คณะสหเวชศาสตร์

ผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Effect of Home-Based Physical Therapy Program for Stroke Patients by the Village Health Volunteers

โดย

เนตรสกาว อินทจักร

พงศกร การเร็ว

รัตนาภรณ์ แสนยังกูล

โครงงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (กายภาพบำบัด)

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ปีการศึกษา 2557

โครงงานวิชาชีพ เรื่อง

ผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Effect of Home-Based Physical Therapy Program for Stroke Patients by the Village Health Volunteers

นำเสนอต่อ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

เพื่อประกอบการศึกษา

ระดับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (กายภาพบำบัด)

เมื่อ วันที่ 3 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2557

เนตรสกาว ..... (นางสาวเนตรสกาว อินทจักร) นิสิต	..... (อาจารย์อรรจน์มน ธรรมไชย) อาจารย์ที่ปรึกษา
พงศกร ..... (นายพงศกร การเร็ว) นิสิต	
รัตนาภรณ์ ..... (นางสาวรัตนาภรณ์ แสนยังกูล) นิสิต	

คณะกรรมการสอบโครงงานได้อนุมัติให้

เนตรสกาว อินทจักร

พงศกร การเร็ว

รัตนาภรณ์ แสนยังกูล

สอบผ่านในรายวิชาโครงงานกายภาพบำบัด

เรื่อง

ผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Effect of Home-Based Physical Therapy Program for Stroke Patients by the Village Health Volunteers

เมื่อ วันที่ 3 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2557

.....	.....
(อาจารย์อรรจน์มน ธรรมไชย)	(อาจารย์อรุณีย์ พรหมศรี)
ประธานกรรมการ	กรรมการ
.....	
(อาจารย์พุทธิพงษ์ พลคำฮัก)	
กรรมการ	
.....	.....
(อาจารย์อรุณีย์ พรหมศรี)	(รองศาสตราจารย์มาลินี ธนารุณ)
หัวหน้าสาขากายภาพบำบัด	คณบดีคณะสหเวชศาสตร์

ชีวประวัติ

ชื่อ – สกุล ภาษาไทย	นางสาวเนตรสกาว อินทจักร
ชื่อ – สกุล ภาษาอังกฤษ	Miss. Netsakao Intachak
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 4 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2535
สถานที่เกิด	จังหวัดพะเยา
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	80 หมู่ 12 ต.ขุนควร อ.ปง จ.พะเยา 56140
	E-mail: netsakao597135@gmail.com
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2550
	โรงเรียนขุนควรวิทยาคม จังหวัดพะเยา
	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2553
	โรงเรียนขุนควรวิทยาคม จังหวัดพะเยา
	ปัจจุบันเป็นนิสิตกายภาพบำบัด ชั้นปีที่ 4
	คณะสหเวชศาสตร์
	มหาวิทยาลัยพะเยา
	จังหวัดพะเยา

ชีวประวัติ

ชื่อ – สกุล ภาษาไทย	นายพงศกร การเร็ว
ชื่อ – สกุล ภาษาอังกฤษ	Mr. Pongsakorn Kanreaw
วัน เดือน ปีเกิด	19 มีนาคม 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดพะเยา
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	6 หมู่ 5 ต.คือเวียง อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา 56120
	E-mail: Pongsakorn_1992_@hotmail.com
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้นปีการศึกษา 2551
	โรงเรียนประชาบำรุง จังหวัดพะเยา
	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลายปีการศึกษา 2553
	โรงเรียนประชาบำรุง จังหวัดพะเยา
	ปัจจุบันเป็นนิสิตกายภาพบำบัด ชั้นปีที่ 4
	คณะสหเวชศาสตร์
	มหาวิทยาลัยพะเยา
	จังหวัดพะเยา

ชีวประวัติ

ชื่อ – สกุล ภาษาไทย	นางสาวรัตนาภรณ์ แสนยังกูล
ชื่อ – สกุล ภาษาอังกฤษ	Miss. Rathanaporn Sanyangkool
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2534
สถานที่เกิด	จังหวัดตาก
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	19/22 หมู่ 2 ต.แม่กา อ.เมือง จ.พะเยา 56000
	E-mail: happy_sook_hanajung@hotmail.com
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2550
	โรงเรียนป่าไม้อุทิศ 4 จังหวัดตาก
	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2553
	โรงเรียนสรรพวิทยาคม จังหวัดตาก
	ปัจจุบันเป็นนิสิตกายภาพบำบัด ชั้นปีที่ 4
	คณะสหเวชศาสตร์
	มหาวิทยาลัยพะเยา
	จังหวัดพะเยา

กิตติกรรมประกาศ

โครงงานวิจัยเรื่อง ผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำเร็จล่วงตามวัตถุประสงค์ได้ในครั้งนี้ ทางคณะผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนและความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์อรรจน์มน ธรรมไชย ที่ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ระหว่างการดำเนินการวิจัยตลอดจนตรวจสอบโครงงานวิชาชีพกายภาพบำบัดให้สมบูรณ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี อาจารย์อรุณีย์ พรหมศรี และอาจารย์พุทธิพงษ์ พลคำฮัก สาขาวิชากายภาพบำบัด ที่ได้คำแนะนำและได้ร่วมเป็นกรรมการสอบโครงร่างงานวิจัย นอกจากนี้ คณบดีคณะสหเวชศาสตร์ คณาจารย์และเจ้าหน้าที่ประจำสาขาวิชาคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวกในการใช้อุปกรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญราษฎร์ บุคลากร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่านที่ช่วยประชาสัมพันธ์โครงงานและอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ในการทำวิจัย รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนการศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงใคร่ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

เนตรสกาว อินทจักร
พงศกร การเร็ว
รัตนาภรณ์ แสนยังกูล
3 ธันวาคม 2557

คำรับรอง

ข้าพเจ้านางสาวเนตรสกาว อินทจักร นายพงศกร การเร็ว และนางสาวรัตนาภรณ์ แสนยังกูล นิสิตสาขาวิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ขอรับรองว่า โครงงานวิจัยเรื่อง ผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (The Effect of Home-Based Physical Therapy Program for Stroke Patients by the Village Health Volunteers) เป็นผลการศึกษาซึ่งเกิดจากการศึกษาจริง โดยมิได้คัดลอกหรือคัดแปลงมาจากผลการศึกษาของผู้อื่นที่เคยศึกษาก่อนหน้านี้แต่อย่างใด

เนตรสกาว อินทจักร

พงศกร การเร็ว

รัตนาภรณ์ แสนยังกูล

3 ธันวาคม 2557

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
คำรับรอง	ii
สารบัญ	iii
สารบัญ (ต่อ)	iv
สารบัญ (ต่อ)	v
สารบัญรูป	vi
สารบัญตาราง	vii
สารบัญคำย่อ	viii
บทคัดย่อภาษาไทย	ix
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	x
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	3
สมมติฐาน	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ทบทวนเอกสาร	4
โรคหลอดเลือดสมอง	4
สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก	4
สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศแถบตะวันตก	5
สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในแถบเอเชียและประเทศไทย	5
ความหมายของโรคหลอดเลือด	6
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง	6
ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	7
อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง	9
การแบ่งระยะของโรคหลอดเลือดสมอง	9
การประเมินสมรรถภาพ	10
การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	11
ภาวะที่ควรงดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพชั่วคราว	14
แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	15

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	20
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	20
วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่สำคัญ	20
ขั้นตอนการศึกษา	21
การวิเคราะห์ข้อมูล	25
บทที่ 4 ผลการศึกษา	27
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย	28
ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย และระดับความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการรักษา	31
บทที่ 5 วิจารณ์ผลการศึกษา	35
ผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	35
ผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย	38
ผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านระดับความเครียดของผู้ดูแล	39
ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ	40
สรุปผลการศึกษา	41
เอกสารอ้างอิง	42
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย	48
ภาคผนวก ข หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย	53
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลส่วนตัวในพื้นที่เพื่อประกอบการทำวิจัย	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ง หนังสือคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้แก่ อสม.	61
ภาคผนวก จ หนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	93
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย	95

สารบัญรูป

		หน้า
รูปที่ 1	แผนผังการดำเนินงาน	26
รูปที่ 2	ขั้นตอนการคัดอาสาสมัคร	27

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) 28

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ดูแล) 29

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย (อสม.) 30

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินระดับความสามารถ 31
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(Modified Barthel ADL Index: MBI)

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินผลกระทบจาก 32
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact scale: SIS)
เวอร์ชั่น 3.0 ฉบับภาษาไทย

ตารางที่ 6 แสดงผลการประเมินการรับรู้ความเครียด 33
(Perceived Stress Scale: PSS) เวอร์ชั่น 10 ข้อในผู้ดูแล

สารบัญคำย่อ

CVD	= Cerebrovascular Disease
ICC	= Intraclass Correlation Coefficient
MBI	= Modified Barthel Index
OR	= Odds Ratio
PSS	= Perceive Stress Scale
SIS	= Stroke Impact Scale
TES	= Thai Epidemiologic Stroke Study
TIA	= Transient Ischemic Attacks
อสม.	= อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาวะความบกพร่องทางกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยในชุมชนมีความลำบากในการเดินทางมาฟื้นฟูที่โรงพยาบาล ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณะสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทสำคัญด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 2 ราย โดยประเมินผลก่อนและภายหลังการรักษาด้วยแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Barthel Index: MBI) แบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact scale: SIS) และแบบวัดระดับการรับรู้ความเครียด (Perceived stress scale: PSS) ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการฝึกกายภาพบัดบัดโดย อสม. วันละ 60 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนประเมินด้านต่างๆ ก่อนและหลังการรักษาด้วยการทดสอบ Wilcoxon signed rank พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย และระดับความเครียดของผู้ดูแล แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.18, 0.18 และ 0.32 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงระดับความเครียดของผู้ดูแลของผู้ป่วยรายที่ 2 ลดลง (Pre-test = 19, Post-test = 15) และพบว่าการให้โปรแกรมการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีมุมมองในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : กายภาพบำบัดที่บ้าน โรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

Stroke can cause physical and mental impairments that significantly affects the quality of life of both patients and caregivers. The stroke patients have to been rehabilitated continuously for improving their physical and mental health. However, the distance between hospital and patient's residence is restrict to health services. Therefore, the village health volunteers (VHVs) have played a vital role supporting their communities' curative care, primary care and preventive and promotive programs. The purposed of this study were to compare the effects home-base physical therapy program on stroke patients' ability to perform daily life activities, stroke impacts, and caregiver stress level by the village health volunteers. The study was conducted on 2 chronic stroke patients who lived in Charoen Rat Subdistrict, Meajai Disrtrict, Phayao Province. The patient's ability to perform daily life activities, stroke impacts, and caregiver stress level were assessed at baseline and at the end to the study by the Modified Barthel Index (MBI), the Stroke impact scale (SIS) and the Perceived stress scale (PSS). The physical therapist instructed the rehabilitation program to the village health volunteers for rehabilitating the patient at least 60 minutes/day, 3 days/week for 4 weeks. Wilcoxon signed ranks test was used for comparing the median of score of all variables between before and after program. After the rehabilitation program, MBI score, SIS and PSS were not significant change (p-value = 0.18, 0.18 and 0.32 respectively). Nevertheless, research indicates that stress on caregivers was lowered (Pre-test = 19, Post-test = 15). Both on the patients and the caregivers demonstrated the acceptability of this physical therapy service.

Key word : Physical therapy program, Stroke, The Village health volunteers

บทที่ 1
บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประชากรโลก โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ 10 อันดับแรกทั่วโลกและพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับ 2 สำหรับประเทศไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2546-2555) พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แสดงให้เห็นว่า ยังคงมีความรุนแรง [1] จากข้อมูลการสำรวจความชุกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบว่าความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 1.88 และอยู่ในช่วงอายุ 20-91 ปี [2] ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ แบบเรื้อรัง ได้แก่ การสูญเสียความสามารถทางร่างกายจากการเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบาก และมักสูญเสียบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัวและสังคมรวมทั้งหน้าที่การงาน [3]

ในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความสามารถและการติดตามความก้าวหน้าโดยแบบประเมินที่มีมาตรฐานเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อปรับวิธีฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วย แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel Index) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และพบว่าได้มีการศึกษาปรับปรุงแบบประเมิน Barthel index ให้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถของผู้ป่วยมากขึ้น เป็นแบบประเมิน Modified Barthel Index: MBI จากการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบประเมิน MBI พบว่ามีค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีเยี่ยม ซึ่งมีการแปลใช้เป็นภาษาต่างๆ ในหลายประเทศทั่วโลก โดยฉบับภาษาไทยมีค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับน่าเชื่อถือดีเยี่ยม (ICC=0.86-0.87, 0.96) [4,5] แบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact scale: SIS) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับภาวะความบกพร่อง (Impairment) ภาวะทุพพลภาพ (disability) ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง และระดับการฟื้นตัวหรือการหายของโรค ซึ่งแบบประเมิน SIS มีการพัฒนามาหลายเวอร์ชัน [6] เวอร์ชัน 3.0 เป็นแบบประเมินที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายมีความเที่ยงตรงในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีเยี่ยม ค่า ICC=0.98 [7] ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีความเครียดสูง มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และมีภาวะอารมณ์แปรปรวนที่ถือเป็นปัจจัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ระบบต่างๆ โดยความเครียดของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน [8,9] และในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ดูแลต้องรับภาระในการช่วยปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน กิจกรรมในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ฯลฯ จึงส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ร่างกายทรุดโทรม ปวดหลัง กังวล นอนไม่หลับ รับประทานอาหารน้อย พักผ่อนน้อย รวมถึงการที่ผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียด ดังนั้น ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลพบว่ามีความเครียดทั้งสองกลุ่ม จากการศึกษาเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงมีการวัดระดับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน Perceived stress scale: PSS เวอร์ชัน 10 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพหาค่าบรรทัดฐาน (Norm) ในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ค่าระดับความน่าเชื่อถือปานกลาง คือ 0.78 ซึ่งได้มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทยและได้มีการนำมาใช้ประเมินในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ค่าความน่าเชื่อถือ คือ 0.84 และแบบประเมิน PSS เวอร์ชัน 14 ข้อ ได้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยและใช้ประเมินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิและได้ค่าความน่าเชื่อถือปานกลาง คือ 0.72 [10]

ในประเทศไทยหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องกลับไปรับการรักษาฟื้นฟูที่บ้าน ซึ่งภาวะเศรษฐกิจทำให้มีความลำบากในการเดินทางกลับมารับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาล ดังนั้น การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังจึงควรเป็นการฟื้นฟูที่บ้าน โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามอัตภาพสามารถกลับไปมีชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข จากการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังพบว่าการให้โปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้าน จะช่วยเพิ่มความสามารถด้านร่างกาย ลดความเครียด รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการอยู่ในสังคมของผู้ป่วยได้ แต่หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการฝึกที่บ้านผลต่างๆ กลับสู่สภาพเดิม [3] ดังนั้น การให้การรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะมีกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในพื้นที่และทำหน้าที่เยี่ยมฟื้นฟูผู้ป่วยแทนนักกายภาพบำบัดเพื่อให้ผลการฟื้นฟูผู้ป่วยคงอยู่ได้อย่างยั่งยืน จากการศึกษาผลการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแสดงถึงความสามารถในการฟื้นฟูผู้ป่วยของ อสม. [11] อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านพบว่าการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นการดำเนินการโดยพยาบาล [8,12–13] การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลที่เกิดขึ้นหลังจากการให้การรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อประเมินผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ต่อผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ
3. เพื่อประเมินผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐาน

หลังจากการให้โปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย และระดับความเครียดของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำข้อมูลของงานวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อในอนาคตได้
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วยลดลง รวมไปถึงระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง
3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถนำหลักการรักษาทางกายภาพบำบัดเบื้องต้นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างถูกต้องและได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

โรคหลอดเลือดสมอง [14]

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาวะทุพลภาพของประชาชนทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ในอดีตโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์สูงในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่รายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร Lancet ปี ค.ศ. 2000–2008 กลุ่มประเทศที่มีรายได้ประชาชาติปานกลาง-ต่ำมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มประเทศที่มีรายสูงถึงร้อยละ 20 ในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธการแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถิติสาธารณสุขว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่มีปัจจัยเสี่ยงหลักจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และมีปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก [14]

สถิติด้านภาวะสุขภาพประชากรโลกขององค์การอนามัยโลกในปี 2012 กลุ่มโรคไม่ติดต่อจัดเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของประชากรโลก โดยพบว่าในปี 2008 ร้อยละ 63 ของประชากรที่เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งในบรรดากลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตร้อยละ 48 เป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือมะเร็ง (ร้อยละ 21) และโรคของระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 12) ตามลำดับ ทั้งนี้ร้อยละ 80 ของการเกิดโรคของหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพซึ่งได้แก่ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การกินอาหารขยะ และการดื่นแอลกอฮอล์เกินขนาด

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke or cerebrovascular disease; CVD) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาวะทุพลภาพของประชากรทั่วโลก จากรายงานการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร Lancer ปี ค.ศ. 2009 พบว่าในช่วง 40 ปีที่ผ่านมาอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ประชาชาติปานกลางถึงต่ำเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มประเทศที่มีรายได้ประชาชาติสูงนั้นมีอุบัติการณ์ลดลงถึงร้อยละ 42 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกและในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตเกือบ 6 ล้านคน โดยทุกๆ 6 วินาทีทั่วโลกจะมีผู้ชีวิตชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการ

เสียชีวิตของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุลำดับ 5 ของการเสียชีวิตในผู้ที่มีอายุ 15-59 ปี โดยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศแถบตะวันตก [14]

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของชาวอเมริกัน รองจากมะเร็งและโรคหัวใจ ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ มีค่าประมาณร้อยละ 3 สำนักงานสถิติของสหรัฐอเมริการายงานว่าทุก 40 วินาที มีชาวอเมริกัน 1 คนเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณสามในสี่ (ร้อยละ 75) ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกาพบในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สำหรับพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ประมาณร้อยละ 87 เกิดจากสภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ผู้ที่อยู่รอดจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักมีภาวะทุพลภาพ โดยประมาณร้อยละ 50 ของผู้ที่รอดใช้เครื่องช่วยเดินโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ ร้อยละ 26 ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 19 มีปัญหาด้านการพูด การสื่อสาร (aphasia) ร้อยละ 35 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 26 ต้องเข้ารับการดูแลในสถานพยาบาล หรือสถานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จากรายงานการค้นคว้าอย่างเป็นระบบที่รวบรวมการศึกษาโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ประมาณร้อยละ 1.5 (ประเทศอิตาลี) จนถึงร้อยละ 3 (ประเทศสหรัฐอเมริกา และอังกฤษ) โดยพบว่าอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในส่วนของปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ สำหรับพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเกิดจากภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มากกว่าการเกิดเส้นในสมองแตก (hemorrhagic stroke)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในแถบเอเชียและประเทศไทย [14]

ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรโลกอาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย และผู้ที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในประเทศแถบเอเชีย พยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประเทศแถบเอเชียแตกต่างจากประเทศแถบตะวันตก โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากเส้นเลือดแตก (hemorrhagic stroke) สูงกว่าในแถบตะวันตก ทั้งนี้สัดส่วนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการที่สมองขาดเลือด (infarction) ต่อการที่เส้นเลือดในสมองแตก (hemorrhage) คิดเป็น 2:1 ถึง 3:1 ในเอเชียตะวันออก (ญี่ปุ่น เกาหลี จีน) ในขณะที่คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 5:1 ถึง 10:1 ในซีกโลกตะวันตก ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมองในเอเชีย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และโรคเบาหวาน ผลการสำรวจในปี 2001-2002 พบว่าในประเทศจีนมีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 160 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 18.8 ในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้น

ไปและร้อยละ 27.2 ในผู้ที่มีอายุ 35-75 ปี) และในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 45 ที่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง มีการคาดการณ์ว่าในปี 2025 ประเทศจีนและอินเดียจะมีประชากรรวมกว่า 500 ล้านคน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ในประเทศไทยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข รายงานสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยตั้งแต่ปี 2550-2554 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของคนไทย รองลงมา คือ มะเร็ง และอุบัติเหตุ และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อสูงเป็นอันดับ 5 รองจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน และปอดอักเสบ จากรายงานการศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย (Thai Epidemiologic stroke (TES) Study) ซึ่งเก็บข้อมูลระหว่างปี 2004-2006 นับเป็นการศึกษาขนาดใหญ่ที่มีการเก็บข้อมูลกระจายในทุกภูมิภาคของประเทศพบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของคนไทยคิดเป็นร้อยละ 1.88 ทั้งนี้หากคิดเฉพาะกลุ่มที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.7 โดยเพศชายมีความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิงทุกช่วงอายุ สำหรับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของคนไทย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง [15]

