Received: 11 Jan 2019, Revised: 18 Feb 2019,
Accepted: 10 Mar 2019

บทความวิชาการ

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รัตนพร สายตรี[1,*] ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์[2] สมเกียรติยศ วรเดช[2]

บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นภาวะวิกฤตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตาม ความพิการดังกล่าวสามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติและช่วยเหลือตัวเองได้ บทความวิชาการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้ สถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการที่สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำหน้าที่ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ผลกระทบต่อร่างกาย 6 มิติ คือ ระบบกล้ามเนื้อ การรับความรู้สึก การมองเห็น ภาษา ความจำ และอารมณ์ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยการใช้แบบประเมิน Barthel Index เพื่อใช้ในวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สภาพครอบครัว และปัจจัยทางคลินิก ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง และควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อใช้เป็นแนวทางและการวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ โรคหลอดเลือดสมอง

[1]นิสิตหลักสูตร วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
[2]สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพละการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
*Corresponding author: r.saitree@gmail.com

Review Article

Activities of Daily Living among Stroke Patients

Rattanaporn Saitree[1,*], Bhunyabhadh Chaimay[2], Somkiattiyos Woradet[2]

Abstract

Nowadays, an illness of stroke is major health problem worldwide. A post critical illness of stroke among patients remains a physical disability and affected to physical, psychological and socioeconomic aspects. However, physical disability among patients with stroke can be rehabilitated as normal and becomes a self-help ability. This article aimed to review knowledge, situation and impact of stroke; rehabilitation and recovery among stroke patients; an evaluation of activities of daily living; and factors associated with activities of daily living among stroke patients. It shows that stroke is a symptom of damaged and dysfunctional brain. Stroke is frequently found in elderly people and increasing severity. The impacts of being illness are 6 dimensions including: motor, sensory, visual, language, cognitive, and affect. Barthel index is an instrument to evaluate activities of daily living among stroke patients in order to plan for rehabilitation. In addition, factors associated with activities of daily living among stroke patients are demographic, family, and clinical factors. Therefore, the activities of daily living should be continuously evaluated among stroke patients and related factors which associated with activities of daily living should be concerned in order to be a guideline of planning for rehabilitation among patients.

Keywords: Activities of Daily Living, Rehabilitation, Stroke

[1]Student in M.Sc. (Health System Management), Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

[2]Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

*Corresponding author: r.saitree@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีสาเหตุจากการขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง ปรากฏอาการหรืออาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง อาการสำคัญ ได้แก่ อาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก[1] โรคหลอดเลือดสมองอาจไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก[2] ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ในอันดับที่ 2 ของประชากรทั่วโลกโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 15 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือเกิดความพิการเป็นส่วนใหญ่ โดยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้จากสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 รายต่อแสนราย หรือประมาณร้อยละ 2[4] นับเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ อีกทั้งอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุระหว่าง 30 – 69 ปี[5]

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อช่วยลดการสูญเสีย และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น[6] ทำให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตัวเอง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งนี้ในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นจะต้องมีการประเมินผลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และติดตามผลความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) เป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน โดยใช้แบบประเมิน Barthel Index (ฉบับภาษาไทย) แบ่งระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็น 4 ระดับ คือ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย/ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้/ต้องพึ่งพาคนอื่นอย่างมาก ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง/ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง และช่วยเหลือตัวเองได้/พึ่งพาตัวเองได้ เมื่อประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแล้ว สามารถนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยและปัจจัยด้านโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

ดังนั้น บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรม ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองให้ได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด สร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ลดภาระการพึ่งพิงผู้อื่นในสังคม ต่อไป

ผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกประเด็นการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) สถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และ 5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปเรียกว่า “Stroke” ส่วนในทางการแพทย์เรียกว่า “Cerebrovascular accident; CVA” หรือ “Cerebrovascular disease; CVD” องค์การอนามัยโลก (World health organization; WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการ หรืออาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง มีสาเหตุจากหลอดเลือด อาจเกิดจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง[7]

