

สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุบรัตน์ จังหวัดขอนแก่น:
การประเมินบนพื้นฐานบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ

Health status of patients with stroke in Ubolratana District, Khon Kaen Province:
International Classification of Functioning, Disability and Health-based assessments

ชิษณุพงศ์ จันมี¹, พิรุณวรรณ สิริวัชรชัย¹, อาทิตยา ชมภูณิมิตร², รวยริน ชนาวิรัตน์³,
ทิวาพร ทวีวรรณกิจ³, น้อมจิตต์ นวลเนตร^{3,4*}

Chisanupong Junmee¹, Pirunwan Siriwachirachai¹, Atitaya Chompoonimit², Raoyrin Chanavirut³,
Thiwabhorn Thaweewannakij³, Nomjit Nualnetr^{3,4*}

¹ นักศึกษากายภาพบำบัด ชั้นปีที่ 4 คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

² งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลบุบรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

³ สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

⁴ กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

¹ The 4th year physical therapy student, Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University,
Khon Kaen

² Department of Physical Therapy, Ubolratana Hospital, Khon Kaen

³ School of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University, Khon Kaen

⁴ Northeastern Stroke Research Group, Khon Kaen University, Khon Kaen

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) เป็นกรอบความคิดที่ใช้ในการอธิบายสุขภาพและปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นองค์รวมระหว่างสุขภาพกับองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โรงพยาบาลบุบรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ต้องการรวบรวมข้อมูลสถานะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุบรัตน์ โดยใช้การตรวจประเมินบนพื้นฐาน ICF

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุบรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 46 ราย (อายุเฉลี่ย 71.9±9.2 ปี ระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 57.9±54.1 เดือน) ได้รับการประเมินสถานะสุขภาพบนพื้นฐานบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ โดยประเมินการทำงานและโครงสร้างของร่างกายด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต การคลำ และการเคลื่อนไหวผู้ป่วย ประเมินการทำ

กิจกรรมด้วยแบบประเมิน Stroke Rehabilitation Assessment of Movement ร่วมกับ แบบประเมิน Barthel Index และประเมินการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยแบบประเมิน Stroke Impact Scale หมวดการสื่อสารและหมวดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

ผลการวิจัย: สถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกายที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยอย่างเด่นชัด ได้แก่ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อข้อเท้า ความผิดปกติของข้อไหล่ และความผิดปกติของความยาวของกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อข้อเท้า สถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรมมีปัญหาทั้งด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายและการเคลื่อนไหวพื้นฐานในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมค่อนข้างน้อยอีกด้วย

สรุปผล: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุบรัตน์ มีปัญหาสถานะสุขภาพทั้งด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ข้อมูลทั้งหมดนี้น่าจะเป็น

*Corresponding author: Nomjit Nualnetr. School of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. E-mail: nomjit@kku.ac.th

Received: 30 Nov 2019; Revised: 28 Jan 2020; Accepted: 30 Mar 2020

ประโยชน์ต่อโรงพยาบาลอุบลรัตน์สำหรับการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: ICF โรคหลอดเลือดสมอง สถานะสุขภาพ ชุมชน

ABSTRACT

Background: The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) is a conceptual framework for describing health and its holistic interaction with health components. Ubolratana Hospital, Khon Kaen Province needs to gather current health status data of patients with stroke in the district by using assessments based on the ICF.

Objective: To assess the health status of patients with stroke in Ubolratana District, Khon Kaen Province in the aspects of body functions and structures, activities, and social participation.

Methods: Based on the ICF, 46 patients with stroke (mean age 71.9 ± 9.2 years, mean length of time after stroke 57.9 ± 4.1 months) were assessed the body functions and structures by interview, observation, palpation, and passive movement. Their activities and social participation were assessed using the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement as well as the Barthel Index, and the communication and social participation domains of the Stroke Impact Scale, respectively.

Results: The most common problems of body functions and structures of the patients were increased muscle tone of the upper and lower extremities, shoulder joint disorders, and abnormal muscle length of the lower extremity.

Regarding the activities, the patients had difficulty moving their extremities and performing the basic mobility in daily life. Furthermore, the ability to participate in social activities of the patients was pretty low.

Conclusion: Patients with stroke in Ubolratana District had health status problems in all aspects of body functions and structures, activities, and social participation. These findings should be useful for Ubolratana Hospital for improving service quality to promote quality of life for stroke survivors.

Keywords: ICF, stroke, health status, community

บทนำ

บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health หรือ ICF) เป็นกรอบความคิดที่ใช้ในการอธิบายสุขภาพและปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างสุขภาพและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (components of health) อย่างรอบด้านและเชื่อมโยงกัน ทั้งด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย (body functions and body structures) การทำกิจกรรม (activities) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (participation) รวมทั้งปัจจัยที่มีส่วนกำหนดความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ทั้งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (environmental factors) และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors)¹ องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา ICF ขึ้นเพื่อให้ผู้ใช้มีความเข้าใจและสามารถสื่อความหมายด้านการสาธารณสุขได้ตรงกันทั่วโลก² และเพื่อให้เกิดมุมมองทางสุขภาพที่เป็นองค์รวม ครอบคลุม และหลากหลายในการดูแลสุขภาพบุคคล³ ICF สามารถใช้เป็นกรอบความคิด (conceptual framework) เพื่อพิจารณาภาวะสุขภาพของบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ทั้ง

ด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม เช่น การศึกษา การทำงาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น³ องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้บุคลากรสุขภาพทุกสาขาในประเทศต่าง ๆ ร่วมกันใช้ ICF เพื่อเป็นภาษากลางในการแสดงสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยให้มีการปรับใช้ ICF อย่างเป็นประโยชน์สูงสุดตามบริบทของการประกอบวิชาชีพและระบบสุขภาพของประเทศ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease) เป็น 1 ใน 3 ของโรคที่พบบ่อยมากในประเทศไทยและมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด รวมทั้งมีภาระโรค (burden of disease) คือค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับโรคอื่น ๆ⁴ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีพยาธิสภาพทางกายหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุข แยกตัวออกจากสังคม เกิดปัญหาด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศชาติโดยรวม⁵⁻⁷ โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และควรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นภาระของสังคมน้อยที่สุด จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีประมาณปีละ 150,000 ราย และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า⁸ สำหรับในอำเภอบุหลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลบุหลรัตน์ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2561 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 114 ราย โดยภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในความรับผิดชอบของนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลบุหลรัตน์ ดังนั้น เพื่อให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมมิติสุขภาพทุกด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล⁹ นักกายภาพบำบัดจึงต้องการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองประจำอำเภอบุหลรัตน์ขึ้น ภายใต้ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอบุหลรัตน์ ซึ่งในการดำเนินโครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟู ดังกล่าวจำเป็นต้องมีข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันก่อน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานขั้นตอนต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมีจำนวนจำกัดและมักเป็นการประเมินเฉพาะสถานะสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งของผู้ป่วยเท่านั้น¹⁰⁻¹⁶ ผู้วิจัยจึงต้องการรวบรวมข้อมูลสถานะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุหลรัตน์ โดยใช้การตรวจประเมินบนพื้นฐาน ICF เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเชื่อมโยงกันมากที่สุด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุหลรัตน์ โดยใช้การตรวจประเมินบนพื้นฐาน ICF เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเชื่อมโยงกันมากที่สุด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุหลรัตน์ โดยใช้การตรวจประเมินบนพื้นฐาน ICF เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเชื่อมโยงกันมากที่สุด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุหลรัตน์ โดยใช้การตรวจประเมินบนพื้นฐาน ICF เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเชื่อมโยงกันมากที่สุด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุหลรัตน์ โดยใช้การตรวจประเมินบนพื้นฐาน ICF เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเชื่อมโยงกันมากที่สุด