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองเกิดการตีบตันหรือมีภาวะของหลอดเลือดในสมองแตก (Burst) ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดรอบเนื้อเยื่อสมองทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองลดลงทำให้สมองขาดออกซิเจนและอาหาร

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง [15]

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่มีการตีบหรือเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองโดยเกิดขึ้นนานกว่า 24 ชั่วโมง เรียกว่า Ischemic stroke มีประมาณร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองในกรณีที่เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองภายใน 24 ชั่วโมงและอาการของผู้ป่วยดีขึ้นหลังจากนั้น การอุดตันของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นเป็นเพียงชั่วคราว หรือทางการแพทย์เรียกว่า Transient ischemic attack (TIA) และการแตกของหลอดเลือดในสมองและทำให้มีการคั่งของเลือดรอบเซลล์สมอง ซึ่งเรียกว่า Hemorrhagic stroke มีประมาณร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง [15]

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยง

1. อายุและเพศ เป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากรายงานในต่างประเทศพบว่าผู้มีอายุ 55-64 ปี ในเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.25 เท่า ผู้มีอายุ 65-74 ปี ในเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.50 เท่า ผู้มีอายุ 75-84 ปี ในเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.07 เท่า และในผู้มีอายุ 85 ปีหรือมากกว่าในเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 0.76 เท่า กล่าวโดยสรุปคือในเพศชายวัยสูงอายุมีแนวโน้มเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จึงควรได้รับการประเมินป้องกันและควบคุมการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือประวัติครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากรายงานการทบทวนการศึกษาวิจัยอย่างมีระบบ (Systematic review) ใน 53 การศึกษาวิจัยโดยศึกษาในกลุ่มฝาแฝดทั้งแบบฝาแฝดแท้ (Monozygotic twins) และฝาแฝดไม่แท้ (Dizygotic twins) ร่วมกับการศึกษาในผู้มีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบ Case controlและแบบ Cohort โดยใช้ Odds Ratio (OR) สำหรับการวิเคราะห์หาค่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาดังกล่าวพบว่าในกลุ่มที่เป็นฝาแฝดแท้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มฝาแฝดไม่แท้ (OR 1.65; 95% CI, 1.2 ถึง 2.3, $p = .003$) และการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งในการศึกษาแบบ Case-control (OR 1.76; 95% CI, 1.6 ถึง 1.9, $p < .00001$) และการศึกษาแบบ Cohort (OR 1.30; 95% CI,1.2 ถึง 1.5, $p < .00001$) ดังนั้นปัจจัยทางพันธุกรรมหรือการมีประวัติครอบครัวถูกมองข้าม ผู้มีภาวะเสี่ยงควรได้รับความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมและเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ [15]

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยหนึ่งที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยหนึ่งในต่างประเทศ ได้ศึกษาเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตในช่วงชีวิตของผู้มีอายุ 65 ปีจำนวน 875 คน โดยศึกษาติดตามทุกๆ 2 ปีจนครบ 51 ปี พบว่าผู้สูงอายุทั้งผู้หญิงและผู้ชายที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอทมีความเสี่ยงในช่วงชีวิตของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

น้อยกว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

2. โรคเบาหวาน เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาวิจัยหนึ่งของประเทศในทวีปเอเชียมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (Early death) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic stroke และ Hemorrhage stroke จำนวน 2,403 คนซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งรวมโรคเบาหวานอยู่ด้วย ผลการศึกษาพบว่าโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทางสถิติมีผลต่อการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic stroke (OR1.52, 95% CI, 1.04 ถึง 2.22, $p = .03$)

3. ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกามีการศึกษาความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้หญิงชาวอเมริกันสีผิวต่างๆ จำนวน 24,343 คน โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 52 ปี ใน 8 การศึกษาวิจัยกับระดับคอเลสเตอรอลในกระแสเลือด ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการมีคอเลสเตอรอลในกระแสเลือดกับการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด Nonhemorrhagic stroke ในผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี โดยมี Relative risks 1.23 (95% CI, 1.02 ถึง 1.49) ดังนั้นการควบคุมระดับคอเลสเตอรอลในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

4. โรคหัวใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาวิจัยในประเทศที่พัฒนาแล้วได้มีการตรวจสอบความสัมพันธ์ของความรุนแรงของการเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกรวมทั้งลักษณะร่วมต่างๆ กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจโคโรนารีจำนวน 3,122 คนในช่วงระยะเวลาเฉลี่ย 8.2 ปี พบว่าผู้ป่วยจำนวน 186 คน (ร้อยละ 6) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic stroke หรือ Transient ischemic attacks ดังนั้นการเกิดโรคหัวใจจึงควรได้รับการประเมินและควบคุมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

5. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง งานวิจัยหนึ่งในประเทศญี่ปุ่น ได้ศึกษาวิจัยในผู้ชายจำนวน 19,728 คน และผู้หญิงจำนวน 21,500 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้เลิกสูบบุหรี่แล้วและผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ โดยทั้งหมดของผู้ได้รับการคัดกรองเข้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีการศึกษาติดตามเป็นเวลา 11 ปี จากการวิเคราะห์ด้วย Multivariate พบว่า Relative risks ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดในผู้ชายและผู้หญิงที่สูบบุหรี่เป็น 1.27 (95% CI, 1.05–1.54) และ 1.98 เท่า (95% CI, 1.42–1.77) ของผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ตามลำดับ นอกจากนี้ยัง

พบว่าความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิด Subarachnoid hemorrhage ในผู้ชายและผู้หญิงที่สูบบุหรี่คิดเป็น 3.6 เท่าและ 2.7 เท่าของผู้ชายและผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ตามลำดับ กล่าวโดยสรุปคือการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นควรงดหรือเลี่ยงการสูบบุหรี่เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง [16]

1. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด อาจสังเกตพบอาการอัมพาตขณะตื่นนอน หรือขณะเดินหรือทำงานอยู่ก็รู้สึกทรุดจะล้มลง อาจมีอาการชาตามแขนขา ตามัว ตาเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยว หรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หรือ มีความรู้สึกสับสนนำมาก่อนที่จะมีอาการอัมพาตของแขน ขา ผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียวเท่านั้น กล่าวคือถ้าการตีบตันของหลอดเลือดเกินขึ้นในสมองซีกซ้าย ก็จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวาและอาจพูดไม่ได้เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย ถ้าเกิดขึ้นในสมองซีกขวาก็จะเกิดอัมพาตซีกซ้าย อาการอัมพาตมักจะเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไปและจะเป็นอยู่นานเป็นแรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิต

2. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการอัมพาตมักเกิดขึ้นฉับพลันทันที

3. ผู้ป่วยอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก มักพบในคนหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ โดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้าอาจบ่นปวดศีรษะรุนแรง หรือปวดศีรษะซีกเดียวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน แล้วก็มีอาการปากเบี้ย พูดไม่ได้ แขนขาค่อยๆ อ่อนแรง อาจชัก และหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้าตกเลือดรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติตัวเกร็ง รูม่านตาเล็กทั้ง 2 ข้าง ซึ่งมักตายใน 1–2 วัน ถ้าตกเลือดไม่รุนแรงก็อาจมีโอกาสฟื้นและค่อยๆ ดีขึ้น หรือถ้าได้รับการผ่าตัดได้ทันทีก็อาจช่วยให้รอดชีวิตได้

การแบ่งระยะของโรคหลอดเลือดสมอง [17]

อาการของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24–48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจ

ผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมงกล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลังเป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวการช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4-6 เดือนหรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

การประเมินสมรรถภาพ [18]

1. การประเมินการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึก
   - การประเมินประสาทสั่งการ (motor function assessment)
   - การประเมินประสาทรับความรู้สึก (sensory assessment)
   - การควบคุมการประสานงานการเคลื่อนไหว (coordination)
   - พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion)
   - ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone)
2. การประเมินการทำกิจกรรม
   - กิจวัตรประจำวัน เช่น Barthel index
   - การประกอบอาชีพ
3. การประเมินการสื่อความหมาย
4. การประเมินการกลืน
5. การประเมินสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive and perception assessment)

การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยชนิดต่างๆ หลายชนิด ซึ่งเนื่องมาจากสาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคที่แตกต่างกัน [1] การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์ คือ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความพิการเหลือน้อยที่สุดหรือช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้แม้มีความพิการหลงเหลืออยู่เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย [19]

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันพบว่าแนวทางในการรักษาที่ถือว่าได้ผลดีนั้นยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ การรักษาที่ดีที่สุดของผู้ป่วยโรคนี้จึงคือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง [20]

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 2 ลักษณะ คือ

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบ หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ผู้ป่วยต้องได้รับเป็นเวลาอย่างน้อย วันละ 2 ชั่วโมง และอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเบา หมายถึง ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างน้อยครั้งละ 1 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 วัน [19]

อย่างไรก็ตามการรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุขพอสมควรตามอัตภาพ ซึ่งการฟื้นฟูจะเป็นการช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาและลดความรุนแรงของโรคลง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่อาศัยความต่อเนื่องในการให้การรักษาโดยแบ่งได้เป็นระยะต่างๆ ดังนี้

1. ระยะที่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็น

1.1 ระยะแรกซึ่งเป็นระยะเฉียบพลัน ระยะนี้จะเป็นระยะที่ผู้ป่วยนอนหมดสติไม่รู้สึกตัว เป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพจึงเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น แผลกดทับจากการนอนนาน ภาวะข้อติด ปอดอักเสบ เป็นต้น

1.2 ระยะพ้นจากระยะเฉียบพลัน ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ การฟื้นฟูสภาพมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดซึ่งควรเริ่มทำทันทีหลังจากพ้นภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต การฟื้นฟูจะเป็นการออกกำลังกายด้วยตนเอง การเคลื่อนไหวข้อต่อโดยมีผู้อื่นทำให้ในแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตเพื่อป้องกันการเกิดข้อติดและรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และส่งเสริมการทำงานของร่างกายด้านที่ดีโดยการออกกำลังกายให้มีความแข็งแรง

1.3 ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพร่างกายจะทำได้หลายแบบขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยโดยการฟื้นฟูจะทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยการฟื้นฟูจะเป็นการบริหารกล้ามเนื้อต่างๆ ให้มีความแข็งแรงมากขึ้น ให้มีความพร้อมในการทำกิจกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น ดังนี้

- การบริหารกล้ามเนื้อก้น (Gluteal muscle)
- การบริหารกล้ามเนื้อหน้าขา (Quadriceps muscle)
- การฝึกนั่งทรงตัวบนเตียง
- การฝึกเคลื่อนย้ายตัวเองมานั่งข้างเตียง
- การยืนโดยอาจต้องใช้เครื่องช่วยพยุง (Walker)

2. ระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลฟื้นฟูที่บ้านเป็นระยะเวลาตลอดชีวิตซึ่งต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูที่โรงพยาบาล เนื่องจากการฟื้นตัวของโรคจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกที่เกิดโรคและอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ จนกระทั่ง 6 เดือน แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจมีการฟื้นตัวของโรคไปได้เรื่อยๆ จนถึง 1 ปี แต่ในบางรายอาจมีการฟื้นตัวของโรคไปได้มากกว่า 1 ปี จุดมุ่งหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะนี้ คือ เพื่อดำรงความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในระยะนี้ส่วนใหญ่เป็นการคงไว้ซึ่งศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วยแต่ละรายในการช่วยเหลือตนเองในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงสามารถทำกิจกรรมและงานต่างๆ ได้ดีขึ้นเพื่อลดภาระของครอบครัว [21] โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้าน เช่น การจัดท่าที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การดูแลรักษาโรคที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อสถานบริการใกล้บ้าน [19]

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเห็นได้ว่าจุดมุ่งหมายคือเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากขึ้น แต่การวิธีการที่ดีที่สุดคือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองดีที่สุด

2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการเคลื่อนไหวหรือการเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ [15]

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังพอที่จะสามารถเคลื่อนไหวอวัยวะบางส่วนได้ ญาติควรสนับสนุนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสออกจากห้องนอน เปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระ และสามารถเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยอยู่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของญาติหรือลูกหลานตามความเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น

2.2 ด้านการรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหารที่เพียงพอและมีประโยชน์มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยอาจสูญเสียวิตามินและเกลือแร่จากการรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอและไม่สมดุลต่อความต้องการของร่างกาย

2.3 ด้านการนอนหลับพักผ่อน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ เช่น นอนหลับยาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินและมีการหายใจผิดปกติในขณะนอนหลับ เช่น ในผู้ป่วยที่เป็น Obstructive sleep apnea ซึ่งมีปัญหาเรื่องของการหยุดหายใจขณะหลับประมาณ 10 วินาทีหรือมากกว่า จึงควรแนะนำผู้ป่วยในการลดน้ำหนักร่วมด้วย ในผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องมือช่วยแก้ไขปัญหาการนอนหลับในเวลากลางคืนและลดความเครียดจากปัญหาของการนอนหลับ

2.4 ด้านการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆควรแนะนำญาติหรือผู้ดูแลในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้ออำนวยต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ห้องน้ำควรมีเหล็กช่วยยึดจับหรือมีเก้าอี้ที่ใช้ในห้องน้ำเฉพาะ พื้นห้องน้ำควรเตรียมด้วยวัสดุผิวหยาบเพื่อป้องกันการลื่นล้ม ผู้ป่วยอาจมีไม้เท้าที่ช่วยเดินหรือเก้าอี้มีล้อเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการช่วยเหลือตนเอง การใส่เสื้อผ้าควรพอดีตัวไม่คับมากเกินไปเพราะจะทำให้ผู้ป่วยใส่ไม่สะดวก (National Stroke Association, 2006) เรื่องการขับถ่าย แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารสูง และควรดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอหากไม่มีข้อจำกัดของโรคแทรกซ้อนอื่น เช่น ไตทำงานบกพร่อง หรือโรคหัวใจ เป็นต้น

2.5 ด้านความคิดและการรับรู้

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีปัญหาเรื่องของความคิดและการรับรู้ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อสมรรถภาพด้านความคิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ได้รับผลกระทบนั่นคือสมองแต่ละด้านของคนเราจะควบคุมการทำงานที่แตกต่างกันการทำลายของสมองด้านหนึ่งอาจเป็นเหตุให้มีการสูญเสียความชำนาญด้านภาษา เช่น การพูดความเข้าใจในความหมายของการพูด การอ่าน และการเขียน นอกจากนี้อาจเป็นเหตุให้สูญเสียความทรงจำในเรื่องของการพูด ในขณะที่การทำลายของสมองอีกด้านหนึ่งอาจมีผลต่อความสนใจ ความคิด และปัญหาทางพฤติกรรม

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยการให้ความช่วยเหลือในหลายๆ ด้านซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองเป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ร่างกายของผู้ป่วยคืนสภาพได้ใกล้เคียงหรือเป็นปกติมากที่สุด

ภาวะที่ควรงดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพชั่วคราว [18]

ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ หากมีอาการหรืออาการแสดงดังต่อไปนี้ ควรงดโปรแกรมชั่วคราว

- ไข้ ≥ 38 °C
- ชีพจร > 100 หรือ < 60 ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิต SBP >180 หรือ < 90, DBP > 110 หรือ < 60 มิลลิเมตรปรอท
- เจ็บแน่นหน้าอก
- หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเฉียบพลัน
- หอบเหนื่อย
- ซึมลง สับสน หรือมีภาวะทางจิตที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูต่อได้
- ชัก
- แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น
- ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียนมาก
- ขาบวมที่สงสัยว่าจะมีเส้นเลือดดำส่วนลึกอุดตัน

ไม่ว่าจะเป็นโรคสมองขาดเลือดหรือเลือดออกในสมองหลังการเกิดโรคผู้ป่วยมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้านทำให้เกิดผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น เกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ด้านสติปัญญา ประสาทการรับรู้และการเรียนรู้ ด้านการสื่อความหมายด้านพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งมีปัญหาด้านสังคมการให้การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิต มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีมากขึ้น และให้มีความพิการเหลือน้อยที่สุดหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้แม้มีความพิการหลงเหลืออยู่ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย [22]

แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะประเมินถึงความสำคัญ 3 หลัก ได้แก่ การดูแลตัวเอง (self-care), การเคลื่อนไหว (mobility), การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (daily activities) เพื่อประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง [23] ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Barthel ADL Index: MBI) เนื่องจากแบบประเมินนี้มีความน่าเชื่อถือสูงและมีการใช้อย่างแพร่หลาย [4] แบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact scale: SIS) เวอร์ชั่น 3.0 ฉบับภาษาไทย ที่มีความน่าเชื่อถือที่ดีและใช้กันอย่างแพร่หลาย [7] รวมถึงการวัดระดับความเครียดโดยใช้แบบประเมิน Perceived stress scale: PSS เวอร์ชัน 10 ข้อ ประเมินระดับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย [10]

แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Barthel ADL Index: MBI)

ปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Barthel Index [24] ซึ่งเป็นแบบประเมินที่รู้จักกันมากที่สุดและใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายๆประเทศ ปรับปรุงเพื่อให้ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของความสามารถผู้ป่วยมากขึ้นและมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยไม่เพิ่มความยากหรือระยะเวลาในการประเมิน [25] แบบประเมิน Barthel Index ของสถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, (2545) เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ดัชนีบ่งชี้ถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเองและระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย [26] มีงานวิจัยที่นำแบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมาใช้ในงานวิจัย เช่นการศึกษาของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปี 2554 ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินผลความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย ศึกษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยา จำนวน 40 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 40 ราย และทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 25 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดจำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 อายุระหว่าง 71-80 ปีมากที่สุด ผู้ดูแลผู้ป่วย จำแนกเป็นภรรยามากที่สุด ร้อยละ 45 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 72.5 อายุระหว่าง 20-30 ปี ส่วนทีมสหสาขาวิชาชีพ จำแนกเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ แพทย์ และนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 12.0 เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 72.0 อายุ 41-50 ปี มากที่สุด จาก

การประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในภาพรวมค่าเฉลี่ย 13.60 สูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ย 9.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากการประเมินผลความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพมีคะแนนความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพในภาพรวมค่าเฉลี่ย 12.02 น้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 16.15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสามารถและทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคะแนนความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพหลังได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพ มีคะแนนความสามารถและทักษะในภาพรวม ค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาของเจียมจิต แสงสุวรรณ ในปี 2535 ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัย และการจัดการทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 อยู่ในวัยสูงอายุ มีอายุระหว่าง 71–80 ปีกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวส่วนใหญ่มักจะมีความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ [27] นอกจากนี้ยังมีการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในภาพรวม (ค่าเฉลี่ย 13.60) สูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม (ค่าเฉลี่ย 9.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การประเมินผลความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ผลของความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพมีคะแนนความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพในภาพรวม ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถ้าไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและส่งผลให้เกิดข้อและกระดูกติดหรือเกิดความพิการถาวรได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ [28] ความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนน ความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การดูแลแบบสหวิชาชีพ พบว่า หลังได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพมีคะแนนความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยในภาพรวม (ค่าเฉลี่ย 11.68) สูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม (ค่าเฉลี่ย 6.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact scale: SIS) เวอร์ชั่น 3.0 ฉบับภาษาไทย

เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับภาวะความบกพร่อง (Impairment) ภาวะทุพพลภาพ (disability) ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง และระดับการฟื้นตัวหรือการหายของโรค ซึ่งแบบประเมิน SIS มีการพัฒนามาหลายเวอร์ชัน [6] แบบประเมิน SIS เวอร์ชัน 3.0 เป็นแบบประเมินที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายมีความเที่ยงตรงในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีเยี่ยม ค่า ICC=0.98 [7] แบบประเมิน SIS เวอร์ชัน 3.0 ได้รับการพัฒนาเป็นคำถาม 59 ข้อ ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต 8 ด้าน ได้แก่ ความแข็งแรง (strength), การทำงานของมือ (hand function), การเคลื่อนไหว (mobility), ทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living), อารมณ์ (emotion), ความคิดความจำ (memory), การติดต่อสื่อสาร (communication), การเข้าร่วมทางสังคม (social participation) ให้เลือกคำตอบได้ 5 ระดับตั้งแต่ ทำได้ไม่ยาก จนถึงทำไม่ได้เลย [6]

จากศึกษาของ ทศพร คำผลศิริ และคณะ ในปี พ.ศ. 2549 ได้นำเอาแบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในงานวิจัยเรื่องการศึกษาโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับเครื่องมืออื่น ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ดัชนีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยศึกษาในชุมชนหนึ่งในเชียงใหม่ พบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วง 1 ปีหลังจากออกโรงพยาบาลที่ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 28 ราย กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมในโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ และคำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ และทำเก็บรวบรวมข้อมูลทำก่อนให้การพยาบาล หลังให้พยาบาล 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ จากการศึกษา พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่ในกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงในสัปดาห์ที่ 12 ส่วนความซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญตลอดทุกช่วงของการวัด แต่ในกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง สำหรับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของทั้งสองกลุ่ม พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ ในขณะที่คุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความซึมเศร้าสำหรับ แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 12 [29]

