

ปัจจัยบางประการ ความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน*

สมนึก สกุดหงส์โสภณ พย.ม.** สิริวรรณ อนันตโชค*** กฤษณี โหลสกุล***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective cohort study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างส่วนบุคคลความพึงพอใจในสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ดูแล การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก ความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจากหน่วยประสานงาน โรงพยาบาลและบ้าน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 100 รายด้วยการประเมินครั้งแรกภายในระยะเวลา 1 เดือนที่บ้านและติดตามทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 3, 6, 12 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจในสัมพันธภาพครอบครัวที่มีค่าความเที่ยง 0.74 ดัชนีบาร์เทิลที่ประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 แบบบันทึกข้อมูลการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่ม ที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนโดยใช้ multiple logistic regression

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 28 ปัจจัยด้านเพศผู้ดูแล การจัดการดูแล และความสามารถในกิจวัตรประจำวันในเดือนที่ 1, 3, 6, และ 12 สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน เมื่อนำมาทดสอบการถดถอยแบบโลจิสติกพบว่า มีเพียงปัจจัยด้านเพศที่สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเพศหญิงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย 4.78 เท่า

คำสำคัญ : ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง

* ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากรายได้คณะ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** อาจารย์ งานการพยาบาลอนามัยชุมชน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** พยาบาลชำนาญการ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Selected Factors, Activities of Daily Living and Complications in Stroke Survivors at Home*

Somnuk Sakunhongsoophon RN, M.S.N.** Siriwan Ananthachock RN, CNS***
Krisanee Hosakun RN, CNS***

Abstract

The purposes of this prospective cohort study were: 1) to investigate the incidence and risks of complication in stroke survivors at home; 2) to study the relationship between personal variables, family relationship, caregiver, home environment and complications in stroke survivors living at home.

The study sample consisted of 100 stroke patients who received care from home health care unit of Ramathibodi Hospital. Data were collected at the stroke patient's homes within one month after the patients discharged from the hospital. Follow ups by phone were conducted at the 3rd, 6th, and 12th month. The four instruments used were the Family Apgar Scale with reliability coefficient of 0.74, the Barthel Index with reliability coefficient of 0.85, the Environment Preparation Recording Form, and the Stroke Complication Recording Form. Data were analyzed using descriptive statistics, and multiple logistic regression analysis.

The results showed that the incidence of stroke complications were 28 percents. Factors associating with complications included gender, caregiver, care-given management, and the stroke patient's activities of daily living at 1st, 3rd, 6th, and 12th month. Multiple logistic regression analysis revealed that gender was the only factor that can predict stroke complications. The risk of complications in females was 4.78 times higher than males.

Keywords: Complications, stroke patient

* Support for this research was provided by Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand.

** Instructor, Community Health Nursing division, Nursing Department, Faculty of medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*** Clinical nurse specialist, Ambulatory Nursing division, Nursing Department, Faculty of medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ที่เป็นอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ต้องอยู่กับความพิการ เพราะความผิดปกติทางสมองและการทำหน้าที่ของร่างกาย¹ ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการฟื้นฟูสภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โรงพยาบาลจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge Planning) เป็นกระบวนการสำคัญในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง หน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรามารับได้ศึกษาปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน² พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาหลายด้าน เมื่อกลับไปบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยเกิดโรคแทรกซ้อนร้อยละ 34.5 ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเพียงพอ ชัดเจน แต่จำไม่ได้ปฏิบัติไม่ได้ถึงร้อยละ 30.9 ดังนั้นการศึกษาเพื่อคนหารูปแบบการดูแล สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน ดังเช่นผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง ต้องทำความเข้าใจธรรมชาติของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น³ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับปัจจัยด้านโครงสร้างการดูแล เช่น หน่วยบริการเฉพาะทาง⁴ หรือกระบวนการดูแลที่ได้มาตรฐาน⁵ และปัจจัยด้านผลลัพธ์ เช่น ความรุนแรงของความพิการ จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล⁶ โดยผู้ที่ดูแลเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกฝนการดูแลเฉพาะ ผลลัพธ์การรักษาดิ เช่น ลดการติดเชื้อ ลดค่าใช้จ่ายลดจำนวนวันในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยที่ไขอธิบายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองมักเป็นปัจจัยทางด้านการแพทย์

และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาลเช่น ระดับความพิการ แกร็บ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล⁶ ตำแหน่งของพยาธิสภาพ⁷ ระยะเวลาเจ็บป่วย⁷ ความรุนแรงของโรค ความผิดปกติของระดับ Creatinine, Hemoglobin เม็ดเลือดขาวสูง เกล็ดแรผิดปกติ⁸ พยาธิสภาพของโรคจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการไหลเวียนของโลหิต⁹ แต่การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือด สมองที่บ้านพบว่ามีจำนวนน้อย

การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลคือญาติและ/เจ้าหน้าที่ศูนย์เอกชน¹⁰ การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลของญาติที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะการดูแล ตลอดจนผลลัพธ์การดูแลในระยะสั้น¹⁰ แต่การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลและ การศึกษาในระยะยาวพบว่ามีจำนวนน้อย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน การประคับประคองด้านจิตใจในระยะพักฟื้น¹¹ เป็นผลทำให้การฟื้นฟูสุขภาพและการพยากรณ์โรคดีขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวจะมีควา สามารถในการดูแลตนเองในระดับสูงขึ้น¹² แต่เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย¹³ ญาติที่ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่มีความพิการรุนแรงหรือปานกลาง พบว่าผลลัพธ์การดูแลไม่ดี และผู้ป่วยต้องกลับ เขารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลายครั้ง¹⁴ การขยายความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือด สมองที่บ้านและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน ดังเช่นผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองได้

การศึกษาครั้งนี้นำแนวคิดโดนาบีเดียนมาใช้ซึ่งเอเวดิส โดนาบีเดียน (Avedis Donabedian) ได้พัฒนาแนวคิดนี้เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพ กรอบแนวคิดดังกล่าวให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยด้านกระบวนการและปัจจัยด้านผลลัพธ์¹⁵ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำแนวคิด โดนาบีเดียนมาใช้ ในการกำหนดตัวแปรที่ศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ จะช่วยให้ทราบถึงธรรมชาติของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ความเข้าใจภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง จะช่วยในการป้องกันและพัฒนาการดูแลสุขภาพที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังเป็นการทำงานประจำที่มีอยู่ให้เป็นระบบ เพื่อนำไปสู่งานวิจัย (Routine to research) ได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอัมพาต จากหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้าง (การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก ลักษณะผู้ดูแล ลักษณะผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนครั้งของการเกิดอัมพาต ระดับความรู้สึกรับรู้) ปัจจัยด้านกระบวนการ (การจัดการดูแล ความพึงพอใจในสัมพันธภาพครอบครัว) และปัจจัยด้านผลลัพธ์ (ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน) และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาต จากหลอดเลือดสมองที่บ้าน
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก

ลักษณะผู้ดูแล และลักษณะผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ชนิด จำนวนครั้งของการเกิดอัมพาต ระดับความรู้สึกรับรู้ การจัดการดูแล ความพึงพอใจในสัมพันธภาพครอบครัว และความสามารถในกิจวัตรประจำวัน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective cohort study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นระยะเวลา 1 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน จากงานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่มีอยู่ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เมื่อทราบร้อยละ¹⁶ จากการศึกษาของชนิดา มณีวรรณ และคณะ² ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 34.5 โดยใช้สูตร $n = Z^2 \alpha P(1-P)/d^2$ ได้ค่า $n = 1.96^2 \times 0.345(1-0.345)/(0.1)^2$ ได้ขนาดตัวอย่าง 87 คน เมื่อรวมกับผู้ป่วย drop out เสียชีวิตร้อยละ 20 คิดเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คนโดยผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงอยู่ตลอดการศึกษาครบ 1 ปี การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบตามสะดวก โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตั้งแต่ พ.ศ. 2544 - 2549 ของงานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจำแนกตามปี

	2544	2545	2546	2547	2548	2549
จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพที่บ้านทั้งหมด	412	322	370	682	745	644
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	106	89	90	74	74	48
เพศหญิง : เพศชาย	52:54	44:45	55:35	37:37	50:24	27:21

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวม 3 คนเป็นผู้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ ถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และการติดตาม ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ด้วยการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องของขณะให้การดูแลสุขภาพที่บ้านภายในระยะเวลาเดือนแรกหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ติดตามทางโทรศัพท์เพื่อประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในเดือนที่ 3, 6 และ 12 ตามลำดับ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ของผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 1 ปี จากเวชระเบียนผู้ป่วยและบันทึกของเจ้าหน้าที่พยาบาล ที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หมายเลขทะเบียน ID 09-44-17/2554 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความร่วมมือ ด้วยการเซ็นอนุญาตกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ให้ความเห็นชอบแทน กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจาก การวิจัยได้ตลอดระยะเวลาศึกษา 1 ปี และไม่ได้มีผลต่อแผนการให้การดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ชนิดของโรค และข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการดูแล ตลอดจนผู้ที่ให้การดูแล

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามและแบบบันทึก ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความพึงพอใจในสัมพันธภาพครอบครัว (The Family APGAR Scale) ซึ่ง สไมล์สไตน์ (Smilkstein) ได้พัฒนาขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน Apgar Score และ ผศ.ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม¹⁷ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย เครื่องมือประเมินความพึงพอใจในสัมพันธภาพครอบครัว 5 ด้าน ประกอบด้วย การปรับตัว (Adaptability) การมีส่วนร่วม (Partnership) การพัฒนาการของครอบครัว (Growth) การระบายอารมณ์ความรู้สึกร่วมกัน (Affection) และการแก้ไขปัญหา (Resolve) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 2 คะแนน หมายถึง กระทำบ่อยครั้ง 1 คะแนน หมายถึง กระทำบางครั้ง 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้กระทำเลย การแปลความหมาย 7-10 คะแนน หมายถึงพึงพอใจดี 4-6 คะแนน หมายถึงพึงพอใจปานกลาง 0-3 คะแนน หมายถึงพึงพอใจสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ผู้วิจัยได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือด สมองจำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.74