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรค ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ Thrombosis stroke และ Embolic stroke ซึ่งชนิด Thrombosis stroke เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด เกิดจากการตีบหรืออุดตันของลิ่มเลือดในหลอดเลือดสมอง เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดอาการสมองขาดเลือด ในขณะที่โรคหลอดเลือดสมองชนิด Embolic stroke เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นเข้าสู่หลอดเลือดในสมอง ทำให้หลอดเลือดสมองเกิดการตีบหรืออุดตัน ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคเลือด หรือการรับประทานยาคุมกำเนิดบางชนิด

2) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ทำให้มีเลือดออกในสมองหรือช่องใต้เยื่อหุ้มสมอง ส่วนมากพบในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรค ออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) โรคหลอดเลือดชนิดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack : TIA) เป็นภาวะที่สมองเสียหน้าที่จากการขาดเลือดไปเลี้ยง อาการอาจหายได้ภายใน 10 นาที ถึง 24 ชั่วโมง 2) โรคหลอดเลือดสมองชนิดยังไม่สิ้นสุด (Stroke in evolution) เป็นภาวะที่สมองเสียหน้าที่ทีละน้อย และทวีความรุนแรงมากขึ้น และมีความรุนแรงมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว และ 3) โรคหลอดเลือดสมองอย่างสมบูรณ์ (Complete stroke) เป็นภาวะที่สมองเสียหน้าที่โดยสิ้นเชิง และมีอาการรุนแรงมากที่สุด

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง มักขึ้นอยู่กับระดับความเสียหายของสมอง ความรุนแรงหรือตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลาย[8] โดยทั่วไปอาการของโรคหลอดเลือดสมองทั้งสอง

ชนิดมีความคล้ายคลึงกัน แต่ชนิดที่มีเลือดออกในสมองจะมีอาการปวดศีรษะและอาเจียนร่วมด้วย อาการที่พบบ่อย ได้แก่ 1) แขนขาอ่อนแรง 2) มองไม่เห็น ตามัว หรือมองเห็นภาพซ้อน 3) ชาบริเวณใบหน้าหรือบริเวณแขนขา 4) ปากเบี้ยว หลับตาไม่สนิท 5) มึนงง ทรงตัวลำบาก เดินเซ หรือมีอาการบ้านหมุน 6) พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้ ลิ้นแข็ง ไม่เข้าใจคำพูด หรือพูดไม่ได้ หรือนึกคำพูดไม่ได้ 7) ซึม หรือหมดสติ 8) ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นต้น อาการเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นทันทีทันใด ในบางรายที่เป็นภาวะสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันอาจเกิดอาการเตือนแล้วหายไป หรืออาจจะเกิดขึ้นหลายครั้งก่อนที่มีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง[7] แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงรอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงหลัก

1) ภาวะความดันโลหิต บุคคลที่มีความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติประมาณ 3 – 17 เท่า ทั้งนี้ ขึ้นกับอายุและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง

2) ภาวะน้ำตาลในโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดอาการผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือด และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงประมาณ 2.5 – 4.0 เท่า

3) ภาวะไขมันในเลือดสูง การมีภาวะไขมันในเลือดสูงจะก่อให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงแข็ง และส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือด

4) การสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตันของหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 3 เท่า และมีโอกาสเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มที่มีอายุน้อยและสูบบุหรี่จัด โดยที่การสูบบุหรี่ส่งผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การลดระดับคลอเลสเตอรอลชนิดดี (High Density Lipoprotein: HDL) และการเพิ่มคาร์บอนมอนอกไซด์ในกระแสเลือด ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลทำลายเยื่อบุผิวและเอ็นโดทีเลียเซลล์และทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงรอง

สำหรับปัจจัยเสี่ยงรองที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเป็นผู้สูงอายุ เชื้อชาติ การดื่มสุรา โรคหัวใจ โรคเลือด การรับประทานยาคุมกำเนิด ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย ประวัติครอบครัวที่มีบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการเพิ่มการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมระดับความดันโลหิต ไขมัน และน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ รับประทานอาหารให้สมดุล หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม หวาน มัน งดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และควรตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ

2. สถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของ

ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลก และสูงเป็นอันดับ 5 ของประชากรที่มีอายุ 15 - 59 ปี นอกจากนี้ พบว่า แต่ละปีมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 6 ล้านคน[3] ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ประมาณ 15 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือเกิดความพิการเป็นส่วนใหญ่ โดยพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนารวมถึงประเทศไทยด้วย สำหรับสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 ราย ต่อแสนราย หรือประมาณร้อยละ 2[4] โดยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดใน 5 อันดับโรค โดยมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด ประมาณ 1.5 – 2.0 เท่า อีกทั้งแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 43.3 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2558 และมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 – 69 ปี จาก 33.5 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 40.9 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2558[5] นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นลำดับที่หนึ่งในผู้หญิง และเป็นลำดับที่สามในผู้ชาย และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) สูงเป็นลำดับที่ 2 ทั้งในเพศชายและหญิง

ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองอาจไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในทันที แต่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพิการ เกิดปัญหาสุขภาพจิตกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว และยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม[2]

ผลกระทบจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานด้านต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 6 ด้าน[6] ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อ (Motor) การรับความรู้สึก (Sensory) การมองเห็น (Visual) ภาษา (Language) ความจำ (Cognition) และอารมณ์ (Affect) โดยผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว การนั่ง การยืน หรือการเดิน แม้ว่ากล้ามเนื้อยังคงมีความแข็งแรง แต่อาจไม่สามารถทรงตัวในท่าทางดังกล่าวได้ดังเดิม ส่วนการรับรู้ความรู้สึกมักมีอาการชา หรือปวด ตลอดจนปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหาร และปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ สำหรับการมองเห็นในผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาตาพร่า มัว มองเห็นไม่ชัด หรืออาจเห็นภาพซ้อน[8]

ในส่วนด้านภาษา ผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเรียนรู้ บางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ไม่สามารถพูดและเข้าใจภาษาทั้งการพูดและการเขียนได้ บางรายไม่สามารถพูดได้แต่ฟังเข้าใจ บางรายสามารถพูดได้แต่พูดในสิ่งที่ต้องการพูดไม่ได้ หรือมีปัญหาด้านการเปล่งเสียง สำหรับด้านความจำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจจดจำสิ่งต่างๆ ได้น้อยลง ในส่วนด้านอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยอาจมีอารมณ์แปรปรวน เช่น เดี๋ยวหัวเราะเดี๋ยวร้องไห้ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ตลอดจนอาจเกิดพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

ปัจจุบันจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ จึงส่งผลให้สัดส่วนของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดอาการบกพร่องหรือพิการขึ้นในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งอาการบกพร่องหรือความพิการเหล่านี้อาจฟื้นฟูให้กลับมาในสภาพเดิมได้ยาก และส่งผลให้ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 เกิดอาการบกพร่องหรือความพิการอย่างถาวร ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด เพื่อบำบัดและฟื้นฟูอาการบกพร่องหรือความพิการดังกล่าว ให้ฟื้นคืนกลับมาให้มากที่สุด และป้องกันไม่ให้มีอาการบกพร่องหรือความพิการเพิ่มมากขึ้น

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[2] แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะเฉียบพลัน เป็น ระยะ 1 - 2 สัปดาห์หลังจากมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วงนี้ จะเริ่มในขณะที่ผู้ป่วยยังนอนพักอยู่บนเตียง การฟื้นฟูในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อและการยึดติดของข้อต่อ และเพื่อให้ผู้ป่วยสูญเสียพละกำลังน้อยที่สุด นอกจากนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูในช่วงต่อไป

การทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองจากแพทย์ เพื่อประเมินระดับการรับรู้อาการอ่อนแรง อาการชา และระดับการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ จากนั้นแพทย์และนักกายภาพบำบัดจะกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยร่วมกัน และให้การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ เมื่อเสร็จสิ้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีกำลังกล้ามเนื้อกลับคืนมา และเพียงพอที่จะทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างและทรงตัวได้

2) ระยะฟื้นตัว คือ ระยะ 3 - 6 เดือน หลังจากมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วยในช่วงนี้จะเริ่มทรงตัว และสามารถนั่งได้นานขึ้น ระยะนี้เหมาะสำหรับการเริ่มทำกายภาพบำบัดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่วางไว้ ภายใต้การดูแลของนักกายภาพบำบัด หรือการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านตามโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัดกำหนด

3) ระยะทรงตัว โดยทั่วไปผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการฟื้นตัวที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม หากสมรรถนะใดไม่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้ ผู้ป่วยอาจมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการบกพร่องหรือพิการอย่างถาวร สำหรับในระยะทรงตัวนี้ จึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้สูญเสียสมรรถนะเพิ่มมากขึ้นไปกว่านี้ นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาสมรรถภาพให้คงที่

,

การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัยที่เข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นตัว ทั้งนี้เมื่อสมองของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน โดยสมองส่วนที่เหลืออยู่จะทำงานทดแทนสมองส่วนสูญเสียไป ซึ่งความเร็วของการทำงานทดแทนของสมองแต่ละส่วนอาจแตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะไม่สามารถฟื้นคืนสู่ภาวะปกติได้ทุกคนขึ้นกับปัจจัย ดังนี้

1) ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคบริเวณหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก

(Small vessel) มีโอกาสหายได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ (Large vessel)

2) เวลา การได้รับการรักษาเร็ว ยิ่งมีโอกาสหายเป็นปกติได้มากขึ้น

3) วิธีการรักษา ความพร้อมของเทคโนโลยีในการรักษา โดยการใช้อุปกรณ์ เทคนิคที่เหมาะสมและยาที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการยืนยันว่าเกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดในระยะเฉียบพลันสามารถตอบสนองต่อการรักษาได้ดี โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- การให้ยาสลายลิ่มเลือด (Tissue plasminogen activator; rt-PA) ทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายในเวลา 3 ชั่วโมงแรก หลังเกิดอาการ ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสของการฟื้นตัวจากความพิการให้กลับมาใกล้เคียงปกติได้ประมาณ 1.5 – 3.0 เท่า ในขณะเดียวกันการใช้ยาดังกล่าวอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองได้ประมาณร้อยละ 6.0

- การใส่สายสวนเพื่อเปิดหลอดเลือดสมอง การรักษาด้วยวิธีนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่และยังมีเนื้อสมองส่วนที่ดีหลงเหลืออยู่ และมีอาการไม่เกิน 6 ชั่วโมง

- การรับประทานยาแอสไพรินอย่างน้อย 160 มิลลิกรัมต่อวัน ภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดอาการจะสามารถช่วยลดโอกาสการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบ และตัน และการเสียชีวิตลงได้

- การรับตัวผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke unit) นับเป็นวิธีการดูแล และรักษาที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการได้อีกวิธีหนึ่ง เนื่องจากมีแนวทางในการดูแล และเป็นการรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ

- การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Hemicraniectomy) เป็นการรักษาด้วยวิธีการเฉพาะกรณีที่มีอาการรุนแรง อาการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Middle cerebral artery) เท่านั้น

4) การทำกายภาพบำบัด ควรเริ่มทำกายภาพบำบัดเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตในทันที และควรได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด

5) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เพื่อไม่ให้เกิดการกลับซ้ำ เช่น การรักษาความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม มัน ส่งเสริมให้กินผักและผลไม้ งดสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นหัวใจ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงภาวะเครียด เป็นต้น

4. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

สำหรับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ปัจจุบันนิยมใช้เครื่องมือ Barthel Index[9] ซึ่งสร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel ในปี ค.ศ. 1965 โดยเครื่องมือดังกล่าว สามารถนำมาใช้ในการประเมินความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 3) การขึ้น/ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอน 4) การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา 5) การอาบน้ำ

6) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน 7) การเดินขึ้นลงบันได 8) การสวมใส่เสื้อผ้า 9) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ 10) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ มีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน

การใช้แบบประเมิน Barthel Index ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง คือ ประเมินก่อนให้การรักษา ประเมินระหว่างการรักษา และประเมินเมื่อสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้ทราบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่มีอยู่เดิมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนพิจารณาแนวโน้มของความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้แบบประเมินดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เห็นความก้าวหน้าในการฟื้นตัวของผู้ป่วยตลอดช่วงการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินและมีค่าคะแนนไม่เพิ่มขึ้น บ่งชี้ได้ว่าศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยลดลง ซึ่งในปี พ.ศ. 2537 สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ[10] ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย และในปี พ.ศ. 2550 ปรับปรุงฉบับภาษาไทยเพิ่มเติมโดยสถาบันประสาทวิทยา[11] มีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน ต่อมาได้มีการปรับปรุงและปรับการประเมินให้มีค่าคะแนนเต็ม 20 คะแนน[12] เพื่อให้สามารถนำมาใช้งานได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น ปัจจุบันนอกจากแบบประเมิน Barthel Index สามารถใช้ในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยประเภทอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple traumatic injuries)[13] ผู้สูงอายุ (Older People)[14] เป็นต้น

ในส่วนของการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่อง เดิมสามารถแบ่งระดับคะแนนจากระบบคะแนนเต็ม 100 คะแนน (จำนวน 20 ข้อๆ ละ 5 คะแนน) ออกเป็น 4 ระดับ คือ 1) ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ (0 – 20 คะแนน) 2) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (25 - 45 คะแนน) 3) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (50 - 70 คะแนน) 4) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (75 - 90 คะแนน) และ 5) สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (100 คะแนน)[11]

การประเมินในระบบคะแนนเต็ม 20 คะแนน สามารถแบ่งระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ 3 ระดับ คือ 1) ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ (4 คะแนน) 2) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (5 - 14 คะแนน) และ 3) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (15 - 20 คะแนน)[12]

นอกจากนี้ เกณฑ์ในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพื่อใช้ในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีการแบ่งระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันออกเป็น 4 ระดับ คือ 1) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (0 - 4 คะแนน) 2) ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้ หรือต้องพึ่งพาคนอื่นอย่างมาก (5 - 8 คะแนน) 3) ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (9 - 11 คะแนน) และ 4) ช่วยเหลือตัวเองได้ หรือพึ่งพาตัวเองได้ (12 - 20 คะแนน)[15]

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันถูกใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ[16] เนื่องจากสามารถสื่อสารและใช้งานได้ง่าย ทั้งระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ นอกจากนี้ยังสามารถทำการประเมิน

เพื่อให้คะแนนได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว[17] โดยพบว่า แบบประเมินดังกล่าวมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและมีความน่าเชื่อถือสูง เนื่องจากมีการทดสอบระหว่างผู้ประเมิน (High inter-rater reliability) ทั้งนี้แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับสูง[18]

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกออกเป็นปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยสภาพครอบครัว และปัจจัยทางคลินิก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร โดยพบว่า ปัจจัยด้านอายุเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาของ Whittle H และ Goldenberg D พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง[19] นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยด้านการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[20] ในขณะที่การศึกษาของ King RB พบว่า ปัจจัยเพศ และรายได้ ไม่มีผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน[21]

2) ปัจจัยสภาพครอบครัว พบว่า การดูแลจากญาติ การเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน[20] โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว จะมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

3) ปัจจัยทางคลินิก พบว่า อาการสำคัญ อาการนำของโรค ตำแหน่งของการเกิดโรค (ผล CT scan หรือ MRI) กำลังกล้ามเนื้อแขนขาหลังการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยการศึกษาของ จันทร์จิรา ลิ้มถาวร พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีค่าคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อยู่ระหว่าง 0 - 4 คะแนน เมื่อได้รับการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลง[22] เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยะภัทร เดชพระธรรม และคณะ พบว่า ปัจจัยกำลังขาด้านอ่อนแรงเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความสามารถในการลุกจากการนอนมานั่งได้เอง มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน[23] ทั้งนี้ปัจจัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และด้านของร่างกายที่อ่อนแรง ไม่มีผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน[21]

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดบริเวณสมอง ทำให้สมองขาดเลือด ส่งผลให้เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ มีแนวโน้มและความรุนแรงสูงเพิ่มขึ้น การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลตลอดชีวิต

ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่งผลต่อระบบการทำงานด้านต่างๆ ของร่างกาย 6 ด้าน คือ 1) การสั่งงานกล้ามเนื้อ เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขาด้านใดด้านหนึ่ง