สรุปได้ว่า การที่กลุ่มการทดลองมีในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน

แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สร้างขึ้นโดยโคเฮนและคณะ (Cohen ,et al.1994) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม คำถาม 10 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 อันดับ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 10-40 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก ซึ่งแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ หาค่าบรรทัดฐาน (Norm) ในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2387 คน เมื่อปี ค.ศ. 1994 ซึ่งแบบวัดได้ปรับปรุงให้มีจำนวน 10 ข้อคำถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.78 และยังได้มีนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศสเปน เมื่อปี ค.ศ. 2001 ซึ่งเป็นแบบวัดการรับรู้ความคิดของ โคเฮน (ค.ศ. 1983) มีจำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.67 ปรานี มิ่งขวัญ (2542) ได้นำแบบ 14 ข้อคำถามแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.72 แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ของโคเฮน ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 4 ข้อ และข้อความทางลบ 6 ข้อ การประเมินการรับรู้ความเครียดจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยว่าคำถามแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดทั้งชุด มีค่าระหว่าง 10-40 คะแนน แบ่งระดับความเครียดเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 10-20 หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ, ช่วงคะแนน 21-31 หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง, ช่วงคะแนน 32-40 หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2547 โดยใช้แบบแบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ของโคเฮน (Cohen 1994) ศึกษาในผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ จัดหวัดลพบุรี พบว่า มีคะแนนความเครียดจากแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 12 คน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แล้วทำการสลับเข้ากลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน โดยทำการทดลองคนละ 8 ครั้งๆ ละ 50 นาทีต่อคน การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล จากผลการศึกษาพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการ

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล มีค่าคะแนนความเครียดต่ำกว่า ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามไม่แตกต่าง [10]

การให้การรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีกลุ่มเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่ฟื้นฟูผู้ป่วยแทนนักกายภาพบำบัดเพื่อให้ผลการฟื้นฟูผู้ป่วยคงอยู่ได้อย่างยั่งยืน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลที่เกิดขึ้นหลังจากให้การรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไปในอนาคต

บทที่ 3
วัสดุอุปกรณ์และวิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุช่วง 20-91 ปี [2] โดยประเมินผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย และระดับความเครียดของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งจะดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 1 เดือน

วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่สำคัญ

1. แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Barthel ADL Index: MBI) ของสถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, (2545) [30]
2. แบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact scale: SIS) เวอร์ชั่น 3.0 ฉบับภาษาไทย [29]
3. แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล [9]
4. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย
5. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล (Digital Blood Pressure Monitor) ยี่ห้อ ALP K2 รุ่น K2-1802

ขั้นตอนการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการศึกษา 2 ขั้นตอน อันได้แก่

1. ขั้นตอนและวิธีการที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
2. ขั้นตอนการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล และให้โปรแกรมการรักษา

1. ขั้นตอนและวิธีการที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1.1 ศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะพยาธิสภาพ อาการแสดง ปัญหาหรือผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากความพิการ สภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และสภาวะครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมถึงออกแบบระบบการเก็บข้อมูล

1.2 การกำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยวิธีการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงจำนวน 5 คน โดยแบ่งพิจารณาผู้เข้าร่วมทำวิจัยเป็น 3 กลุ่มจากเกณฑ์คัดเข้า-เกณฑ์คัดออก ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดดังนี้

1.2.1 เกณฑ์คัดเข้า-เกณฑ์คัดออก กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- เกณฑ์การคัดเข้า
  1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
  2) สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้
  3) ได้ผ่านการอบรมการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโครงการ “อสม. สร้างจิตอาสาพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและผู้สูงอายุ”
  4) ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยได้อย่างเต็มที่
- เกณฑ์การคัดออก
  1) มีความเจ็บป่วย เช่น มีการบาดเจ็บทางร่างกาย เช่น มีแผล ซึ่งจะส่งต่อการรักษาทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ
  2) มีประวัติเป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ เช่น วัณโรค โรคผิวหนัง โรคเอดส์

1.2.2 เกณฑ์คัดเข้า-เกณฑ์คัดออก กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- เกณฑ์การคัดเข้า
  1) เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน [3]
  2) มีอายุอยู่ในช่วง 20-91 ปี [2]
  3) สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้และเข้าใจ
  4) มีผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
  5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

• เกณฑ์การคัดออก

1) เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น มีการรับรู้ความรู้สึกลดลง มีอาการเบลอหรือหมดสติ มีภาวะแทรกซ้อนทางตา หรือมีแผลที่เท้าร่วมด้วย

2) โรคข้ออักเสบเรื้อรัง เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเกาต์ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการให้การรักษาทางกายภาพบำบัด

3) ผู้ที่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจอย่างชัดเจนทั้งเฉียบพลันหรือเรื้อรัง

4) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์

1.2.3 เกณฑ์คัดเข้า-เกณฑ์คัดออก กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

• เกณฑ์การคัดเข้า

1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

2) ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกวันวันละอย่างน้อย 60 นาที [18]

3) ให้ความร่วมมือในการฝึกกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยร่วมกับ อสม.

• เกณฑ์การคัดออก

1) เป็นผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำซึ่งส่งผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วย

2) เป็นผู้วิกลจริตหรือมีสติไม่สมประกอบ

3) เป็นผู้พิการซ้ำซ้อนด้านการเคลื่อนไหวหรือพิการมาตั้งแต่กำเนิด

4) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เช่น โรคข้ออักเสบเรื้อรัง โรคปวดหลัง

1.3 ประสานความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ในการขอความร่วมมือเพื่อเข้าไปสำรวจเก็บข้อมูลและคัดเลือก อสม. ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมองจากโครงการ “อสม.สร้างจิตอาสาพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและผู้สูงอายุ” เพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้พร้อมทั้งชี้แจงอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

1.4 ทำหนังสือขอรับรองเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

1.5 คณะผู้ทำวิจัยทำการบันทึกข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

1.6 คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงคือเป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 5 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 คน

1.7 ทำหนังสือขอความยินยอมให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงเจตจำนงในการเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในใบยินยอมหากผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.8 ทำการฝึก อสม. ที่เข้าร่วมการวิจัยในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องในการให้การรักษาและเป็นการทบทวนความรู้ของ อสม. ที่เคยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พร้อมทั้งแจกเอกสารคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นและแจ้งรายละเอียดการลงพื้นที่ในการให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ให้แก่ อสม. รับทราบ

2. ขั้นตอนการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล และให้โปรแกรมการรักษา

• สัปดาห์ที่ 1

วันที่ 1

ผู้วิจัยทำการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้

1.) แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Barthel Index: MBI)

2.) แบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact scale: SIS)

ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้

1.) แบบประเมินวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) เวอร์ชัน 10 ข้อ

จากนั้นกำหนดเป้าหมายการรักษา ออกแบบโปรแกรมการฝึกทางกายภาพบำบัดที่บ้านร่วมกับ อสม. พร้อมกับสาธิตวิธีการฝึกผู้ป่วยแก่ อสม. และให้ อสม. ลงมือปฏิบัติให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 60 นาที [18]

วันที่ 2 และ วันที่ 3

ผู้วิจัยและ อสม. ลงพื้นที่ร่วมกัน โดย อสม. ลงมือปฏิบัติให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้วิจัยคอยตรวจสอบความถูกต้องของการให้การรักษา และในกรณีที่ อสม.ให้การรักษาไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำด้วยวาจา โดยให้ อสม. ลงมือปฏิบัติให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที [18]

• สัปดาห์ที่ 2

วันที่ 1

ผู้วิจัย และ อสม. ลงพื้นที่ร่วมกัน โดยผู้วิจัยจะทำการตรวจร่างกายและปรับโปรแกรมการรักษาให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยอีกครั้ง พร้อมกับสาธิตวิธีการรักษาให้กับ อสม. และคอยตรวจสอบความถูกต้อง โดยให้ อสม. ลงมือปฏิบัติให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามโปรแกรม วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 60 นาที [18]

วันที่ 2 และ 3

ผู้วิจัยและ อสม. ลงพื้นที่ร่วมกัน โดย อสม. ลงมือปฏิบัติให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้วิจัยคอยตรวจสอบความถูกต้องของการให้การรักษา และในกรณีที่ อสม. ให้การรักษาไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำด้วยวาจา โดยให้ อสม. ลงมือปฏิบัติให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที [18]

• สัปดาห์ที่ 3

วันที่ 1, 2 และ 3

อสม. ลงพื้นที่ด้วยตนเอง และลงมือปฏิบัติให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที [18]

• สัปดาห์ที่ 4

วันที่ 1 และ 2

อสม. ลงพื้นที่ด้วยตนเอง และลงมือปฏิบัติให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที [18]

วันที่ 3

ผู้วิจัยและ อสม. ลงพื้นที่ร่วมกัน โดย อสม. ลงมือปฏิบัติให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 60 นาที [18] หลังจาก อสม. ลงมือปฏิบัติให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมินต่อไปนี้

1.) แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Barthel Index: MBI)

2.) แบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact scale: SIS)

ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้

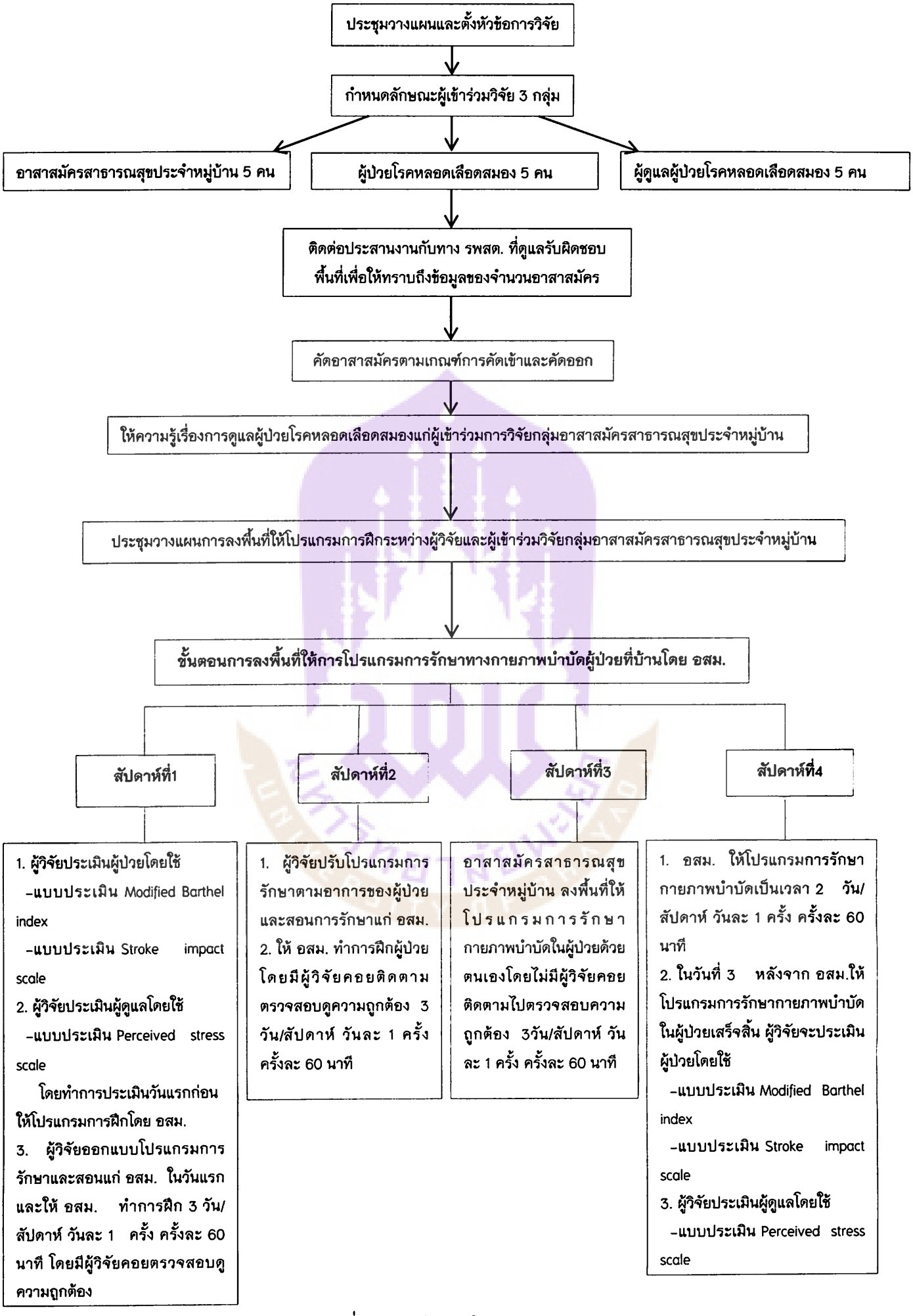
3.) แบบประเมินวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) เวอร์ชัน 10 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละกลุ่ม และผลที่ได้จากการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (MBI) และแบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง (SIS) รวมทั้งแบบประเมินวัดการรับรู้ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (PSS) มาวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้

1.) ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา

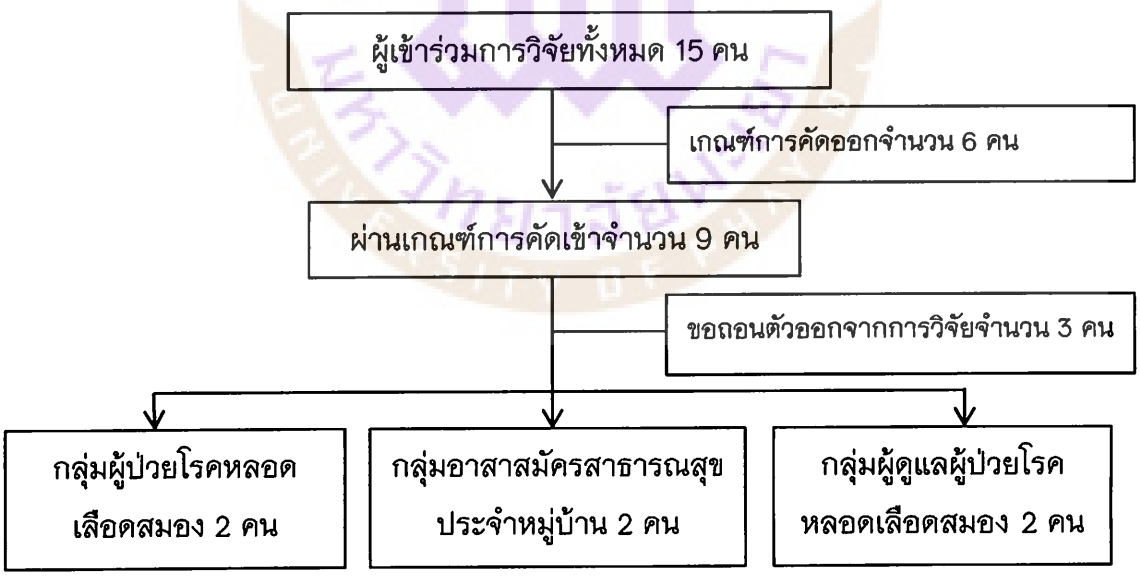
2.) ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ Wilcoxon Signed Rank test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย และระดับความเครียดผู้ดูแลก่อนและหลังการรักษา



รูปที่ 1 แผนผังการดำเนินงาน

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและต่อผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อประเมินผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม.ต่อระดับความเครียดผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตความรับผิดชอบในพื้นที่ตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ด้วยแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Barthel Index: MBI) แบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact scale: SIS) และแบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดจำนวน 15 คน ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 9 คน และไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 6 คน และมีผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัย 3 คน จึงมีผู้เข้าร่วมการวิจัย 6 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน ตามลำดับ (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ขั้นตอนการคัดอาสาสมัคร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย และระดับความเครียดผู้ดูแลก่อนและหลังการรักษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้มี 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตความรับผิดชอบในพื้นที่ตำบลเจริญราษฎร์ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 2 คน เพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรค 3 ถึง 4 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อายุ (ปี)	91	40
เพศ	หญิง	ชาย
เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
สถานะ	ม่าย	คู่
สถานะในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัว	หัวหน้าครอบครัว
ระยะเวลาการเป็นโรค (ปี)	4	3
โรคประจำตัว	ไม่มี	ไขมันในเลือดสูง
ลักษณะของโรค	อ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย	อ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย
อาชีพหลังป่วย	ไม่มี	ไม่มี
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 2 คน เป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ บุตร และภรรยา ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 2 คน ไม่มีโรคประจำตัว และประกอบอาชีพรับจ้าง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ดูแลผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ดูแลผู้ป่วยรายที่ 2
อายุ (ปี)	51	47
เพศ	ชาย	หญิง
รูปร่าง	ผอม	สมส่วน
เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
สถานะ	โสด	คู่
สถานนะในครอบครัว	หัวหน้าครอบครัว	สมาชิกครอบครัว
โรคประจำตัว	ไม่มี	ไม่มี
อาชีพ	รับจ้าง	รับจ้าง
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	บุตร	ภรรยา
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา

3. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่ม อสม.

อสม.ที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 คนเป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 2 คน ไม่มีโรคประจำตัว และประกอบอาชีพเกษตรกร ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย (อสม.)

ข้อมูลทั่วไป	อสม. คนที่ 1	อสม. คนที่ 2
อายุ (ปี)	56	39
เพศ	ชาย	หญิง
เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
สถานะ	คู่	คู่
สถานะในครอบครัว	หัวหน้าครอบครัว	สมาชิกครอบครัว
โรคประจำตัว	ไม่มี	ไม่มี
อาชีพ	เกษตรกร	เกษตรกร
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย และระดับความเครียดของผู้ดูแล ก่อนและหลังรักษา

2.1 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index: MBI)

ผลของโปรแกรมการรักษาทางกายบำบัดที่บ้านโดย อสม. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา พบว่า คะแนนรวมของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจาก 56 เป็น 59 และ 84 เป็น 92 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง และผู้ป่วยรายที่ 2 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก เมื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการรักษา พบว่า มีการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value ≥ 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index: MBI) ก่อนและหลังการรักษา

ระดับความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ผู้ป่วยรายที่ 1		ผู้ป่วยรายที่ 2		ค่ามัธยฐาน		p-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
1. การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว	4	4	4	4	4	4	1.00
2. การอาบน้ำ	3	3	4	4	3.50	3.50	1.00
3. การรับประทานอาหาร	8	8	8	8	8	8	1.00
4. การใช้ห้องน้ำ	5	8	5	8	5	8	0.16
5. การใส่เสื้อผ้า	8	8	8	10	8	9	0.32
6. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	10	10	10	10	10	10	1.00
7. การควบคุมการปัสสาวะ	10	10	10	10	10	10	1.00
8. การเคลื่อนที่ (ไม่ต้องประเมินถ้าผู้ป่วยใช้รถเข็น)	0	0	12	15	6	7.50	0.32
9. การเคลื่อนย้าย	8	8	15	15	11.50	11.50	1.00
10. การขึ้นลงบันได	0	0	8	8	4	4	1.00
คะแนนรวม	56	59	84	92	70	75.50	0.18

Wilcoxon Signed Rank test, $p < 0.05$

2.2 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย (Stroke impact scale: SIS)

ผลของโปรแกรมการรักษากายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการรักษา พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 มีคะแนนรวมภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้น จาก 122 คะแนนเป็น 161 คะแนน และ 111 คะแนน เป็น 147 คะแนน ตามลำดับ ส่วนคะแนนการฟื้นตัวดีขึ้นหรือการหายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยรายที่ 2 เพิ่มขึ้นภายหลังการรักษาเมื่อเปรียบเทียบคะแนนผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการรักษาพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value ≥ 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact scale: SIS) ก่อนและหลังการรักษา

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง	ผู้ป่วยรายที่ 1		ผู้ป่วยรายที่ 2		ค่ามัธยฐาน		p-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
1. ปัญหาด้านร่างกาย	8	10	6	8	7	9	0.16
2. ความคิดและความจำ	16	35	14	16	15	25.50	0.18
3. อารมณ์	26	32	28	33	27	32.50	0.18
4. การติดต่อสื่อสาร	20	27	8	15	14	21	0.16
5. ทำกิจวัตรประจำวัน	26	28	25	32	25.50	30	0.18
6. การเคลื่อนไหว	13	13	17	21	15	17	0.32
7. การทำงานของมือ	5	5	5	5	5	5	1.00
8. การเข้าร่วมทางสังคม	8	11	8	11	8	11	0.16
คะแนนรวม	122	161	111	141	116.50	151	0.18
9. การฟื้นตัวโดยรวมจากโรคหลอดเลือดสมอง	50	80	20	30	35	55	0.18

Wilcoxon Signed Rank test, $p < 0.05$

2.3 การรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย (Perceived Stress Scale: PSS)

ผลการวัดระดับการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยรายที่ 1 มีคะแนนความเครียดก่อนและหลังการรักษาเท่าเดิม (ก่อน = 14 คะแนน, หลัง = 14 คะแนน, มีความเครียดระดับต่ำ) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยที่ 2 มีคะแนนความเครียดลดลงภายหลังการรักษา (ก่อน = 19 คะแนน, หลัง = 15 คะแนน, มีความเครียดระดับต่ำ) เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการรักษา พบว่า มีการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$) ดังแสดงตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงระดับการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived Stress Scale: PSS) ก่อนและหลังการรักษา

คำถาม วัดระดับการรับรู้ความเครียด	ผู้ดูแลผู้ป่วย รายที่ 1		ผู้ดูแลผู้ป่วย รายที่ 2		ค่ามัธยฐาน		*p*-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกอารมณ์เสียกับเรื่องที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดคิดบ่อยแค่ไหน	4	1	2	0	3	0.50	0.18
2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิตได้ บ่อยแค่ไหน	0	0	0	0	0	0	1.00
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกกระวนกระวายและเครียดบ่อยแค่ไหน	4	3	2	0	3	1.50	0.18
4. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกเชื่อมั่นกับความสามารถในการแก้ปัญหาส่วนตัวได้ บ่อยแค่ไหน	1	3	2	0	1.50	1.50	1.00
5. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าสิ่งต่าง ๆ เป็นไปตามที่คุณต้องการ บ่อยแค่ไหน	1	3	4	3	2	3	0.66
6. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณพบว่าคุณไม่สามารถเผชิญกับทุกสิ่งที่คุณต้องทำได้บ่อยแค่ไหน	0	0	0	0	0	0	1.00

คำถาม วัดระดับการรับรู้ความเครียด	ผู้ดูแลผู้ป่วย รายที่ 1		ผู้ดูแลผู้ป่วย รายที่ 2		ค่ามัธยฐาน		*p*-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
7. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณสามารถควบคุมสิ่งที่รบกวนชีวิตของคุณได้บ่อยแค่ไหน	0	0	2	3	1	1.50	0.32
8. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าคุณสามารถทำทุกสิ่งทุกอย่าง ได้ตามที่กำหนด บ่อยแค่ไหน	3	2	4	2	3.50	2	0.18
9. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกโกรธเพราะสิ่งที่เกิดขึ้น อยู่นอกเหนือการควบคุมของคุณ บ่อยแค่ไหน	0	0	2	0	1	0	0.32
10. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าความยุ่งยากมีมากจนคุณไม่สามารถเอาชนะมันได้ บ่อยแค่ไหน	1	2	2	3	1.50	2.50	0.16
คะแนนรวม	14	14	20	11	17	12.50	0.32

Wilcoxon Signed Rank test, $p < 0.05$

บทที่ 5
วิจารณ์ผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองและต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน และกลุ่ม อสม. 2 คน

ผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

จากการประเมินผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา ผู้ป่วยรายที่ 1 คะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 56 คะแนน เป็น 59 คะแนน ซึ่งอยู่ในช่วงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง (50-70 คะแนน) โดยการใช้ห้องน้ำมีคะแนนเพิ่มขึ้นซึ่งอาจเนื่องมาจากโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้นมาจากการตรวจประเมินร่างกายและให้ อสม. ใช้ในการฝึกผู้ป่วย ที่เน้นการออกกำลังกายฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขา (Lower extremity) เช่น ท่ายกก้น (Bridging) ท่านั่งเตะขา (Quadriceps concentric) และการฝึกผู้ป่วยลุกขึ้นยืน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้การเคลื่อนย้ายตัวเองไปเข้าห้องน้ำสามารถทำได้ดีขึ้นและผู้ดูแลช่วยเหลือน้อยลง จึงทำให้มีคะแนนการใช้ห้องน้ำดีขึ้น และส่งผลให้มีคะแนนรวมทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากการวัดครั้งแรก 56 เป็น 59 ส่วนในหัวข้ออื่นๆ ผู้ป่วยยังคงมีคะแนนหลังการรักษาเท่าเดิม ซึ่งอาจเนื่องมาจากโปรแกรมการฝึกในครั้งนี้ไม่ได้สอดคล้องหรือฝึกเจาะจงโดยตรง เช่น การใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ และการดูแลสุขลักษณะส่วนตัว ซึ่งการปฏิบัติสิ่งเหล่านี้จะอาศัยการทำงานของมือเป็นหลัก ซึ่งผู้ป่วยมีคุณภาพของการเคลื่อนไหวของส่วนแขนข้างอ่อนแรงในระดับ loss หรือระดับที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนและมือได้เลย ประกอบกับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เรื้อรังมาเป็นเวลานาน (4 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรุณนภา ศรีโสภาพ [3] ที่พบว่าการทำงานของแขนหรือมืออาจจำเป็นต้องใช้ระยะในการฝึกนานมากกว่า 4 สัปดาห์จึงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการทำงานของแขนหรือมือเป็น

การเคลื่อนไหวอย่างประณีต (fine movement) ในส่วนของการควบคุมอุจจาระและปัสสาวะ (Bowel and Urinary) ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ดีตั้งแต่ครั้งแรกที่ประเมินจึงส่งผลให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนการเคลื่อนที่คะแนนก่อนและหลังการฝึกไม่พบการเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้และไม่ได้ใช้รถเข็นแต่เคลื่อนย้ายตัวเองโดยการนั่งกระเถิบไปตามพื้นบ้านจากการตรวจประเมินร่างกายพบว่าคุณภาพของการเคลื่อนไหวขาอยู่ในระดับ Fair (สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ดีพอควรแต่ยังไม่เป็นปกติ) และผู้ป่วยไม่ยอมยืนเนื่องจากเคยฝึกยืนแล้วส่งผลทำให้นอนไม่หลับมีอาการปวดเมื่อยเนื้อตัวตอนกลางคืน ผู้วิจัยจึงตั้งเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการลุกขึ้นยืนจึงวางแผนการรักษาร่วมกับ อสม. และทำการฝึกยืนซึ่งผู้ป่วยยืนได้นาน 1 นาที ภายหลังการรักษา (ก่อนการรักษาผู้ป่วยไม่สามารถยืนได้) ซึ่งการฝึกยืนเป็นเป้าหมายเริ่มต้นที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนที่ด้วยการเดินตามมา อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ประเมินเงื่อนไขของผู้ป่วยและออกแบบโปรแกรมการฝึกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุดโดยผู้ป่วยที่มีอายุมากจะได้รับโปรแกรมที่ไม่ซับซ้อนและไม่หนักจนเกินไป ทั้งนี้เวลาเพียง 4 สัปดาห์ อาจจะไม่เพียงพอที่จะทำให้เห็นถึงผลของการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเคลื่อนที่ รวมถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวและสภาวะทางกาย [3] ซึ่งต่างจากการศึกษาของ นันทวัน [31] ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังโดยนักกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองจากการประเมินด้วยดัชนีบาร์เธลดีขึ้นหลังได้รับการฟื้นฟูนาน 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความสามารถในการเคลื่อนย้ายและการเคลื่อนที่ และการศึกษาของของวิมลวรรณ เหียงแก้วและคณะ [32] ที่พบว่าการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง 4-12 ครั้งทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการเคลื่อนไหวตามเป้าหมายของการฟื้นฟูเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 84 คะแนนเป็น 92 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก (75-95 คะแนน) โดยพบว่าความสามารถด้านการใช้ห้องน้ำ การใส่เสื้อผ้า และการเคลื่อนที่เพิ่มขึ้นหลังจากการรักษาแบบไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด ที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้นมาจากการตรวจประเมินร่างกายเน้นการออกกำลังกายฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขา (Lower extremity) เช่น ท่ายกก้น (Bridging) ท่านั่งเตะขา (Quadriceps concentric) การฝึกผู้ป่วยลุกขึ้นยืน และการฝึกเดิน ซึ่งส่งผลให้คุณภาพของการเคลื่อนไหวของขาเพิ่มขึ้นจากระดับ poor (ควบคุมการเคลื่อนไหวได้เพียงบางส่วน) เป็นระดับ fair ที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ดีพอควรแต่ยังไม่เป็นปกติ ในขณะที่การฝึกเดินทำให้ผู้ป่วยเดินได้ดีมากขึ้นจึงทำให้การเคลื่อนย้ายตัวเองไปเข้าห้องน้ำสามารถทำได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรุณนภา

ศรีโสภาพ และคณะ [11] ซึ่งทำการฟื้นฟูที่บ้านในผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บพบว่าหลังการให้การรักษา 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร คำผลศิริ และคณะ [29] ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นส่วนในด้านการสวมใส่เสื้อผ้ามีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนดีขึ้นซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยมีความพยายามมากขึ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ได้ด้วยตนเองเนื่องจากไม่อยากเป็นภาระให้กับภรรยาซึ่งรับภาระทุกอย่างในบ้านและการที่ผู้ป่วยพยายามทำบ่อยๆ จึงอาจส่งผลทำให้สามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เองดีขึ้น ส่วนในหัวข้อการดูแลสุขลักษณะส่วนตัว การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยยังคงมีคะแนนหลังการฝึกกายภาพบำบัดโดย อสม. เท่าเดิม ซึ่งอาจเนื่องมาจากโปรแกรมการฝึกในครั้งนี้ไม่ได้สอดคล้องหรือฝึกเจาะจงโดยตรงและเป็นลักษณะงานที่ต้องอาศัยการทำงานของมือเป็นหลัก โดยคุณภาพการเคลื่อนไหวของส่วนแขนและมือของผู้ป่วยอยู่ระดับ loss ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้เลย แม้ผู้ป่วยจะใช้ความพยายามในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่เมื่อแขนข้างอ่อนแรงยังไม่มีแรงจึงทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน อีกทั้งการศึกษานี้ใช้เวลาในการศึกษาเพียง 4 สัปดาห์ จึงไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงความสามารถที่ชัดเจนของการทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ได้เนื่องจากการทำงานของมือและแขนเป็นการเคลื่อนไหวที่มีความปราณีตอาจต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูมากกว่า 4 สัปดาห์ [3] รวมถึงการขึ้นลงบันไดก็จำเป็นต้องฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขาและการยืนให้มั่นคงมากขึ้นก่อนเพื่อสร้างความมั่นใจในการทำกิจกรรมดังกล่าวแก่ผู้ป่วยดังเช่นการศึกษาของ กฤษณะ แก้วมูล [33] ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้กล่าวว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าควรเริ่มให้โปรแกรมการฟื้นฟูอย่างง่ายสำหรับผู้ป่วยในระยะแรกแล้วเลือกโปรแกรมการฝึกอย่างเข้มข้นและครอบคลุมตามศักยภาพของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีศักยภาพของร่างกายและจิตใจพร้อมแล้ว ในส่วนของการควบคุมอุจจาระและปัสสาวะ (Bowel and Urinary) ไม่พบปัญหาตั้งแต่ครั้งแรกที่ประเมินซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวัน ปินมาศ และคณะ [31] ที่ไม่พบปัญหาของการควบคุมปัสสาวะและอุจจาระในผู้ป่วยเช่นกัน การเคลื่อนย้ายตัวเองผู้ป่วยมีความสามารถในการทำได้ดีตั้งแต่การประเมินครั้งแรกจึงส่งผลให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวเองสอดคล้องกันกับการศึกษาของ วรุณนภา ศรีโสภาพ และคณะ [3] เกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ที่พบว่าไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัดในเรื่องของความสามารถในการเคลื่อนไหวและสภาวะทางกายที่อาจเกิดขึ้นจากการที่มีระยะเวลาของการ

ฝึกน้อยเกินไป เป็นไปได้ว่าโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหวโดยเฉพาะการเดิน ควรใช้ระยะเวลาในการฝึกอย่างน้อย 3 เดือน [34]

ผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายที่ 1 พบว่า มีคะแนนผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการรักษาดีขึ้น ในด้านร่างกาย ความคิดและความจำ การควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นตัวดีขึ้นหรือการหายจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องมาจากการที่เมื่อผู้วิจัยและ อสม. เข้าไปกระตุ้นผู้ป่วยและผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นและมีกำลังใจมากขึ้น [29] ในด้านการสื่อสาร การเข้าสังคม ความคิดความจำและอารมณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีเวลามาอยู่ด้วยกันประมาณ 1 ชั่วโมง เมื่อ อสม. ไปให้การรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้าน ทำให้มีเพื่อนบ้านให้ความสนใจมาหาเยี่ยมเยียน ผู้ป่วยมีโอกาสพบปะเพื่อนบ้านพูดคุยกันมากขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนที่ดีขึ้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่โดดเดี่ยวหรือรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร คำผลศิริ และคณะ [29] ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีความซึมเศร้าลดลง ส่วนการทำกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้นอาจเนื่องมาจากโปรแกรมการฝึกและกำลังใจของผู้ป่วยที่ช่วยเสริมทำให้ผู้ป่วยสามารถทำได้ดีขึ้น ด้านการเคลื่อนไหวผู้ป่วยมีความสามารถเท่าเดิมซึ่งสอดคล้องกับคะแนนที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งอาจเป็นผลจากโปรแกรมการรักษาไม่เฉพาะเจาะจง ส่วนมิติของการทำงานของมือ (hand function) มีคะแนนก่อนและหลังการให้การรักษาเท่าเดิมอาจเนื่องมาจากโปรแกรมการรักษาที่ไม่ได้เน้นการฝึกเรื่องการทำงานของมือข้างอ่อนแรงเพราะผู้ป่วยมีคุณภาพการเคลื่อนไหวของแขนอยู่ในระดับ loss ทำให้คะแนนในส่วนของมิตินี้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงซึ่งตรงกับการศึกษาของ วรุณนภา ศรีโสภาพ [3] ที่พบว่าการทำงานของแขนหรือมืออาจจำเป็นต้องใช้ระยะในการฝึกนานกว่า 4 สัปดาห์จึงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ในผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่ามีคะแนนผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการรักษาดีขึ้นในด้านร่างกาย ความคิดและความจำ การควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว และการฟื้นตัวดีขึ้นหรือการหายจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องมาจากโปรแกรมการฝึกในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการฝึกเดินจึงส่งผลให้มีความสามารถในการเดินเพิ่มขึ้นและร่วมกับผู้ป่วยอยากเดินได้จึงมีความพยายามตั้งใจฝึกอย่างเต็มที่เมื่อสามารถเดินได้ดีขึ้นผู้ป่วยจึงสามารถเดินไปเที่ยวหาเพื่อนบ้านได้มากขึ้น ออกไปเดินเล่นนอกบ้านได้มากขึ้นจึงอาจส่งผลทำให้การเข้าร่วมทางสังคมดีขึ้นรวมทั้งการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งตรงกับการศึกษาของ เจียมจิต โสภณสุขสถิต ที่ทำการศึกษาถึงปัญหาในตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น [35] ส่วนคะแนนด้านความคิดและความจำ (memory) การควบคุมอารมณ์ (emotion) เพิ่มขึ้น เนื่องมาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีเวลาอยู่ด้วยกันประมาณ 1 ชั่วโมง เมื่อ อสม. ไปให้การรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้าน และผู้ป่วยสามารถเดินไปเที่ยวหาเพื่อนบ้านได้มากขึ้น ออกไปเดินเล่นนอกบ้านได้มากขึ้นทำให้มีเพื่อนบ้านให้ความสนใจมาหาเยี่ยมเยียน ผู้ป่วยจึงมีโอกาสพบปะเพื่อนบ้านพูดคุยกันมากขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวน้อยลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร คำผลศิริ และคณะ [29] ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีความซึมเศร้าลดลง ส่วนมิติของการทำงานของมือ (hand function) มีคะแนนก่อนและหลังการให้การรักษาเท่าเดิมเนื่องมาจากผู้ป่วยรายนี้มีคุณภาพการเคลื่อนไหวของแขนในระดับ loss และโปรแกรมการฝึกไม่เฉพาะเจาะจงต่อการฝึกการทำงานของแขนและมือ จึงทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงภายหลังการรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วรุณนภา ศรีโสภาพ [3] ที่พบว่าการทำงานของแขนหรือมืออาจจำเป็นต้องใช้ระยะในการฝึกนานจึงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านระดับการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแล

ผลการวัดระดับการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยรายที่ 1 มีคะแนนความเครียดก่อนและหลังการรักษาเท่าเดิม ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยที่ 2 มีคะแนนความเครียดลดลงภายหลังการรักษา เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการรักษา พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลผู้ป่วยรายที่ 1 มีคะแนนความเครียดก่อนและหลังการรักษาเท่าเดิม อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิวัตรประจำวันระดับปานกลางจึงทำให้ผู้ดูแลไม่ได้มีความเครียดมาก อาจจะมีความกังวลในบางเรื่องแต่ก็ไม่ได้ทำให้เกิดความเครียดอย่างมากมายเช่นเดียวกับการศึกษาของ วรุณนภา ศรีโสภาพ และคณะ [3] ที่พบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีพอสมควรจึงทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลง และระดับความเครียดที่พบในผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำซึ่งสอดคล้องกับในหลายการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลอยู่ในระดับต่ำและมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง [36-40]

ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยรายที่ 2 จะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาจากคะแนนจะพบว่าคะแนนระดับความเครียดมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอาจเนื่องมาจากเมื่อผู้วิจัยและ อสม. เข้าไปทำการกระตุ้นและปรับความเข้าใจเกี่ยวพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแก่ผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจผู้ป่วย

มากยิ่งขึ้นและลดความรู้สึกแง่ลบต่อผู้ป่วยที่อาจเกิดจากความไม่เข้าใจลง รวมถึงมีความพอใจที่เห็นผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเองดีขึ้นและเห็นถึงความตั้งใจที่ผู้ป่วยอยากจะเดินให้ได้เพื่อลดภาระของผู้ดูแลและคอยช่วยให้กำลังใจผู้ป่วยรวมทั้งกระตุ้นผู้ป่วยในการออกกำลังกายมากขึ้น ซึ่งเป็นการสานสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครอบครัวมากขึ้นด้วย ทั้งนี้ผู้ดูแลมีความต้องการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญาณ และการประคับประคองในการดูแลผู้ป่วย [41] และเมื่อได้รับการปรับทัศนคติจากผู้วิจัยและ อสม. จึงอาจเป็นผลทำให้คะแนนความเครียดลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรุณนภา ศรีโสภาพ และคณะ [3] ที่พบว่าโปรแกรมการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางส่งผลให้ระดับความเครียดของผู้ดูแลลดลงเช่นกัน

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีขนาดเล็ก ซึ่งหลังจากคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดสมองเพียง 3 ราย ที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และในระหว่างดำเนินการศึกษามีผู้ป่วย 1 ราย ขอถอนตัวออกจากการศึกษา จึงทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวนลดลง ซึ่งส่งผลต่อการวิเคราะห์ผลทางสถิติทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรในการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เนื่องจากการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง อาจต้องใช้ระยะเวลาในการตอบสนองต่อการฟื้นตัวนานกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะแรกและควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ เพื่อยืนยันผลการฝึกของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ช่วงเวลาในการวิจัยครั้งนี้ตรงกับฤดูทำนา ทำให้ อสม. ที่มีอาชีพเกษตรกรมีเวลาไม่เพียงพอและขาดความกระตือรือร้นที่จะกระตุ้นผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการศึกษาต่อไปในอนาคตจึงควรปรับระยะเวลาในการวิจัยโดยหลีกเลี่ยงไม่ให้ตรงกับช่วงฤดูกาลทำนา

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า หลังจากการให้การฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านโดย อสม. พบการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบต่อโรคหลอดเลือดสมองและระดับความเครียดของผู้ดูแลแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. ธิดารัตน์ อภิญญา, นิตยา พันธุเวทย์. **ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2556 งบประมาณ**, 2557 [ม.ป.ท.]: กลุ่มป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในประชากร สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2556: 1-8.
2. กาญจนศรี สิงห์ภู่ และคณะ. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. **ศรีนครินทร์เวชสาร** 2552; 24(1): 54-59.
3. วรุณนภา ศรีโสภาพ, น้อมจิต นวลเนตร์, วิชัย อึงพินิจพงศ์ กายภาพบำบัดที่บ้านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง. **ว.กายภาพบำบัด** 2550; 29(3): 115-125.
4. บุษกร โลหารชุน, จินตนา ปาลิวนิช, ปานจิต วรรณภิระ, กัญญารัตน์ ค้ำจุน. ความน่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย. **ว. พุทธชินราช** ก.ย.-ธ.ค. 2551; 25(3): 842-851.
5. ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร, สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, อำไพ อยู่วัลย์. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. **ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู** 2549; 16(1): 1-9.
6. **Preventive medicine and Public Health:Stroke impact scale** [online]. Aug 19, 2014 [cited 2014 Sep 1]. Available from: http://www.kumc.edu/school-of-medicine/preventive-medicine-and-public-health/research-and-community-engagement/stroke-impact-scale.html
7. Vellone E, Savini SN, Fida RB, Dickson VTV, Melkus GDE. Psychometric Evaluation of the Stroke Impact Scale 3.0. **J Cardiovascular Nursing** 2014 Jan; 00: 1-13.
8. ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล. เจาะลึกปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. **ว. สมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** ต.ค.-ธ.ค. 2555; 4(30): 6-14.
9. รุ่งนภา เตชะกิจโกศล. **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลศิริราช** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ]. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2552.