2. ดัชนีบาร์เทล (The Barthel Index) ที่สร้างขึ้นโดยมาร์โฮนี (Mahony) และบาร์เทล (Barthel) ในปี ค.ศ. 1965 เพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองทางกายของจำกัดการเคลื่อนไหวและความเสื่อมทางกายภาพรวม 10 ด้าน แต่ละด้านมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน¹⁸ คะแนนเต็ม 40 คะแนน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวม 3 คนประเมินความสามารถ ในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง 10 คน ได้ค่า Interrater reliability เท่ากับ 0.85

3. แบบบันทึกข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบบันทึกการเจ็บป่วยในเวชระเบียน ตามการรักษาของแพทย์โดยประเมินตามหลักเกณฑ์ของ CDC (Centers for Disease Control) และ ของ WHO (World Health Organization) ซึ่งนำมาปรับใช้สำหรับประเทศไทย และเป็นเกณฑ์ของหน่วยควบคุมโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลรามารบิดี ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดตามบันทึกภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยและได้รับการรักษา ที่เกิดขึ้นจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและจากบันทึกของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ที่บ้านตลอดระยะเวลา 1 ปี

4. แบบบันทึกข้อมูลการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นแบบบันทึก การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งรวบรวมมาจากงานวิจัยอื่นๆ^{10,19} และนำมาสร้างแนวคำถามเกี่ยวกับการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกโดยแบ่งเป็น การจัดเตรียมด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียวและการจัดเตรียมหลายด้าน ข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นการดูแล ที่ผู้ป่วยได้รับมีการจัดเตรียมอะไรตามสภาพความเป็นจริง ประกอบด้วย

4.1 การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น เสื้อผ้าที่สวม/ถอดได้ง่าย กระโถน ขั้วถ่าย กระบอกปัสสาวะ ผาวยรองที่นอน ผาวยอมสำเร็จรูป ฯลฯ

4.2 การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์เฉพาะ เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องพ่นยา ฯลฯ

4.3 การจัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ และป้องกันอันตราย เช่น การจัดทำห้องนอนและห้องน้ำใหม่ การจัดทำราวเกาะหัดเดิน รถเข็น ฯลฯ

4.4 การจัดเตรียมหาคนมาช่วยดูแล เช่น การจัดหาญาติผู้ดูแล การจ้างคนมาดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป SPSS/FW โดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละปัจจัย กับภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อนโดยใช้สถิติ Pearson's Chi-square หรือ Fisher's Exact test ทดสอบความแตกต่างของตัวแปรเชิงกลุ่ม คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ปัจจัยกับภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 100 คน เพศชายและหญิงเท่ากัน ($\bar{X}$ = 67 ปี, SD = 11.99; range = 19 - 92 ปี) มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพครอบครัวดี ($\bar{X}$ = 8.66 คะแนน, SD 2.05; range = 1-10 คะแนน) เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกร้อยละ 87 โดยเจ็บป่วยซ้ำสูงสุดคือ

6 ครั้ง มีความผิดปกติของหลอดเลือดสมองแบบตีบร้อยละ 80 รู้สึกตัวดี พูดคุยได้ ร้อยละ 84 ผู้ดูแลส่วนใหญ่คือบุตร/บุตรสาวร้อยละ 43 รองลงมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 22 มีเพียงร้อยละ 6 ที่จ้างผู้อื่นมาดูแล การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่ามีการจัดเตรียม

หลายด้านทั้งบุคคล สถานที่และอุปกรณ์ร้อยละ 51 จัดเตรียมด้านเดียวร้อยละ 49 การจัดการดูแลพบว่าร้อยละ 60 ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพพร้อมกับ การดูแลเฉพาะเช่นการทำแผล การนวดยา ฯลฯ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ความพึงพอใจในสัมพันธภาพครอบครัว ลักษณะการเจ็บป่วย ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้ดูแล การจัดสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก และการจัดการดูแล

