที่อยู่ห่างไกล ไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล อีกทั้งยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลและการเดินทางมากขึ้นเมื่อต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต่อการนำครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก เช่น จากข้อมูลปี พ.ศ. 2540-2542 มีจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ 364, 438 และ 566 รายตามลำดับ⁸ ระบบปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้คือ การให้โปรแกรมการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อผู้ป่วยและครอบครัว เพราะมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาของการฝึกและผู้ป่วยเหล่านี้มักขาดการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระบบการติดตามผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบและผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเมืองซึ่งมีความลำบากในการเดินทางเข้ามารับบริการและยากต่อการที่นักกายภาพบำบัดจะเดินทางออกไปให้บริการ ซึ่งข้อมูลงานกายภาพบำบัดในปี 2542 รายงานว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในเขตอำเภอเมืองเพียง 23 % ต่างอำเภอ 54 % และอีก 23 % เป็นผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัด⁸ อย่างไรก็ตาม นอกจากระบบบริการผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว งานกายภาพบำบัด ยังมีบริการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมเวชกรรมสังคมและทีมเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล ซึ่งระบบการให้บริการนี้อาจเหมาะสมและได้ผลดีกับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเมือง แต่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อยู่นอกเขตเมือง แต่อย่างไรก็ตามยังข้อจำกัดสำหรับการ

บริการออกเยี่ยมและติดตามผลผู้ป่วยที่บ้านคือ การสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ไปกับการเดินทางเนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่กระจายตามพื้นที่ต่าง ๆ ที่ห่างกัน ทำให้ติดตามผู้ป่วยได้เพียงจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ทำให้ยังต้องประสบกับปัญหาของการที่ผู้ป่วยกลับมารักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนอยู่บ่อยครั้ง

ปัญหาเหล่านี้ นำมาซึ่งโครงการวิจัยนี้ที่ต้องการให้การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการจากข้อจำกัดดังกล่าว ซึ่งถ้าได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลหลัก จะสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ย่างอิสระได้ดีขึ้น ยิ่งกว่านั้น ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักจะสามารถแก้ไขปัญหาลำบากและปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เป็นผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามงานวิจัย

จะพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ต่อเนื่องโดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้อย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ย่างอิสระ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อการพัฒนาแบบการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ในประเด็นต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัว
2. วิเคราะห์ปัญหาในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและครอบครัว
3. วิเคราะห์กระบวนการการทำงานของงานกายภาพบำบัดและโรงพยาบาลในการให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

แนวความคิดและกรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือหาคำตอบต่อปัญหา โดยเชื่อว่าเมื่อผ่านกระบวนการนี้แล้วจะทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมได้เกิดการเรียนรู้และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์และระบุปัญหา
2. วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นที่วางไว้
3. ประเมินผล

ซึ่งในแต่ละขั้นตอนอาจมีการประยุกต์เทคนิคต่าง ๆ ที่เห็นว่าเหมาะสมเข้ามาใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายในแต่ละขั้นตอน และที่สำคัญคือจะต้องมีการปรึกษาหารือ หรือจัดกลุ่มสนทนาเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กระบวนการของ Action Research จะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสฝึกการทำงานร่วมกับผู้อื่นในการแก้ไขปัญหา และสามารถมองเห็นปัญหา เข้าใจสาเหตุของปัญหาได้อย่างครอบคลุม เป็นระบบ นอกจากนี้ จะทำให้เกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาเนื่องจากมีโอกาสได้ร่วมทำกิจกรรมด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถมองเห็นและยอมรับข้อดีข้อด้อยของตนเองและผู้อื่นเนื่องจากได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นตลอดกระบวนการ ซึ่งจะเป็นการทำให้เกิดความภูมิใจในตนเอง มั่นใจในศักยภาพและความสามารถของตนเอง เป็นผลให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

กระบวนการในการทำกิจกรรมดังกล่าวมีแนวความคิดจาก M.Prahaker Reddy & Vinay Reddy (1997)² ที่ศึกษาการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รายงานว่าหากญาติ ผู้ดูแลหลัก หรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและมีความต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่อย่างอิสระ ตลอดจนสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่อาจเกิดตามมาภายหลังโรค และสามารถกลับเข้าไปอยู่ร่วมในสังคมได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่า ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์และผู้ที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบต่อการโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรต้องมีการทำความเข้าใจในเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกัน การแนะนำที่เฉพาะเจาะจงควรมีเหตุผลและอธิบายให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจ ความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับที่ตั้งเป้าหมายที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้และการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักควรให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่แรกเริ่ม นอกจากนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลของโรคหลอดเลือด

สมอง ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน ขั้นตอนการรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เทคนิคจำเป็นต่อการเพิ่มการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ² โดยสามารถสรุปเป็นแนวทางในการดูแลได้คือ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนถูกจำหน่ายกลับบ้านจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และถูกส่งปรึกษามาที่งานกายภาพบำบัด พร้อมกับญาติ หรือผู้ดูแล หรือครอบครัวเพื่อรับความรู้ในการปฏิบัติตัวและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจากนักกายภาพบำบัด



เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้รับการดูแลจากญาติ หรือผู้ดูแล หรือครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบริการจากโรงพยาบาลให้การสนับสนุน เช่น การจัดกลุ่มเพื่อให้บริการด้านความรู้และความเข้าใจในการดูแลและปฏิบัติตนเอง การเยี่ยมบ้าน หรืออื่น ๆ จากทีม Home Health Care



มีการติดตามผลผู้ป่วยเป็นระยะติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนวางแผนการฟื้นฟู ติดตามรับฟังปัญหา รวมทั้งช่วยหาแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ภายใน 3 เดือนแรก และภายหลัง 3 เดือนมีการติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และทบทวนความรู้ ตลอดจนรับติดตามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ผู้ดูแล และครอบครัว โดยทีมบุคลากรสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ทีมเวชกรรมสังคม เป็นต้น



ผู้ป่วยจะสามารถพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอย่างอิสระ และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำได้

คำจำกัดความของการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Cerebrovascular accident (CVA) หรือ stroke หมายถึง

ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เกี่ยวข้องกับการมีการรบกวนการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในส่วนหนึ่งของสมอง ซึ่งภาวะนี้จะคงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง หรืออาจทำให้ถึงเสียชีวิตได้ โดยภาวะนี้เป็นผลมาจากการอุดตัน หรือแตกของเส้นเลือดในสมอง (WHO, 1987)

ระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง

กระบวนการในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างเหมาะสม มีขั้นตอน และต่อเนื่อง

การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง

กระบวนการของการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้พิการให้มีความสามารถในการปรับคืนสภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการประกอบอาชีพให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ หรือใกล้เคียงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ญาติผู้ป่วย หมายถึง

ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่มีความห่วงใย กังวล ต่ออาการของผู้ป่วย สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้านได้

ครอบครัว หมายถึง

ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้านได้

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง

ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลและความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้าน อาจมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม หรือไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยก็ได้