สำคัญอย่างหนึ่งที่บ่งบอกถึงสถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรมของแต่ละบุคคล จึงประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพิ่มเติมด้วย Barthel Index ส่วนสถานะสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมประเมินด้วยแบบประเมิน Stroke Impact Scale version 3.0 (SIS 3.0) เนื่องจากมีคุณสมบัติของเครื่องมือใกล้เคียงกับแบบประเมิน Stroke Specific Quality of Life Scale¹⁹ แต่ SIS 3.0 ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือฉบับภาษาไทยแล้ว²⁰

วิธีการวิจัย

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม 2562 โดยได้ผ่านการอนุมัติทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว (เลขที่โครงการ HE622025 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2562)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในอำเภอบุธรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และมีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลบุธรัตน์ โดยมีเกณฑ์การคัดกรองอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยดังนี้ เป็นเพศชายหรือหญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือติดบ้านหรือสามารถออกนอกบ้านได้ด้วยตนเองเฉพาะในสิ่งแวดล้อมที่เฝ้าอำนวยความสะดวกเท่านั้น มีสถานะของโรคคงที่สามารถสื่อสารทางวาจาได้เข้าใจ ปฏิบัติตามคำบอกได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ เช่น โรคลมชัก โรคพาร์กินสัน ความผิดปกติของสมองน้อย ความผิดปกติของไขสันหลัง ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น อนึ่ง การคัดกรองอาสาสมัครว่าเป็นผู้ที่มีภาวะติดเตียงหรือติดบ้านหรือสามารถออกนอกบ้านได้ด้วยตนเองเฉพาะใน

สิ่งแวดล้อมที่เฝ้าอำนวยความสะดวกเท่านั้นประเมินด้วยการสัมภาษณ์และการสังเกตโดยผู้วิจัยลำดับที่ 3 (นักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลบุธรัตน์) โดยใช้เกณฑ์การประเมิน “ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม” ของสุกัญญา ศรีปรัชญาอนันต์²¹ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อยมาก ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองได้มาก แต่ยังต้องการความช่วยเหลืออยู่บ้าง ยังไม่สามารถออกนอกบ้านได้ด้วยตนเอง แม้ในสิ่งแวดล้อมที่เฝ้าอำนวยความสะดวก ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถออกนอกบ้านได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เฝ้าอำนวยความสะดวก (หมายถึง ผู้ป่วยรายนั้นสามารถออกนอกบ้านได้ด้วยตนเอง [โดยอาจใช้/ไม่ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย เช่น รถเข็นนั่ง ไม่ทำ เป็นต้น] เฉพาะในสถานที่ที่มีการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการแล้วเท่านั้น เช่น ทางลาด ประตูเลื่อน เป็นต้น) และระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถออกนอกบ้านหรือเข้าสังคมได้เสมือนคนปกติ

เครื่องมือของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ “แบบประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุธรัตน์ จังหวัดขอนแก่น” ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ตอน ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่รวบรวมจากฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล มีทั้งหมด 7 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูล มีทั้งหมด 6 ข้อ ตอนที่ 3 เป็นการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต/การคลำกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ และการทำ passive movement ส่วนตอนที่ 4-6 เป็นการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน STREAM, Barthel Index และ SIS 3.0 ตามลำดับ ซึ่งแต่ละการประเมินมีรายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

- การสัมภาษณ์ การสังเกต การคลำ และการทำ passive movement เป็นวิธีการตรวจประเมินพื้นฐานที่ใช้โดยทั่วไปในงานกายภาพบำบัด โดยเฉพาะ passive movement เป็นวิธีการที่นักกายภาพบำบัดใช้ทั้งในการตรวจประเมินและการรักษาผู้ป่วย^{22,23} สำหรับการวิจัยนี้ใช้ passive movement เพื่อตรวจประเมินความตึงตัวและความยาวของกล้ามเนื้อ และองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ของทั้งรยางค์บนและล่างของผู้ป่วย
- STREAM ประกอบด้วยการประเมิน 3 หมวดใหญ่ ได้แก่ การเคลื่อนไหวของรยางค์บน (upper extremity movement) การเคลื่อนไหวของรยางค์ล่าง (lower extremity movement) และการเคลื่อนไหวพื้นฐาน (basic mobility) แต่ละหมวดมีการประเมิน 10 หัวข้อย่อย รวมเป็นการประเมินทั้งหมด 30 หัวข้อ¹⁷ เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับการเคลื่อนไหวของรยางค์บนและล่างกำหนดเป็นช่วง 0-2 คะแนน ส่วนเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับการเคลื่อนไหวพื้นฐานกำหนดเป็นช่วง 0-3 คะแนน²⁴ คำนวณคะแนนรวมจากทั้ง 3 หมวดใหญ่ โดยเทียบบัญญัติไตรยางศ์ให้มีส่วน 100 เท่ากัน ซึ่งหากได้คะแนนมากจะบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวมาก STREAM ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย^{24,25} และตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือด้านความเที่ยงของผู้ประเมิน (rater reliability) พบว่ามีความเที่ยงภายในผู้ประเมินและระหว่างผู้ประเมินในระดับสูง ทั้งการวิเคราะห์ในภาพรวมและแยกแต่ละหมวด (ICC=0.83-0.99)²⁴ นิธินันท์ ชัยศิริ และคณะ²⁵ ยังพบว่า STREAM ฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงภายในผู้ประเมินและระหว่างผู้ประเมินในระดับสูง (ICC=0.97-0.99) และมีความตรงเชิงสภาพ (concurrent validity) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลการประเมินผู้ป่วยด้วย Fugl-Meyer Assessment ($r=0.88$)
- Barthel Index เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตัว การล้างหน้า-หัวผม การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ¹⁸ โดยประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำแต่ละกิจกรรมได้หรือไม่ ต้องมีผู้ช่วยเหลือหรือไม่ ช่วงคะแนนรวม 0-100 คะแนน โดยคะแนนเต็ม 100 คะแนนจะบ่งบอกว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง¹⁹ Barthel Index ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความเที่ยงของผู้ประเมินในระดับสูง ทั้งห้วข้อการช่วยเหลือตัวเอง (ICC=0.87) และการเคลื่อนไหว (ICC=0.86)²⁶
- SIS 3.0 เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองใน 8 หมวดใหญ่ (domain) ได้แก่ ความแข็งแรงของแขน-ขา ความจำและความคิด อารมณ์ความรู้สึก การสื่อสาร การใช้ชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม²⁷ แต่ละหมวดมีคำถาม 4-10 ข้อ คำตอบของแต่ละหมวดเป็นระดับคะแนนจาก 1 (ไม่มีผลกระทบ) ถึง 5 (มีผลกระทบมากที่สุด) โดยมีการคำนวณคะแนนของแต่ละหมวดให้ได้คะแนนเต็มเป็น 100 คะแนนเท่ากัน เนื่องจากแต่ละหมวดมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากัน²⁸ สำหรับการวิจัยนี้ได้ประเมินผู้ป่วยด้วย SIS 3.0 เฉพาะหมวดที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดเท่านั้น ได้แก่ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ปัจจุบันมีการแปล SIS 3.0 เป็นภาษาไทยและตรวจสอบคุณสมบัติด้านความตรง

และความเที่ยงของ SIS 3.0 ฉบับภาษาไทยนี้ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Barthel Index (ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) Patient Health Questionnaire (ประเมินภาวะซึมเศร้า) Thai Mental State Examination (ประเมินสมรรถภาพสมอง) Modified Rankin Scale (ประเมินระดับความพิการ) และ Functional Ambulation Category (ประเมินความสามารถในการเดิน) SIS 3.0 หมวดการสื่อสารและหมวดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีความตรงเชิงเกณฑ์ (criterion validity) ในระดับปานกลาง ($r_s=0.40-0.43$) และดี ($r_s=0.53-0.76$) ตามลำดับ ส่วนด้านความตรงเชิงการจำแนก (discriminant validity) พบว่าระดับความพิการที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลทำให้ค่าคะแนนของ SIS หมวดการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้ SIS 3.0 ยังมีความเที่ยงด้านความสอดคล้องภายในโดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ (Cronbach's alpha = 0.90) และมีความเที่ยงในการทดสอบซ้ำในระดับดีมากทั้ง 8 หมวด (ICC=0.92-0.99)²⁰