10. ชลาลัย ดงพะจิตร. **ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา]. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
11. วรุณนภา ศรีโสภาพ, ฉลอง พันธุ์กนกพงศ์. ผลการฝึกกายภาพบำบัดผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บที่บ้านโดยผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. **พุทธชินราชเวชสาร** ม.ค.-เม.ย. 2554; 28(1): 51-59.
12. โรชินี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, เอกชัย กันธะวงศ์. ประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. **[ม.ป.พ.]**; 51-59.
13. ขนิษฐา รักษาเคน, สุรชาติ สิทธิปกรณ์, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเกิดอาการ 6 เดือนแรก โรงพยาบาลมหาสารคาม. **ว.วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม** เม.ย. 2557; 165-171.
14. สมพร สังขรัตน์. **การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมอง: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. เชียงใหม่**: [ม.ป.ท.]: สยามพิมพ์นานาการพิมพ์; 2556.
15. สิริรัตน์ ลีลาจรัส, จริยา วิรุฬราช. โรคหลอดเลือดสมอง:การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข** ก.ย.-ธ.ค.2550: 21(3); 81-93.
16. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. การศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **[ม.ป.พ.]** 2544; 374-378.
17. นิพนธ์ พวงวรินทร์. **Epidemiology of stroke.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2544. 11-37.
18. **แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.** สัมมนาการปรับปรุงแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง; 16-17 กรกฎาคม 2550; ณ ห้องราชเทวี โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; 2550.
19. สวิง ปันจัยสีห์, นครชัย เผื่อนปฐม, กุลพัฒน์ วีรสาร. **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์.** สัมมนาปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์; 23-24 กรกฎาคม 2555; ณ โรงแรมฮอลิเดย์อินน์ ถนนสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ. บริษัท ธนาเพรส จำกัด: ม.ป.พ.; 2556.

20. จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. **ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547

21. บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์. **ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่].** [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.

22. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. **สัมมนาปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป;** 23–24 กรกฎาคม 2550; ณ ห้องกิ่งทอง โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ. ม.ป.ท: ม.ป.พ.; 2550.

23. Kavian Ghandehari, Kosar Ghandehari. Comparative interrater reliability of Asian Stroke Disability Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index in patients with brain infarction. **ARYA Atherosclerosis Journal** 2012: 8(3); 153–157.

24. Shah S., Vanclay F., Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. **Journal of Clinical Epidemiology** 1989: 42(8); 703–709.

25. Loharjun B., Wannapira P., Palivanit J., Cumjun K. Reliability of Modifi ed Barthel Index (Thai Version) Assessment in Stroke Patients. **Buddhachinaraj Medical Journal** 2008: 25; 842–851.

26. เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์, จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข** 2554: 21(1); 21–24.

27. เจียมจิต แสงสุวรรณ. **โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัย และการจัดการทางการพยาบาล.** [ม.ป.ท.]: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ต; 2535.

28. ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.** กรุงเทพ: เจ้าพระยาการพิมพ์; 2535.

29. ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โปธิบาล, กนกพร สุคำวัง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย. โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร** ต.ค. 2549; 50(10): 721–725.

30. ชื่นชม ชื่อลือชา. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **ธรรมศาสตร์เวชสาร** ม.ค–มี.ค 2555: 12(1); 104–106

31. นันทวัน ปิ่นมาศ, สาธนีย์ พันธ์กนกพงศ์, วรุณนภา ศรีโสภาพ. ผลการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังโดยนักกายภาพบำบัด. **พุทธชินราชเวชสาร** พ.ค.-ส.ค. 2555; 29(2): 190-197.
32. วิมลวรรณ เหียงแก้ว,กมลชนก ไกรประดิษฐ์, โศรวิทย์ ปกรณ์, สกลวรรณชูช่วย. กายภาพบำบัดตั้งแต่ระยะแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารกายภาพบำบัด** 2549; 28:58-66.
33. กฤษณะ แก้วมูล. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด. **พุทธชินราชเวชสาร** ม.ค.-เม.ย. 2550; 24(1): 5-13.
34. Wade DT, Collen FM, Robb GF, Warlow CP. Physiotherapy intervention late after stroke and mobility. **BMJ** 1992; 304(6827): 609-613.
35. เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. **ภาวะสุขภาพด้านร่างกายภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
36. วิไล สุรสาคร. **การเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต** [วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย]. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2549.
37. จุรีรัตน์ กอผจญ. **อิทธิพลของความพร้อมในการดูแลรางวัลที่ได้รับจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
38. วิภารัตน์ นาวารัตน์. **การศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ความเครียดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยมหิด]; 2545.
39. บุญญรัตน์ เพิกเดช. **การศึกษาอิทธิพลของปริมาณการดูแลปัญหาจากการสื่อสารและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.

40. เสาวลักษณ์ เนตรชัง. **การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
41. สุรีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. **ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบบันทึกข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (อสม.)

1. ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่อยู่.....

เบอร์ติดต่อ.....

2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

3. อายุ.....ปี

4. เชื้อชาติ ( ) ไทย ( ) จีน ( ) อื่นระบุ.....

5. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) อื่นระบุ.....

6. สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) ม่าย ( ) แยกกันอยู่ ( ) คู่ ( ) หย่า

7. อาชีพ

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง ( ) ข้าราชการ เกษียณอายุ ( ) อื่น ระบุ.....

8. การศึกษา

( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) อื่น ระบุ.....

9. โรคประจำตัว ( ) ไม่มี ( ) มี ( ) ความดันสูง ( ) เบาหวาน ( ) อื่น ระบุ.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)

1. ชื่อ.....นามสกุล.....ที่อยู่.....เบอร์ติดต่อ.....
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
3. รูปร่าง ( ) ผอม ( ) สมส่วน ( ) อ้วน
4. อายุ.....ปี
4. เชื้อชาติ ( ) ไทย ( ) จีน ( ) อื่นระบุ.....
5. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) อื่นระบุ.....
6. สถานภาพสมรส
   ( ) โสด ( ) ม่าย ( ) แยกกันอยู่ ( ) คู่ ( ) หย่า
7. สถานภาพในครอบครัว
   ( ) หัวหน้าครอบครัว ( ) สมาชิกครอบครัว ( ) ผู้อาศัย ( ) อื่นระบุ.....
8. ลักษณะครอบครัว
   ( ) ครอบครัวเดี่ยว ( ) ครอบครัว ขยาย
9. อาชีพก่อนป่วย
   ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง ( ) ข้าราชการ
   เกษียณอายุ ( ) อื่น ระบุ.....
10. ระยะเวลาการเป็นโรค.....เดือน.....สัปดาห์
11. ความพิการที่มีอยู่ในปัจจุบัน
    ระบุ.....

12. การศึกษา

( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) อื่น ระบุ.....

13. อาชีพปัจจุบัน(หลังป่วย)

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง ( ) ข้าราชการเกษียณอายุ ( ) อื่น ระบุ.....

14. ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

( ) บุตร ( ) ภรรยา ( ) สามี ( ) หลาน ( ) อื่น ระบุ.....

15. โรคประจำตัว ( )ไม่มี ( ) มี ( ) ความดันสูง ( ) เบาหวาน ( ) อื่น ระบุ.....

16. ยาที่ใช้ระบุ.....

17. Vital sign

วัน/เดือน/ปี	Blood pressure	pulse rate	Temperature

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (ผู้ดูแล)

1. ชื่อ.....นามสกุล.....ที่

อยู่.....เบอร์

ติดต่อ.....

2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

3. อายุ.....ปี

4. เชื้อชาติ ( ) ไทย ( ) จีน ( ) อื่นระบุ.....

5. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) อื่นระบุ.....

6. สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) ม่าย ( ) แยกกันอยู่ ( ) คู่ ( ) หย่า

7. สถานภาพในครอบครัว

( ) หัวหน้าครอบครัว ( ) สมาชิกครอบครัว ( ) ผู้อาศัย ( ) อื่น

ระบุ.....

8. อาชีพ

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง ( ) ข้าราชการ

เกษียณอายุ ( ) อื่น ระบุ.....

9. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....เดือน.....สัปดาห์

10. การศึกษา

( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) อื่น

ระบุ.....

11. ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องอะไรกับผู้ป่วย

( ) บุตร ( ) ภรรยา ( ) สามี ( ) หลาน ( ) อื่น

ระบุ.....

12. โรคประจำตัว ( )ไม่มี ( ) มี ( ) ความดันสูง ( ) เบาหวาน ( ) อื่น

ระบุ.....

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

(informed consent form)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

บัตรประชาชน/ข้าราชการเลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

(ในกรณีที่อาสาสมัครมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) เป็นบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของ (ด.ญ. ,ด.ช.....อายุ.....ปี ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวเนตรสกาว อินทจักร เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย ผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ

– วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย เพื่อศึกษาถึงผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล โดยใช้ระยะเวลาในการทำการวิจัยเป็นเวลา 1 เดือน

– ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ

อาสาสมัครกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. กรอกข้อมูลทั่วไป
2. ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ได้รับการประเมินและตรวจร่างกายจากผู้ทำการวิจัยเพื่อวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับอาสาสมัคร
4. ได้รับการรักษาโดยอสม. อสม. ตามโปรแกรมการรักษาที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ โดย อสม. จะให้การรักษา ครั้งละ 60 นาที วันละ 1 ครั้ง ความถี่สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์
5. เมื่อ อสม. ลงพื้นที่ให้การรักษาแก่อาสาสมัครครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะทำการประเมินระดับความสามารถของอาสาสมัครด้วยแบบประเมินอีกครั้ง

อาสาสมัครกลุ่มผู้ดูแล

1. กรอกข้อมูลทั่วไป
2. ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ได้รับการประเมินระดับการรับรู้ความเครียดในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้วิจัย

อาสาสมัครกลุ่ม อสม.

1. กรอกข้อมูลทั่วไป
2. ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ได้รับการฝึกปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยก่อนทำการวิจัย
4. ลงพื้นที่เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยตามโปรแกรมการรักษาที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ โดย อสม. จะให้การรักษา ครั้งละ 60 นาที วันละ 1 ครั้ง ความถี่สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

- ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ

1. อาสาสมัครกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล
   - ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดโดย อสม. ซึ่งอาจช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง รวมไปถึงระดับความเครียดลดลง
2. อาสาสมัครกลุ่ม อสม.
   - สามารถนำหลักการรักษาทางกายภาพบำบัดเบื้องต้นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างถูกต้องและได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ

- ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการได้แก่ มีอาการอ่อนแรงมากขึ้น เจ็บข้อต่อมากหลังจากการให้การรักษา และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้ผู้วิจัยทราบทันที (ขอให้ผู้วิจัยระบุรายละเอียดตามความเหมาะสมให้สอดคล้องกับลักษณะโครงการ)

- ในกรณีที่โครงการวิจัยนี้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขอให้คงข้อความนี้ไว้

"หากข้าพเจ้าถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ หรือสถานพยาบาลอื่น"

- ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่มีการเสียสิทธิ์ใดๆ ทั้งสิ้น

- ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยขอให้คำรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปการวิจัย โดยไม่ระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และหากเกิดอันตรายหรือความเสียหายอันเป็นผลจากการวิจัยต่อข้าพเจ้า ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจะจัดการรักษาพยาบาลให้จนกลับคืนสภาพเดิม และจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลรวมทั้งชดใช้ค่าเสียหายอื่นถ้าหากมี

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ปกครอง.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : 1) ในกรณีที่อาสาสมัครมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และสามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อทั้งอาสาสมัคร (เด็ก) และผู้ปกครองด้วย

2) พยานต้องไม่ใช่ผู้วิจัย หรือผู้ร่วมวิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการวิจัย

3) ผู้ให้ข้อมูล/คำอธิบาย ต้องไม่เป็นแพทย์ที่ทำโครงการวิจัยนี้ด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วยความเกรงใจ

4) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนดังนี้ :

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟัง จนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อผู้อธิบาย.....

(.....)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ขอให้ผู้วิจัยระบุรายละเอียดตามความเหมาะสมให้สอดคล้องกับลักษณะโครงการ

ภาคผนวก ค
หนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลส่วนตัวในพื้นที่
เพื่อประกอบการทำวิจัย

ที่ ศธ ๐๕๔๐.๒๖/๑๘๗

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ตำบลแม่กา อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา ๕๖๐๐๐

๒๕ กันยายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อประกอบการทำโครงงานวิชาชีพ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญราษฎร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอโครงงาน เรื่อง ผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ด้วยหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยพะเยา กำหนดให้นิสิตชั้นปีที่ ๔ จัดทำโครงการวิจัยเพื่อประกอบการเรียนรายวิชาโครงงานวิชาชีพ ในปีการศึกษา ๒๕๕๗ นั้น

โดยโครงการวิจัยดังกล่าวมี อาจารย์กายภาพบำบัด อรรจน์มน ธรรมไชย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยมีความจำเป็นในการเข้าเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจาก ๓ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ๑.อาสาสมัครหมู่บ้าน ๒.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๓.ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ในการนี้ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประกอบการทำโครงงานวิชาชีพ โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของบุคลากรแต่ละท่าน โดยที่ผู้วิจัยจะรับผิดชอบในการเดินทางและการเตรียมอุปกรณ์สำหรับเก็บข้อมูลดังกล่าว ทั้งนี้ในเบื้องต้นได้ติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์มาลินี ธนารุณ)
คณบดีคณะสหเวชศาสตร์

คณะสหเวชศาสตร์ งานบริการการศึกษา
โทร. ๐ ๕๔๔๖ ๖๖๖๖ ต่อ ๓๓๔๐
โทรสาร ๐ ๕๔๔๖ ๖๖๙๗

ที่ ศธ ๐๕๙๐.๒๖/ ๑๘๘

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ตำบลแม่กา อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา ๕๖๐๐๐

๒๕ กันยายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อประกอบการทำโครงงานวิชาชีพ

เรียน สาธารณสุขอำเภอแม่ใจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอโครงงาน เรื่อง ผลของการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ด้วยหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยพะเยา กำหนดให้นิสิตชั้นปีที่ ๔ จัดทำโครงการวิจัยเพื่อประกอบการเรียนรายวิชาโครงงานวิชาชีพ ในปีการศึกษา ๒๕๕๗ นั้น

โดยโครงการวิจัยดังกล่าวมี อาจารย์กายภาพบำบัด อรรจน์มน ธรรมไชย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยมีความจำเป็นในการเข้าเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจาก ๓ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ๑.อาสาสมัครหมู่บ้าน ๒.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๓.ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ในการนี้ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประกอบการทำโครงงานวิชาชีพ โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของบุคลากรแต่ละท่าน โดยที่ผู้วิจัยจะรับผิดชอบในการเดินทางและการเตรียมอุปกรณ์สำหรับเก็บข้อมูลดังกล่าว ทั้งนี้ในเบื้องต้นได้ติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์มาลินี ธนารุณ)
คณบดีคณะสหเวชศาสตร์

คณะสหเวชศาสตร์ งานบริการการศึกษา
โทร. ๐ ๕๔๔๖ ๖๖๖๖ ต่อ ๓๓๔๐
โทรสาร ๐ ๕๔๔๖ ๖๖๙๗

ภาคผนวก ง
หนังสือคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้แก่ อสม.

การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

จัดทำโดย

นิสิตกายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

คำนำ

หนังสือคู่มือเล่มนี้จัดทำขึ้นสำหรับแจกให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ดูแล และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นำไปใช้ในการประกอบการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยโดยหวังพึ่งผู้ดูแลและ อสม. ในการช่วยฝึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อทุกท่านที่มีความสนใจเกี่ยวกับวิธีการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คณะผู้จัดทำ
นิสิตกายภาพบำบัด
คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

สารบัญ

การจัดท่า	1
การประสานมือ	4
การพลิกตะแคงตัว	5
การลุกนั่งข้างเตียง	6
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังรถเข็น	8
การฝึกทรงตัวในท่านั่ง	10
การฝึกลุกยืน	11
การฝึกยืนทรงตัว	12
การฝึกเดิน	13
การเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง	14
การออกกำลังกาย	
การฝึกลงน้ำที่แขนในท่านั่ง	16
การออกกำลังกายโดยผู้อื่น	17
การออกกำลังกายด้วยตนเอง	23
การฝึกการเคลื่อนไหวหัวไหล่และสะบัก	25

การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังการเกิดอัมพาตครึ่งซีก

อัมพาตครึ่งซีก ประชาชนทั่วไปมักเรียกว่า "อัมพฤกษ์" อัมพาตครึ่งซีกไม่ใช้โรค แต่เป็นอาการอ่อนแรงของแขนและขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเกิดจากการที่สมองซีกใดซีกหนึ่งเกิดพยาธิสภาพ ทำให้การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแขนและขาด้านตรงข้ามบกพร่อง

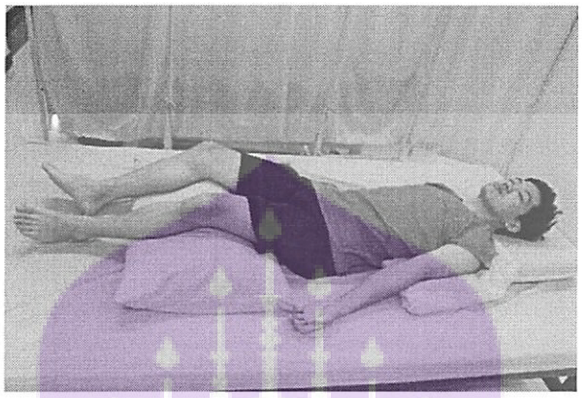
อัมพาตครึ่งซีกเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น เนื้องอกในสมอง การบาดเจ็บที่สมองและสาเหตุที่สำคัญและพบได้มากคือ โรคหลอดเลือดสมอง จากภาวะหลอดเลือดแตก ตีบหรือตัน ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และช่างกายอุปกรณ์ฯ และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย และญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกกิจกรรมต่างๆ ตามคำแนะนำเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

การจัดท่า

นอนหงาย

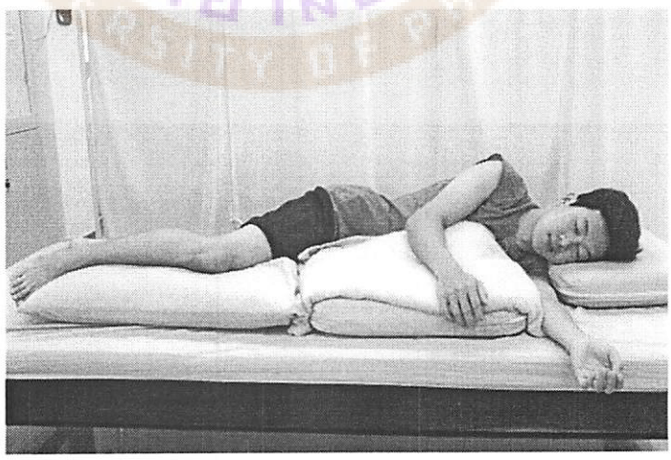
การจัดท่าในการนอน เพื่อป้องกัน แผลกดทับ กล้ามเนื้อเกร็ง และข้อติด



หมอนหนุนศีรษะไม่ต่ำเกินไปและไม่สูงเกินไปและข้างที่เป็นอัมพาตจะใช้หมอนหรือใช้ผ้าขนหนูรองที่ไหล่และเข่า เพื่อป้องกันสะบักบิดและตกไปทางด้านหลังหมอนรองแขนให้เหยียดและกางออกเล็กน้อยหงายมือขึ้น

