การศึกษาการปฏิบัติจริง ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The compliance and barrier of home exercise and physical therapy in stroke patients

Tipyarat Saringcarinkul, M.D. ทิพยรัตน์ ศฤงคารินกุล, พ.บ.*

Lawan Panichareon, BSc. (PT.) ลาวัลย์ พานิชเจริญ, วท.บ.**

ABSTRACT

Objective : To study the compliance and barrier of home exercise and physical therapy in stroke patients and care givers

Designs : Descriptive study

Settings : Prasat Neurological Institute

Subjects : Fifty hemiplegic-stroke patients who admitted to Prasat Neurological Institute

Methods : Patients received routine rehabilitation program during admission. Before discharge from the hospital, the patients and their care givers were taught home exercise and physical therapy program and received the program pamphlet. The Barthel index score was used to evaluate the patients before and 1 month after discharge. At the 1-month after discharge the patients were examined for the common complication of the stroke hemiplegia. The patients and care givers were rechecked for the accuracy and also informed about the compliance and barriers of home exercise and physical therapy program.

Results : Significant difference was observed on the Barthel Index score at before discharge and 1-month after discharge from the hospital (95%CI -22.89 to -14.52; $P < .005$). About eighty percent of patients/care givers did their home exercise and physical therapy correctly and frequently ($\geq$ 2 times/day and every day). Most common complication was shoulder pain on the affected side (58%). And most common barrier that found during home exercise and physical therapy was uncomfortableness during/after exercise and physical therapy period.

Conclusion : In this study, the compliances of home exercise and physical therapy of stroke patients/care givers at 1-month after discharge are quite good. The main barrier is uncomfortableness during/after exercise and physical therapy period.

Key words : Compliance, Problem, Barrier, Home exercise and physical therapy, Stroke patient.

* นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู) สถาบันประสาทวิทยา

** นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ สถาบันประสาทวิทยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาดูการปฏิบัติจริง รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ/หรือผู้ดูแล

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการวิจัย : สถาบันประสาทวิทยา

กลุ่มประชากร : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 50 ราย

วิธีการศึกษา : เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการสอนและได้รับแจกเอกสารการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินคะแนน Barthel Index, ติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยประเมินคะแนน Barthel Index ซ้ำ และประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยจากภาวะอัมพาตในผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล ได้รับการตรวจความถูกต้องในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดตามโปรแกรมที่ได้สอนไป และตอบแบบสอบถามการปฏิบัติจริงรวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน

ผลการศึกษา : จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน Barthel Index ของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI -22.89 to -14.52; $P < .005$) เมื่อติดตามผลที่ 1 เดือนหลังจำหน่าย ผู้ป่วย/ผู้ดูแลกว่า 80% ทำได้ถูกต้องตามที่ได้รับการสอนและทำสม่ำเสมอคือ ทำวันละ 2 ครั้ง หรือมากกว่าและทำทุกวัน ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะเจ็บหัวไหล่ข้างที่มีอาการอ่อนแรง เป็นจำนวน 58% สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่พบบ่อยที่สุด คือ เมื่อออกกำลังกายและกายภาพบำบัดทำให้ไม่สบายร่างกาย เช่น มีอาการปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ

สรุป : ในการศึกษานี้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสอนการออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านมีการปฏิบัติจริงได้ค่อนข้างถูกต้องและสม่ำเสมอหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่พบบ่อย คือ เมื่อทำแล้วมีอาการไม่สบายร่ายกาย เช่น ปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ

คำสำคัญ : การปฏิบัติจริง ปัญหา อุปสรรค การออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ในประชากรไทย[1] นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของร่างกาย ที่สำคัญคือ ด้านการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นการรักษาแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพด้านต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น มีวัตถุประสงค์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความพิการเหลือน้อยที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้มีความพิการหลงเหลืออยู่