ขั้นตอนการวิจัย

หลังจากที่ได้รับอนุมัติทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยและขออนุญาตเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยลำดับที่ 3 ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอุบลรัตน์สืบค้นรายชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากฐานข้อมูลดังกล่าว เพื่อคัดกรองอาสาสมัครของการวิจัยในเบื้องต้นด้วยแบบประเมินฯ ตอนที่ 1 โดยผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ หรือ

สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถออกนอกบ้านหรือเข้าสังคมได้เสมือนคนปกติได้ถูกคัดออกในขั้นตอนนี้ ส่วนผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นได้รับการนัดหมายวันและเวลาสำหรับการรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อไป ในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยลำดับที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นนักศึกษากายภาพบำบัด ชั้นปีที่ 4 ฝึกซ้อมการใช้แบบประเมินกับอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัดทางระบบประสาท (ผู้วิจัยลำดับที่ 6) โดยนักศึกษาคนหนึ่งประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้เป็นอาสาสมัครของการวิจัย ในขณะที่นักศึกษาอีกคนหนึ่งและอาจารย์ที่ปรึกษา สังเกตการประเมินและบันทึกผลการประเมินจากที่สังเกตได้ จากนั้นนักศึกษาทั้งสองนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบกับผลการประเมินของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วทำความเข้าใจให้ตรงกันหากผลการประเมินข้อใดไม่ตรงกับผลการประเมินของอาจารย์ที่ปรึกษา นักศึกษาทั้งสองฝึกซ้อมการใช้แบบประเมินเช่นนี้กับผู้ป่วยรายต่อ ๆ ไป การฝึกซ้อมยุติลงเมื่อผลการประเมินผู้ป่วยของนักศึกษาทั้งสองตรงกับผลการประเมินของอาจารย์ที่ปรึกษา อย่างสมบูรณ์ โดยในการฝึกซ้อมดังกล่าวนี้ใช้ผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 5 ราย

ในวันที่กำหนดรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป้าหมายแต่ละรายที่บ้านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนของการวิจัยแก่ผู้ป่วย แล้วให้ผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นผู้วิจัยลำดับที่ 1 และ 2 รวบรวมข้อมูลอาสาสมัครแต่ละรายตามแบบประเมินฯ ตอนที่ 2-6 ใช้เวลาประมาณ 50 นาที (รวมเวลาพักของอาสาสมัครระหว่างการทดสอบ) แล้วแนะนำความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสภาพแก่อาสาสมัครประมาณ 10 นาที โดยลำดับการทดสอบที่ใช้ในการวิจัยนี้เหมือนกันในอาสาสมัครทุกราย คือเป็นไปตามลำดับหัวข้อในแบบประเมินฯ และในขณะรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสังเกตการแสดงออก ท่าที คำพูด น้ำเสียงของอาสาสมัคร และสอบถามอาการหรือความผิดปกติตลอดเวลา หาก

พบว่าอาสาสมัครรู้สึกเหนื่อยล้าในระหว่างการประเมิน ผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครพักทันทีและเริ่มการประเมินต่อไปเมื่ออาสาสมัครมีความพร้อมที่จะรับการประเมินต่อไป ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยว่า จะไม่มีผลกระทบจากลำดับการทดสอบหรือความเหนื่อยล้าของอาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

หลังจากรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม SPSS 17.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา กล่าวคือ ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปและสถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกายของผู้ป่วยวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ หรือค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามความเหมาะสมของข้อมูล ส่วนข้อมูลสถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมวิเคราะห์ด้วยการพิจารณาที่ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ เนื่องจากเมื่อทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test แล้วพบว่าชุดข้อมูลส่วนใหญ่มีการกระจายตัวไม่ปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้รายงานข้อมูลการประเมินดังกล่าวด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วย เพื่อให้ผู้อ่านได้ทราบข้อมูลที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2561 จำนวน 114 ราย มีผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองเข้าเป็นอาสาสมัครของการวิจัยนี้จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 40.4) ผู้ป่วยจำนวน 68 รายที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองฯ เนื่องจากเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ สามารถออกนอกบ้านหรือเข้าสังคมได้เสมือนคนปกติจำนวน 46 ราย ย้ายที่อยู่จำนวน 8 ราย เป็นโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ จำนวน 6 ราย เสียชีวิตจำนวน 5 ราย ไม่สามารถ

สื่อสารทางวาจาได้จำนวน 2 ราย และมีสภาวะของโรคไม่คงที่จำนวน 1 ราย

อาสาสมัครผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรอง 46 ราย เป็นเพศหญิง 29 ราย เพศชาย 17 ราย อายุระหว่าง 46-92 ปี (อายุเฉลี่ย 71.9 ± 9.2 ปี) มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง 4-240 เดือน (ระยะเวลาเฉลี่ย 57.9 ± 54.1 เดือน) เป็นอัมพาตครึ่งซีกด้านขวาและซ้ายจำนวน 22 ราย และ 24 ราย ตามลำดับ อาสาสมัครมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ร้อยละ 45.6 สามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันและสามารถออกนอกบ้านได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เฝ้าระวังต่อคนพิการ ร้อยละ 50 สามารถเดินได้เองโดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุง ร้อยละ 82.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ในปัจจุบัน ร้อยละ 97.9 มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัว และร้อยละ 73.9 ให้ข้อมูลว่าได้ฝึกกายภาพบำบัดด้วยตนเองและ/หรือผู้ดูแลฝึกให้ทุกวัน แต่มีร้อยละ 17.4 ที่ปัจจุบันไม่ได้ฝึกกายภาพบำบัดใด ๆ อย่างเป็นกิจจะลักษณะ (ตารางที่ 1)

ในอาสาสมัครจำนวน 46 รายนี้เป็นผู้ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคไม่เกิน 12 เดือน จำนวน 16 ราย และระยะเวลา 24,36,48,60,72,84,96,120,144,192 และ 240 เดือน จำนวน 4,3,3,3,1,5,2,6,1,1 และ 1 ราย ตามลำดับ ดังนั้น เพื่อให้โรงพยาบาลอุบลรัตน์สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลอาสาสมัครแยกเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มที่มีระยะเวลาการเป็นโรค ≤ 12 เดือน และ >12 เดือน จำนวน 16 ราย และ 30 ราย ตามลำดับ ตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ที่มักจะพิจารณาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่าเป็นมานานมากน้อยเพียงใดที่ระยะเวลา 1 ปี (12 เดือน)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร

การประเมิน	อาสาสมัคร ทั้งหมด (N=46)	กลุ่มอาสาสมัครแยกตามระยะเวลา การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	
		≤12 เดือน (N=16)	>12 เดือน (N=30)
เพศ [จำนวนคน (ร้อยละ)]			
หญิง	29 (63.0)	10 (62.5)	19 (63.3)
ชาย	17 (37.0)	6 (37.5)	11 (36.7)
อายุ (ปี)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	71.9 (9.2)	71.4 (8.7)	71.9 (9.7)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	46-92	58-86	46-92
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (เดือน)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	57.9 (54.1)	9.6 (2.8)	78.6 (28.8)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	4-240	4-12	24-240
ด้านที่เป็นอัมพาตครึ่งซีก [จำนวนคน (ร้อยละ)]			
ขวา	22 (47.8)	7 (43.8)	15 (50.0)
ซ้าย	24 (52.2)	9 (56.2)	15 (50.0)
โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคหลอดเลือดสมอง (ระบุได้มากกว่า 1 คำตอบ) [จำนวนคน (ร้อยละ)]			
ความดันโลหิตสูง	38 (82.6)	13 (81.2)	15 (50.0)
เบาหวาน	25 (54.3)	7 (43.8)	18 (60.0)
ไขมันในเลือดสูง	18 (39.1)	6 (37.5)	12 (40.0)
อื่น ๆ (หัวใจ ไต วิตกกังวล เกาต์ ภูมิแพ้ ไทรอยด์)	14 (30.4)	5 (31.2)	9 (30.0)
ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม [จำนวนคน (ร้อยละ)]			
ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	8 (17.4)	2 (12.5)	6 (20.0)
ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองได้มาก	17 (37.0)	5 (31.2)	12 (40.0)
ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถออกนอกบ้านได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ	21 (45.6)	9 (56.2)	12 (40.0)
ความสามารถในการเดิน [จำนวนคน (ร้อยละ)]			
สามารถเดินได้เองอย่างอิสระ โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน	13 (28.3)	5 (31.2)	8 (26.7)
สามารถเดินได้เองอย่างอิสระ แต่ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน (ไม้เท้า)	23 (50.0)	7 (43.8)	16 (53.3)
ไม่สามารถเดินได้เอง ต้องมีผู้อื่นช่วยพยุง	4 (8.7)	2 (12.5)	2 (6.7)
ไม่สามารถเดินได้เลย	6 (13.0)	2 (12.5)	4 (13.3)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร (ต่อ)