ระเบียบวิธีวิจัย

ขอบเขตงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกส่งปรึกษาจากแพทย์อายุรกรรมมาที่งานกายภาพบำบัด และเลือกผู้ป่วยที่สามารถมาพร้อมกับญาติ หรือผู้ดูแล หรือครอบครัว
2. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดชนิดที่เกิดจากการอุดตันหลอดเลือดในสมองหรือเส้นเลือดในสมองตีบตัน ที่สามารถพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ได้อย่างอิสระภายใน 3 เดือน ด้วยความแนวความคิดที่ว่า หากเป็นผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จได้ง่ายเนื่องจากเป็นกลุ่มที่สามารถขีดความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ได้หากมีการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการทำซ้ำ แต่ถ้าเป็นกลุ่มอื่นก็จะเป็นสถานการณ์ที่ยากเกินไปจนไม่สามารถทำได้ และไม่สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้

3. เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารและทำความเข้าใจกับญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว นักกายภาพบำบัด หรือนักวิชาการทางสาธารณสุขได้
4. ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล หรือครอบครัวที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

กระบวนการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ผู้ป่วยและญาติก่อนและหลังจำหน่ายกลับบ้านย้อนหลังในช่วงเวลา ปี 2543
2. ศึกษาข้อมูลไปข้างหน้า โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2544 จนถึงเดือน พฤษภาคม 2544 ตามเงื่อนไขของคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง
3. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยแยกข้อมูลเป็น 2 ประเภทคือข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ
 - 3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และข้อมูลด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยจำนวนผู้ป่วยขึ้นอยู่กับโอกาสความเป็นไปได้ในการศึกษา (Purposive)
 - 3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล และข้อมูลจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้แก่ ข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหาด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนถูกจำหน่าย ปัญหาและสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น
4. ระบุปัญหาที่ได้จากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และนำมาตรวจสอบทบทวน (peer review) กับกลุ่มที่หมคนุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อีกครั้งเพื่อความถูกต้อง

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแล

- 1.1 ใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของญาติ
- 1.2 ใช้แบบประเมินมาตรฐานเพื่อประเมินความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index Scale) ก่อนจำหน่ายกลับและเมื่อกลับมาติดตามผล
- 1.3 การตรวจร่างกายเพื่อประเมินความก้าวหน้าและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- 1.4 การสังเกตพฤติกรรมญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแล เอาใจใส่ และการช่วยเหลือผู้ป่วย
- 1.5 สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลในประเด็นเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็น ความเชื่อ และปัญหาการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

2. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับการบริการด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

- 2.1 การสนทนากลุ่มระหว่างทีมผู้ให้บริการด้านการดูแล รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและสถานการณ์การบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับ ดำเนินการโดยผู้วิจัยหลัก
- 2.2 การสนทนากลุ่มระหว่างนักกายภาพบำบัดเพื่อรับทราบสถานการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการโดยผู้วิจัยหลัก
- 2.3 การสัมภาษณ์บุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบริการภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับ ดำเนินการโดยผู้วิจัยหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 5 ชุด ดังต่อไปนี้

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย** ผู้วิจัยเป็นผู้สร้าง โดยมีข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ข้อมูลความเจ็บป่วยและอาการของผู้ป่วย
2. **แนวทางในการสัมภาษณ์ข้อมูลด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย** ผู้วิจัยเป็นผู้สร้าง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในช่วงที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ความคาดหวังของญาติและผู้ป่วยในการช่วยเหลือหลังถูกจำหน่าย ปัญหาเกี่ยวกับการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง
3. **แบบประเมินความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน** ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมินมาตรฐาน Barthel Index ซึ่งเป็นการวัดความสามารถที่ทำได้จริง

(Actual Functional Performance) โดยพิจารณาจากความสามารถช่วยเหลือตนเองได้/ไม่ได้ (Independence /Dependence) ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ช่วยตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง และทำไม่ได้เลยต้องให้คนอื่นทำให้ทั้งหมด แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.89 นอกจากนี้ได้มีการเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองและญาติหรือผู้ดูแลหลัก ที่งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงซ้ำเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณค่า test-retest reliability ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98

4. **แบบประเมินด้านความรู้ของผู้ป่วยหรือญาติ** เกี่ยวกับโรค อาการของโรค และความรู้ด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้สร้าง โดยได้มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ด้วยการนำแบบประเมินเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในด้านโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง และได้มีการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ด้วยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองและญาติหรือผู้ดูแลหลัก ที่งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยการคำนวณค่า test-retest reliability ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89
5. **แนวทางในการสนทนากลุ่ม** ระหว่างทีมผู้ให้บริการบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งขณะที่เป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และหลังถูกจำหน่ายกลับ ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาและสถานการณ์ของการให้บริการ
6. **แนวทางในการสัมภาษณ์** บุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบริการภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับ ในประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหาและสถานการณ์ในการทำงาน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในลักษณะนี้ จำเป็นต้องมีความยินยอมจากญาติผู้ป่วย โดยยินดีให้ความร่วมมือเป็นคำพูด (verbal consent) และผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะถอนตัวได้ตลอดเวลา ไม่จำเป็นต้องตอบคำถามเมื่อไม่มีความเต็มใจ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องถือเป็นความลับไม่มีการกล่าวอ้างถึงชื่อ – สกุลใด ๆ ทั้งสิ้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแล

1.1 ข้อมูลทั่วไป (ตารางที่ 1-3) สอบถามผู้ป่วย จำนวน 20 คนพบว่า ผู้ป่วยล้มพาดครึ่งซีกเกือบทั้งหมด เกิดในผู้สูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ยคือ 66 ปี ส่วนใหญ่เกิดในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง โดยที่ส่วนมากแล้วมักจะมีอาชีพเกษตรกร ประมาณร้อยละ 65 การศึกษาที่ได้รับส่วนมากคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85 ผู้ป่วยส่วนมากมีที่อยู่ต่างอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 55 อีก ร้อยละ 30 อยู่ต่างจังหวัด มีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ซึ่งในจำนวนผู้ป่วย 20 คนพบว่า เคยมีประวัติอ่อนแรงของแขนขา 5 คน เป็นโรคหัวใจ 4 คน ความดันโลหิตสูง 4 คน เบาหวาน 5 คน โรคปวดข้อจากสาเหตุต่างๆ 2 คน และในจำนวนนี้พบว่ามี 2 คนที่พบว่าเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง อีก 1 คน เป็นเบาหวานพร้อมทั้งเคยมีประวัติอ่อนแรงของแขนขา ผู้ป่วยทั้ง 20 คนมีอาการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้ายถึงร้อยละ 60 ส่วนปัญหาด้านการสื่อสารคือ พูดได้ แต่ฟังไม่เข้าใจและพูดไม่ได้แต่ฟังเข้าใจ คิดเป็นร้อยละ 10 และ 30 ตามลำดับ ซึ่งถึงแม้จำนวนผู้ป่วยที่พูดได้ และฟังเข้าใจ มีร้อยละ 60 แต่ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่พูดไม่ชัดรวมอยู่ด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มาพบนักกายภาพบำบัดที่มีภาวะแทรกซ้อนมีจำนวนถึงร้อยละ 65 โดยที่ในจำนวนนี้มีบางคนที่พบภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อย่าง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ ภาวะเกร็งของแขนขา และอาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อสำรวจข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยแล้วพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดไม่พบว่ามีปัญหาเรื่องไม่มีผู้ดูแล ส่วนอายุของผู้ดูแลมีตั้งแต่อายุ 20 – 63 ปี ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน ผู้ป่วย 15 ใน 20 คนที่ได้รับการดูแลจากญาติสายตรง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นหญิงมากกว่าชายคิดเป็นร้อยละ 70 สำหรับการศึกษาศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะได้รับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 56 ในจำนวนผู้ป่วย 20 คนพบว่าได้รับการดูแลจากญาติให้มีผู้เฝ้าดูแลตลอดทั้งวันคิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนอีก 45 มีญาติดูแลแต่ไม่สามารถเฝ้าได้ตลอดทั้งวัน ส่วนในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่าเมื่อได้รับการส่งปรึกษาทางกายภาพบำบัดแล้ว ผู้ป่วยและญาติทั้งหมดมีความรู้เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นสำหรับความรู้ในเรื่องการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้เรื่องการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพแต่หลังจากให้การอธิบายและผ่านการดูแลจากนักกายภาพบำบัดแล้ว ผู้ป่วยหรือญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้เมื่อประเมินจากการสังเกต และจากการสำรวจพบว่า หลังจากถูกจำหน่ายกลับบ้านแล้วผู้ป่วยส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 80 ที่ได้รับการดูแลโดยญาติหรือครอบครัว มีส่วนน้อยที่ผู้ป่วยดูแลตนเองซึ่งมักเป็นกรณีที่ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้างแล้ว และอีกเพียงแค่ร้อยละ 5 ที่ได้รับการบริการสนับสนุนจากชุมชนที่อาศัยอยู่โดยการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านไปเยี่ยมเยียน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดที่กลับมาติดตามผลการรักษา มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4) และพบว่าปัญหาเรื่องภาวะแทรกซ้อนลดลงในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่เดิม ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนถูกจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อกลับมาติดตามผลยังสามารถคงภาวะเดิมไว้ได้ นอกจากนี้ พบข้อสังเกตเพิ่มเติมคือ ผู้ป่วยหลายคนที่มีอายุมากเกิน 70 ปี มีค่า BI ที่ต่ำก่อนถูกจำหน่าย เมื่อมาติดตามผลปรากฏว่า มีค่า BI ที่สูงขึ้นสามารถเดินได้ ช่วยเหลือตนเองได้มาก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับความเอาใจใส่ ดูแลและทำการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยญาติหรือคนในครอบครัว

1.2 ข้อมูลด้านการติดตามผล มีผู้ป่วยไม่มาติดตามผล จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า จำนวน 6 คน ไม่มาติดตามผลเนื่องจากอยู่ต่างจังหวัดจึงถูกส่งให้ไปติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลที่ใกล้เคียง จำนวน 1 คน อยู่ในเขตอำเภอเมือง และผู้ป่วยและญาติไปใช้บริการการดูแลและฟื้นฟูโดยผู้ประกอบการเอกชน จำนวน 2 คน อยู่ต่างอำเภอ มีข้อจำกัดในการนำผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยเคลื่อนย้ายลำบาก อีก 3 คน ญาติหรือผู้ดูแลไม่มีเวลานำผู้ป่วยมาติดตามผลที่งานกายภาพบำบัด เนื่องจาก ใช้เวลานานในการรอรับการตรวจ รักษาและประเมินผลจากแพทย์ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก และเมื่อทำขั้นตอนดังกล่าวเรียบร้อยแล้วต้องรับนำผู้ป่วยกลับบ้าน เพราะใกล้เวลาของการขึ้นรถประจำทางกลับบ้านที่ต่างอำเภอ ซึ่ง 1 ใน 3 คน นำผู้ป่วยมาที่งานกายภาพบำบัด แต่ไม่ขอรับบริการเนื่องจากเหตุผลเดียวกัน อีก 1 คน ให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยสามารถเดินได้แล้ว คิดว่าไม่จำเป็นต้องมารับบริการทางกายภาพบำบัด นอกจากนี้พบว่าหลังจากที่มาติดตามผลการรักษาในครั้งแรกแล้ว ไม่มาติดตามผลในครั้งที่สอง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ จึงแก้ปัญหาด้วยการให้ญาติหรือผู้ดูแลมาขอรับยาแทน

1.3 ข้อมูลด้านปัญหาในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

1.3.1 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ ได้แก่ ไม่รู้ข้อมูลของโรค รู้แต่ว่าเป็นอัมพาตแต่ไม่รู้ว่าเกิดจากอะไร เกิดได้อย่างไร ป้องกันอย่างไร เมื่อเป็นแล้วจะดูแลตนเองอย่างไร จะต้องให้ผู้ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร ความไม่เข้าใจของผู้ดูแลหรือญาติในความจำเป็นที่ต้องมารักษาอย่างต่อเนื่อง มักเข้าใจว่ากินแต่ยาก็พอทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการอ่อนแรงได้ นอกจากนี้ยังมีความเข้าใจผิดที่ว่า อาการชาหรืออาการอ่อนแรงจากการที่ไม่ได้เคลื่อนไหวหรืออ่อนแรงจากความเจ็บปวด เช่น ปวดหลัง ทำให้เป็นอัมพาตครึ่งซีกได้

- 1.3.2 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยด้านการรักษา ได้แก่ ไม่รู้ว่าต้องรักษาอย่างไร กินยาอะไร ต้องได้รับยาเป็นประจำหรือสม่ำเสมอแค่ไหน ต้องมาพบแพทย์อีกเมื่อไร ผู้ป่วยไม่มาได้ใหม่ ใช้การรักษาวิธีการอื่นร่วมด้วยได้หรือไม่ เช่น การนวด การรักษาด้วยแพทย์พื้นบ้าน
- 1.3.3 ปัญหาในด้านการดูแลที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยบางคนมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวและมีอายุมากทำให้บางครั้งการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ป่วยที่มีบ้านอยู่ไกลเดินทางมาพบแพทย์หรือมาติดตามผลการรักษาด้านอื่นค่อนข้างลำบาก
- 1.3.4 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ แยกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยยังไม่ได้ถูกจำหน่ายกลับบ้าน สถานะเป็นผู้ป่วยใน ปัญหาด้านเศรษฐกิจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นปัญหาด้านค่าใช้จ่ายด้านการรักษา แต่เนื่องจากมีระบบของสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือปัญหาจึงไม่รุนแรงมากแต่มักจะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายของญาติในการมาอยู่ดูแลหรือเยี่ยมขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งปัญหาในเรื่องนี้ค่อนข้างรุนแรงเนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลต้องจัดการกับเรื่องนี้เองกลุ่มที่สองเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านแล้วกลับมาติดตามผล สถานะเป็นผู้ป่วยนอก กลุ่มนี้มักจะมีพบปัญหาด้านเศรษฐกิจทั้งในด้านค่าใช้จ่ายเรื่องการรักษาและค่าใช้จ่ายเรื่องการเดินทาง เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิการรักษา เช่น บัตรสุขภาพ บัตรผู้สูงอายุ แต่บัตรเหล่านี้มักจะมีข้อจำกัดในการใช้เนื่องจากผู้ป่วยอยู่นอกเขตการให้บริการ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติ หรือครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก
- 1.3.5 การใช้เวลารอพบแพทย์และต้องเสียเวลากับขั้นตอนต่าง ๆ เช่น การรับยา ที่ค่อนข้างนานเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมาก ดังนั้นเมื่อต้องไปงานกายภาพบำบัดเพื่อติดตามผลการดูแลและรักษาเรื่องความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้ป่วยไปได้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลา ต้องรีบกลับเพราะบ้านอยู่ไกล จะไปขึ้นรถกลับบ้านไม่ทัน บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถมาพบแพทย์ได้เพราะเดินทางลำบากต้องให้ญาติมารับยาแทน
- 1.3.6 ปัญหาปัญหาด้านความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม พบว่า มีผู้ป่วยและญาติส่วนหนึ่งไม่ทราบว่าการที่ผู้ป่วยซึมลง อ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวลำบาก เกิดจากอะไร และคิดว่าเป็นจากการกระทำของญาติ พี่ จึ่งพาผู้ป่วยไปรดน้ำมนต์ เมื่อผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจึงนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ นอกจากนี้ ผู้ป่วยและญาติมักจะมีคำถามถึงการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การนวด การฝังเข็ม การอบ