ในปัจจุบันแม้ว่าการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศไทยจะเป็นที่รู้จักแพร่หลายมากขึ้น แต่เนื่องจากข้อจำกัดในหลาย ๆ ด้าน[2] เช่น การขาดแคลนบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ในการรักษาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมถึงข้อจำกัดทางครอบครัว สังคมและเศรษฐานะของผู้ป่วย ทำให้มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากไม่สามารถมารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องที่สถานพยาบาลได้ โดยผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะได้รับการฟื้นฟูในสถานพยาบาลเฉพาะช่วงแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะได้รับการสอนแนวทางในการทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ไปปฏิบัติเองหรือให้ผู้ดูแลทำให้ที่บ้าน

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาดูการปฏิบัติจริงในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ/หรือผู้ดูแลที่ได้รับการสอนแนวทางโดยบุคลากรทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยหวังผลที่จะนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงการให้การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาดูการปฏิบัติจริง รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ/หรือผู้ดูแล

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งแบบสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมองที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา และได้รับการบำบัดทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในขณะเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 50 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

- มีภาวะอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก โดยกำลังกล้ามเนื้อแขนและ/หรือขาข้างที่อ่อนแรงวัดโดย Manual Muscle Testing น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3/5
- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายเองได้ ต้องมีผู้ดูแลที่สามารถทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้
- ไม่สามารถไปรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่สถานพยาบาลได้หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว
- มีภาวะทางอายุรกรรมและประสาทวิทยาคงที่ (Medically and Neurologically stable)

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลไม่ให้การยินยอมหรือความร่วมมือในการเรียนแนวทางการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเองที่บ้าน

ขั้นตอนการวิจัย

1. เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และเศรษฐานะ เป็นต้น และข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค ได้แก่ ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านที่มีแขนขาอ่อนแรง และโรคประจำตัวร่วม ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายหรือทำกายภาพบำบัดเองได้ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ จะทำการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2. ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.1 ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthel Index ฉบับภาษาไทย[3] โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

2.2 ผู้ป่วย/ผู้ดูแลจะได้รับการสอนและได้รับแจกเอกสารแนวทางการออกกำลังกายและการทำกายภาพ บำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเองที่บ้านตามโปรแกรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งแผ่นบันทึกการออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัดที่บ้านร่วมกับตรวจสอบว่าปฏิบัติจริงได้ถูกต้องตามที่สอนจากนักกายภาพบำบัด[4]

3. ติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

3.1 แพทย์ประเมินผู้ป่วยใน 2 หัวข้อ คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthel Index และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยจากภาวะอัมพาตครึ่งซีกที่ขาดการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัด ได้แก่ ภาวะข้อติดยึด ภาวะปวดข้อและกล้ามเนื้อ ภาวะShoulder pain syndrome เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะปวดข้อและกล้ามเนื้อจะได้รับการสอบถามระดับความปวดโดยใช้ Visual Analoque Scale แบ่งเป็นระดับ 0 ถึง 10 (ไม่ปวดเลยถึงปวดมากที่สุด) และจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับความรุนแรงของอาการปวด คือ ปวดน้อย (VAS = 1-4), ปวดปานกลาง (VAS = 5-7) และปวดมาก (VAS = 8-10)[5,6]

3.2 นักกายภาพบำบัดประเมินความถูกต้องการปฏิบัติจริงของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดตามโปรแกรมที่ได้รับการสอนไปแล้ว:

3.3 ผู้ป่วย/ผู้ดูแลส่งแบบบันทึกการออกกำลังกายและทำกายภาพและตอบแบบสอบถามการปฏิบัติจริงรวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลไม่สามารถอ่านแบบสอบถามเองได้จะมีเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฝึกเป็นผู้สัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบสอบถาม

4. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Descriptive study สำหรับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย/ผู้ดูแล การประเมินความถูกต้องและความถี่ในการทำ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วย/ผู้ดูแล และใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนน Barthel index เฉลี่ยก่อนจำหน่ายและ 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 50 ราย อายุระหว่าง 41-92 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 63.18 ปี เป็นเพศหญิง 19 ราย (38%) เพศชาย 31 ราย (62%) สถานภาพแต่งงานอยู่กับคู่สมรส 34 ราย (68%) ม่าย 13 ราย (26%) หย่าร้าง 2 ราย (4%) โสด 1 ราย (2%) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นประถมหรือต่ำกว่า 37 ราย (74%) ที่เหลือจบชั้นมัธยม

