

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

สภาพปัญหาและความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Status of Problems and Self-care Ability in Stroke Patients After Discharge

อลิสรา เตชะไพฑูริย์ พ.บ.,
ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลนครปฐม

Alisara Techapaitoon M.D.,
Thai Board of Physical Medicine and Rehabilitation
Division of Physical Medicine and Rehabilitation
Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

เพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาที่เกิดจากความบกพร่องหรือสูญเสียการทำงานของระบบประสาทและประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงเดือนกันยายน 2552 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2553 ได้ทำการติดตามผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยจำนวน 23 ราย เป็นชาย 13 รายและหญิง 10 ราย อายุเฉลี่ย 60 ปี ปัญหาภาวะแทรกซ้อน ที่พบบ่อยคือภาวะปวดไหล่และมือด้านที่เป็นอัมพาตและภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง ร้อยละ 82 ของผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการกินอาหารและล้างหน้า แปรงฟัน ในด้านอื่นๆ ยังต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91) ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้

สรุปภายหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีปัญหาจากความบกพร่องทางระบบประสาทและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยต้องการผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างใกล้ชิดรวมทั้งต้องการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ความสามารถในการดูแลตนเอง

ABSTRACT

To study status of problems from neurological impairment and self care ability in stroke patients after discharge. Stroke patients who were admitted at Nakhonpathom hospital during September 2009 - February

2010 were followed up and evaluated at 3 months after discharge. There were total 23 patients, 13 male and 10 female, average age was 60 years old. The common complications and problems were shoulder-hand pain at hemiparetic side and spasticity.

Most patients (82%) could feed themselves but needed assistant for other activities of daily living. Almost patients could not continue their career jobs. In conclusion, stroke patients still had neurological deficit and complications after discharge from the hospital. They needed caregivers to assist in self care activities. To improve the quality of life, comprehensive rehabilitation management and life-time care should be provided.

Keywords : stroke patient, self care ability

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยง หรือมีเลือดออกในสมอง อันเนื่องมาจากมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า¹ โดยมีภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ เป็นต้น² โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นภาวะที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้น³ ในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับสามรองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง^{4,5} สำหรับในประเทศไทยนั้นมีรายงานการศึกษาพบความชุกของโรคประมาณ 690 คน ต่อประชากร 100,000 คน⁶ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคนี้นั้นมักมีความพิการและสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ซึ่งมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้กลับไปดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมได้โดยไม่เป็นภาระของคนในครอบครัว การที่ได้ทราบสภาพปัญหาอันเป็นผลเนื่องจากความบกพร่องทางระบบประสาทในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองและประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานต่างๆ ภายหลังที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านจะสามารถทำให้แพทย์และทีมผู้รักษาได้มองเห็นสภาพปัญหาในภาพรวมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดูแลบำบัดรักษาในระยะยาวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างใกล้เคียงปกติ

ผู้ป่วยและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกส่งมาปรึกษาเพื่อทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงเดือนกันยายน 2552 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ผู้วิจัยได้ทำการติดตามผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 เดือน โดยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะบกพร่องทางระบบประสาทและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การประกอบอาชีพก่อนและหลังจากเจ็บป่วย และลักษณะความเป็นอยู่

แบบสอบถามส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับอาการจากภาวะ

โรคแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง ข้อยึดติด อาการปวดไหล่และมือ ปัญหาเรื่องการเคี้ยวกลืนอาหาร การพูดสื่อความหมาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และสภาพจิตใจ

แบบสอบถามส่วนที่ 3 : เป็นการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยนำมาจากแบบประเมิน Barthel index⁷⁻⁹ ซึ่งใช้ในผู้ป่วยโรคระบบสมอง ประเมินเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดใบหน้า การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระและการเคลื่อนย้ายลำตัว รวมทั้งมีการประเมินการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม จากความสามารถในการจัดการดำเนินชีวิต เช่น การเตรียมอาหาร