สมุนไพร เพราะผู้ป่วยได้รับข้อมูลมาว่า การฝังเข็มหรือการนวดจะทำให้ผู้ป่วยเดินได้ รวมทั้งการใช้สมุนไพรช่วยในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเดินได้

1.3.7 ปัญหาที่ผู้ป่วยและญาติไม่มาติดตามผลการรักษาภายหลังถูกจำหน่ายแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1.3.7.1 ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยและญาติคิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดอีกต่อไป เพราะไม่มีปัญหาแล้ว

1.3.7.2 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องมีผู้ดูแล ญาติมีความลำบากในการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เพราะต้องเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย อีกทั้งเชื่อว่าถึงจะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลก็คงไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ถ้ามีความจำเป็นต้องรับยา จึงให้ญาติหรือตัวแทนมารับยาแล้วกลับ

1.3.7.3 ผู้ป่วยที่ไม่เคยถูกส่งมารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดก่อนถูกจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติไม่รู้ว่าต้องมาติดตามผล

อย่างไรก็ตาม ทั้ง 3 กลุ่ม มีความต้องการที่เหมือนกันคือ ต้องการให้เจ้าหน้าที่หรือตัวแทนจากโรงพยาบาลไปเยี่ยมบ้านเป็นระยะ ๆ เพื่อแนะนำ ให้กำลังใจ ให้ความรู้และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ และถ้าเป็นไปได้อยากจะได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

2. ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทีม Home health Care นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด

2.1 ปัญหาที่แพทย์ที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมพบคือ จำนวนผู้ป่วยมาก และผู้ป่วยต้องเสียเวลากับขั้นตอนต่าง ๆ เช่น การรับยา ที่ค่อนข้างนาน ดังนั้นเมื่อส่งผู้ป่วยไปงานกายภาพบำบัดเพื่อติดตามผลการดูแลและรักษาเรื่องความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ญาติหรือผู้ดูแลมักไม่พาผู้ป่วยไปเนื่องจากไม่มีเวลา ต้องรีบกลับเพราะจะไปขึ้นรถกลับบ้านไม่ทันเพราะบ้านอยู่ไกล บางรายผู้ป่วยไม่มาเพราะเดินทางลำบากต้องให้ญาติมารับยาแทน

2.2 การส่งผู้ป่วยมาทำกายภาพบำบัดโดยไม่มีญาติ ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน ปัญหานี้เกิดเป็นครั้งคราวในกรณีที่พยาบาลไม่สามารถตามญาติหรือผู้ดูแลให้มากับผู้ป่วยได้เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องการให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

- 2.3 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับ ไม่มีการประสานงานกับเวชกรรมสังคมเรื่องการให้ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโครงการ Home Health Care ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่สามารถให้บริการด้วยการเยี่ยมบ้านได้ขาดโอกาสที่จะได้รับบริการนี้เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้านแล้ว
- 2.4 ปัญหาจากการส่งปรึกษาที่จะต้องรอให้แพทย์เป็นผู้เขียนแบบส่งปรึกษา ซึ่งบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่ได้รับโอกาสในการได้รับความรู้เรื่องโรค การดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์ไม่เขียนแบบส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด
- 2.5 ปัญหาจากทีม Home Health Care ที่พบคือ เมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่มักพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดก่อนถูกจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น ภาวะแทรกซ้อนที่พบ มักเกี่ยวกับภาวะแข็งเกร็ง แผลกดทับ ภาวะการดูแลเรื่องสุขอนามัย ความเป็นอยู่ที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ร่วมกับมีปัญหาค่าเคลื่อนย้ายที่ลำบาก ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลแก้ไขปัญหาด้วยการไม่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์แต่ญาติหรือผู้ดูแลมาพบแพทย์แทนเพื่อขอรับยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย หรือการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน และในกรณีที่มาภาวะแทรกซ้อนก่อนอยู่แล้ว ทำให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น
- 2.6 ปัญหาที่พบจากการทำงานของแพทย์ที่หอบุคลากรคือ การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในวันหยุดราชการไม่สามารถส่งปรึกษาทางกายภาพบำบัดได้ ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่มีโอกาสที่จะได้รับความรู้ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้การที่มีแพทย์อายุรกรรมหลายคนทำการรักษาผู้ป่วย ซึ่งข้อพิจารณาของแพทย์แต่ละคนในการส่งปรึกษาทางกายภาพบำบัดเรื่องต่าง ๆ เช่น ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการส่งปรึกษา ความจำเป็นในการส่งปรึกษา ไม่เหมือนกัน จึงทำให้โอกาสในการได้รับความรู้ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในการช่วยเหลือตนเองและการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงแตกต่างกัน
- 2.7 ปัญหาที่พบจากการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ คือ ผู้ป่วยขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติ ครอบครัว หรือผู้ดูแลหลัก เนื่องจากญาติหรือครอบครัวไม่ต้องการรับภาระในการดูแลผู้ป่วย
- 2.8 ปัญหาที่พบจากการทำงานของนักกายภาพบำบัดคือ ผู้ป่วยที่ถูกส่งมารับบริการทางกายภาพบำบัดจากหอบุคลากรมักเป็นผู้ป่วยที่กำลังจะถูกจำหน่ายกลับบ้านในวันเดียวกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ป่วยของญาติ นอกจากนี้พบว่าบางครั้งไม่มีญาติหรือผู้ดูแลมาพร้อมกับผู้ป่วยซึ่งทำให้ขาดการดูแลที่

ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนปัญหาที่พบเมื่อผู้ป่วยถูกส่งมาจากห้องตรวจโรคคือมักจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความรู้เรื่องการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนถูกจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมาพบนักกายภาพบำบัดด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อน และพบว่าหลังจากถูกจำหน่ายกลับบ้านแล้วมีผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาบ่อยมาก

- 2.9 ปัญหาอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยและญาติไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการได้รับความรู้เรื่องการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ประการแรกเกิดจากการไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประการที่สองผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลคิดว่าต้องเสียเวลาไปในการมารับความรู้ที่ไม่สามารถจับต้องอะไรได้แต่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในขณะที่จำเป็นต้องไปพบแพทย์มากกว่าเพราะถึงแม้ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่ก็ได้กลับบ้าน นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องความคิดที่เกี่ยวข้องคือ ญาติและผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่แล้ว เพราะเป็นผู้สูงอายุในบ้าน และโดยปกติกิจกรรมต่าง ๆ ญาติหรือผู้ดูแลก็เป็นฝ่ายที่ทำให้อยู่แล้ว อีกทั้งมีความคิดว่าเมื่อป่วยเป็นอัมพาตไม่สามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ญาติหรือผู้ดูแลจะเป็นฝ่ายทำกิจกรรมทุกอย่างให้ โดยผู้ป่วยไม่ต้องทำอะไร จึงไม่จำเป็นต้องทำฝึกฝนเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ

การสรุปปัญหา สามารถสรุปเป็นปัญหาที่ทำให้การดำเนินการด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง คือ

1. **ปัญหาด้านระบบ** พบว่า ระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีลักษณะของการบริการเป็นแบบแยกส่วน ถึงแม้ว่าจะมีการบริการด้านการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกือบครบทุกด้านแต่บุคลากรของแต่ละวิชาชีพต่างทำงานโดยขาดความเข้าใจในขั้นตอนการทำงานของแต่ละวิชาชีพอย่างถูกต้อง การให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนเนื่องจากแต่ละฝ่ายต่างคิดว่าได้ให้ข้อมูลไปแล้วและคิดว่าอีกฝ่ายจะให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยเอง ข้อมูลที่ให้ไม่ตรงกันเนื่องจากขาดการประสานงานที่ทำให้ไม่ทราบถึงขั้นตอนการทำงานของแต่ละฝ่าย ข้อมูลซ้ำซ้อนจากการไม่ประสานงานกันเรื่องการให้ข้อมูล นอกจากนี้ ระบบการนัดผู้ป่วยที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรโดยมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยไม่ทราบถึงความสำคัญในการมาติดตามผลการรักษา การที่ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ไม่เหมาะสม เช่น ต้องรอคอยการบริการที่นาน หรือการมีความลำบากในการเดินทางมารับบริการ เป็นต้น
2. **ปัญหาจากบุคลากรบางส่วนไม่พอเพียง** ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด เป็นต้น ทำให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านที่ต้องการบุคลากรส่วนนี้ไม่ครบถ้วน

3. **ปัญหาจากการประสานงานตั้งแต่ระยะแรก** เนื่องจากยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในเรื่องการส่งปรึกษาผู้ป่วย ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งถ้าสามารถกำหนดเป็นแนวทางที่ชัดเจนออกมาได้จะสามารถเตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้เร็วที่สุดตั้งแต่แรกเริ่ม นอกจากนี้ยังไม่มีกำหนดแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนถูกจำหน่ายกลับโดยที่ขาดความพร้อมในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง
4. **ปัญหาจากผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล** ไม่มีความรู้หรือขาดความเข้าใจอย่างถูกต้องในเรื่องโรค อาการ หรือการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา

เมื่อผ่านกระบวนการการทบทวนและตรวจสอบปัญหาที่ระบุได้แล้ว ได้มีการเสนอแนะแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ได้ดังนี้

1. ปัญหาด้านการระบบที่มี ให้มีการประสานงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประสานงานดังกล่าวทำได้โดยอาศัยช่องทางในกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่มีในโรงพยาบาล เพื่อให้แต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้วางแผนร่วมกันในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับ โดยให้แพทย์เป็นผู้นำทีมในการจัดกระบวนการดังกล่าว
2. จัดระบบให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายให้ได้รับความรู้ด้านการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนถูกจำหน่าย โดยให้แพทย์ได้มีการตกลงร่วมกันถึงแนวทางในการส่งปรึกษาผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. กำหนดแนวทางในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ แนวทางในการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกันที่บ้าน เพื่อค้นหาปัญหา และข้อจำกัดในการนำแผนการดูแลไปปฏิบัติ การติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสนับสนุนอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานพยาบาลใกล้เคียง
4. ปัญหาเรื่องการเมืองมีบุคลากรไม่เพียงพอ อาจต้องแก้ปัญหาโดย ต้องหาวิธีที่สามารถทำงานโดยที่บุคลากรที่มีอยู่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพที่สุดขณะที่มีบุคลากรเท่าที่มีอยู่ เช่น พัฒนาความรู้และความสามารถให้เพิ่มขึ้น หรือการขยายสมาชิกของทีมออกไป ซึ่งอาจเริ่มจากผู้ป่วยและญาติ หรือครอบครัวหรือผู้ดูแลแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด ไปสู่ทีมเวชกรรมสังคม โภชนากร และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อจะได้ทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ อาจต้องมีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และกำหนดแนวทางในการพัฒนาความรู้และทักษะจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเป็นต้น

5. กำหนดแนวทางในการให้ญาติ ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ได้แก่ การเฝ้าหรือการเยี่ยมของญาติขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การมีช่องทางในการช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาในการให้ความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่ญาติ ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องการ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่แรกเริ่ม จะช่วยทำให้เกิดการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านได้

6. กำหนดขั้นตอนที่ผู้ป่วยควรได้รับก่อนถูกจำหน่ายกลับในเบื้องต้น ได้แก่

แพทย์ทำการส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดในขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยส่งผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง ระหว่างที่อยู่บนหอผู้ป่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะทำการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น



พยาบาลทำหน้าที่เตรียมผู้ป่วยและตามญาติหรือผู้ดูแลหลักให้มาพบนักกายภาพบำบัดพร้อมกับผู้ป่วย



ก่อนถูกจำหน่ายกลับ มีการส่งปรึกษายังทีม Home Health Care เพื่อให้ทีมดังกล่าวมาประเมินผู้ป่วย ทำประวัติ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาครั้งแรก ในระหว่าง 2 สัปดาห์แรก ถึง 1 เดือน โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้เขียนใบนัด



การนัดผู้ป่วยมาติดตามผล แพทย์จะส่งผู้ป่วยไปทำงานกายภาพบำบัด เพื่อให้ นักกายภาพบำบัดทำการตรวจประเมินความก้าวหน้า ให้ความรู้ด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง



หลังการตรวจประเมินและรักษาแพทย์จะเป็นผู้นัดผู้ป่วยครั้งต่อไปคือครั้งที่สองในเดือนที่ 3 หลังการถูกจำหน่ายกลับบ้าน และครั้งที่สามในเดือนที่ 6 หลังการถูกจำหน่ายกลับบ้าน



ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตการดูแลของทีม Home Health Care จะได้รับการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความช่วยเหลือญาติหรือผู้ดูแลในด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่อยู่เขตการดูแลจำเป็นต้องมีช่องทางในการได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติม เช่น อำนวยความสะดวกในการติดต่อสอบถามขอความรู้หรือคำแนะนำเพิ่มเติม หรือส่งต่อไปยังสถานบริการที่ใกล้เคียง เป็นต้น

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคล		
อายุ (ปี)		
40 – 50 ปี	1	5
51 – 60 ปี	6	30
61 – 70 ปี	7	35
71 – 80 ปี	3	15
81 – 90 ปี	3	15
เพศ		
ชาย / หญิง	13 / 7	65 / 35
สถานภาพสมรส		
โสด	-	-
สมรส	14	70
คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว	6	30
หย่า	-	-
อาชีพ		
เกษตรกร (ทำนา/ทำสวน/ทำไร่)	13	65
รับราชการ	1	5
ค้าขาย/นักธุรกิจ	3	15
รับจ้าง	1	5
อื่น ๆ (งานบ้าน)	2	10
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	5
ประถมศึกษา	17	85
มัธยมศึกษา	3	10
ปริญญาตรี	-	-
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
ที่อยู่		
อำเภอเมือง	3	15
ต่างอำเภอ	11	55
ต่างจังหวัด	6	25
ประวัติทางการแพทย์/ โรคประจำตัว		
เคยมีประวัติอ่อนแรงของแขนขา	5	25
โรคหัวใจ	4	20
ความดันโลหิตสูง	4	20
เบาหวาน	5	25
โรคปวดข้อจากสาเหตุต่าง ๆ	2	10
อื่น ๆ	3	15

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง		
ข้างที่อาการอ่อนแรง		
ขวา	6	30
ซ้าย	12	60
ทั้งสองข้าง	2	10
ปัญหาด้านการสื่อสาร		
พูดได้ ฟังเข้าใจ	12	60
- พูดไม่ชัด	2	
พูดไม่ได้ แต่ฟังเข้าใจ	6	30
พูดได้ แต่ฟังไม่เข้าใจ	2	10
ภาวะแทรกซ้อน (ก่อนถูกจำหน่ายกลับบ้าน)		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	7	
แผลกดทับ	-	
ภาวะเกร็ง/ ข้อติดแข็ง	6	
อาการปวดตามส่วนต่าง ๆ	6	
ภาวะติดเชื้ทางเดินหายใจ	-	
อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	2	
ภาวะแทรกซ้อน (เมื่อมาติดตามผลการรักษา)		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	7	
แผลกดทับ	-	
ภาวะเกร็ง/ ข้อติดแข็ง	1	
อาการปวดตามส่วนต่าง ๆ	-	
ภาวะติดเชื้ทางเดินหายใจ	-	
อื่น ๆ	-	

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	-	
มีผู้ดูแล 1 คน	10	50
มีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน	10	50
เพศของผู้ดูแล		
ชาย	6	
หญิง	14	
ชาย+หญิง	3	
การศึกษาของผู้ดูแล		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	
ประถมศึกษา	13	
มัธยมศึกษา	7	
ปริญญาตรี	1	
สูงกว่าปริญญาตรี	-	
ช่วงเวลาที่สามารถให้การดูแลและฟื้นฟู		
ตลอดเวลา/ ทั้งวัน	11	55
เป็นบางช่วง	9	45
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง		
หลังได้รับการส่งปรึกษาทางกายภาพบำบัด		
ดีขึ้น	20	100
เท่าเดิม	-	-
แย่ลง	-	-
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย		
หลังได้รับการส่งปรึกษาทางกายภาพบำบัด		
ดีขึ้น	20	100
เท่าเดิม	-	-
แย่ลง	-	-
การบริการสนับสนุน		
ผู้ป่วยดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองตามลำพัง	1	5
ญาติหรือครอบครัวช่วยดูแล	16	80
ได้รับการบริการจากโรงพยาบาลออกไปเยี่ยมที่บ้าน	-	-
ได้รับการบริการสนับสนุนจากชุมชนที่อาศัยอยู่	1	5
ได้รับการบริการด้วยวิธีการอื่น	-	-
อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	2	10

ตารางที่ 4 แสดงค่า BI ก่อนถูกจำหน่ายและเมื่อกลับมาติดตามผลใน 3 เดือนแรก

กิจกรรม ADL ที่ประเมิน	เต็ม	ก่อน D/ C (20 คน)	F/ U 3 เดือน (8 คน)
		ผลลัพธ์เฉลี่ย	ผลลัพธ์เฉลี่ย
1. การรับประทานอาหาร	2	0.8	1.5
2. การเคลื่อนย้ายตัวเองจากรถนั่งไปยังเตียงและจากเตียงไปที่รถ รวมทั้งการลุกนั่งบนเตียง	3	0.4	1.9
3. การทำความสะอาดร่างกาย (ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด ทาแป้ง)	1	0.3	0.7
4. การใช้ห้องส้วม (ถอด-ใส่เสื้อผ้า ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำหรือกดชักโครก)	2	0.3	1.1
5. การอาบน้ำด้วยตนเอง	1	0.1	0.5
6. การแต่งตัว(สวมและถอดเสื้อผ้า)	2	0.4	1
7. การเดินบนพื้นราบ การใช้รถเข็น	3	0.8	1.6
8. การขึ้น-ลงบันได	2	0.1	1.1
9. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	2	0.8	1.4
10. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ	2	0.7	1.4
คะแนนรวมที่ได้เฉลี่ย	20	4.8	12.2

ข้อสังเกต : ผู้ป่วยที่กลับมาติดตามผลส่วนหนึ่ง (5 คน) ก่อนถูกจำหน่ายมีค่าคะแนน BI เท่ากับ 0 แต่เมื่อกลับมาติดตามผล มีค่า BI เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดบางรายมีค่าคะแนนถึง 17 ซึ่งเมื่อได้สัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยจำนวนนี้ได้รับความเอาใจใส่และผู้ดูแลมีความกระตือรือร้นที่จะช่วยทำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อถูกจำหน่ายกลับ นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งอาจมีแรงจูงใจในการที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพและช่วยเหลือตนเองมากกว่ากลุ่มอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Craig Anderson, Sally Rubenach, Cliona Ni Mhurchu, Michael Clark, Carol Spencer, Adrian Winsor. Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial. *Stroke*. 2000;31:1024-31.
2. M.Prabhaker Reddy, Vinay Reddy. Stroke Rehabilitation. *Am Fam Physician*. 1997;55(5):1742-8,1754-6.
3. Bernard Gibbon, Vicki Little RGN. Improving Stroke Care Through Action Research. *J Clin Nurs*. 1995; 4(2):93-100.
4. ณัฐ ภมรประวัติ และคณะ. แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ strategic plan for health research;2541.
5. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2541. กรุงเทพมหานคร : องค์การทหารผ่านศึก ;2542.
6. Nancy E. Mayo, Sharon Wood-Dauphinee, Robert Cote, David Gayton, Joseph Carton, Joanne Buttery, Robyn Tamblyn. There's No Place Like Home:An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke. *Stroke*. 2000;31;1016-23.
7. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. สถิติรายงานประจำปี 2541-2542. อุบลกิจ ออฟเซทการพิมพ์ : อุบลราชธานี ;2541-2542.
8. สถิติข้อมูลงานกายภาพบำบัด. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี;2542

ภาคผนวก

การประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel Index

ชื่อ.....HN.....Case No

วันที่รับการประเมิน 1.....