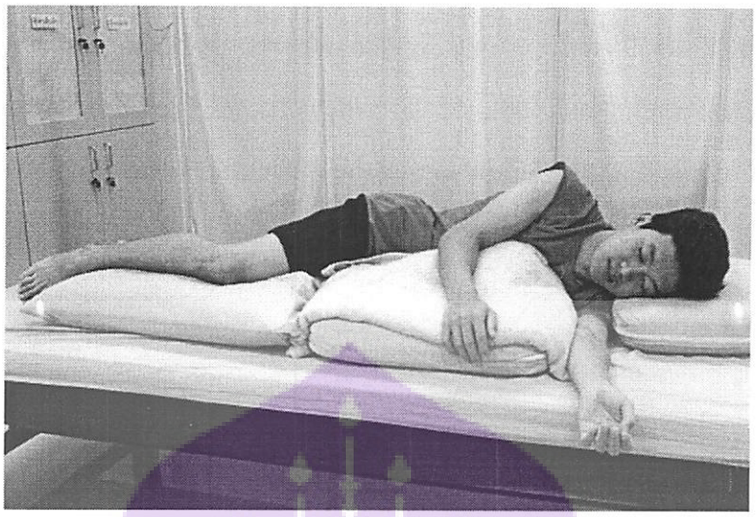
นอนตะแคง

<u>นอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต</u>



กางแขนข้างที่เป็นอัมพาต 90 องศาและแขนข้างที่ปกติวางบนหมอน

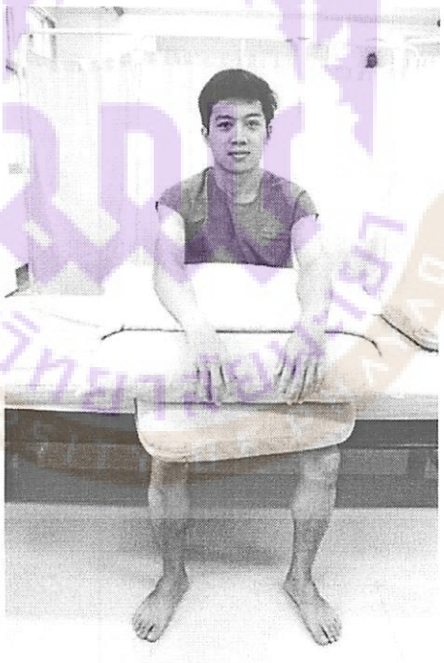
นอนตะแคงทับข้างปกติ



เอาแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตวางบนหมอน

นั่ง

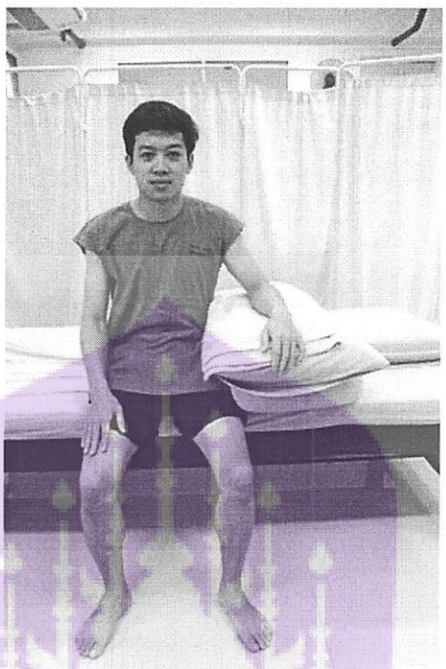
นั่งห้อยขาข้างเตียง



เอาแขนข้างที่เป็นอัมพาตวางหมอนให้อยู่ระดับเดียวกันกับข้างปกติ

นั่งบนเตียง

เอาหมอนรองแขนข้างที่เป็นอัมพาต เพื่อป้องกันการตกของไหล่



นั่งบนรถเข็นหรือเก้าอี้

การประสานมือ

เอามือข้างที่เป็นอัมพาตอยู่ข้างนอกเพื่อช่วยลดการเกร็งของแขนข้างที่เป็นอัมพาต

มหาวิทยาลัยพะเยา UNIVERSITY OF PHAYAO

การพลิกตะแคงตัว

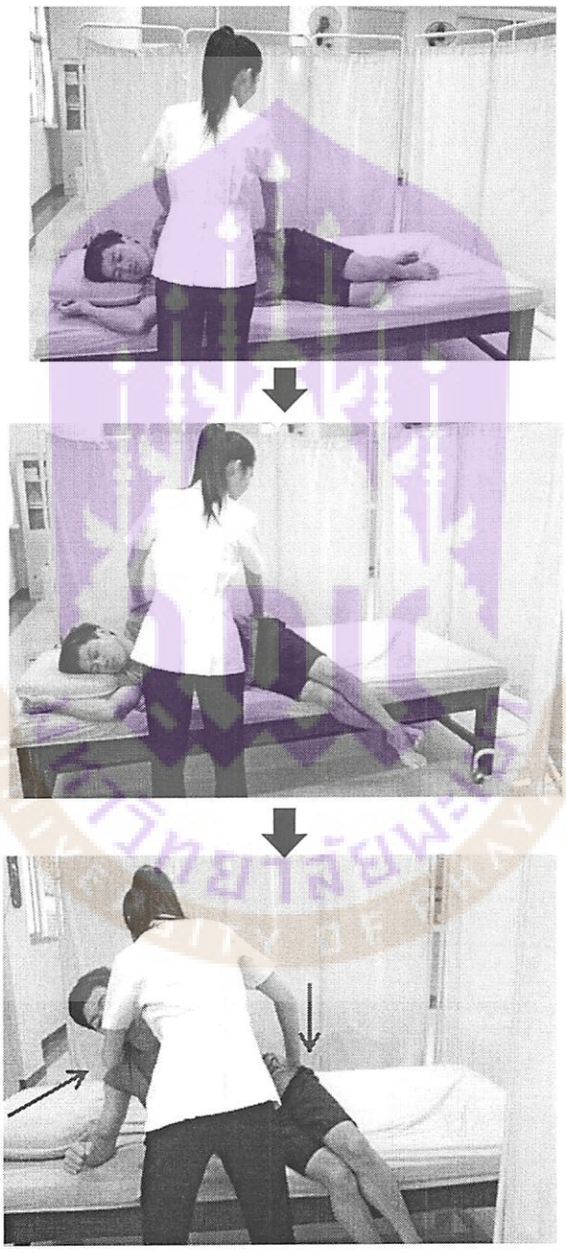
ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ ควรพลิกตัวทุกๆ 2 ชั่วโมง

เอามือประสานกัน ยกแขนตรงและชันเข่าข้างตรงข้ามที่จะพลิกตะแคงขึ้นจากนั้นพลิกตัว

การลุกนั่งข้างเตียง (ข้างที่มีแรง)

หลังจากทำท่าพลิกตะแคงเสร็จเรียบร้อยโดยที่ข้างที่เป็นอัมพาตอยู่ข้างบนแล้วให้เอาขาข้างที่มีแรงเกี่ยวขาข้างที่ไม่มีแรงลงข้างเตียงจากนั้นใช้มือข้างที่มีแรงดันตัวขึ้นแล้วตั้งศอกค่อยดันตัวขึ้น

การลุกนั่งข้างเตียง (ข้างที่ไม่มีแรง)



การลุกนั่งข้างเตียง

ผู้ช่วยเหลือจับสะโพกผู้ป่วยให้มั่นคงอีกข้างประคองที่สะบักของผู้ป่วยมือค่อยๆ ยกผู้ป่วยขึ้นลุกนั่งข้างเตียง

ผู้ช่วยเหลือนั่งอยู่ทางด้านอ่อนแรงของผู้ป่วย ใช้มือประคองไหล่ผู้ป่วยให้นั่งข้างเตียงอย่างมั่นคง และเพื่อป้องกันการล้ม

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังรถเข็น

หลักการ

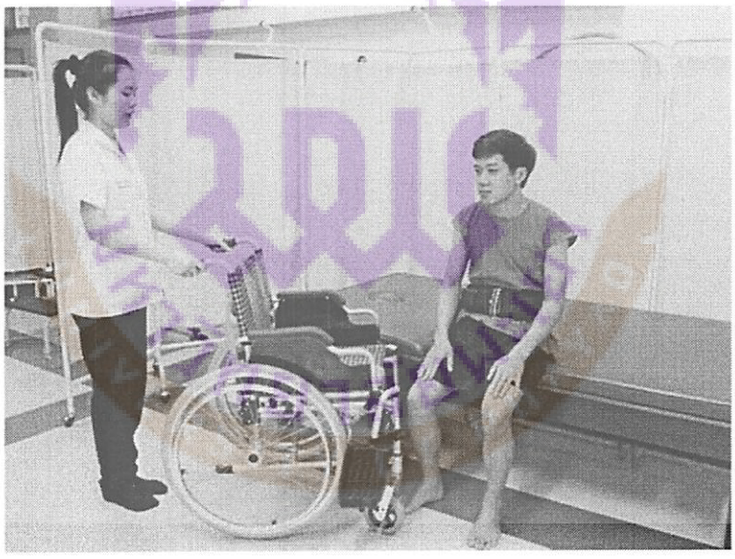
1. นำรถเข็นเข้าด้านที่ปกติของผู้ป่วย
2. รถเข็นทำมุมกับเตียงประมาณ 45 องศา
3. ล็อคล้อทั้ง 2 ข้าง

หมายเหตุถ้าผู้ป่วยไม่สามารถลุกยืนได้เอง ให้ใช้ขาทั้ง 2 ข้างของผู้ช่วยเหลือ ดันเข่าข้างที่เป็นอัมพาตไม่ให้เกิดการงอ อาจทำให้เข่าผู้ป่วยฉุดแล้วล้มเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

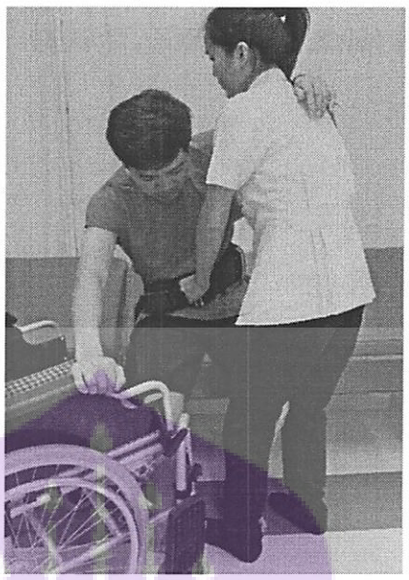
การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ให้ผู้ป่วยขยับตัวเข้ามาใกล้ขอบเตียงโดยที่เท้าทั้ง 2 ข้างสัมผัสพื้น เอื้อมมือไปจับที่วางแขนรถเข็นที่อยู่ไกล



1. เอามือกดที่วางแขนรถ แล้วโน้มตัวไปข้าง ลุกขึ้นยืน



---

1. หมุนตัว

---

2. นั่ง

การฝึกทรงตัวในท่านั่ง

การฝึกลุกยืน

<u>การลุกยืนจากท่านั่งห้อยขา</u>

การฝึกลุกยืนเป็นสิ่งจำเป็นในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น การที่เราจะลุกยืนได้นั้นต้องนั่งให้มั่นคงก่อน

- หมายเหตุ ต้องใส่เข็มขัดทุกครั้ง เพื่อป้องกันการล้ม

ขั้นตอนการฝึก

การฝึกยืนทรงตัว

1. ใส่เข็มขัด
2. ให้ผู้ป่วยเหลือยืนด้านที่อ่อนแรง
3. เอามือหนึ่งจับเข็มขัดอีกมือหนึ่งยืนไปข้างหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยยืนมือไปแตะ
4. เปลี่ยนทิศทาง ซ้าย ขวา บน ล่าง ปรับระยะทางให้ไกลขึ้นตามความสามารถของผู้ป่วย

การฝึกเดิน

หลักการ

1. ผู้ป่วยยืนตรง จับไม้เท้าทางด้านอ่อนแรง ตามองตรงไปข้างหน้า

2. จับไม้เท้ายกไปข้างหน้า และก้าวเท้าด้านมีแรงไปด้านหน้า

2. ออกแรงกดที่ไม้เท้า ก้าวเท้าด้านอ่อนแรงตามมา

การเคลื่อนย้ายตัวบนเตียงในท่านอนหงาย

หลักการ

1.นอนหงายชันเข่าและตั้งศอกข้างปกติ

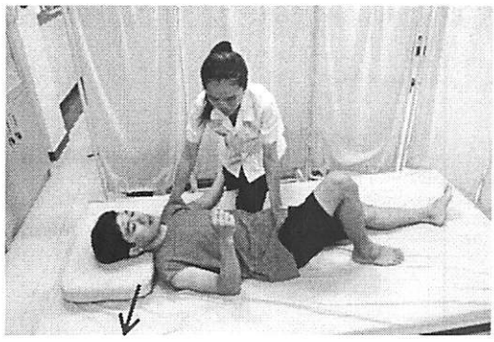
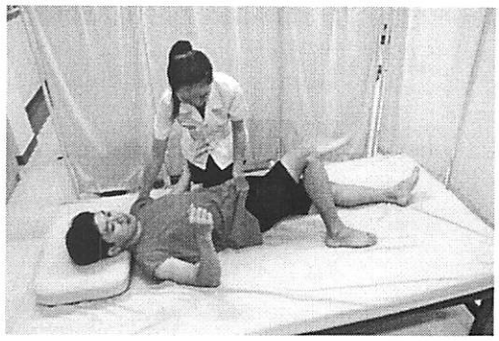
2. ยกสะโพกยกลำตัว ออกแรงที่เท้าและศอกดัน

3. ถ้าเคลื่อนไหวไปด้านข้างให้ชันเข่าและตั้งศอกข้างที่จะเคลื่อนย้าย

<u>จากบนลงล่าง</u>

<u>จากล่างขึ้นบน</u>

<u>จากซ้ายไปขวา</u>

จากขวาซ้ายไปทำเหมือนกัน

การออกกำลังกาย

1. การฝึกลงน้ำหนักที่แขนในท่านั่ง
2. การออกกำลังกายโดยผู้อื่น

- เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด ปวดข้อ

3. การออกกำลังกายด้วยตนเอง

- เพื่อให้สมองเรียนรู้การเคลื่อนไหวต่างๆ
- เพื่อกระตุ้นให้เกิดการฝึกตัวของกล้ามเนื้อแขน

4. การฝึกการเคลื่อนไหวหัวไหล่และสะบัก

1. **การฝึกนั่งลงน้ำหนักที่แขน**

ช่วยกระตุ้นการรับรู้ของข้อต่อ และช่วยลดปัญหาข้อไหล่หลุด

ผู้ช่วยเหลือจะนั่งด้านข้างที่เป็นอัมพาต กางนิ้วมือออกเอามือจับที่หัวไหล่ข้าง 1 อีกข้างพยุงข้อศอกเพื่อให้ข้อศอกเหยียดตรงไว้จากนั้นเอามือข้างที่วางบนหัวไหล่กดลงน้ำหนัก เพื่อกระตุ้นการรับรู้ข้อต่อผ่านข้อไหล่และข้อศอก

2. **การออกกำลังกายโดยผู้อื่น**

หลักการ

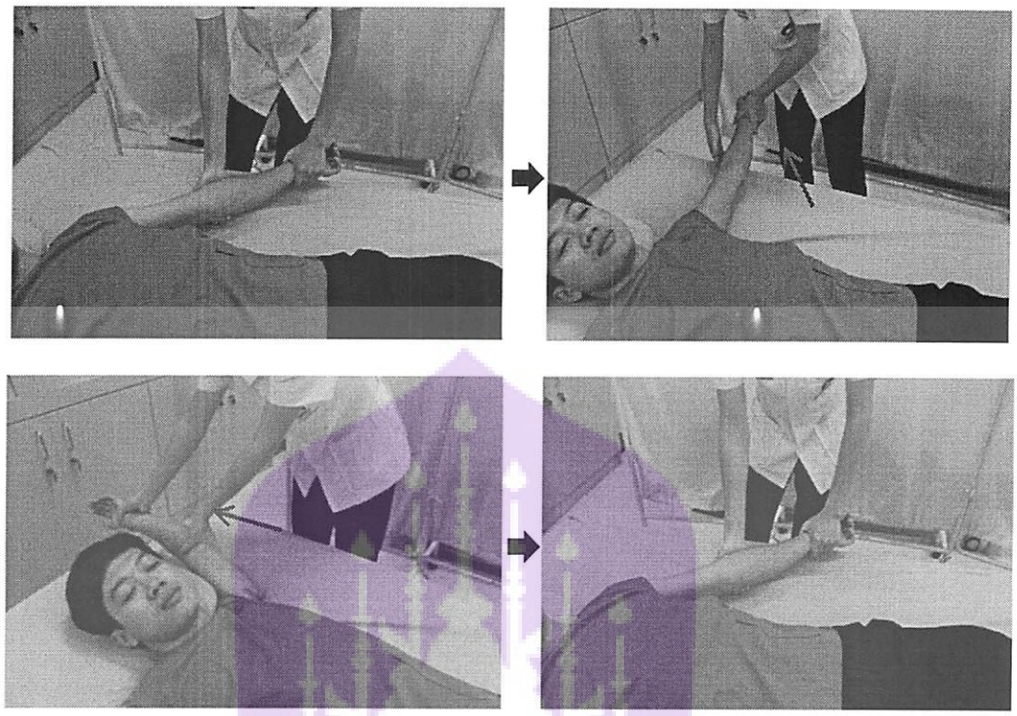
- เคลื่อนไหวอย่างนุ่มนวลและเป็นจังหวะ
- ทำให้สุดช่วงการเคลื่อนไหว โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บ หรือเกร็ง
- ทำ 10 ครั้ง/ท่า อย่างน้อย 2 รอบ/วัน

<u>ส่วนแขน</u>

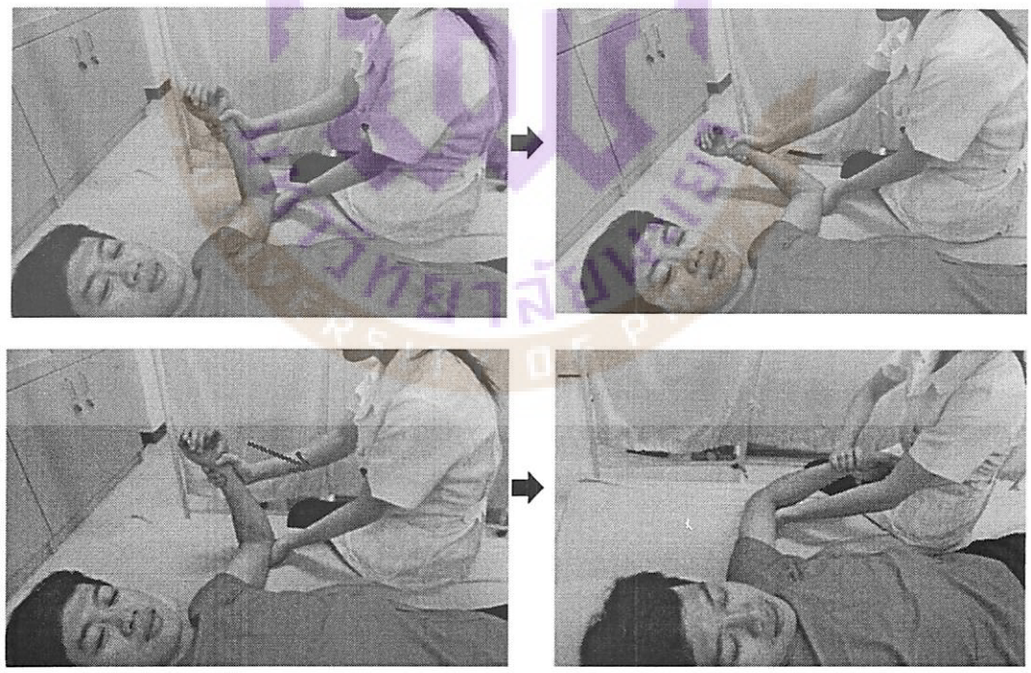
1.ข้อไหล่

ยกแขน

กางแขน

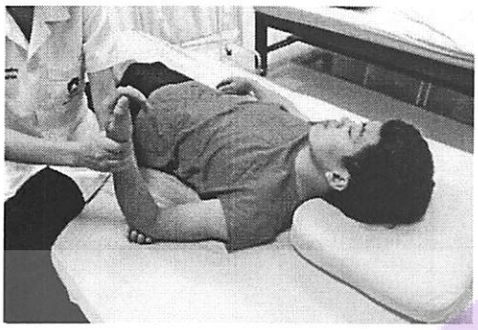
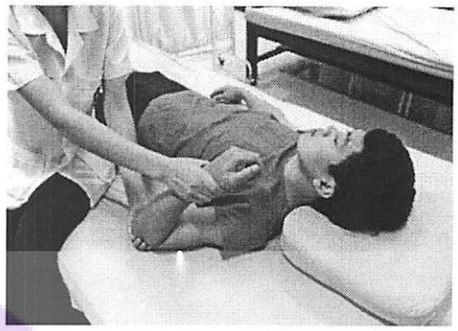