ตัวแปร	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	50	50
	ชาย	50	50
อายุ ($\bar{x}$ = 66.67 ปี; SD = 11.99 ปี Range = 19-92 ปี)	19-45 ปี	2	2
	46-60 ปี	28	28
	61 ปีขึ้นไป	70	70
ความพึงพอใจในสัมพันธภาพครอบครัว ($\bar{x}$ = 8.66; SD = 2.05; range = 1-10)	พอใจมาก (คะแนน ≥ 7 คะแนน)	58	58
	พอใจปานกลาง (คะแนน 4-6 คะแนน)	10	10
	พอใจน้อย (คะแนน ≤ 3 คะแนน)	32	32
ลักษณะการเจ็บป่วย	ครั้งที่ 1	87	87
	ครั้งที่ 2	11	11
	ครั้งที่ 5	1	1
	ครั้งที่ 6	1	1
ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง	Brain infarction	80	80
	Brain hemorrhage	19	19
	Embolic stroke	1	1
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	รู้สึกตัวดี พูดคุยได้	84	84
	รู้สึกตัวดี หายใจทางท่อเจาะคอ	11	11
	รู้สึกตัว หายใจทางท่อเจาะคอ	4	4
	รู้สึกตัว หายใจได้เอง พูดคุยไม่ได้	1	1

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ดูแล	บุตรสาว/บุตรชาย	43	43
	คู่สมรส	22	22
	คู่สมรสและบุตร (บุตรชาย/บุตรสาว)	9	9
	ญาติและเจ้าหน้าที่จากศูนย์ฯ	7	7
	เจ้าหน้าที่จากศูนย์ฯ	6	6
	อื่นๆ เช่น พี่น้อง หลาน เพื่อน ลูกศิษย์	13	13
การจัดสิ่งแวดล้อมและ สิ่งอำนวยความสะดวก	การจัดเตรียมหลายด้าน	51	51
	การจัดเตรียมด้านเดียว	49	49
การจัดการดูแล	การฟื้นฟูสภาพ	40	40
	การฟื้นฟูสภาพและการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	24	24
	การฟื้นฟูสภาพ, การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และการให้อาหารทางสายยาง	13	13
	การฟื้นฟูสภาพ, การให้อาหารทางสายยาง และการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว	3	3
	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2	2
	อื่น ๆ เช่น การฟื้นฟูสภาพ และการดูแล เฉพาะ (1-4 ชนิด)	14	14

* การดูแลเฉพาะ ได้แก่ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การฉีดยา การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว ฯลฯ

สำหรับความสามารถในกิจกรรมประจำวันพบว่า ในเดือนแรกของการเจ็บป่วยผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความสามารถในการกิจกรรมประจำวันน้อย (ดัชนีบาร์เทล ≤ 20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 80 ในเดือนที่ 3, 6, 12 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยมีจำนวนลดลงคือร้อยละ 67, 57, และ 53 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความสามารถในกิจกรรมประจำวันในเดือนที่ 1, 3, 6, 12 จำแนกตามระดับคะแนนดัชนีบาร์เทล

ระดับคะแนนดัชนีบาร์เทล	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	เดือนที่ 12
≤ 20 คะแนน	80 (80%)	67 (67%)	57 (57%)	53 (53%)
21-30 คะแนน	8 (8%)	16 (16%)	21 (21%)	14 (14%)
≥ 31 คะแนน	12 (12%)	17 (17%)	22 (22%)	33 (33%)
Mean	10.82	14.70	16.96	18.92
SD	12.19	13.43	14.54	15.23

ส่วนที่ 2 อธิบายการของภาวะแทรกซ้อน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 28 คนเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพบภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคือ แผลกดทับ รองลงมาคือการติดเชื้อ ข้อติดแข็ง และภาวะแทรกซ้อนที่จำนวนเท่ากันคือ ภาวะเกลือในเลือดต่ำ หัวใจล้มเหลว และกลับเป็นซ้ำ เพศหญิงมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย ทั้งจำนวนและชนิดโดยมีจำนวน 21 คน เพศชายมีจำนวน 7 คนดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

ภาวะแทรกซ้อน	เพศ		รวม
	หญิง	ชาย	
อายุเฉลี่ย (ปี)	68 (±13.06)	65 (±10.77)	66 (11.98)
แผลกดทับ	7	2	9
การติดเชื้อ	3	1	4
ข้อติดแข็งและแผลกดทับ	3	1	4
ข้อติดแข็ง	-	3	3
การติดเชื้อและข้อติดแข็ง	2	-	2
ข้อติดแข็งและหัวใจล้มเหลว	1	-	1
ภาวะเกลือต่ำ (Hyponatremia)	1	-	1
สมองขาดเลือดซ้ำ	1	-	1
หัวใจล้มเหลว	1	-	1
การติดเชื้อและแผลกดทับ	1	-	1
การติดเชื้อ, ข้อติดแข็งและแผลกดทับ	1	-	1
รวม	21	7	28