การทำความสะอาดเสื้อผ้า/เครื่องใช้ การทำความสะอาดบ้านและการออกนอกบ้าน รวมทั้งได้มีการสอบถามถึงความสามารถในการมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกภายหลังออกจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับโรค (ตารางที่ 1 และ 2)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาจำนวน 23 ราย เป็นชาย 13 รายและหญิง 10 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ย 60 ปี เป็นผู้ป่วยในกลุ่มภาวะสมองขาดเลือดและภาวะหลอดเลือดสมองแตกคิดเป็นร้อยละ 60 และ 39 ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 95.6 มี

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและลักษณะความเป็นอยู่

ข้อมูลและลักษณะความเป็นอยู่	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ : ชาย	13 (56.5)
: หญิง	10 (43.5)
ระดับการศึกษา : ต่ำกว่าปริญญาตรี	18 (78.3)
: ปริญญาตรีขึ้นไป	5 (21.7)
อาชีพก่อนการเจ็บป่วย : ประกอบอาชีพ	18 (78.3)
: ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (21.7)
อาชีพหลังการเจ็บป่วย : ประกอบอาชีพเดิม	2 (8.7)
: ประกอบอาชีพอื่น	0
: ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21 (91.3)
อาศัยอยู่กับ : ครอบครัว (สามี ภรรยา บุตร)	20 (86.9)
: ญาติ	3 (13.1)
: ผู้อื่น	0
การดูแลของครอบครัว/ญาติ	
: ดูแลใกล้ชิดตลอด	18 (78.3)
: ดูแลบางเวลา	5 (21.7)
: ไม่มีผู้ดูแล	0

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรค

ข้อมูลเกี่ยวกับโรค	จำนวน (ร้อยละ)
ประเภทของโรค	
เส้นเลือดสมองตีบ/อุดตัน	14 (60.9)
เส้นเลือดสมองแตก	9 (39.1)
ด้านที่อ่อนแรง	
ขวา	15 (65.2)
ซ้าย	8 (34.8)
ภาวะปัจจัยเสี่ยง	
ไม่มีภาวะปัจจัยเสี่ยง	1 (4.4)
มีปัจจัยเสี่ยง 1 โรค	11 (47.8)
มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 โรค	11 (47.8)
ภาวะแทรกซ้อน	
ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง	4 (17.4)
ภาวะปวดไหล่และมือ	5 (21.7)
ความผิดปกติทางสภาพอารมณ์และจิตใจ	2 (8.7)
ความผิดปกติในการพูดสื่อความหมาย	2 (8.7)

โรคประจำตัว หรือภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และร้อยละ 48 ของผู้ป่วย มีภาวะปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 โรค

ภาวะอ่อนแรง

ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ซีกขวา และซีกซ้าย จำนวน 15 และ 8 ราย ตามลำดับ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 20 มีอาการคงที่ และไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงแม้เพียงเล็กน้อย

ภาวะแทรกซ้อนและปัญหาความผิดปกติอื่นๆ

จากการศึกษาผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบภาวะปวดไหล่และมือข้างที่เป็นอัมพาตเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 22 รองลงมาคือภาวะกล้ามเนื้อเกร็งร้อยละ 17 ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสภาพอารมณ์จิตใจ

(ภาวะซึมเศร้า เครียดและหงุดหงิด) ร้อยละ 8 และปัญหาด้านการพูดสื่อความหมายร้อยละ 8

การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระพบว่า ร้อยละ 87 ของผู้ป่วย สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้เป็นปกติ มีผู้ป่วยร้อยละ 13 ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้

การประกอบกิจวัตรประจำวัน

ในด้านการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 82 สามารถช่วยเหลือตนเองในการกินอาหาร และล้างหน้า แปรงฟันได้เอง ที่เหลืออีกบางส่วนยังต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือบ้าง และผู้ป่วยบางคนไม่สามารถทำได้ ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 48) สามารถช่วยเหลือตนเอง