2.....

3.....

กิจกรรม ADL ที่ประเมิน	เต็ม	ผลลัพธ์	คำอธิบายเพิ่มเติม
1. การรับประทานอาหาร	2		
1. การเคลื่อนย้ายตัวเองจากรถนั่งไปยังเตียงและจากเตียงไปที่รถ รวมทั้งการลุกนั่งบนเตียง	3		
2. การทำความสะอาดร่างกาย (ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด ทาแป้ง)	1		
3. การใช้ห้องส้วม (ถอด-ใส่เสื้อผ้า ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำหรือกดชักโครก)	2		
5. การอาบน้ำด้วยตนเอง	1		
6. การแต่งตัว(สวมและถอดเสื้อผ้า)	2		
1. การเดินบนพื้นราบ การใช้รถเข็น	3		
8. การขึ้น-ลงบันได	2		
9. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	2		
10. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ	2		
คะแนนรวมที่ได้	20		

ข้อสังเกต.....

.....

.....

.....

.....

คู่มือการประเมิน

เป็นการวัดความสามารถที่ทำได้จริง (Actual Functional Performance) โดยพิจารณาจากความสามารถช่วยเหลือตนเองได้/ไม่ได้ (Independence /Dependence) ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ช่วยตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง และทำไม่ได้เลยต้องให้คนอื่นทำให้ทั้งหมด ตามแนวทางของ The Barthel Index

โดยใช้วิธีสัมภาษณ์หรือสังเกตความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1. การรับประทานอาหาร

2= ช่วยตนเองได้ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เองจากถาด หรือบนโต๊ะ ซึ่งได้มีผู้จัดไว้ให้ในระยะเวลาที่สามารถเอื้อมถึง อาจจะมีเครื่องช่วยบางอย่างถ้าจำเป็น ตัดอาหารได้ โรยเกลือ พริกไทยได้ ทาเนยบนขนมปังได้ เป็นต้น

1= ต้องมีผู้ช่วยทำบางอย่างให้ (เช่น เมื่อจะตัดอาหารให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ หรือการตักอาหารที่เป็นน้ำ)

0= ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่กล่าวข้างบน

2. การเคลื่อนย้ายตนเองจากที่นั่งไป-กลับเตียงนอน

3= ทำได้เองทั้งหมด คือ ลุกนั่งเองจากท่านอนบนเตียง เคลื่อนย้ายตัวเองจากเตียงไปสู่รถนั่ง และย้ายตนเองจากรถนั่งไปยังเตียงนอน โดยลืดอกห้ามล้อ ยกที่พักเท้าขึ้น แล้วเคลื่อนตัวไปยังเตียงนอนได้อย่างปลอดภัย

2= ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย ในแต่ละขั้นตอนการเคลื่อนย้ายตัว หรือต้องการให้ผู้คอยเตือน/ควบคุมดูแล เพื่อให้เกิดความปลอดภัย

1= สามารถลุกนั่งบนเตียงได้ โดยไม่ต้องให้คนช่วย แต่ต้องช่วยตอนย้ายตัวลงจากเตียง หรือจากเก้าอี้นั่งไปยังเตียง

0= ทำไม่ได้ตามที่กล่าวข้างต้น

3. การทำความสะอาดร่างกาย

1= สามารถล้างมือ ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดโดยใช้อุปกรณ์ที่โกนหนวด โดยไม่ต้องมีคนช่วยและสามารถหยิบและเก็บอุปกรณ์/เครื่องใช้ต่าง ๆ และเก็บเข้าที่ตัวเอง

0= ไม่สามารถทำตามตามที่กล่าวข้างต้น

4. การใช้ห้องส้วม

2= สามารถนั่งส้วม-ลุกได้เอง อาจจะต้องอาศัยที่ยึดเวลาลุก-นั่ง-ถอด-ใส่เสื้อผ้าได้เอง ใช้กระดาษชำระ/น้ำทำความสะอาดตนเองได้เอง ถ้าจำเป็นต้องใช้ภาชนะรองรับการขับถ่ายก็สามารถวางภาชนะบนเก้าอี้ นำไปเท และทำความสะอาดภาชนะได้เอง

1= ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ อาจจะเป็นเพราะการทรงตัวไม่ดี หรือถอด-ใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ หรือทำความสะอาดตนเอง/ภาชนะ/ส้วมไม่ได้

0= ไม่สามารถทำตามที่กำหนดข้างต้น

5. การอาบน้ำด้วยตนเอง

1= สามารถอาบน้ำได้เอง โดยอาจจะเป็นการตักน้ำอาบ การใช้ฝักบัว หรือเป็นการอาบในอ่างได้เอง สามารถทำทุกขั้นตอนในการอาบน้ำได้เอง และสามารถใช้ผ้าเช็ดตัวได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีคนช่วยหรืออยู่ด้วย

0= ไม่สามารถทำตามที่กำหนดข้างบน

6. การแต่งตัว (สวม-ถอดเสื้อผ้า)

2= สามารถสวมหรือถอดเสื้อผ้าที่เป็นของใช้ตนเองหรือที่จำเป็นต้องใช้ สวมถุงเท้า/ผูกเชือก รองเท้าได้ (ถ้าจำเป็นต้องใช้)

1= ต้องการความช่วยเหลือในการสวม-ถอดเสื้อผ้า โดยผู้ป่วยจะต้องสามารถทำได้เองอย่างน้อยร้อยละ 50 ของกิจกรรมนั้น และทำได้สำเร็จในเวลาที่กำหนด

0= ไม่สามารถทำตามที่กำหนดข้างต้น

7. การเดินบนพื้นราบ

3= สามารถเดินได้ระยะทางอย่างน้อยที่สุด 50 หลา โดยไม่ต้องช่วยเหลือหรือคอยดูแล อาจใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน เช่นไม้เท้า ไม้ค้ำยันรักแร้ คอกหัดเดิน แต่ไม่ใช่เครื่องช่วยเดินที่มีล้อ

2= ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ หรือต้องมีคนคอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ในการทำตาม 3 และสามารถเดินได้อย่างน้อยที่สุด 50 หลา โดยมีการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย

การใช้รถนั่ง

1= ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้เอง แต่สามารถนั่งรถเข็นที่เคลื่อนตัวได้โดยผู้ป่วยช่วยตนเอง สามารถที่จะนำรถไปเลี้ยวที่หัวมุมได้ กลับรถได้ เลื่อนรถไปที่โต๊ะ เตียง ห้องน้ำ หรือเคลื่อนที่ไปได้ระยะทางอย่างน้อย 50 หลา (ถ้าเดินได้ไม่ต้องให้คะแนนข้อนี้)