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านพบว่าเพียง 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ เพศ ผู้ดูแล การจัดการดูแลและความสามารถในการกิจวัตรประจำวันในเดือนที่ 1, 3, 6, และ 12 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนคือ ปัจจัยด้านอายุ ลักษณะการเจ็บป่วย ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกและความพึงพอใจในสัมพันธภาพครอบครัว ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ปัจจัย	มีภาวะแทรกซ้อน	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	95%CI	p-value
เพศ เพศหญิง	21	29	4.448	.002**
เพศชาย	7	43	(1.675-11.811)	
อายุ ≤ 60 ปี	7	23	1.408	NS ^F
> 60 ปี	21	49	(.524-3.784)	
ลักษณะการเจ็บป่วย				NS ^F
ครั้งแรก	23	64	1.739	
เจ็บป่วยซ้ำมากกว่าหนึ่งครั้ง	5	8	(.516-5.860)	
ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง				NS ^F
หลอดเลือดสมองชนิดตีบ	23	57	1.211	
หลอดเลือดสมองชนิดแตกหรือตัน	5	15	(.394-3.717)	
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย				NS ^F
รู้สึกตัว พูดได้ตอบได้	24	60	1.667	
รู้สึกตัว/ไม่รู้สึกตัว พูดได้ตอบไม่ได้	4	12	(.433-6.419)	
ผู้ดูแล				.014**
ดูแลตามลำพัง(คู่สมรส,บุตร,พี่น้อง..)	18	62	.290	
ดูแลร่วมกัน (ญาติและไม่ใช่ญาติ)	10	10	(.105-.806)	
ความพึงพอใจในสัมพันธภาพ				NS ^F
ครอบครัว				
พอใจน้อย (Family APGAR ≤6)	5	11	.830	
พอใจมาก (Family APGAR > 6)	23	61	(.260-2.648)	
การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก				NS ^F
จัดเตรียมด้านเดียว	10	39	2.127	
จัดเตรียมหลายด้าน	18	33	(.864-5.239)	
การจัดการดูแล				.005**
ดูแลกิจวัตรประจำวัน	5	35	4.351	
ดูแลกิจวัตรประจำวันและดูแลเฉพาะ	23	37	(1.490-12.709)	

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ต่อ)

ปัจจัย	มี ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน	95%CI	p- value
ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน				
เดือนที่ 1 Barthel Index $\leq$ 5 คะแนน	22	24	.136	.000**
Barthel Index $>$ 5 คะแนน	6	48	(.049-.381)	
เดือนที่ 3 Barthel Index $\leq$ 5 คะแนน	20	14	.097	.000**
Barthel Index $>$ 5 คะแนน	8	58	(.035-.264)	
เดือนที่ 6 Barthel Index $\leq$ 5 คะแนน	20	13	.088	.000**
Barthel Index $>$ 5 คะแนน	8	59	(.032-.244)	
เดือนที่ 12 Barthel Index $\leq$ 5 คะแนน	21	10	.054	.000**
Barthel Index $>$ 5 คะแนน	7	62	(.018-.159)	

** Pearson chi-square test ^F Fisher's Exact test

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อน

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทั้ง 4 ปัจจัย คือ เพศ ผู้ดูแล การจัดการดูแล และความสามารถในกิจวัตรประจำวันในเดือนที่ 1, 3, 6, และ 12 มาตรวจสอบการถดถอยโลจิสติก เพื่อทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง $\text{Logit}(P) = .416 + 1.564 \text{ Gender} + .255 \text{ Relate} - .571 \text{ Home} + .773 \text{ BI1} - .510 \text{ BI3} - .148 \text{ BI6} - 2.195 \text{ BI12}$ โดยใช้วิธี Enter พบว่า ตัวแปรอิสระที่เข้าสมการเพียงตัวเดียวคือ เพศ ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = .05$) ทำให้สมการกลายเป็น $\text{Logit}(P) = .416 + 1.564 \text{ Gender}$ พบว่าเพศหญิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย 4.78 เท่า นั่นคือ เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตัวแปรอิสระที่เข้าสมการและไม่เข้าสมการด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ Enter

ตัวแปร	B	SE	Wald	Df	Sig.	Exp (B)	95%CI for	
							Lower	Upper
Gender	1.564	.636	6.055	1	.014*	4.778	1.375	16.608
Relate	.255	.715	.127	1	.722	1.290	.318	5.242
Home	-.571	.891	.411	1	.522	.565	0.99	3.239
BI เดือน 1	-.773	.881	.771	1	.380	.462	0.82	2.593
BI เดือน 3	-.510	1.147	.198	1	.657	.601	0.63	5.683
BI เดือน 6	-.148	1.239	.014	1	.905	.863	0.76	9.792
BI เดือน 12	-2.195	1.262	3.025	1	.082	.111	.009	1.321
Constant	.416	1.073	.150	1	.698	1.516		