หมุนแขน



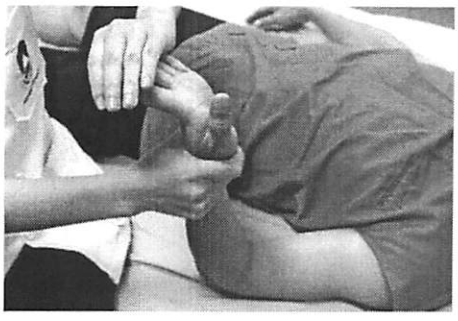
1. ข้อศอก

งอศอก

2. ข้อมือ

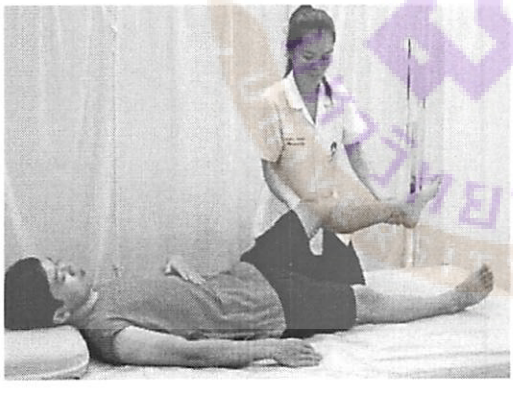
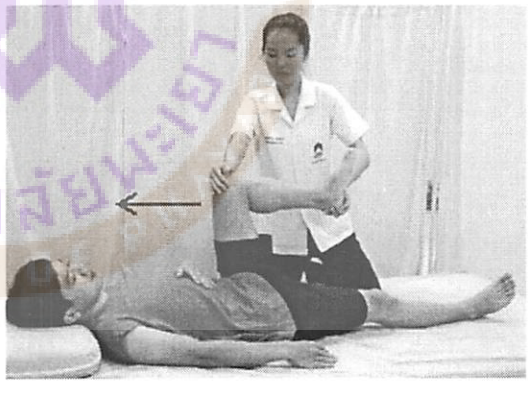
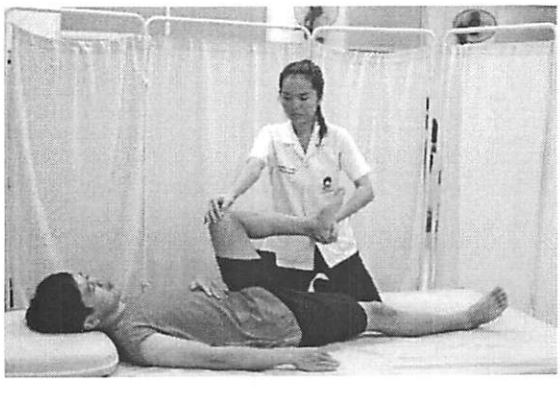
4.นิ้วมือ



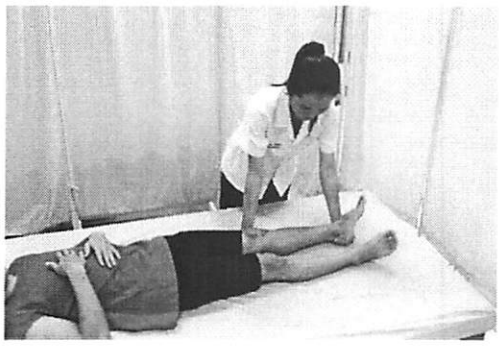
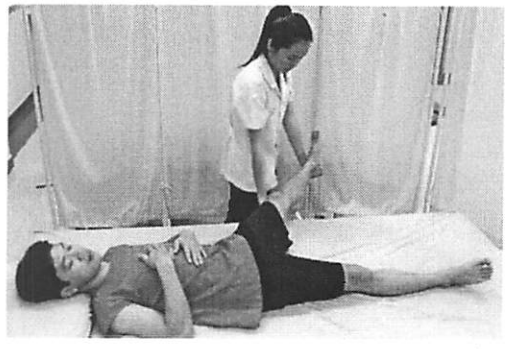
<u>ส่วนขา</u>

1.ข้อสะโพก

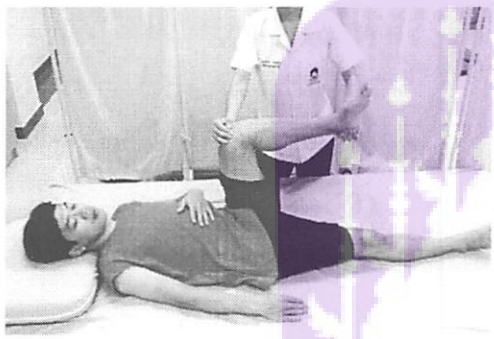
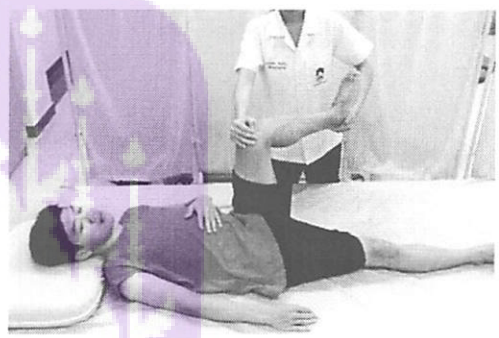
งอสะโพกและงอเข่า

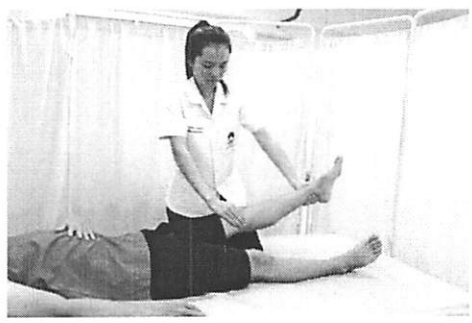
กางขา

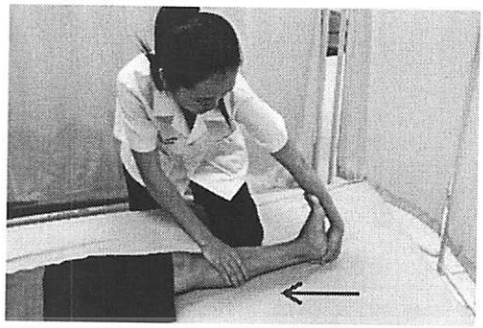
หมุนข้อสะโพก เข้า-ออก

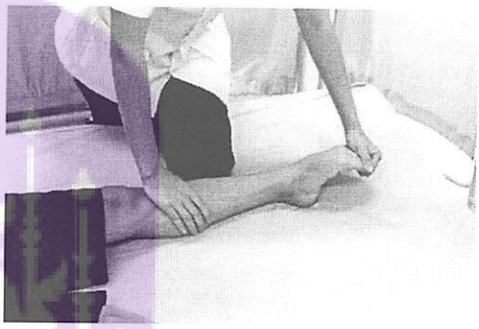
ยกขาขึ้นตรงๆ



3. ข้อเท้า



4. นิ้วเท้า



<u>ส่วนลำตัว</u>

3. การออกกำลังกายด้วยตนเอง

หลักการ

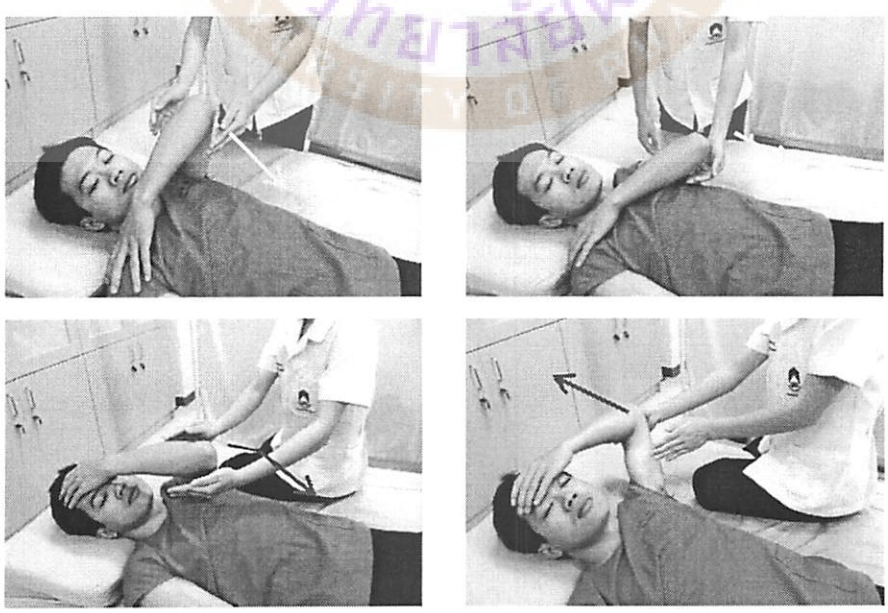
ระยะแรกค่อยๆทำทีละน้อยๆ และจะมีการพักเป็นระยะ (โดยรอบละ 10 ครั้ง/ท่า, 2 รอบ ทำเช้า-เย็น) พยายามใช้แขนขาข้างอัมพาตร่วมด้วยเสมอ

<u>การออกกำลังกายส่วนแขน</u>

1. การยกแขนขึ้นด้านบน

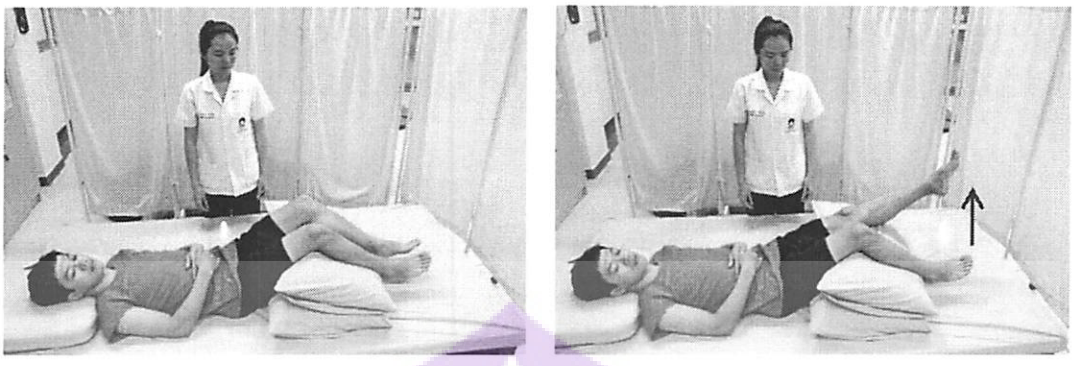
---

2. การไขว้แขนข้ามลำตัว



การออกกำลังกายส่วนขา เพื่อเตรียมพร้อมกล้ามเนื้อที่ใช้ยืน

การเหยียดเข่า

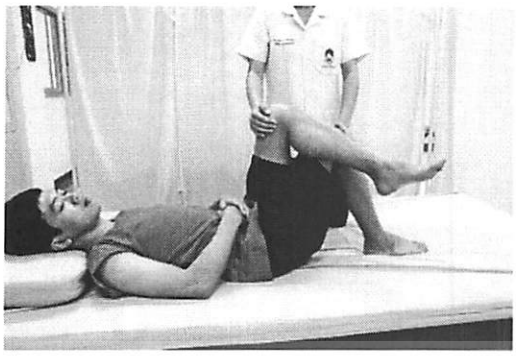
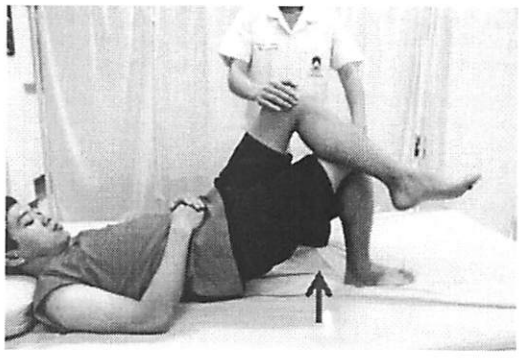


ใช้หมอนสามเหลี่ยมรองใต้ข้อพับหรือใช้หมอนข้างแทนก็ได้ เหยียดเข่าขึ้นค้างไว้นับ 1-5

การยกก้น

ให้ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่า 2 ข้าง ลงน้ำหนักที่เท้า 2 ข้างออกแรงยกก้นขึ้น

นอนชันเข่า

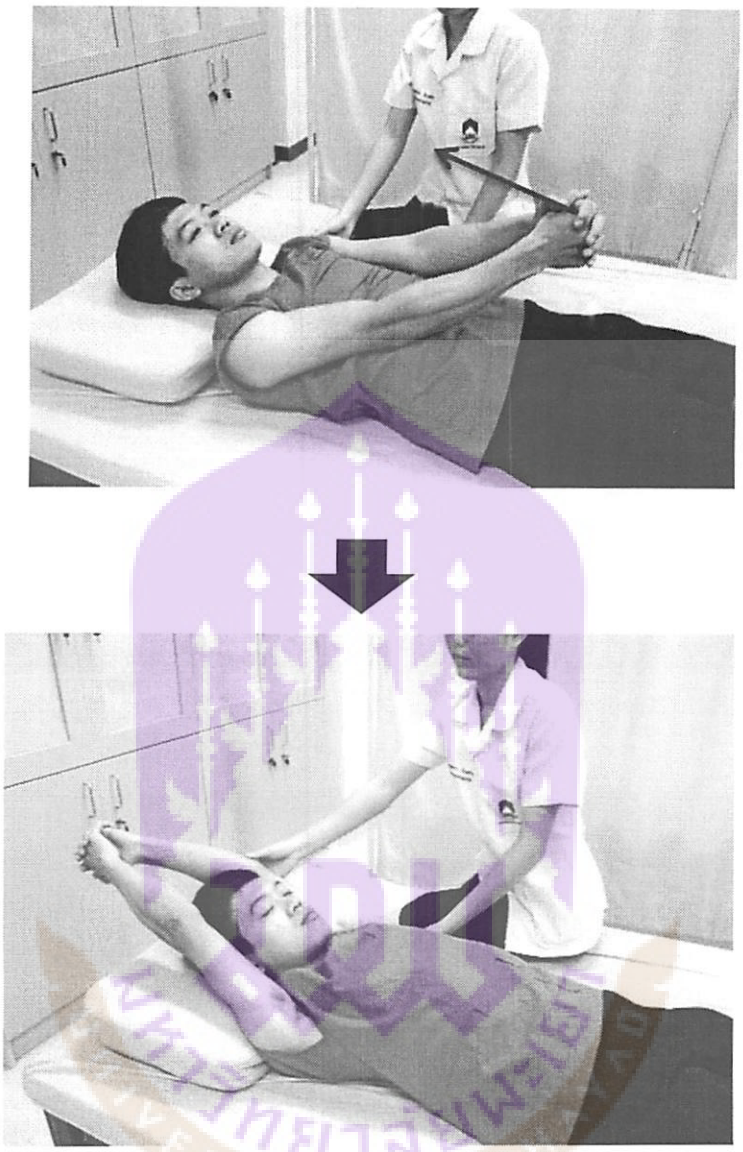
ใช้ขาข้างที่มีแรงวางทับบนขาข้างออกแรง ให้ผู้ป่วยยกออกแรงกดน้ำหนักลงที่เท้า ยกก้นขึ้น

การฝึกการเคลื่อนไหวหัวไหล่และสะบักเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

(ฝึก 10 ครั้ง/ท่า เช้า,กลางวัน ,เย็น)

ท่าที่ 1

ท่าที่ 2



บรรณานุกรม

น้อมจิตต์ นวลเนตร์. อัมพาตครึ่งซีก ท่านสามารถช่วยเขาได้.
กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ, 2545.
มัณฑนา วงศ์ศิรินวรัตน์, วิมลวรรณ เหียงแก้ว, สุรศักดิ์ ศรีสุข.
กายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. โครงการจัดตั้ง
คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547
อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.อัลตร้า พริ้นติ่ง. 2548.

ภาคผนวก จ
หนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO

ภาคผนวก ฉ
แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(Modified Barthel Index)

แบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย					
	ทำไม่ได้เลย	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน	ต้องการความช่วยเล็กน้อย	ทำได้เอง
1. การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว	0	1	3	4	5
0 = ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลสุขลักษณะส่วนตัวได้ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด เช่น แปรงฟัน หวีผม ล้างมือ ล้างหน้า โกนหนวด แต่งหน้า					
1 = ต้องการความช่วยเหลือทุกขั้นตอนในการทำกิจกรรมผู้ป่วยอาจสามารถทำกิจกรรมเอง 1-2 อย่างแต่กิจกรรมส่วนใหญ่ต้องการผู้ช่วยทำมากกว่าทำเอง					
3 = ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในบางขั้นตอนของการทำแต่ละกิจกรรม โดยบางขั้นตอนอาจทำได้เองแต่บางขั้นตอนต้องอาศัยผู้ช่วย เช่น แต่งหน้า การเพิ่มแรงกดในการแปรงฟัน การโกนหนวดบริเวณใต้คาง การหวีผมด้านหลัง การเช็ดมือข้างเดียวให้แห้ง					
4 = สามารถทำกิจกรรมเองได้แต่ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยช่วงก่อนหรือหลังทำกิจกรรม เช่น ความปลอดภัยในการเสียบ/ถอดปลั๊กไฟ การใส่ใบมีดโกนหนวด การต้มน้ำร้อน					
5 = ทำกิจกรรมเองได้ทั้งหมดอย่างปลอดภัย					
2. การอาบน้ำ	0	1	3	4	5
0 = ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด					
1 = ต้องการความช่วยเหลือทุกขั้นตอนในการอาบน้ำผู้ป่วยอาจสามารถล้างลำตัวและแขนเองได้					
3 = ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนทั้งการเคลื่อนย้ายตัวรวมถึงการอาบน้ำและเช็ดตัว ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำเองได้เรียบร้อยถ้าไม่มีผู้ช่วยคอยช่วยเหลือบางส่วนหรือคอยดูแล					
4 = ต้องอยู่ในสายตาของผู้ดูแลเพื่อความปลอดภัย เช่น การปรับความร้อนของน้ำหรือการเคลื่อนย้ายตัว สามารถอาบน้ำได้เองแต่ใช้เวลานานมากกว่า 3 เท่าของปกติ อาจต้องการความช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์					
5 = สามารถอาบน้ำได้เองทั้งหมด อาจต้องดัดแปลงอุปกรณ์ในการใช้งานและอาจใช้เวลานานกว่าปกติถึง 2 เท่า					
3. การกินอาหาร	0	2	5	8	10

0 = กินอาหารทางสายยางโดยผู้อื่นทำให้ หรือสามารถเคี้ยวและกลืนได้โดยมีผู้ป่วยป้อนเข้าปาก					
2 = สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยในการกินอาหารได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยตลอดเวลา เช่น ช่วยนำอาหารใส่ช้อนแล้วผู้ป่วยนำอาหารเข้าสู่ปากเพื่อกินได้					
5 = สามารถตักอาหารเข้าสู่ปากเองได้ อาจต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมบางอย่าง เช่น การรินน้ำใส่แก้ว เปิดกระป๋อง ตัดเนื้อเป็นชิ้นๆ การติดอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยกินได้เอง หลังจากผู้ช่วยเตรียมทุกอย่างให้แล้วจะต้องคอยเฝ้าดูระวังการสำลัก การเคี้ยวหรือการกลืนอาการไม่ถูกต้อง					
8 = สามารถกินอาหารที่เตรียมไว้เรียบร้อยแล้วได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ดูแลระหว่างการกิน แต่ใช้เวลาในการกินนานกว่าปกติอาจต้องอาศัยผู้ช่วยเตรียมอาหาร เช่น ตัดเนื้อเป็นชิ้น เปิดภาชนะต่างๆ เช่น ขวด กระป๋องไว้ให้ก่อนหรือดัดแปลงอาหารให้กลืนง่าย					
10 = สามารถกินอาหารได้เองถ้ามีผู้เอาอาหารมาให้ในระยะที่เอื้อมถึง สามารถใส่อุปกรณ์ รินน้ำ ตัดเนื้อได้เองอย่างปลอดภัย					
4. การใช้ห้องน้ำ	0	2	5	8	10
0 = ต้องการความช่วยเหลือเต็มรูปแบบในการใช้ห้องน้ำ					
2 = ต้องการความช่วยเหลือทุกขั้นตอนของการใช้ห้องน้ำจากผู้ช่วยเป็นส่วนใหญ่ในการเคลื่อนย้าย ถอดเสื้อผ้า การใช้กระดาษชำระและการทำความสะอาด					
5 = ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายหรือล้างมือ เช่น ต้องการผู้คอยดูหรือช่วยบางส่วนในการเคลื่อนย้าย การทรงตัวขณะล้างมือ การจัดเสื้อผ้าให้เข้าที่ รูดซิป					
8 = ต้องการผู้คอยดูเรื่องความปลอดภัยขณะใช้ห้องน้ำปกติ อาจช่วยเล็กน้อย เช่น เตรียมกระดาษชำระให้ อาจต้องใช้หม้อปัสสาวะ (commode) ตอนกลางคืน แต่ต้องมีผู้ช่วยนำไปทิ้งและทำความสะอาดอุปกรณ์ให้					
10 = สามารถเข้าออกจากห้องน้ำ ปลด ใส่เครื่องแต่งกายป้องกันการเปื้อนของเสื้อผ้าและใช้กระดาษชำระได้เองตอนกลางคืนอาจใช้หม้อปัสสาวะ (bed หรือ commode) แต่ทำความสะอาดได้เอง					
5. การใส่เสื้อผ้า	0	2	5	8	10
0 = ผู้ดูแลต้องใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทั้งหมด โดยผู้ป่วยสามารถทำได้แค่ช่วยขยับตัวไปข้างหน้า/ข้างหลังหรือจับราวข้างเตียงในการพลิกตะแคงเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใส่เสื้อผ้าได้					
2 = ผู้ป่วยสามารถใส่เสื้อผ้าเองได้บางส่วน แต่ส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลต้องทำให้เกือบทั้งหมด ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถใส่เสื้อผ้าด้านหน้าได้แต่ติดกระดุมเสื้อไม่ได้ ไม่สามารถใส่เสื้อสวมศีรษะได้ สามารถช่วยดึงกางเกงที่ผู้ดูแลใส่ให้แล้วได้บ้างแต่ไม่สามารถผูกเชือกกางเกง รูดซิป ติดตะขอกางเกงเองได้					
5 = ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ได้แก่ การเตรียมเสื้อผ้าให้เหมาะสมเพื่อสะดวกต่อการใส่/					