0= ไม่สามารถทำตามที่กำหนดข้างต้น ทั้งการเดินและการใช้รถเข็น

8. การขึ้นลงบันได

2= สามารถขึ้นลงบันไดได้อย่างปลอดภัย โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาจจะใช้การจับราวบันได ไม่เท้า ไม่ค้ำยันรักแร้ช่วยได้ หากไม่ใช่ระหว่างขึ้น-ลงบันได แต่ใช้ในการเดินบนทางราบ ก็ต้องสามารถถืออุปกรณ์เหล่านั้นไปด้วยเมื่อต้องขึ้น-ลงบันได

1= ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม 2

0= ไม่สามารถทำตามที่กำหนดข้างต้น

9. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

2= สามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดในการขับถ่าย และถ่ายเองได้อย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง) หรืออาจต้องสวน/ เหน็บยา/ กินยาระบาย ก็สามารถจัดการได้เองทั้งหมด

1= ต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระด้วยตนเอง หรือบางครั้งก็ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้

0= ไม่สามารถทำตามที่กำหนดข้างต้น

10. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

2= สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ทั้งกลางวันและกลางคืน

1= สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง หรือไม่สามารถรอภาชนะที่รองปัสสาวะได้ หรือไม่สามารถไปถึงห้องน้ำได้ทันเวลา หรือต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง

0= ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้เลย

แบบสอบถาม

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ชื่อ-สกุล.....

1.2 อายุ.....ปี

1.3 สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ สมรส ☐ คู่สมรสเสียชีวิต ☐ หย่า

1.4 อาชีพ

☐ ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ☐ รับราชการ ☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย/ธุรกิจ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

1.5 การศึกษา

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

1.6 ที่อยู่

☐ อำเภอเมือง ☐ ต่างอำเภอ ☐ ต่างจังหวัด

1.7 ประวัติทางการแพทย์/โรคประจำตัว

☐ เคยมีประวัติมีอาการอ่อนแรงของแขนขา ☐ โรคหัวใจ
☐ ความดันโลหิตสูง ☐ เบาหวาน ☐ โรคปวดข้อ
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ข้างที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขา

☐ ขวา ☐ ซ้าย ☐ ทั้งสองข้าง

2.2 ปัญหาด้านสื่อสาร

☐ พูดได้ ฟังเข้าใจ ☐ พูดไม่ได้ ฟังเข้าใจ ☐ พูดไม่ชัด

2.3 ภาวะแทรกซ้อน ☐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ☐ มีภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

☐ แผลกดทับ ☐ ภาวะเกร็ง
☐ ข้อติดแข็ง ☐ อาการปวดตามส่วนต่าง ๆ
☐ ภาวะการติดเชื้อทางเดินหายใจ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

3. ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย

3.1 จำนวนผู้ดูแล

☐ ไม่มีผู้ดูแล ☐ 1 คน ☐ มากกว่า 1 คน

3.2 อายุของผู้ดูแล.....ปี

3.3 เพศของผู้ดูแล ☐ ชาย ☐ หญิง

3.4 การศึกษาของผู้ดูแล

- ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

3.5 ช่วงเวลาที่สามารถให้การดูแลและฟื้นฟู

- ☐ ตลอดเวลา/ทั้งวัน ☐ เป็นบางช่วง

3.6 การบริการสนับสนุน

- ☐ ผู้ป่วยดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองตามลำพัง
☐ญาติหรือครอบครัวช่วยดูแล
☐ ได้รับบริการจากโรงพยาบาลออกไปเยี่ยมที่บ้าน
☐ ได้รับบริการสนับสนุนจากชุมชนที่อาศัยอยู่
☐ ได้รับบริการการรักษาด้วยวิธีการอื่น
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

- อัมพาตครึ่งซีกคืออะไร

☐ อาการที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง	☐ อาการเส้นประสาทถูกทำลาย
☐ อาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ	☐ อาการชาตามหลังหรือขา
- อัมพาตครึ่งซีกเกิดจากสาเหตุใด

☐ เส้นเลือดในสมองตีบแคบ	☐ เส้นเลือดในสมองแตก
☐ เส้นเลือดในสมองถูกอุดตัน	☐ ถูกทุกข้อ
- อาการที่อาจเกิดร่วมกับอัมพาตครึ่งซีกได้แก่อะไรบ้าง

☐ อาการอ่อนแรงของแขน-ขาข้างใดข้างหนึ่ง	
☐ อาการพูดไม่ชัด	
☐ ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย	☐ อาจเกิดข้อใดข้อหนึ่งหรืออาจเกิดทุกข้อ
- ปัจจัยใดที่อาจทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีก

☐ ปวดหลัง	☐ ความดันเลือดสูง
☐ การนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ๆ	☐ ถูกทุกข้อ
- ข้อใดควรทำเพื่อป้องกันอาการอัมพาตครึ่งซีก

☐ หยุดดื่มเหล้า หยุดสูบบุหรี่	☐ ตรวจสุขภาพเป็นประจำ
☐ ควบคุมความดันเลือดหรือระดับน้ำตาล	☐ ถูกทุกข้อ
- การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำได้อย่างไร

☐ ให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนมาก ๆ	☐ ต้องผ่าตัดเส้นเอ็น ยึดกล้ามเนื้อ
☐ ให้หมอแพทย์โบราณมาบีบ นวด	☐ ยกแขน ขา บริหารร่างกาย บ่อยๆ
- สิ่งใดที่จำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

☐ ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย	
☐ ผู้ดูแล ญาติ หรือครอบครัว เข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	
☐ มาพบแพทย์ตามนัดและพบนักกายภาพบำบัดเพื่อติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	
☐ จำเป็นทุกข้อ	
- ผู้ดูแล ญาติ หรือครอบครัวจะช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างไรบ้าง

☐ พาผู้ป่วยมาหาหมอที่โรงพยาบาลเป็นประจำ ให้หมอเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย	
☐ ช่วยพาผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งบ่อย ๆ และให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้	
☐ หายาบำรุง อาหารเสริมต่าง ๆ มาให้ผู้ป่วยกิน	
☐ เมื่อผู้ป่วยยังไม่สามารถนั่งได้เอง ญาติช่วยพาผู้ป่วยเดินออกกำลังบ่อย ๆ	

9. ผู้ป่วยพูดไม่ชัด ญาติจะช่วยได้อย่างไร

- ☐ ชวนผู้ป่วยพูดคุยน้อย ๆ เดี่ยวก็พูดชัดขึ้น ☐ ไม่ชวนผู้ป่วยคุยเดี่ยวผู้ป่วยอาย
- ☐ ใช้ภาษาใบ้ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ☐ ใช้เวลาสักพัก ผู้ป่วยจะพูดได้ชัดเจน

10. ผู้ดูแล ญาติ หรือครอบครัว จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการหัดเดินได้อย่างไร

- ☐ อาศัยญาติสัก 2-3 คนช่วยพยุงผู้ป่วยในการหัดเดิน
- ☐ ช่วยทำราวหัดเดินให้ผู้ป่วยจับเดิน และอาจมีญาติช่วยดูแลสักคนถ้าผู้ป่วยยังเดินไม่เก่ง
- ☐ พาผู้ป่วยไปหัดเดินที่โรงพยาบาลทุกวัน
- ☐ จับแขนข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วยพาดที่คอญาติแล้วให้ญาติพยุงขึ้นเดิน