หรืออนุปริญญา 6 ราย (12%) และจบปริญญาตรีหรือสูงกว่า 7 ราย (14%) อาการอ่อนแรงของร่างกายแบ่งเป็นอ่อนแรงซีกขวา 29 ราย (58%) อ่อนแรงซีกซ้าย 21 ราย (42%) สาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบ 43 ราย (86%) หลอดเลือดสมองแตก 7 ราย (14%) พบว่ามีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 31 ราย (62%) โรคเบาหวาน 17 ราย (34%) โรคไขมันในเลือดสูง 37 ราย (74%) และโรคหัวใจ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหลอดเลือดหัวใจตีบตัน 12 ราย (24%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย		จำนวน (%)
อายุระหว่าง 41-92 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 63.18 ปี		50 (100)
เพศ	หญิง	19 (38)
	ชาย	31 (62)
สถานะ	แต่งงาน	34 (68)
	ม่าย	13 (26)
	หย่าร้าง	2 (4)
	โสด	1 (2)
การศึกษา	ประถมหรือต่ำกว่า	37 (74)
	มัธยม/อนุปริญญา	6 (12)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7 (14)
สาเหตุ	หลอดเลือดสมองตีบ	43 (86)
	หลอดเลือดสมองแตก	7 (14)
อาการอ่อนแรง	ซีกขวา	29 (58)
	ซีกซ้าย	21 (42)
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง	31 (62)
	เบาหวาน	17 (34)
	ไขมันในโลหิตสูง	37 (74)
	โรคหัวใจ	12 (24)

ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 50 ราย อายุระหว่าง 19-76 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 45.98 ปี เป็นเพศหญิง 37 ราย (74%) เพศชาย 13 ราย (26%) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นสามี/ภรรยา 19 ราย (38%) บุตร/ธิดา 21 ราย (42%) ญาติพี่น้อง 5 ราย (10%) ผู้ดูแลรับจ้าง 5 ราย (10%) ระดับการศึกษาจบชั้นประถมหรือต่ำกว่า 19 ราย (38%) จบชั้นมัธยมหรืออนุปริญญา 14 ราย (28%) และจบปริญญาตรีหรือสูงกว่า 17 ราย (34%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานผู้ดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลผู้ป่วย		จำนวน (%)
อายุระหว่าง 19-76 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 45.98 ปี		50 (100)
เพศ	หญิง	37 (74)
	ชาย	13 (26)
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	สามี/ภรรยา	19 (38)
	บุตร/ธิดา	21 (42)
	ญาติพี่น้อง	5 (10)
	ผู้ดูแลรับจ้าง	5 (10)
การศึกษา	ประถมหรือต่ำกว่า	19 (38)
	มัธยม/อนุปริญญา	14 (28)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	17 (34)

คะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthel Index เฉลี่ยก่อนจำหน่ายเท่ากับ 48.30 และที่ 1 เดือนหลังจำหน่าย เฉลี่ยเท่ากับ 67 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและที่ 1 เดือนหลังจำหน่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI -22.89 to -14.52; P < .005) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนน Barthel Index ก่อนและ 1 เดือนหลังจำหน่าย โดยคิดนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.05

	Mean ค่าเฉลี่ย	SD. ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	95% CI of the Difference		p value
			Lower	Upper	
Barthel ก่อนจำหน่าย	48.3000	22.02990			
Barthel หลังจำหน่าย	67.0000	22.58770			
Paired Differences	-18.7000	14.70145	-22.8781	-14.5219	.000

ภาวะแทรกซ้อนที่พบเมื่อติดตามการรักษาที่ 1 เดือนหลังจำหน่าย พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อ 29 ราย (58%) โดยเกือบทั้งหมดเป็นที่ข้อไหล่ของแขนข้างที่อ่อนแรง โดยระดับความปวด แบ่งเป็น 3 ระดับความรุนแรง คือ ปวดน้อย (VAS = 1-4) 20 ราย, ปวดปานกลาง (VAS = 5-7) 8 ราย, ปวดมาก (VAS = 8-10) 1 ราย และภาวะข้อติดยึด 8 ราย (16%) โดยทั้งหมดเป็นที่ข้อไหล่ของแขนข้างที่อ่อนแรง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงภาวะแทรกซ้อนที่พบเมื่อติดตามการรักษาที่ 1 เดือนหลังจำหน่าย