ถอด การดูแลในการใช้อุปกรณ์ช่วยการใส่/ถอดเสื้อผ้าให้เรียบร้อย					
8 = ต้องการความช่วยเหลือน้อยมาก เช่น ต้องการคำแนะนำ ความช่วยเหลือบางส่วนในการใส่อุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์เทียมก่อนการใส่เสื้อผ้า การติดกระดุม รูดซิป ติดตะขอเสื้อใน ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลานานมากในการใส่/ถอดเสื้อผ้าด้วยตัวเองถึง 3 เท่าจากระยะเวลาปกติ					
10 = ผู้ป่วยสามารถใส่/ถอดเสื้อผ้า ชุดชั้นใน ถุงเท้า รองเท้า โดยอาจใช้อุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์เทียมได้ด้วยตนเองโดยใช้เวลาที่เหมาะสมและทำได้เรียบร้อย					
6. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	0	2	5	8	10
0 = ไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ (จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมตลอดเวลา)					
2 = ต้องการผู้ช่วยในการจัดท่าและการกระตุ้นเพื่อขับถ่าย เช่น การเหน็บ/สวนทวาร (ถ้าไม่มีผู้ช่วยผู้ป่วยอาจถ่ายบ่อยและต้องใส่ผ้าอ้อมไว้)					
5 = ผู้ป่วยสามารถจัดท่าในการขับถ่ายได้แต่ไม่สามารถกระตุ้นการถ่ายด้วยตนเอง ต้องการผู้ช่วยในการทำความสะอาดอาจถ่ายโดยไม่ตั้งใจบ่อยครั้งและยังต้องใช้ผ้าอ้อมเพื่อป้องกัน					
8 = ต้องมีผู้คอยดูเพื่อความถูกต้องและปลอดภัยเวลาผู้ป่วยกระตุ้นถ่ายเอง เช่น การเหน็บ/สวนทวารด้วยตนเองอาจถ่ายโดยไม่ตั้งใจบ้างแต่น้อยครั้ง					
10 = ผู้ป่วยสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ด้วยตนเองทั้งหมดโดยไม่มีอุบัติเหตุ (การถ่ายโดยไม่ได้ตั้งใจ)อาจต้องกระตุ้นการถ่ายแต่ทำได้เอง เช่น ใช้นิ้วกระตุ้น เหน็บ/สวนทวาร					
7. การควบคุมการปัสสาวะ	0	2	5	8	10
0 = กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องใส่สายสวน (indwelling catheter) โดยผู้อื่นทำให้ทั้งหมด					
2 = กลั้นปัสสาวะไม่ได้ แต่สามารถช่วยผู้ช่วยเหลือในการใช้อุปกรณ์ช่วยขับถ่ายได้เล็กน้อย					
5 = ควบคุมการปัสสาวะได้เฉพาะในช่วงกลางวัน เวลากลางคืนควบคุมไม่ได้ ต้องการผู้ช่วยและอุปกรณ์ช่วยบางส่วน					
8 = ดูแลการปัสสาวะเองได้ทั้งกลางวันและกลางคืนโดยอาจใช้ยาหรืออุปกรณ์ช่วย อาจมีอุบัติเหตุบางครั้งถ้าเตรียมอุปกรณ์หรือเข้าห้องน้ำไม่ทัน อาจต้องการคนช่วยเตรียมอุปกรณ์ไว้					
10 = ควบคุมการปัสสาวะได้ อาจใช้อุปกรณ์หรือยาช่วยแต่ทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด					
8.1 การเคลื่อนที่ (ไม่ต้องประเมินถ้าผู้ป่วยใช้รถเข็น)	0	3	8	12	15
0 = ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง					
3 = ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยอย่างมากระหว่างการเดิน อาจใช้ผู้ช่วย 1 คนหรือมากกว่า					
8 = สามารถเดินได้แต่ต้องอาศัยผู้ช่วย 1 คนในการส่งอุปกรณ์ช่วยเดินให้และช่วยในขณะเลี้ยวหรือเดินบนพื้นไม่เรียบ เช่น พรมหนาๆ					

12 = สามารถเดินได้ด้วยตนเองหรือร่วมกับอุปกรณ์ช่วยเดินในระยะไม่เกิน 50 เมตรแต่ต้องมีคนคอยระวังเพื่อความปลอดภัยและเดินได้ช้ากว่าปกติ					
15 = สามารถเดินได้ด้วยตนเองหรือร่วมกับอุปกรณ์ช่วยเดินโดยไม่ต้องมีผู้ดูแล					
8.2 หรือการใช้รถเข็นนั่ง (ไม่ต้องประเมินถ้าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง)	0	1	3	4	5
0 = มีผู้เข็นรถเข็นนั่งให้ทั้งหมด					
1 = สามารถเข็นรถเข็นนั่งเองได้ในระยะสั้นๆ เฉพาะบนพื้นราบและเรียบ แต่ส่วนใหญ่ต้องมีผู้ช่วยเข็นให้และต้องการความช่วยเหลือในทุกขั้นตอนการใช้ เช่น เบรกล้อ ปรับที่วางแผน ใส่ที่รองนั่ง					
3 = สามารถเข็นรถเข็นนั่งเองได้แต่ยังต้องมีผู้ช่วย เช่น การนำรถเข็นไปที่โต๊ะ/เตียง หรือในที่แคบ					
4 = สามารถเข็นรถเข็นนั่งเองได้ด้วยตนเองในเวลาที่เหมาะสม อาจต้องมีผู้ช่วยเล็กน้อยเมื่อต้องผ่านมุมแคบ					
5 = สามารถเข็นรถเข็นนั่งเองได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วย เป็นระยะทางอย่างน้อย 50 เมตร					
9. การเคลื่อนย้าย	0	3	8	12	15
0 = ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้เลย ต้องมีผู้ช่วย 2 คนในการเคลื่อนย้าย					
3 = มีส่วนร่วมในการเคลื่อนย้ายเล็กน้อย ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากในทุกขั้นตอน					
8 = ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายบางส่วนในบางขั้นตอน					
12 = ต้องการผู้ดูแลเพื่อความมั่นใจหรือเพื่อความปลอดภัย สามารถใช้ sliding board ปรับที่วางเท้า ล็อกล้อได้ด้วยตนเอง					
15 = สามารถเคลื่อนย้ายตัวจากรถเข็นขึ้นลงเตียงหรือจากเก้าอี้ไปเตียงได้เองอย่างปลอดภัยและถูกขั้นตอน (รวมถึงการเปลี่ยนท่าจากนอนไปนั่ง หรือนั่งไปยืน) โดยไม่ต้องการผู้ช่วย อาจใช้เวลานานกว่าปกติแต่ไม่เกิน 3 เท่า					
10. การขึ้นลงบันได	0	2	5	8	10
0 = ไม่สามารถขึ้นลงบันได้เลย					
2 = อาศัยผู้ช่วยเป็นส่วนใหญ่ในทุกขั้นตอนรวมถึงการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินร่วมด้วย					
5 = สามารถขึ้นลงบันไดได้แต่ไม่สามารถถืออุปกรณ์ช่วยเดินไปด้วยได้ ต้องมีผู้คอยดูและช่วยเหลือบางส่วน					
8 = ไม่ต้องมีคนช่วย แต่ต้องมีคนคอยดูเพื่อความปลอดภัย					
10 = สามารถขึ้นลงบันไดเองโดยปลอดภัย โดยอาจใช้ราวจับหรืออุปกรณ์ช่วยเดินและสามารถถืออุปกรณ์ช่วยเดินขึ้นลงไปพร้อมกันได้					

ที่มา : ชื่นชม ชื่อลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **ธรรมศาสตร์เวชสาร** ม.ค.-มี.ค. 2555; 12(1): 104-106.

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ ของแบบสอบถามฉบับนี้เพื่อประเมินผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อสุขภาพและชีวิตของท่านผู้วิจัยต้องการทราบความคิดเห็นของท่าน ว่าโรคนี้มีผลกระทบต่อท่านอย่างไร โดยจะถามเกี่ยวกับภาวะบกพร่อง (Impairments) และภาวะทุพพลภาพ (disabilities) ที่เกิดจากโรคนี้รวมไปถึงผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิตของท่าน และในตอนท้ายจะให้ท่านบอกถึงระดับการฟื้นตัวหรือการหายของโรคว่าท่านคิดว่าท่านดีขึ้นมากน้อยเพียงใด

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับปัญหาทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากผลของโรคหลอดเลือดสมอง

1. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนต่าง ๆ ในร่างกายของท่านต่อไปนี้ มีแรงมากน้อยแค่ไหน	มีแรงมาก	มีแรงค่อนข้างมาก	มีแรงปานกลาง	มีแรงเล็กน้อย	ไม่มีแรงเลย
ก. แขนข้างที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรง	5	4	3	2	1
ข. การใช้มือจับของข้างที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรง	5	4	3	2	1
ค. ขาข้างที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรง	5	4	3	2	1
ง. เท้า/ข้อเท้าข้างที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรง	5	4	3	2	1

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความจำและการคิดของท่าน

2. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหนในการทำสิ่งต่อไปนี	ไม่ลำบากเลย	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากค่อนข้างมาก	ลำบากมากที่สุด
ก.จำสิ่งต่าง ๆ ที่คนอื่นเพิ่งบอกได้	5	4	3	2	1
ข. จำสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อวานได้	5	4	3	2	1
ค. จำได้ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง (เช่น ไปพบแพทย์ตามนัด, กินยา)	5	4	3	2	1
ง. จำวันต่าง ๆ ในสัปดาห์ได้	5	4	3	2	1

จ. มีสมาธิ	5	4	3	2	1
ฉ. คิดอย่างรวดเร็ว	5	4	3	2	1
ช. แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นประจำวัน	5	4	3	2	1

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นหรือที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของท่านหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นกับท่านบ่อยแค่ไหน	ไม่เกิดเลย	เกิดน้อยมาก	เกิดบ้างบางครั้ง	เกิดบ่อย	เกิดตลอดเวลา
ก. รู้สึกเศร้าเสียใจ	5	4	3	2	1
ข. รู้สึกว่าไม่มีคนที่สนิท	5	4	3	2	1
ค. รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น	5	4	3	2	1
ง. รู้สึกว่าตนเองไม่มีอนาคต	5	4	3	2	1
จ. รู้สึกตำหนิตนเองในความผิดที่เคยทำ	5	4	3	2	1
ฉ. สนุกกับการทำสิ่งต่าง ๆ อย่างที่เคยทำ	1	2	3	4	5
ช. รู้สึกกระสับกระส่าย	5	4	3	2	1
ซ. รู้สึกว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีค่า	1	2	3	4	5
ฌ.ยิ้มและหัวเราะอย่างน้อยวันละครั้ง	1	2	3	4	5

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความสามารถในการสื่อสารของท่านกับคนอื่น รวมถึงความสามารถของท่านในการเข้าใจสิ่งที่ท่านอ่านและได้ยินจากการสนทนา

4. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความยากลำบากแค่ไหนในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบากเลย	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากค่อนข้างมาก	ลำบากมากที่สุด
ก. ระบุชื่อคนที่อยู่ตรงหน้าของท่าน	5	4	3	2	1
ข. เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นกำลังพูดกับท่าน	5	4	3	2	1

ค. ตอบคำถามได้	5	4	3	2	1
ง. บอกชื่อสิ่งของต่าง ๆ อย่างถูกต้อง	5	4	3	2	1
จ. ร่วมพูดคุยในวงสนทนา	5	4	3	2	1
ฉ. คุยทางโทรศัพท์	5	4	3	2	1
ช. โทรศัพท์ไปหาผู้อื่นรวมทั้งเลือกเบอร์โทรและต่อโทรศัพท์ได้อย่างถูกต้อง	5	4	3	2	1

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน

5. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหนในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบากเลย	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากค่อนข้างมาก	ลำบากมากที่สุด
ก. หั่นอาหารด้วยมีด, ช้อนหรือส้อม	5	4	3	2	1
ข. ใส่เสื้อเอง	5	4	3	2	1
ค. อาบน้ำเอง	5	4	3	2	1
ง. ตัดเล็บเท้าเอง	5	4	3	2	1
จ. ไปเข้าห้องน้ำได้ทันเวลา	5	4	3	2	1
ฉ. ควบคุมการกลั้นปัสสาวะ (ไม่ปัสสาวะราด)	5	4	3	2	1
ช. ควบคุมการกลั้นอุจจาระ (ไม่อุจจาระราด)	5	4	3	2	1
ซ. ทำงานบ้านเบาๆ (เช่น กวาดบ้าน, ปูที่นอน,เทขยะ, ล้างจาน)	5	4	3	2	1
ฌ. ไปซื้อของ	5	4	3	2	1
ญ.ทำงานบ้านที่ใช้แรง (เช่น ถูบ้าน, ซักผ้า)	5	4	3	2	1

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหวทั้งภายในบ้าน และนอกบ้าน (ในชุมชน) ของท่าน

6. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหนในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบาก	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากค่อนข้างมาก	ลำบากมากที่สุด
ก. นั่งโดยไม่เอน/ล้ม (เสียสมดุล)	5	4	3	2	1
ข. ยืนโดยไม่เอน/ล้ม (เสียสมดุล)	5	4	3	2	1
ค. เดินโดยไม่เอน/ล้ม (เสียสมดุล)	5	4	3	2	1
ง. ลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้	5	4	3	2	1
จ. เดินได้ 1 ช่วงตึก (500 เมตร)	5	4	3	2	1
ฉ. เดินอย่างเร็ว	5	4	3	2	1
ช. เดินขึ้นบันได 1 ขั้น	5	4	3	2	1
ซ. เดินขึ้นบันไดหลายขั้น	5	4	3	2	1
ฌ. ขึ้นและลงรถ	5	4	3	2	1

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรงของท่าน

7. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหนในการใช้มือข้างที่อ่อนแรงทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบากเลย	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากค่อนข้างมาก	ลำบากมากที่สุด
ก. หิ้วหรือยกของหนัก (เช่น ถุงใส่ของจ่ายตลาด) หรือถุงที่ใส่ของมาก ๆ	5	4	3	2	1
ข. หมุนลูกบิดประตู	5	4	3	2	1
ค. เปิดกระป๋องหรือเปิดขวด	5	4	3	2	1

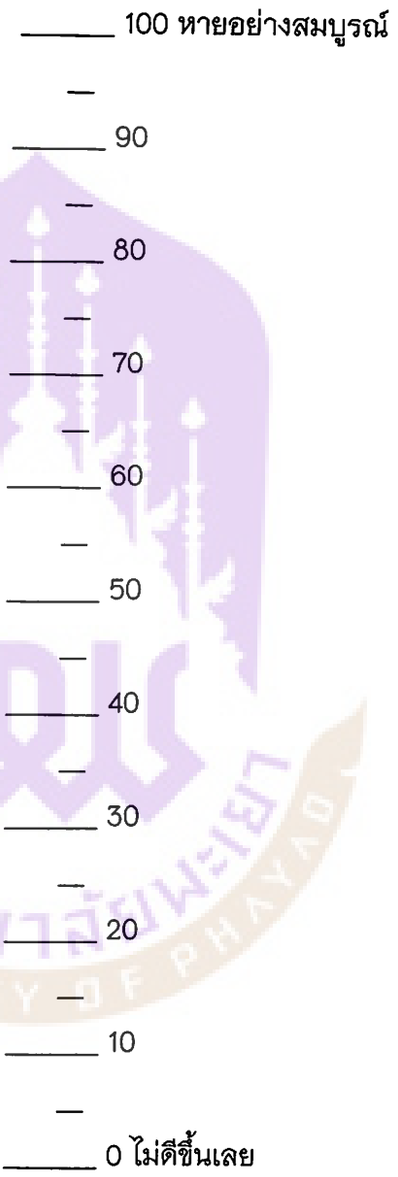
ง. ผูกเชือกรองเท้า	5	4	3	2	1
จ. หยิบเหรียญ	5	4	3	2	1

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับผลของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความสามารถในการเข้าร่วมในกิจกรรมที่เคยทำ, สิ่งที่มีความหมายต่อท่านและช่วยให้ท่านมีเป้าหมายในชีวิต

8. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่ท่านมีข้อจำกัดในเรื่องต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	มีน้อยมาก	มีบ้างบางครั้ง	มีบ่อย	มีตลอดเวลา
ก. การทำงานของท่าน (ทั้งที่ได้รับค่าตอบแทนหรือไม่ได้รับ)	5	4	3	2	1
ข. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	5	4	3	2	1
ค. การทำงานอดิเรกที่ทำคนเดียว(อ่านหนังสือ, แกะสลัก)	5	4	3	2	1
ง. การทำงานอดิเรกที่ทำร่วมกับผู้อื่น (เล่นกีฬา, ไปเที่ยวนอกบ้าน, เดินทาง)	5	4	3	2	1
จ. การแสดงบทบาทของท่านในฐานะสมาชิกในครอบครัว หรือฐานะเพื่อน	5	4	3	2	1
ฉ. การเข้าร่วมในกิจกรรมทางจิตวิญญาณหรือทางศาสนา (เช่น ทำบุญ, สวดมนต์)	5	4	3	2	1
ช. ความสามารถในการดำเนินชีวิตของตัวท่านเองตามที่ท่านต้องการ	5	4	3	2	1
ซ. ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น	5	4	3	2	1

9. การฟื้นตัวดีขึ้นหรือการหายจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการแบ่งระดับ 0-100 (100 หมายถึงการฟื้นตัวหรือหายอย่างสมบูรณ์ และ 0 หมายถึงไม่มีการฟื้นตัวหรือไม่ดีขึ้นเลย) ท่านคิดว่าตัวท่านมีการฟื้นตัวหรือดีขึ้นอยู่ในระดับใด



ที่มา : ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โปธิบาล, กนกพร สุคำวัง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย. โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2549 ต.ค; 50(10): 721 – 725

แบบวัดการรับรู้ความเครียด

(Perceived Stress Scale: PSS)

ผู้สร้าง โคเฮนและคณะ (Cohen ,et al.1994)

Reliability วิธีวัดในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้ความเครียดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และคำนวนหาความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ค่าที่ได้ Validity

ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยและได้นำแบบสอบถามความเครียดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบข้อคำถาม จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเนื้อหา โครงสร้างและความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาพร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา มี 10 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 อันดับ (0–4) โดยข้อ 4, 5, 7 และ 8 เป็นคำถามทางบวกส่วนที่เหลืออีก 6 ข้อเป็นคำถามทางลบ

การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ถ้าเลือก	ไม่เคย	ได้ 0 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
	เกือบไม่เคย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
	บางครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
	บ่อย	ได้ 3 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
	บ่อยมาก	ได้ 4 คะแนน	ได้ 0 คะแนน

การคำนวณและแปลผลคะแนน

คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดทั้งชุด มีค่าระหว่าง 10–40 คะแนน แบ่งระดับความเครียดเป็น 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน	10–20 หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	21–31 หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	32–40 หมายถึง	มีความเครียดระดับสูง
0 = ไม่เคย	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
1 = เกือบไม่เคย	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นประมาณ 1–3 ครั้งใน 1 เดือน
2 = บางครั้ง	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นอาทิตย์ละ 1–2 ครั้งใน 1 เดือน
3 = บ่อย	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นอาทิตย์ละ 3–4 ครั้งใน 1 เดือน
4 = บ่อยมาก	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำทุกวันหรือมากกว่า 16 ครั้งใน 1 เดือน

ข้อความ	ไม่เคย (0)	เกือบไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อยมาก (4)
1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกอารมณ์เสียกับเรื่องที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดคิดบ่อยแค่ไหน					
2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิตได้ บ่อยแค่ไหน					
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกกระวนกระวายและเครียดบ่อยแค่ไหน					
4. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกเชื่อมั่นกับความสามารถในการแก้ปัญหาส่วนตัวได้ บ่อยแค่ไหน					
5. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าสิ่งต่างๆเป็นไปตามที่คุณต้องการ บ่อยแค่ไหน					

6. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณพบว่าคุณไม่สามารถเผชิญกับทุกสิ่งที่คุณต้องทำได้บ่อยแค่ไหน					
7. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณสามารถควบคุมสิ่งที่รบกวนชีวิตของคุณได้บ่อยแค่ไหน					
8. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่า คุณสามารถทำทุกสิ่งทุกอย่าง ได้ตามที่กำหนด บ่อยแค่ไหน					
9. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกโกรธเพราะสิ่งที่เกิดขึ้น อยู่นอกเหนือการควบคุมของคุณบ่อยแค่ไหน					
10. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าความยุ่งยากมีมากจนคุณไม่สามารถเอาชนะมันได้ บ่อยแค่ไหน					