2) การรับความรู้สึก เกิดอาการชาหรือปวด มีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ 3) การมองเห็น เกิดตาพร่า ตามัว มองเห็นไม่ชัด หรือเห็นภาพซ้อน 4) ด้านภาษา มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ไม่สามารถพูดในสิ่งที่ต้องการพูด พูดลำบาก 5) ด้านความจำ จดจำสิ่งต่าง ๆ ได้น้อยลง และ 6) ด้านอารมณ์ มีอารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า เบื่อหน่าย อีกทั้งทั้งผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยง่ายได้อีกด้วย

สำหรับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินได้โดยใช้แบบประเมิน Barthel Index ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การขึ้น-ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การเดินขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ โดยแบบประเมินดังกล่าว มีความสะดวกในการประเมิน และสามารถสื่อสารให้เข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา สภาพครอบครัว การดูแลจากผู้ดูแล และปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ อาการสำคัญ อาการนำของโรค ตำแหน่งของการเกิดโรค กำลังกล้ามเนื้อแขนขาหลังการเกิดโรค

ดังนั้น การใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด สร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ลดภาระการพึ่งพิงผู้อื่นในสังคมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล. คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนพับลิชชิ่ง; 2552.
2. พรเทพ มิ่งมาลัยรักษ์. ศูนย์หลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลศิครินทร์. เช็กอาการเปลี่ยนชีวิต ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตเฉียบพลัน. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2560 จาก https://health.kapook.com/view89057.html
3. World Stroke Organization. World Stroke Campaign. [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 16]; Available from: http://www.world-stroke.org.
4. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2561 จาก http://www.si.mahidol.ac.th/th/sic/news_detail.asp?n_id=3884
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
6. ชื่นชม ชื่อลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2555; 12(1): 97 – 111.
7. น้อมจิตต์ นวลเนตร์. หลักการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยทางระบบประสาท. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548.

8. พัชรินทร์ เจริญผล. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. สระบุรี: โรงพยาบาลมวกเหล็ก; 2555.
9. Mahoney FJ and Barthel DW. Functional evaluation : The Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.
10. Jitapunkul S., Kamolratanakul P. and Ebrahim S. Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Slum. J Med assoc Thai. 1994; 77: 231 – 238.
11. สถาบันประสาทวิทยา**.** แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**.** กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2550.
12. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2554.
13. ดวงกมล สุวรรณ์, วิภา แซ่เตี้ย และประณีต ส่งวัฒนา. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2560; 9(2): 14 - 25.
14. นงนุช แย้มวงษ์. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการใน โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2557; 21(1): 37 - 44.
15. พิชญานนท์ งามเฉลียว. โรคหลอดเลือดสมอง: การดูแลที่บ้าน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2560 จาก http://medinfo2.psu.ac.th/commed/document/cosnf/2012/CVA_HHC_upload.pdf
16 Hsueh I., Lee M. and Hsieh C.. Psychometric characteristics of The Barthel Activities of Daliy Living Index in stroke patients. J Formos Med Assoc 2001; 100(8): 526 – 532.
17. ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร, สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, เยาวลักษณ์ จันทรเกษมจิต และอำไพ อยู่วัลย์. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549; 16(1): 1 – 9.
18. บุษกร โลหารชุน, ปานจิต วรรณภิระ, จินตนา ปาลิวนิช และกัญญารัตน์ ค้ำจุน. ความน่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย. พุทธชินราชเวชสาร. 2551; 25(3): 841-851.
19. Whittle H, Goldenberg D. Functional health status and instrumental activities of daily living performance in non-institutionalized elderly people. J Adv Nurs 1996; 23: 220-227.
20. รุ่งทิพย์ กาญจนวิทิต และปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแบบมีอุปกรณ์ของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2548; 15(1): 1 – 9.
21. King RB. Quality of life after stroke. Stroke 1996; 27(9): 1467-1472
22. จันทร์จิรา ลิ้มถาวร. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการเรียนรู้โดยการกระทำ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารกรมการแพทย์. 2559; 3: 92 – 101.

23. Dajpratham P., Kuptniratsaikul V., Putthakumnerd W. and Limumpai P.. Walking Function at 1-Year after Stroke Rehabilitation: A Multicenter Study. J Med Assoc Thai 2014; 97(1): 107 – 112.