ในการอาบน้ำ แต่งตัว การขับถ่ายและการเคลื่อนย้ายตนเองออกจากเตียงได้

การเดินบนพื้นราบและขึ้นลงบันได

ผู้ป่วยร้อยละ 65 สามารถที่จะเดินบนพื้นราบได้เอง เป็นระยะทางอย่างน้อย 50 หลา โดยอาจต้องใช้เครื่องช่วยเดินหรือมีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อยและร้อยละ 30 ของผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นลงบันไดได้เอง

ความสามารถในการจัดการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91) ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ มีเพียงร้อยละ 9 ที่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิม และจัดการดำเนินชีวิตดูแลตนเองในด้านการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องใช้และที่อยู่อาศัย รวมทั้งการออกนอกบ้านเพื่อจับจ่ายใช้สอยในชีวิตประจำวัน

การมารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยร้อยละ 79 ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลไม่สามารถมารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลได้ เนื่องจากญาติไม่มีเวลาและปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ร้อยละ 17 ของผู้ป่วยสามารถมาได้สัปดาห์ละ 2 ถึง 3 วันและผู้ป่วยร้อยละ 4 สามารถมาฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลได้ทุกวัน

วิจารณ์

แม้ว่าความก้าวหน้าและพัฒนาความรู้ทางการแพทย์จะส่งผลให้ในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มีความพิการตามมา การศึกษานี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยหรือผู้พิการเหล่านี้ต้องเผชิญภายหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนและข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานต่างๆ รวมทั้งการเคลื่อนย้าย ถึงแม้ผู้ป่วยบางรายสามารถปรับตัวและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น แต่อีกหลายรายยังต้องพึ่งพาผู้อื่น และที่สำคัญเกือบทั้งหมดของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถที่จะกลับไปทำ

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพได้

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่เนื่องจากสภาวะปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัวและการขาดผู้ดูแล ทำให้มีข้อจำกัดของการมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

นอกเหนือจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจด้วย โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ท้อแท้ หดหู่ในชีวิต ทำให้ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับครอบครัวและกิจกรรมทางสังคมตามมา

ผู้ป่วยเหล่านี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือส่งเสริมพัฒนาในทุกด้านจากภาครัฐตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เพื่อให้ผู้พิการได้รับโอกาสการดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ¹⁰

สรุป

ภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีปัญหาจากภาวะบกพร่องทางระบบประสาทและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งต้องการผู้ดูแลและช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างใกล้ชิด การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลต่อเนื่องที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แม้ว่าจะมีความพิการอยู่

เอกสารอ้างอิง

1. Special report from the national institute of neurological disorders and stroke. Classification of cerebrovascular diseases III. Stroke. 1990;21(4): 637-76.
2. พัชรวิมล คุปต์นิวัติศัยกุล. ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน. ใน: อาริรัตน์ สุพทุทธิธาดา, บรรณานิการ. การบำบัด

- ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: อัลตรา; 2548. หน้า 12-4.
3. สถาบันประสาทวิทยา สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย: รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: สถาบันประสาทวิทยา; 2552.
 4. American heart association: heart and stroke facts: 1999. Statistical supplement. Dallas: American heart association; 1999.
 5. Greenlund KJ, Giles WH, Keenan NL. Physician advice, patient actions, and health-related quality of life in secondary prevention of stroke through diet and exercise. Stroke. 2002;33(2):565-70.
 6. นิพนธ์ พวงวรินทร์. Epidemiology of stroke. ใน: นิพนธ์ พวงวรินทร์, บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2544. หน้า 11-37.
 7. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index. Md State Med J. 1965;14: 61-5.
 8. ปิยะภัทร เดชพระธรรม และคณะ. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธล ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร. 2549;16:1-9.
 9. สถาบันประสาทวิทยา กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: สถาบันประสาทวิทยา; 2545. หน้า 36-38.
 10. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ฉบับอ้างอิง. กรุงเทพฯ: ร้านดีสุวรรณ; 2552.