ภาวะแทรกซ้อน		จำนวน (%)
ภาวะข้อติดยึด		8 (16)
ภาวะปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อ		29 (58)
ปวดน้อย	(VAS = 1-4)	20 (40)
ปวดปานกลาง	(VAS = 5-7)	8 (16)
ปวดมาก	(VAS = 8-10)	1 (2)

ในแง่ความถูกต้องของการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วย เมื่อติดตามประเมินหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยรวมพบว่า 83% ทำได้ถูกต้องมีเพียง 10.67% ที่ทำไม่ถูกต้องและ 6.33% ที่ไม่ได้ทำ โดยท่าที่ทำไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ การเคลื่อนไหวบริเวณข้อไหล่ ทั้งท่างอ-เหยียด และท่ากาง-หุบ ตามลำดับ ส่วนท่าที่ไม่ได้ทำมากที่สุด คือ ท่ากระดกข้อมือขึ้น-ลง และท่ากระดกข้อเท้าขึ้น-ลง พบเท่ากัน คือ 14% ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการประเมินความถูกต้องของการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน

ความถูกต้อง	ถูก (%)	ไม่ถูกต้อง (%)	ไม่ได้ทำ (%)
งอ-เหยียดข้อไหล่	34 (68)	14 (28)	2 (4)
กาง-หุบข้อไหล่	36 (72)	10 (20)	4 (8)
งอ-เหยียดข้อศอก	45 (90)	4 (8)	1 (2)
กระดกขึ้น-ลงข้อมือ	37 (74)	6 (12)	7 (14)
งอ-เหยียดข้อนิ้วมือ	42 (84)	6 (12)	2 (4)
งอ-เหยียดข้อสะโพก	48 (96)	2 (4)	0 (0)
กาง-หุบข้อสะโพก	40 (80)	8 (16)	2 (4)
งอ-เหยียดข้อเข่า	49 (98)	1 (2)	0 (0)
กระดกขึ้น-ลงข้อเท้า	34 (68)	9 (18)	7 (14)
การฝึกนั่ง	47 (94)	1 (2)	2 (4)
การฝึกยืน	45 (90)	1 (2)	4 (8)
การฝึกเดิน	41 (82)	2 (4)	7 (14)
รวมเฉลี่ย	83	10.67	6.33

การปฏิบัติจริงในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายโดยดูความถี่ในการทำ พบว่าการเคลื่อนไหวของข้อต่อ การฝึกทรงตัวท่านั่ง การฝึกทรงตัวท่ายืน และการฝึกเดิน เฉลี่ยพบว่า 26.5% ทำ 2 ครั้ง/วัน, 53% ทำมากกว่า 2 ครั้ง/วัน และ 93.5% ทำทุกวัน มีเพียง 3.5 % ไม่ได้ทำเลย ดังตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 แสดงความถี่เป็นจำนวนครั้งต่อวันของการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่าย

ความถี่ จำนวนครั้ง/วัน	ไม่ได้ทำเลย (%)	1 ครั้งต่อวัน (%)	2 ครั้งต่อวัน (%)	> 2 ครั้งต่อวัน (%)
การเคลื่อนไหวข้อต่อ	0 (0)	10 (20)	14 (28)	26 (52)
การฝึกนั่ง	1 (2)	8 (16)	14 (28)	27 (54)
การฝึกยืน	2 (4)	8 (16)	13 (26)	27 (54)
การฝึกเดิน	4 (8)	8 (16)	12 (24)	26 (52)
	3.5	17	26.5	53

ตารางที่ 7 แสดงความถี่เป็นจำนวนวันต่อสัปดาห์ของการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วย