* $P < .05$

สรุปและอภิปรายผล

1. อธิบายภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
 อัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอัมพาต จากหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 28 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ แผลกดทับ อธิบายการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ น้อยกว่าที่พบ จากการศึกษาของชนิตา มณีวรรณและคณะ² ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 34.5 อันเป็นภาพรวมของผู้ป่วยเรื้อรังแต่ไม่ได้แยก เฉพาะผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองในการศึกษารั้งนี้ มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ ซึ่งพบ ร้อยละ 59-96^{4,9,10,11,20} ทั้งนี้เนื่องมาจากสาเหตุ 2 ประการคือ คำจำกัดความของภาวะแทรกซ้อน ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงจำนวนชนิดของโรคที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง (Secondary diagnosis) ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยติดตามเฉพาะบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่ปรากฏในเวชระเบียนของผู้ป่วย และบันทึกของพยาบาลเยี่ยมบ้านตลอดระยะเวลา 1 ปี โดยไม่รวมการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่ได้มีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน ซึ่งสอดคล้องกับคำจำกัดความของภาวะแทรกซ้อน³ คือ ปัญหาซึ่งเกิดขึ้นที่ต้องรักษาและเข้าถึงบริการในการตรวจวินิจฉัย แต่จะแตกต่างจากคำจำกัดความทั่วไป²⁸ หมายถึง ปัญหาที่มีความสัมพันธ์โดยตรง หรือโดยอ้อมจากกิจกรรมการตรวจ (Procedure) การรักษา (Treatment) และการเจ็บป่วย (Illness) ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษาภาวะแทรกซ้อนในต่างประเทศ^{3-9,23,25-26} หรือในประเทศไทย^{11,19,24} ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล (hospital based) หรือในสถานฟื้นฟู

สุขภาพ (Community based) มากกว่าที่บ้าน (Home based) โดยประเมินภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองคืออาการที่ผิดปกติต่าง ๆ ด้วยเครื่องมือหรือทางห้องปฏิบัติการ เช่น ภาวะมีไข้ มีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะเกิน 200 ซีซี ภาวะขาดน้ำ ภาวะแปรปรวนของเกลือแร่ ฯลฯ ประการที่สองคือ ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างเกิดขึ้นแต่ผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรงจนต้องได้รับการรักษา เช่น อาการท้องผูก ดอริชและคณะ (Doshi et al., 2004) พบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อน พบมากที่สุด ในขณะที่การศึกษารั้งนี้และการศึกษาอื่นในหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ^{3,7,8} ไม่ได้นับเป็นภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะซึมเศร้าหลังป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอาการที่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาอย่างถูกต้องยังมีจำนวนน้อย²⁸ การศึกษารั้งนี้ไม่พบรายงานผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในการศึกษารั้งนี้คือแผลกดทับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอมสุวรรณ์ โฉ¹¹ และนุกุล ตรีบุณยพงศ์และคณะ¹⁹ ที่พบแผลกดทับ เป็นภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ^{3,7} ที่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นใน 36 เดือนพบมาก 3 อันดับคือ หกลม แผลกดทับ และทางเดินปัสสาวะอักเสบ แต่การศึกษาภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล^{6,8} พบภาวะแทรกซ้อนเรื่องทางเดินปัสสาวะอักเสบมากที่สุด รองลงมาคือแผลกดทับ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน
 อัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน การศึกษารั้งนี้พบว่า 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = .05$) คือปัจจัยด้านเพศ ผู้ดูแล การจัด การดูแล และความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ในเดือนที่ 1, 3, 6, 12

เพศ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะแทรกซ้อน ในเพศหญิง มีจำนวนมากกว่าเพศชาย (21 คน : 7 คน) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีผลลัพธ์การรักษาน่าพอใจ เพศชาย³¹ และเพศหญิงมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย^{32,33} โดยเพศหญิงที่สูงอายุและช่วยเหลือตนเองได้น้อยสามารถทำนายการเกิดทางเดินปัสสาวะอักเสบได้ 17.2%³³ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของดอร์ชี่และคณะ (Doshi, et al., 2004)³⁰ ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนใกล้เคียงกัน แต่เพศหญิงมีภาวะแทรกซ้อนคือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไตอักเสบ เยื่อบุปลัน และภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย

ลักษณะผู้ดูแล ผู้ดูแลที่ดูแลโดยลำพังคือ คู่สมรส บุตรชาย/บุตรสาว พี่น้อง โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ บุตรชายหรือบุตรสาวร้อยละ 43 รองลงมา คือ คู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 22 สอดคล้องกับการศึกษาของสมนึก สกุลหงส์โสภณที่ศึกษาเครือข่าย ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง พบว่าเป็นบุตรสาว²² ลักษณะผู้ดูแลไม่ว่าจะดูแลผู้ป่วย ตามลำพังหรือดูแลร่วมกันเป็นเครือข่าย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การจัดการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน หรือการดูแลเฉพาะต่าง ๆ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลแผลเจาะคอ ฯลฯ มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การจัดการดูแลถูกนำมาใช้แสดงถึงความรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา³² ที่พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่ต้องได้รับการดูแลในกิจวัตรประจำวันมากและมีการคาสายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก

ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันน้อย (≤ 5

คะแนน) มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในเดือนที่ 1, 3, 6, 12 สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน^{9,30,32} ผลจากการที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อยลง³¹ รับความรู้สึกลดลง พุดหรือสื่อสารไม่ได้ ฯลฯ ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านเพศ เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยเพศหญิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย 4.78 เท่า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 50 แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย โดยมีอายุเฉลี่ย 68 ปี (± 13.06 ปี) ในขณะที่เพศชายมีอายุเฉลี่ย 65 ปี (± 10.77 ปี) อายุที่มากขึ้นยังพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นด้วย^{8,30} นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในสภาพร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อพบว่าเพศชายมีผลดีในการฟื้นฟูสุขภาพดีกว่าเพศหญิง²⁷ และเมื่อพิจารณาในเรื่องสตรีศึกษา (Feminist perspective) พบว่าการฟื้นฟูสุขภาพมีความแตกต่าง ระหว่างเพศหญิงและชายคือเพศหญิงมักเป็นผู้ปฏิบัติตาม (Passive role) และมอบความรับผิดชอบให้พนักงานกายภาพบำบัดหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพช่วยทำให้ตนเองดีขึ้น โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะนั่งหรือนอนบนเตียงพักผ่อน อ่านหนังสือหรือพูดคุยกันเองในเรื่องภาวะสุขภาพ ครอบครัว บุตรหลานหรือหัวข้อสนทนาเฉพาะ ในขณะที่เพศชายจะเป็นผู้ปฏิบัติ (Active role) ด้วยการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง เดินไปตามทางเดิน หรือพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์กลับคืนมา²⁷ นอกจากนี้ De Beauvoir's feminist theory

ช่วยขยายความเข้าใจความหมายในการฟื้นฟูสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบริบทที่เกี่ยวข้อง (Situation) คือปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและชาย โดยทฤษฎีนี้อธิบายลักษณะของเพศหญิงที่ใส่ใจต่อรูปร่างหน้าตาด้วยการทรมานเวลา เงินทอง และพลังงานที่มีเพื่อทำให้ตนเองสวยงาม ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมองย่อมกระทบอย่างรุนแรงต่อภาพลักษณ์ ในฐานะในสังคมและเอกลักษณ์ของบุคคลนั้น ๆ ช่วยขยายความเข้าใจกับปัญหาเหล่านี้ ในมุมมองใหม่ทางด้านสตรีศึกษา เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเพศหญิงได้เหมาะสมยิ่งขึ้น²⁷

สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน ร้อยละ 28 โดยผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย 4 ปัจจัยคือปัจจัยด้านเพศ ลักษณะผู้ดูแล การจัดการดูแลและความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน เมื่อนำมาทดสอบอำนาจการทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทั้ง 4 ปัจจัย โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศชาย 4.78 เท่า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสามารถทำความเข้าใจกับภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ช่วยจัดบริการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศหญิงควรมีการพัฒนาการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าเพศชาย

2. ด้านการศึกษา ช่วยทำให้เกิดองค์ความรู้ในงานประจำที่ทำอยู่เป็นการวิจัย เป็นการพัฒนาทางการศึกษา จากรูปแบบการเรียนการสอนแบบเดิมๆ คือ การเรียนรูสภาพปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามทฤษฎีไปสู่ การเรียนรู้ที่มาจาก การปฏิบัติภายใต้บริบทที่เป็นอยู่ และนำไปสู่การพัฒนาการเรียนการสอนรูปแบบใหม่ๆ เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แต่ไม่สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในบริบทการดูแลได้ลึกซึ้ง เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สว่าง แสงหิรัญ และ ศาสตราจารย์ ดร. ธวัชชัย วรพงษ์ศรี ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาในเรื่องรูปแบบ การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม ที่ได้กรุณาให้นำเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาไทย และอนุญาตให้นำมาใช้ตลอดจนให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการทดสอบเครื่องมือวิจัย หัวหน้างานการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดีที่หาทุนวิจัยรายได้ คณะฯ มา ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Wilkinson, P.R., Wolfe, C.D.A., Warburton, F.G., Rudd, A. G., Howard, R.S., Ross-Russell, R.W., R.W.& Beech, R.R. A long-term follow-up of stroke patients. *Stroke*. 1997; 28: 507-512.
2. Maneewan, C., Sutchinda, M., Chulaitassanee, S., & Prasatitikom, V. Problems and needs of chronically ill patients. *Thai Journal of Nursing*, 1994; 43 (4): 236-244.
3. Davenport, R.J., Dennis, M.S., Wellwood, I., & Warlow, C.P. Complications after acute stroke. *Stroke*. 1996; 27: 415-420.
4. Candelise, L., Gattinoni, M., Bersano, A., Micieli, G., Sterzi, R., Morabita, A., on the behalf of the PROSIT study group. Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. *The Lancet*. 2007; 369: 299-305.
5. Odderson, R., & McKenna, B.S. A model of management of patients with stroke during the acute phase outcome and economic implication. *Stroke*. 1992; 24: 1823-1827.
6. Dromerick, A., & Reding, M. Medical and neurological complications during inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*. 1994; 25: 358-361.
7. Langhorne, P., Stott, D.J., Robertson, L., MacDonald, J., Jones, L., McAlpine, C., Dick, F. Taylor, G.S., & Murray, G. Medical complications after stroke: A multicenter study. *Stroke*. 2000; 31: 1223-1229.
8. Roth, E.J., Lovell, L., Harvey, R.L., Heinemann, A.W., Semik, P., & Diaz, S. Incidence of and risk factors for medical complications during stroke rehabilitation. *Stroke*. 2001; 32: 523-529.
9. Kwan, J., Hand, P., Dennis, M., & Sandercock, P. Effects of introducing an integrated care pathway in an acute stroke unit. *Age and Aging*. 2004; 33: 362-367.
10. Suwanno, J. Primary caregivers' capabilities for providing quality care to hospitalized stroke patients during the pre-discharge transitional period. *The Thai Journal of Nursing Council*, 2003; 18 (3): 1-21
11. นภาพรณ แก้วกรรม ผลการวิจัยชาติ ต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาล ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2533
12. Xiaoying, L. *Family social support and self care ability among stroke survivors*. Unpublished master's thesis in Medical and Surgical Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand. 1998
13. พัชนี นัครา. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2542