การประเมิน	อาสาสมัคร ทั้งหมด (N=46)	กลุ่มอาสาสมัครแยกตามระยะเวลา การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	
		≤12 เดือน (N=16)	>12 เดือน (N=30)
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน (อาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้หลัก) [จำนวนคน (ร้อยละ)]			
เกษตรกร ค่าขาย ข้าราชการบำนาญ ข้าราชการ	8 (17.4)	4 (25.0)	4 (13.3)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	38 (82.6)	12 (75.0)	26 (86.7)
ผู้ดูแลหลักในปัจจุบัน [จำนวนคน (ร้อยละ)]			
สามี/ภรรยา	20 (43.5)	7 (43.8)	13 (43.3)
บุตรชาย/บุตรสาว/บุตรสะใภ้	16 (34.8)	5 (31.2)	11 (36.7)
ญาติ/หลาน	9 (19.6)	4 (25.0)	5 (16.7)
ไม่มีผู้ดูแล	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (3.3)
การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ระบุได้มากกว่า 1 คำตอบ) [จำนวนคน (ร้อยละ)]			
ฝึกเองที่บ้าน (ฝึกด้วยตนเองและ/หรือผู้ดูแลฝึกให้)			
1-3 วันต่อสัปดาห์	2 (4.4)	0 (0.0)	2 (6.7)
4-6 วันต่อสัปดาห์	2 (4.4)	1 (6.2)	1 (3.3)
ทุกวัน	34 (73.9)	15 (87.5)	19 (63.3)
มีนักกายภาพบำบัด อสม. หรือบุคลากรอื่น ๆ มาฝึกให้ที่บ้าน (จำนวน 1 วันต่อสัปดาห์)	1 (2.2)	1 (6.2)	0 (0.0)
ไม่ได้ฝึกกายภาพบำบัดใด ๆ อย่างเป็นทางการจะลักษณะ	8 (17.4)	0 (0.0)	8 (26.7)

สถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกายของอาสาสมัคร

ผลการประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกายของอาสาสมัครด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต การคลำ และการเคลื่อนไหวพบว่าปัญหาด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกายที่พบมาก ได้แก่ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อขาหนีบและกล้ามเนื้อขาหนีบด้านหลังของขาหนีบ การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ลดลง ความผิดปกติของความยาวของ

กล้ามเนื้อขาหนีบด้านหลังในลักษณะตึง (tightness) โดยเฉพาะกล้ามเนื้อข้อเข่า (knee flexors) และกล้ามเนื้อข้อเท้า (plantar flexors) และอาการปวดข้อไหล่และข้อเข่า (ระดับอาการปวดโดยเฉลี่ยประมาณ 4-6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) นอกจากนี้ ยังพบว่าอาสาสมัครประมาณร้อยละ 20 มีอาการบวมของส่วนขาหนีบด้านหลังด้วย (ตารางที่ 2) โดยปัญหาเหล่านี้มักพบได้มากในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นเวลานาน

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกายของอาสาสมัคร

ปัญหาที่พบ (อาจพบได้มากกว่า 1 ปัญหา ในผู้ป่วยแต่ละราย)		อาสาสมัครทั้งหมด (N=46)	กลุ่มอาสาสมัครแยกตามระยะเวลา การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	
			≤12 เดือน (N=16)	>12 เดือน (N=30)
● ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น	- รยางค์บน	38 (82.6)	13 (81.2)	25 (83.3)
	- รยางค์ล่าง	41 (89.1)	15 (93.8)	26 (86.7)
● ข้อไหล่เคลื่อน		21 (45.7)	6 (37.5)	15 (50.0)
● องศาการเคลื่อนไหวลดลง	- ข้อไหล่	14 (30.4)	3 (18.8)	11 (36.7)
	- ข้อศอก	5 (10.9)	1 (6.2)	4 (13.3)
	- ข้อมือ/ข้อนิ้วมือ	7 (15.2)	0 (0.0)	7 (23.3)
	- ข้อสะโพก	3 (6.5)	0 (0.0)	3 (10.0)
	- ข้อเข่า	7 (15.2)	1 (6.2)	6 (20.0)
	- ข้อเท้า/ข้อนิ้วเท้า	3 (6.5)	0 (0.0)	3 (10.0)
● ความผิดปกติของความยาวของกล้ามเนื้อ	- กลุ่มกล้ามเนื้อที่เกิด tightness			
	- ไหล่	5 (10.9)	3 (18.2)	2 (6.7)
	- ศอก	6 (13.0)	3 (18.8)	3 (10.0)
	- มือ/นิ้วมือ	7 (15.2)	2 (12.5)	5 (16.7)
	- สะโพก	8 (17.4)	3 (18.8)	5 (16.7)
	- เข่า	31 (67.4)	11 (68.8)	20 (66.7)
	- เท้า/นิ้วเท้า	19 (41.3)	9 (56.2)	10 (33.3)
	- กลุ่มกล้ามเนื้อที่เกิด shortening			
	- ไหล่	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (3.3)
	- ศอก	5 (10.9)	1 (6.2)	4 (13.3)
	- มือ/นิ้วมือ	6 (13.0)	0 (0.0)	6 (20.0)
	- สะโพก	2 (4.4)	0 (0.0)	2 (6.7)
	- เข่า	4 (8.7)	1 (6.2)	3 (10.0)
	- เท้า/นิ้วเท้า	2 (4.4)	0 (0.0)	2 (6.7)
	- กลุ่มกล้ามเนื้อที่เกิด contracture			
	- ศอก	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (3.3)
	- มือ/นิ้วมือ	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (3.3)
	- เข่า	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (3.3)
	- เท้า/นิ้วเท้า	1 (2.2)	0 (0.0)	1 (3.3)
● อาการปวดข้อ	- ข้อไหล่	14 (30.4)	4 (25.0)	10 (33.3)
	- ข้อศอก	2 (4.4)	1 (6.2)	1 (3.3)
	- ข้อสะโพก	1 (2.2)	1 (6.2)	0 (0.0)
	- ข้อเข่า	14 (30.4)	6 (37.5)	8 (26.7)
	- หลัง	5 (10.9)	2 (12.5)	3 (10.0)
● อาการบวม	- รยางค์บน	4 (8.7)	1 (6.2)	3 (10.0)
	- รยางค์ล่าง	9 (19.6)	5 (31.2)	4 (13.3)
● ภาวะกลืนอาหาร/น้ำลำบาก		7 (15.2)	2 (12.5)	5 (16.7)

หมายเหตุ: นำเสนอข้อมูลด้วยค่าจำนวนคน (ร้อยละ) ของแต่ละกลุ่ม

สถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรมของอาสาสมัคร

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรมของอาสาสมัคร เมื่อพิจารณาจากการประเมินด้วย STREAM พบว่าจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน อาสาสมัครได้คะแนนรวมการเคลื่อนไหวทั้งหมดประมาณ 43 คะแนน และเมื่อพิจารณาแยกแต่ละหมวดพบว่าคะแนนของหมวดการ

เคลื่อนไหวพื้นฐานน้อยกว่าคะแนนของหมวดการเคลื่อนไหวของรยางค์บนและล่างค่อนข้างมาก ส่วนผลการประเมินด้วย Barthel Index พบว่าอาสาสมัครได้คะแนนสูงประมาณ 87 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) ซึ่งจัดว่าเป็นผู้ที่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (mildly disabled) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรมของอาสาสมัคร

การประเมิน	อาสาสมัครทั้งหมด (N=46)	กลุ่มอาสาสมัครแยกตามระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	
		≤12 เดือน (N=16)	>12 เดือน (N=30)
Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (0-100 คะแนน)			
● รวมการเคลื่อนไหวทั้งหมด (30 หัวข้อ)			
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	42.7 (21.6, 64.8)	42.7 (31.6, 75.1)	42.2 (19.6, 63.8)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	45.1 (26.3)	47.0 (26.1)	44.1 (26.8)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	1.1-94.4	1.1-87.6	6.1-94.4
- การเคลื่อนไหวของรยางค์บน (10 หัวข้อ)			
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	50.0 (15.0, 80.0)	50.0 (26.3, 77.5)	45.0 (15.0, 81.3)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.8 (34.9)	50.9 (33.3)	47.7 (36.2)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0.0-100.0	0.0-100.0	0.0-100.0
- การเคลื่อนไหวของรยางค์ล่าง (10 หัวข้อ)			
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	50.0 (28.8, 70.0)	45.0 (35.0, 76.3)	50.0 (23.8, 70.0)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	50.2 (28.3)	52.5 (29.0)	49.0 (28.3)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0.0-100.0	0.0-100.0	0.0-100.0
- การเคลื่อนไหวพื้นฐาน (10 หัวข้อ)			
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	33.3 (22.3, 47.1)	35.0 (17.5, 53.6)	33.2 (25.6, 50.0)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	36.2 (21.9)	37.1 (23.4)	35.8 (21.4)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0.0-96.7	3.3-92.4	0.0-96.7
Barthel Index (0-100 คะแนน)			
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	87.5 (65.0, 100.0)	87.5 (61.2, 98.8)	87.5 (65.0, 100.0)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	79.5 (23.6)	79.7 (21.0)	79.3 (25.2)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	10.0-100.0	40.0-100.0	10.0-100.0

สถานะสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของอาสาสมัคร

ผลการประเมินสถานะสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม พบว่าอาสาสมัครได้คะแนน SIS หมวดการสื่อสารสูงมาก ซึ่งบ่งบอกว่าเป็นผู้ที่

สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วยการสื่อสารได้ดี (ตารางที่ 4) ในทางกลับกัน อาสาสมัครมีปัญหาด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมค่อนข้างมาก ซึ่งเห็นได้จากคะแนน SIS ของหมวดนี้ที่มีค่าค่อนข้างต่ำ

ตารางที่ 4 ผลการประเมินสถานะสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของอาสาสมัคร

การประเมิน	อาสาสมัครทั้งหมด (N=46)	กลุ่มอาสาสมัครแยกตามระยะเวลาการเป็น โรคหลอดเลือดสมอง	
		≤12 เดือน (N=16)	>12 เดือน (N=30)
การสื่อสาร (0-100 คะแนน)			
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	96.4 (82.4, 100.0)	96.4 (83.3, 100.0)	92.8 (82.2, 100.0)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	88.7 (15.9)	85.7 (22.5)	90.3 (11.0)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	28.6-100.0	28.6-100.0	64.3-100.0
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (0-100 คะแนน)			
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	23.4 (0.0, 57.0)	17.2 (0.0, 83.9)	25.0 (2.3, 43.0)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	31.8 (32.1)	37.5 (40.3)	28.8 (27.1)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0.0-100.0	0.0-100.0	0.0-93.8

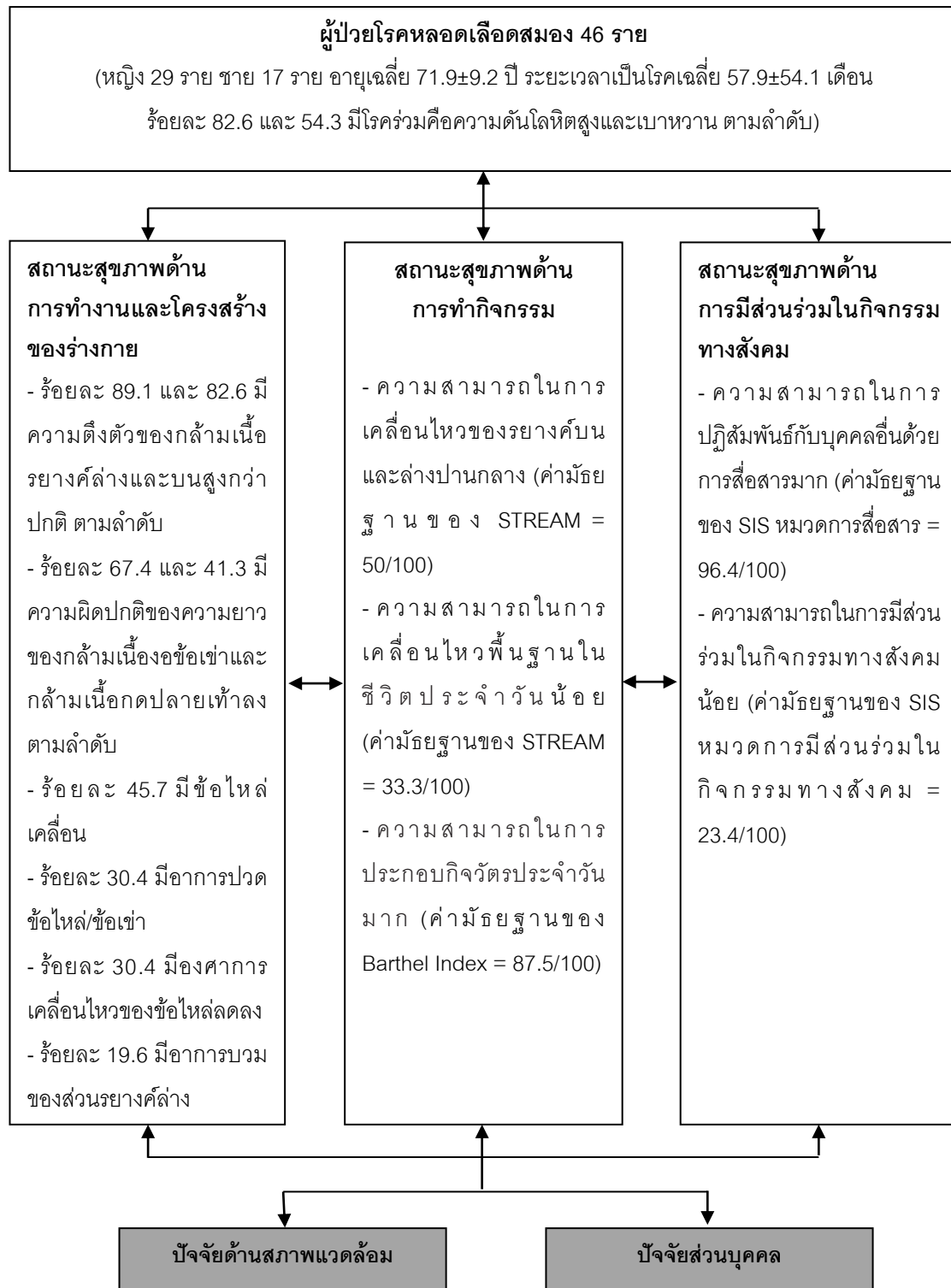
สรุปสถานะสุขภาพของอาสาสมัคร

จากข้อค้นพบของการวิจัยทั้งหมด สามารถสรุปสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภออุบลรัตน์ตาม ICF ได้ดังในรูปที่ 1

บทวิจารณ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น โดยมีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การคัดกรองอาสาสมัครทั้งหมด 46 ราย จากการประเมินด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต การคลำ และการเคลื่อนไหวผู้ป่วย พบว่าปัญหาด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกายที่เด่นชัด ได้แก่ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อขาหลังและลำสูงกว่าปกติ ความผิดปกติของข้อไหล่ (ได้แก่ ปวดข้อ ข้อเคลื่อน และองศาการเคลื่อนไหวลดลง) และ