ความถี่ จำนวนครั้ง/สัปดาห์	ไม่ได้ทำ (%)	1-2 วัน/สัปดาห์ (%)	3-4 วัน/สัปดาห์ (%)	5-6 วัน/สัปดาห์ (%)	ทำทุกวัน
การเคลื่อนไหวข้อต่อ วัน/สัปดาห์	0 (0)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	48 (96)
การฝึกนั่ง	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	48 (96)
การฝึกยืน	2 (4)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	46 (92)
การฝึกเดิน	4 (8)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	45 (90)
	3.5%	2%	1%	0%	93.5%

ตารางที่ 8 แสดงปัญหาและอุปสรรคที่พบในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (%)
ทำแล้วรู้สึกไม่สบาย	16 (32)
ผู้ป่วยไม่อยากทำ	7 (14)
ข้อจำกัดด้านสุขภาพ	5 (10)
ข้อจำกัดด้านเวลา	3 (6)

ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล พบมีปัญหา 54% ประกอบด้วย ทำแล้วไม่สบาย เช่น ทำให้ปวดเมื่อยปวดกล้ามเนื้อ 16 ราย (32%) ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ไม่อยากทำ 7 ราย (14%), ข้อจำกัดด้านสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย วิงเวียน ทำให้ทำไม่ได้ 5 ราย (10%) และข้อจำกัดด้านเวลา 3 ราย (6%) ดังตารางที่ 8

บทวิจารณ์

จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมด 50 ราย ทุกรายอาศัยอยู่กับครอบครัว และมีผู้ดูแลที่คอยช่วยในการออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัด โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง เป็นญาติใกล้ชิดกับผู้ป่วย คือ เป็นภรรยาหรือบุตรธิดา และมากกว่า 50% จบชั้นมัธยมหรือสูงกว่า จึงพบว่าการปฏิบัติจริงในการออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยโดยดูจากความถี่ของการทำ เป็นจำนวนครั้งต่อวันและจำนวนวันต่อสัปดาห์อยู่ในระดับสูง คือ ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วย 79.5% ทำวันละ 2 ครั้ง หรือมากกว่าและทำทุกวัน และกว่า 80% เช่นกันที่ทำได้อย่างถูกต้องตามที่นักกายภาพสอนและคู่มือ ส่วนท่าที่ทำผิดมากที่สุด คือ การเคลื่อนไหวข้อบริเวณข้อไหล่ทั้งท่างอเหยียดและกางหุบ

ที่ผ่านมามีการศึกษา Adherence ของ home physiotherapy program ในผู้ป่วยทำในประเทศนิวซีแลนด์[7] ซึ่งพบผู้ป่วยถึงกว่า 65% ที่ไม่ได้ทำตามโปรแกรมเลยหรือทำแต่ไม่ครบ ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนร้อยละแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้มาก อาจอธิบายได้จาก ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว มีผู้ดูแลช่วยในการออกกำลังและทำกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้ตามโปรแกรมมากขึ้น[8] ต่างจากการศึกษาในนิวซีแลนด์ที่ทำในผู้ป่วยทั่วไป และแนวโน้มในสังคมตะวันตกเป็นสังคมเดี่ยว ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจอยู่ตัวคนเดียว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่อาจทำให้การทำโปรแกรมที่บ้านได้ไม่เต็มที่

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วย คือ ภาวะปวดไหล่ข้างที่มีการอ่อนแรง พบถึง 58% และไหล่ติด 16% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบอัตราการเกิดภาวะปวดข้อไหล่ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีกได้ถึง 34-84%[9] สำหรับสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากทำท่าเคลื่อนไหวข้อไหล่ที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ดังข้อมูลจากการประเมินข้างต้น นอกจากนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยที่สนับสนุน เช่น ลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่[10]

การจัดตำแหน่งแขนโดยเฉพาะข้อไหล่ไม่ถูกต้องในอิริยาบถต่าง ๆ และในขณะเคลื่อนย้ายตัวทำให้มีการทับ ดึงรั้ง และกระชากเอ็นและเนื้อเยื่อรอบ ๆ จนเกิดการบาดเจ็บเกิดขึ้น และการเกิดภาวะข้อไหล่เคลื่อน (inferior subluxation) เป็นต้น