14. Anantato, S. *Caregiver management in stroke patients: Symbolic interaction perspective*. Unpublished master's thesis in Arts (Medical social sciences and public health), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand. 2005.
15. Donaebedian, A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 1988; 260(12): 1743-1748.
16. รำไพ สุขสวัสดิ์ ณ อยุธยา. *สถิติการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: ชัยพร, 2537.
17. พรทิพย์ มาลาธรรม. *A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults*. Unpublished doctoral dissertation University of Texas at Austin, USA. 2001.
18. ชวลี แยมวงษ์. *ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาล ตามทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
19. นฤกุล ตระกูลพงศ์, ซอลดาพันธุ์เสนาและ นิตยา ตากวิริยะนันท์. ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 2537; 14(4): 1-13.
20. Oppenheimer, S., & Hachinski, V. Complications of acute stroke. *The Lancet*. 1992; 339: 721-726.
21. Hamidon, B.B., Raymond, A.A., Norlinah, M.I., & Jefferelli, S.B. The predictors of early infection after an acute ischemic stroke. *Singapore Medical Journal*. 2003; 44 (7): 344-346.
22. Sakunhongsoophon, S., Sirapona-gm, Y., Tripp-Reimer, T., & Junda, T. Stroke caregiving networks in Bangkok: Patterns of social exchange behavior. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2011; 15 (2): 152-165.
23. Witt, B.J., Brown, R.D., J cobson, S.J., Weston, S.A., Yawn, B. P., & Roger, V.L. A community-based study of stroke incidence after myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*. 2005; 143(11): 785-790.
24. Hanchaiphiboolkul, S. Risk factors for early infection after an acute cerebral infarction. *Journal of Medical Association Thai*. 2005; 88(2): 150-155.
25. Johnston, K.C., Li, J.Y., Lyden, P.D., Hanson, S.K., Feasby, T.E., Adams, J. R., Faught, E., & Haley, E.C. Medical and neurological complications of ischemic stroke: Experience from RANTTAS trial. *Stroke*. 1998; 29: 447-453.
26. Fleury, J. & Cameron-Og, K. Women's rehabilitation and recovery. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 1997; 9 (4): 577-587.

27. Kvigne, K., & Kirkevold, M. A feminist perspective on stroke rehabilitation: the relevance of de Beauvoir's theory. *Nursing Philosophy*. 2002; 3: 79-89.
28. Ingeman, A., Anderson, G., Hundborg, H.H., & Johnsen, S.P. Medical complications in patients with stroke: Data validity in stroke registry and a hospital discharge registry. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010; 2: 5-13.
29. สุรางค์ เลิศชาธาร. ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือด: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. *วารสารกรมการแพทย์*. 2542; 24 (7): 434-441.
30. Doshi, V.S., Say, J.H., Young, S.H. & Doraisamy, P. Complications in Stroke Patients: A Study Carried out at The Rehabilitation Medicine Service, Changi General Hospital. *Singapore Medicine Journal*. 2003; 44 (12): 643-652.
31. Bushnell, C.H. Stroke and the female brain. *Nature Clinical Practice Neurology*. 2008; 4 (1): 22-33.
32. Hung, J.W., Tsay, T.H., Chang, H.W., Leong, C.P., & Lau, Y.C. Incidence and risk factors of medical complications during inpatient stroke rehabilitation. *Chang Gung Medical Journal*. 2005; 28: 31-38.
33. Aslanyan, S., Weir, J., Diener, H.C., Kaste, M., & Lees, K.R. Pneumonia and urinary tract infection after ischaemic stroke: A tertiary analysis of the GAIN international trial. *European Journal of Neurology*. 2004; 11: 49-53.