ความผิดปกติของความยาวของกล้ามเนื้อขาหลัง โดยปัญหาเหล่านี้มักพบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นเวลานาน ข้อมูลเหล่านี้สอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้^{10,11,16} รวมทั้งสอดคล้องกับข้อมูลของ Van Ouwenaller และคณะ²⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อขาหลังจะมีอาการปวดข้อไหล่ร่วมด้วย สถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกายที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้เป็นสิ่งที่พบได้มากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไปและมีความเชื่อมโยงกัน¹⁵ กล่าวคือการเกิดพยาธิสภาพของสมองจากโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ โดยในระยะแรกที่สมองเกิดพยาธิสภาพ กล้ามเนื้อของผู้ป่วยมักจะมีอาการตึงตัวต่ำกว่าระดับปกติ (hypotonia) หลังจากนั้นความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะค่อยๆ กลับคืนมา แต่หากกลับคืนมามากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยมีความ



รูปที่ 1 สรุปสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบุบรัตน์ตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (STREAM: Stroke Rehabilitation Assessment of Movement, SIS: Stroke Impact Scale)

ตึงตัวของกล้ามเนื้อสูงกว่าระดับปกติ (hypertonia) ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อสูงในลักษณะที่กล้ามเนื้อมีภาวะหดเกร็ง (spasticity)³⁰ ในขณะเดียวกันการเกิดพยาธิสภาพของสมองยังส่งผลกระทบต่อการทำงานร่วมกันของหน่วยประสาทยนต์ในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปกติ³⁰ ซึ่งความผิดปกติในความตึงตัวและการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อมักทำให้เกิดความผิดปกติอื่นๆ ตามมา ทั้งด้านองศาการเคลื่อนไหว ความยาวของกล้ามเนื้อ และอาการปวดข้อ โดยเฉพาะในส่วนของข้อมือที่มักมีการฟื้นฟูตัวช้ากว่าส่วนร่างกายอื่น ซึ่งอาจเนื่องจากการเคลื่อนไหวของข้อมือมีองค์ประกอบและความซับซ้อนของข้อต่อจำนวนมาก³¹ สาเหตุของภาวะข้อไหล่เคลื่อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดจากกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่อ่อนแรงหรือมีความตึงตัวผิดปกติ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ supraspinatus ส่งผลให้ไม่สามารถพยุงกระดูกต้นแขน (humerus) ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องตามหลักกายวิภาคศาสตร์ได้¹⁵ นอกจากนี้ ยังอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ใช้ร่างกายข้างอัมพาต ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงลงเรื่อยๆ ไม่สามารถพยุงข้อไหล่ไว้ได้ หรือเกิดจากผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกวิธีเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะข้อไหล่เคลื่อนและปวดข้อได้มากขึ้น ซึ่งการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ นอกจากจะใช้วิธีการทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยา เป็นต้น การใช้วิธีการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย การจัดทำทาง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวมทั้งการแนะนำให้ผู้ป่วยใช้สายพยุงข้อไหล่รองรับปลายแขนเมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ยืน และเดิน จะสามารถช่วยป้องกันหรือบรรเทาปัญหาเหล่านี้ได้มาก³² การที่อาสาสมัครบางรายในการวิจัยนี้มีปัญหาด้านองศาการเคลื่อนไหว ความยาวของกล้ามเนื้อ และอาการปวดข้อ

อาจบ่งชี้ว่าอาสาสมัครยังได้รับการออกกำลังกาย การดูแลเรื่องการจัดทำทาง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่มากเพียงพอ แม้ว่าอาสาสมัครส่วนมากจะให้ข้อมูลว่าได้ฝึกกายภาพบำบัดด้วยตนเองและ/หรือผู้ดูแลฝึกให้ที่บ้านทุกวัน นักกายภาพบำบัดจึงควรต้องเน้นย้ำผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงความสำคัญของเรื่องเหล่านี้ยิ่งขึ้น รวมทั้งควรประสานการทำงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ภายใต้การสนับสนุนช่วยเหลือของนักกายภาพบำบัด เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและถูกต้องมากขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดสถานะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ได้⁷

นอกจากนี้ ยังพบว่าอาสาสมัครจำนวนหนึ่งมีปัญหาด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกายอื่นๆ อีก ได้แก่ อาการปวดข้อเข่าและอาการบวมของส่วนร่างกายอื่น อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ยังมีข้อมูลไม่มากพอที่จะวิเคราะห์และสรุปได้ว่าอาการปวดข้อเข่าหรืออาการบวมนี้สัมพันธ์กับการเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ นอกจากนี้ อาสาสมัครส่วนใหญ่ในการวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีโอกาสเกิดอาการปวดข้อเข่าจากภาวะข้อเสื่อมได้มาก^{33,34} และอาสาสมัครบางรายมีโรคไตและเกาต์เป็นโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย อีกทั้งยังอาจมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการปวดข้อและอาการบวมด้วย เช่น ดัชนีมวลกาย อาชีพเดิมก่อนการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง เป็นต้น แต่การวิจัยนี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลเหล่านี้ การวิจัยครั้งต่อไปจึงน่าจะรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องนี้เพิ่มเติมด้วย

สำหรับสถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรมนั้น หากพิจารณาที่การประเมินด้วย STREAM พบว่าอาสาสมัครได้คะแนนของหมวดการเคลื่อนไหวของข้อมือและข้อมือในระดับปานกลาง คือประมาณ 50

คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ในขณะที่หมวด การเคลื่อนไหวพื้นฐานได้เพียง 33 คะแนน ข้อมูลนี้อาจ บ่งบอกว่าแม้ว่าอาสาสมัครจะสามารถเคลื่อนไหว รยางค์ได้บ้าง แต่ความสามารถนั้นยังไม่มากพอที่ อาสาสมัครจะใช้รยางค์นั้นทำกิจกรรมพื้นฐานใน ชีวิตประจำวันได้อย่างดี เช่น ลุกขึ้นนั่ง ยืน เดิน ขึ้นลง บันได เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้ที่ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมี ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ลดลง¹⁴⁻¹⁶ อย่างไรก็ตาม เมื่อประเมินสถานะสุขภาพ ด้านการทำกิจกรรมด้วย Barthel Index กลับพบว่า อาสาสมัครได้คะแนนสูงถึงราว 87 คะแนน ซึ่งแปลผล ว่าเป็นผู้ที่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก จึงดู เหมือนว่าจะแตกต่างจากผลการประเมินด้วย STREAM ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการให้คะแนนความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในแบบประเมิน Barthel Index นั้นจะพิจารณาเป็นภาพรวมว่าผู้ป่วยสามารถทำ กิจกรรมนั้นๆ ได้เองหรือไม่ หรือต้องการความช่วยเหลือ บางส่วนหรือทั้งหมด ไม่ได้พิจารณาในรายละเอียดว่า ผู้ป่วยใช้รยางค์ในการทำกิจกรรมนั้นอย่างไร¹⁸ นั่นคือ ไม่ได้ประเมินทั้งความสามารถและคุณภาพในการ เคลื่อนไหวของรยางค์ข้างอัมพาตของผู้ป่วยดังเช่นการ ประเมินด้วย STREAM จึงเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยบางราย อาจจะได้คะแนนสูงในหัวข้อประเมินของ Barthel Index บางรายการ เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ ล้าง หน้า แปรงฟัน หวีผม สวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น เนื่องจาก ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเหล่านั้นได้เองหรือ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง ทั้งๆ ที่ในความจริงแล้ว ผู้ป่วยอาจจะทำโดยเคลื่อนไหวรยางค์ข้างอัมพาตใน ลักษณะที่ไม่ถูกต้อง หรือเคลื่อนไหวด้วยรยางค์ข้างปกติ ไม่ได้ใช้รยางค์ข้างอัมพาต นอกจากนี้ หัวข้อประเมินของ Barthel Index เรื่องการกลืนอาหารและปัสสาวะไม่ได้ เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่าง ชัดเจน ซึ่งอาสาสมัครส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มี ปัญหาในเรื่องนี้ ด้วยเหตุผลเหล่านี้จึงอาจทำให้ผลการ

ประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรมด้วย Barthel Index ได้คะแนนสูง ดังนั้น การประเมินด้วย STREAM จึงน่าจะบ่งบอกถึงสถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรม ของอาสาสมัครได้ชัดเจนกว่า

ส่วนสถานะสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมใน กิจกรรมทางสังคมนั้น พบว่าอาสาสมัครมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลอื่นด้วยการสื่อสารได้ดี อาจเนื่องจากอาสาสมัคร ทุกรายเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารทางวาจาได้เข้าใจและ ปฏิบัติตามคำบอกได้ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การคัด อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย ผลการประเมินด้วย SIS หมวดการสื่อสารจึงได้คะแนนสูงมาก ในทางตรงกันข้าม การประเมินด้วย SIS ในหมวดที่บ่งบอกถึงสถานะ สุขภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยตรง กลับพบว่าได้คะแนนต่ำมาก ซึ่งดูเหมือนจะสัมพันธ์กับ ผลการประเมินสถานะสุขภาพด้านการทำกิจกรรมด้วย STREAM ในหมวดการเคลื่อนไหวพื้นฐานที่ได้คะแนน ค่อนข้างต่ำ กล่าวคือเมื่ออาสาสมัครยังไม่สามารถทำ กิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ด้นัก จึงไม่สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เคยทำเป็นประจำก่อนป่วย ตามที่ต้องการได้มากนักด้วย เช่น การเข้าร่วมกิจกรรม ทางศาสนาและกิจกรรมภายนอกบ้านต่าง ๆ การทำงาน การเล่นกีฬา การเดินทางท่องเที่ยว เป็นต้น ซึ่งการที่ อาสาสมัครมีบทบาทหน้าที่ทั้งภายในและภายนอกบ้าน ลดลงเช่นนี้ อาจส่งผลให้อาสาสมัครมีคุณภาพชีวิตและ ความภาคภูมิใจแห่งตนลดลงตามมา^{5,6} นักกายภาพ บำบัดในฐานะที่เป็นบุคลากรสุขภาพสาขาหนึ่งที่มี บทบาทอย่างมากในการรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง และเป็นบุคลากรหลักคนหนึ่งในการ ให้บริการสุขภาพแก่คนพิการในชุมชน⁷ จึงควรให้ ความสำคัญกับปัญหาเรื่องความสามารถในการเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยด้วย นอกเหนือจากการ ฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหว เช่น การจัดการด้าน สภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ง่ายขึ้น การส่งเสริมการ สร้างรายได้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มโอกาสใน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย เป็นต้น ในปัจจุบัน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น มีการส่งเสริมการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภออุบลรัตน์ด้วยโครงการหนึ่งคือการสร้างรายได้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าร่วมโครงการดังกล่าวได้ เนื่องจากกิจกรรมในการสร้างรายได้มักเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้การเคลื่อนไหวของแขนและมือทั้ง 2 ข้างร่วมกัน เช่น การเพาะปลูก การจักสาน การทำเฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีอาการอัมพาตครึ่งซีก โดยเฉพาะความบกพร่องในการทำงานของรยางค์บน จึงเป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แขนและมือทั้งสองข้างทำงานร่วมกัน^{15,16} จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ^{5,6} การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นเรื่องที่นักกายภาพบำบัดควรให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้วให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้เพื่อไม่ให้เป็นภาระแก่สังคม

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดประการหนึ่งคือไม่ได้รวบรวมข้อมูลที่อาจเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพของอาสาสมัคร ได้แก่ ดัชนีมวลกาย อาชีพเดิม ระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง และอื่น ๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งควรจะรวบรวมข้อมูลเหล่านี้เพิ่มเติมต่อไป ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งของการวิจัยคือไม่ได้ประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรายชื่อในฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ทุกราย กล่าวคือประชากรของการวิจัยไม่ได้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันและสามารถออกนอกบ้านหรือเข้าสังคมได้เสมือนคนปกติ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและงบประมาณในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงมุ่งไปที่การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่นก่อน ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียงหรือติดบ้าน หรือสามารถออก

นอกบ้านได้ด้วยตนเองเฉพาะในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการเท่านั้น เพราะคาดว่าจะมีจำนวนมากกว่าผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างอิสระ ซึ่งน่าจะส่งผลให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภออุบลรัตน์ที่สมบูรณ์พอสมควร เป็นประโยชน์แก่นักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ที่จะนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ ได้ต่อไป อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการคัดกรองอาสาสมัครกลับพบว่าจากรายชื่อในฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลอุบลรัตน์จำนวน 114 ราย มีผู้ป่วยมากถึง 46 ราย (ร้อยละ 40.4) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองฯ ด้วยเหตุผลว่าเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างอิสระแล้ว ซึ่งเท่ากับจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองฯ ดังนั้น จึงควรดำเนินการรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภออุบลรัตน์ที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ ที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างรอบด้านและเชื่อมโยงกัน การวิจัยในอนาคตควรรวบรวมข้อมูลองค์ประกอบของ ICF ที่เป็นปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยอีก 2 องค์ประกอบด้วย ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล¹ ซึ่งการรวบรวมข้อมูลปัจจัยทั้งสองนี้อาจจำเป็นต้องใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับภูมิหลังชีวิต ประสบการณ์อดีต และความภาคภูมิใจแห่งตนของผู้ป่วย รวมทั้งทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

แม้ว่าการวิจัยนี้จะมีข้อจำกัดบางประการ และแม้ว่าปัญหาสถานะสุขภาพแต่ละด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภออุบลรัตน์จะเป็นไปในทำนองเดียวกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่ทราบกันโดยทั่วไปแล้ว¹⁰⁻¹⁶ แต่ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้ป่วยที่

ได้จากการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ศูนย์ฟื้นฟู ได้เป็นอย่างมาก เนื่องจากการตรวจประเมิน บนพื้นฐาน ICF ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความเป็นองค์รวม และเชื่อมโยงกันมากกว่าข้อมูลของการวิจัยที่ผ่านมาที่ เป็นการประเมินเฉพาะสถานะสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งของผู้ป่วยเท่านั้น จากสรุปสถานะสุขภาพของผู้ป่วยใน รูปที่ 1 จะเห็นได้ว่าแม้ผู้ป่วยจำนวนมากจะมีปัญหา สถานะสุขภาพด้านการทำงานและโครงสร้างของ ร่างกาย แต่ในภาพรวมผู้ป่วยยังสามารถเคลื่อนไหว ระบายคืบและล่างได้ อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการ เคลื่อนไหวพื้นฐานในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกลับ ค่อนข้างน้อย ซึ่งดูเหมือนจะส่งผลให้สถานะสุขภาพด้าน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยเป็น ปัญหาอย่างมาก จากความเชื่อมโยงของข้อมูลในรูปที่ 1 นี้ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าเป้าหมายหลักของศูนย์ฟื้นฟู ที่นักร่างกายบำบัดของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ต้องการ จัดตั้งขึ้นน่าจะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาสถานะสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย ให้ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามต้องการหรือทำงาน เลี้ยงชีพได้ ไม่ใช่มุ่งไปเพียงการพัฒนาความสามารถ ด้านการเคลื่อนไหวหรือลดปัญหาด้านการทำงานและ โครงสร้างของร่างกายเท่านั้น ศูนย์ฟื้นฟู นี้ควรถูก ออกแบบให้เป็นสถานที่ที่ให้ผู้ป่วยมารวมกันเพื่อฝึก กายภาพบำบัดที่มุ่งไปที่การพัฒนาความสามารถด้าน ทำงานเลี้ยงชีพหรือการสร้างรายได้แก่ผู้ป่วยในลักษณะ “อาชีพบำบัด” เป็นสถานที่พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย และผู้ดูแลในการดูแลตนเองและดูแลกันเองที่บ้าน ภายใต้คำแนะนำด้านโปรแกรมการฟื้นฟูที่เหมาะสม และถูกต้องจากนักกายภาพบำบัด และเป็นสถานที่ สนับสนุนอุปกรณ์ประกอบการออกกำลังกายและการ ฟื้นฟูที่ผู้ป่วยสามารถผลิตเปลี่ยนนำไปใช้ที่บ้านได้ ข้อมูลจากการวิจัยนี้จึงน่าจะเป็นประโยชน์ต่อ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพ การบริการเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองในอำเภออุบลรัตน์ต่อไป รวมทั้งเป็น ข้อมูลทางวิชาการสำหรับใช้ในงานวิจัยอื่นๆ ในอนาคต

สรุปผลงานวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น มีสถานะสุขภาพด้านการทำงานและ โครงสร้างของร่างกายที่เป็นปัญหาอย่างเด่นชัด ได้แก่ ความตึงตัวของกล้ามเนื้ออย่างคืบและล่างสูงกว่าปกติ ความผิดปกติของข้อไหล่ และความผิดปกติของความ ยาวของกล้ามเนื้ออย่างคืบและล่าง สำหรับสถานะสุขภาพ ด้านการทำกิจกรรมมีปัญหาทั้งด้านการเคลื่อนไหวของ ระบายคืบและล่าง และการเคลื่อนไหวพื้นฐานใน ชีวิตประจำวัน เช่น การลุกขึ้นนั่ง การลุกขึ้นยืน การยืน การเดิน เป็นต้น ส่วนสถานะสุขภาพด้านการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคมนั้น ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล อื่นด้วยการสื่อสารได้ดี แต่มีปัญหาด้านการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคมค่อนข้างมาก การประเมินสถานะ สุขภาพของผู้ป่วยบนพื้นฐาน ICF ในการวิจัยนี้ทำให้ได้ ข้อมูลที่มีความเป็นองค์รวมและเชื่อมโยงกันมากกว่า การประเมินเฉพาะสถานะสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งดัง การวิจัยในอดีต ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลอุบล รัตนที่จะนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศูนย์ ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประจำอำเภอได้เป็น อย่างมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉยงเหนือ และคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัย ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัด ขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้ฐานข้อมูล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล และ ขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลจนทำให้งานวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001.
2. Jette AM. Toward a common language for function, disability, and health. *Phys Ther*. 2006; 86(5): 726-34.
3. Tongsiri S. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to develop database of persons with disabilities (PWDs). *Srinagarind Med J*. 2013; 28(1): 131-42.
4. Tiamkao S, Singhpoo K, Kongbunkiat K, Auantri P. eds. A manual of entire stroke service system management. Khon Kaen: Klang Na Na Vithaya, 2012. (in Thai)
5. Adamson J, Beswick A, Ebrahim S. Is stroke the most common cause of disability? *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2004; 13(4): 171-7.
6. Patel MD, Tilling K, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CD, McKevitt C. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age Ageing*. 2006; 35(3): 273-9.
7. Nualnetr N, Srisoparb W, Eungpinichpong W. The application of community neurorehabilitation using a family-centred approach to persons with disability: a case study in stroke survivors. *Asia Pacific Disabil Rehabil J*. 2010; 21(1): 71-9.
8. Thai Stroke Society. Strategic health plan in Thai lifestyle 2011-2020. Bulletin of the Thai Stroke Society, 2010.
9. National Health Commission Office. National Health Act, B.E. 2550. Nonthaburi: National Health Commission Office, 2007. (in Thai)
10. Petchroung N, Priyatrak P, Thongkeang V. The study of continuing care for patients with cerebrovascular disease in primary care unit. *J Royal Thai Army Nurses*. 2013; 14(1): 25-34.
11. Prodbumrung J. Complications following hemiparesis in stroke patients. *Buddhachinaraj Med J*. 2014; 31(3): 376-84.
12. Phinyo P, Phinyo K, Limtragool P, Tiamkao S, Worawong C, Chuasuan W, et al. Care improvement for patients with stroke through community participation. *Songklanagarind J Nurs*. 2015; 35(2): 93-112.
13. Chuyingsakultip N, Chanchai A, Gadudom P, Kaewdang K. Quality of life of acute ischemic stroke patients in the Stroke Unit, Rayong Hospital. *J Phrapokklao Nurs Coll*. 2016; 27(2): 54-64.
14. Tepsimanon N, Weerapal S, Sritrairut A. The relationships between balance and activities of daily living performance of stroke patients in Muang District, Surat Thani Province. *J Prevent Med Assoc Thai*. 2018; 8(2): 237-46.
15. Srisoparb W, Nualnetr N, Sommanochai K, Karinta N, Charungthanakij P. Upper limb functional ability of Individuals with chronic stroke in communities of Naresuan University Hospital. *Thai J Phys Ther*. 2019; 41(2): 60-74.
16. Seephim B, Srisoparb W, Nualnetr N. Upper limb functions and complications of hemiplegic side in patients with chronic stroke in the community. *Srinagarind Med J*. 2020; 35(1): 51-8.
17. Daley K, Mayo N, Wood-Dauphinee S. Reliability of scores on the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement

- (STREAM) measure. *Phys Ther.* 1999; 79(1): 8-23.
18. Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures. *Arch Phys Med Rehabil.* 1979; 60(1): 14-7.
 19. Piriyaprasarth P. Stroke assessment tools. *Thai J Phys Ther.* 2016; 38(3): 128-39.
 20. Garnjanagoonchorn A, Dajpratham P. Reliability and validity of the Thai version of the Stroke Impact Scale (SIS) 3.0. *J Thai Rehabil Med.* 2015; 25(2): 45-52.
 21. Sriprachya-anunt S. Medical rehabilitation manual for physician about the prevention and rehabilitation services for persons with disability. Bangkok: War Veterans Organization of Thailand Printing; 1995.
 22. Hollis M. Passive movements. In: Hollis M, Fletcher-Cook P. eds. *Practical exercise therapy.* 4th ed. London: Blackwell Science 1999: 62-75.
 23. Kisner C, Colby LA. *Therapeutic exercise: foundations and techniques.* 3rd ed. Philadelphia: FA Davis 1996: 24-42.
 24. Sungkarat S, Uthaihpun S, Keawsutthi M, Charoenlimprasert J, Kaewsanmuang S. Intra- and inter-rater reliability of the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM). *J Assoc Med Sci.* 2017; 50(1): 71-86.
 25. Chaikeeree N, Wannapakhe J, Boonsinsukh R, Tantiwong K, Phetchatchan N, Wongkom T, et al. Stroke Rehabilitation Assessment of Movement Thai version (STREAM-TH): translation with reliability and concurrent validity study. *Thai J Phys Ther.* 2018; 40(1): 16-24.
 26. Dajpratham P, Meenaphant R, Junthon P, Pianmanakij S, Jantharakasamjit S, Yuwan A. The inter-rater reliability of Barthel Index (Thai version) in stroke patients. *J Thai Rehabil.* 2006; 16(1): 1-9.
 27. Duncan PW, Bode RK, Lai SM, Perera S. Rasch analysis of a new stroke-specific outcome scale: the Stroke Impact Scale. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003; 84(7): 950-63.
 28. Mulder M, Nijland R. Stroke Impact Scale. *J Physiother.* 2016; 62(2): 117.
 29. Van Ouwenaller C, Laplace PM, Chantraine A. Painful shoulder in hemiplegia. *Arch Phys Med Rehabil.* 1986; 67(1): 23-36.
 30. Nualnetr N. *Principle in physical therapy for neurologic patients.* Khon Kaen: Klang Na Na Vithaya, 2005. (in Thai)
 31. Lang CE, Beebe JA. Relating movement control at 9 upper extremity segments to loss of hand function in people with chronic hemiparesis. *Neurorehabil Neural Repair.* 2007; 21(3): 279-91.
 32. Johnstone M. *Restoration of normal movement after stroke.* London: Churchill Livingstone, 1995.
 33. Doruk P. The impact of knee osteoarthritis on rehabilitation outcomes in hemiparetic stroke patients. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2013; 26(2): 207-11.
 34. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: review of community burden and current use of primary care. *Ann Rheum Dis.* 2001; 60(2): 91-7.