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังและทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลที่พบในการศึกษานี้ ร้อยละ 32 มีปัญหา คือ ไม่อยากทำ เพราะทำแล้วไม่สบาย เช่น ทำให้ปวดข้อ/ปวดกล้ามเนื้อ รองลงมา คือ ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำ ซึ่งจากมีผู้เคยทำการศึกษาถึงอุปสรรคต่อการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[11-13] พบว่า 5 อันดับแรก คือ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ปัญหาขาดสถานบริการ การคมนาคม การขาดความรู้ในวิธีออกกำลังกาย และขาดข้อมูลถึงสถานที่ที่จะสามารถไปออกกำลังกายได้ตามลำดับ ซึ่งไม่สามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบได้ เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาอุปสรรคของการออกกำลังและทำกายภาพเองเฉพาะที่บ้าน

อย่างไรก็ดีในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาซึ่งติดตามดูในระยะสั้น คือ ที่ 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกจำนวนหนึ่งยังจำเป็นต้องได้รับการออกกำลังและทำกายภาพบำบัดเป็นระยะเวลานานหลายเดือน/ปี หรือตลอดชีวิต เพื่อคงสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งถ้าติดตามดูในระยะเวลานานกว่านี้คาดว่าร้อยละผู้ป่วยที่ทำการออกกำลังกายและกายภาพบำบัดเองที่บ้านน่าจะลดลงตามระยะเวลา นอกจากนี้การเก็บข้อมูลโดยการถามแบบสอบถามยังมีข้อจำกัด คือ ผู้ให้ข้อมูลอาจให้ข้อมูลเกินจริง หรือไม่ตรงความจริง แต่ในทางปฏิบัติยังเป็นการยากที่จะให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบันทึกในแบบบันทึกการออกกำลังและทำกายภาพบำบัดเองอย่างสม่ำเสมอ

บทสรุป

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ/หรือผู้ดูแลที่ได้รับการสอนการออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านมีการปฏิบัติจริงได้ค่อนข้างถูกต้องและสม่ำเสมอหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่พบบ่อย คือ เมื่อทำแล้วมีอาการไม่สบายร่ายกาย เช่น ปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข ปี 2550. [22 กุมภาพันธ์ 2553] Available from : URL: http://bps.ops.moph.go.th/Health information/index2.html
2. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Massakulpan P, Piravej K, Suethanapornkul S, Dajpratham P, et al. An Epidemiologic study of the Thai stroke rehabilitation Registry: A multi-center study. J Med Assoc Thai 2008; 91(2): 225-33.
3. ปิยภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2006;16(1): 1-8
4. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาท. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาตอัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สถาบันประสาท; 2550.
5. Daniela DG, Marcos AM, Carla HD. Pain severity in patients with painful shoulder. ACTA ORTOP BRAS 2008; 16(3):165-7.
6. Lindgren I, Jɔnsson AC, Norrving B, Lindgren A. Shoulder Pain After Stroke; A Prospective Population-Based Study. Stroke 2007; 38: 343-8.
7. Sandra FB. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. NZ Journal of Physiotherapy 2003 ; 31(2): 60-6.
8. David YU. Shoulder pain in hemiplegia. Phys Med Rehabil Clin N AM 2004; 15(2): 683-97.
9. Goldstein B. Shoulder anatomy and biomechanics. Phys Med Rehabil Clin N AM 2004; 15(1): 313-49
10. Galvin R, Cusack T, Stokes E. A randomised controlled trial evaluating family mediated exercise (FAME) therapy following stroke. BMC Neurology 2008 ; 8:22.
11. James HR, Edward W, Donald S. Barriers associated with exercise and community access for individuals with stroke. JRRD 2008; 45: 315-22.
12. Kristin DH, Cherie R, Lyan BE. Effect of Number of Home Exercises on Compliance and Performance in Adults Over 65 Years of Age. Physical Therapy 1998; 78(3): 270-7.
13. Emmy MS, Gerjo JK, Jouke VZ. Correlates of exercise compliance on physical therapy. Physical Therapy 1993; 73(11): 771-86.