

ผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่อความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

Effect of rehabilitation education to village volunteers toward activities of daily living performance
of people with disabilities resulting from stroke

พิศักดิ์ ชินชัย* นที จินดาคำ วีรภัทร์ ปัญญานนท์
Pisak Chinchai * Nathee Jindakham Teerapat Punyanon

ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Department of Occupational Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University

* Corresponding author (Email: pisak.c@cmu.ac.th)

Received June 2015

Accepted as revised September 2015

Abstract

Background: Numbers of people with disabilities resulting from stroke are increasing in Thailand. Major sequela of disease is weakness in one side of the body causing difficulty in activities of daily living (ADL) especially when they are at home. Empowerment locality dwellers to participate in health care would be of great benefit to community rehabilitation.

Objective: Purpose of the present study was to investigate rehabilitation education provided for village volunteers toward activities of daily living (ADL) performance of stroke participants.

Materials and methods: Subjects were recruited by purposive sampling including 32 village volunteers, 32 caregivers and 32 stroke survivors. The instrument used was the Test of Activities of Daily Living (ADL). Statistics used were descriptive and Paired t-test. Researchers conducted a 3-hour rehabilitation education program for village volunteers. After educating, village volunteers made a 1-hour home visit to stroke survivors' houses and employed the rehabilitation program for people with disabilities as learned with suggested health-care assisted techniques to relatives once a week, for a period of 8 weeks. The researcher collected scores of ADL performance in stroke participants before and after the 8-week home visit program.

Results: Normality test of ADL scores revealed 5 outliers excluded from the group. There were 27 stroke survivors, 27 caregivers and 27 village volunteers remaining for data analysis. Results demonstrated that average ADL performance score was 85.59 ± 13.02 at pretest and 89.63 ± 8.95 at posttest. Test score difference demonstrating the higher value of posttest compared to pretest ($p < 0.05$) indicated higher ADL performance in these participants after intervention.

Conclusion: The increase in ADL scores may be explained that at pretest, the majority of stroke survivors and caregivers lacked knowledge regarding rehabilitation at home. Therefore, after receiving knowledge and methods of ADL techniques, together with suggestions for simple home modification from village volunteers, participants gained the higher scores after home visit intervention. Occupational and physical therapists can apply this program to use in everywhere to enhance independent living of the disables and promote community participation among village volunteers, people with disabilities and caregivers. These can reduce burden at hospitals and decrease expense of rehabilitation process.

Bull Chiang Mai Assoc Med Sci 2015; 48(3): 241-250. Doi: 10.14456/jams.2015.15

Keywords: Caregivers, home modification, home visit program

บทคัดย่อ

บทนำ: จำนวนผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากขึ้นในประเทศไทย ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้ มักมีความพิการตกค้างที่เด่นชัด ได้แก่ การอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ส่งผลต่อการจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะเมื่อดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน การส่งเสริมบุคลากรในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันน่าจะเป็นประโยชน์มากต่องานการฟื้นฟูสมรรถภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

วัสดุและวิธีการ: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้พิการ ผู้ดูแล และ อสม. ที่เข้าเกณฑ์การศึกษากลุ่มละ 32 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบทดสอบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ผู้วิจัยจัดอบรมความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการแก่ อสม. เป็นเวลา 3 ชั่วโมง จากนั้นให้ อสม. เยี่ยมบ้านผู้พิการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามที่ได้รับการเรียนรู้แก่ผู้พิการและให้คำแนะนำวิธีการดูแลผู้พิการแก่ญาติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลคะแนนความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการก่อนและหลังการทำโปรแกรมเยี่ยมบ้านของ อสม.

ผลการศึกษา: ทดสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรศึกษาพบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 5 รายเบี่ยงเบนออกกลุ่มมากจึงคัดออกเหลือกลุ่มตัวอย่างผู้พิการ 27 ราย ผู้ดูแล และ อสม. กลุ่มละ 27 ราย วิเคราะห์คะแนนด้านกิจวัตรประจำวันผู้พิการพบวก่อนได้รับโปรแกรมเยี่ยมบ้าน คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 85.59 ± 13.02 หลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 89.63 ± 8.95 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังโปรแกรมพบว่าความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างผู้พิการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปผลการศึกษา: คะแนนที่เพิ่มขึ้นอธิบายได้ว่าก่อนได้รับโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ผู้พิการและญาติส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ทั้งผู้พิการและญาติได้รับความรู้และวิธีการทำกิจกรรมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับคำแนะนำการปรับสภาพบ้านอย่างง่ายจาก อสม. จึงทำให้คะแนนด้านกิจวัตรประจำวันของผู้พิการสูงขึ้น นักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัด สามารถนำเทคนิคการให้ความรู้ด้านดังกล่าวแก่ อสม. ผู้พิการ และญาติในพื้นที่อื่น เพื่อให้บุคคลเหล่านี้นำความรู้ที่ได้ไปช่วยเหลือดูแลกันเองในชุมชน เป็นการลดภาระในการรักษาซ้ำของโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้พิการและครอบครัว

วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2558; 48(3): 241-250. Doi: 10.14456/jams.2015.15

คำรหัส: ผู้ดูแล การปรับสภาพบ้าน โปรแกรมเยี่ยมบ้าน

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ คิดเป็นอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และมะเร็ง¹ พบว่าผู้ที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป เสียชีวิตด้วยโรคนี้ 63.3 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน² โดยร้อยละ 90 ของผู้ที่รอดชีวิตมักมีความพิการตกค้างหลายอย่าง เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง มีปัญหาการรับรู้รู้สึก และการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว ส่งผลต่อการจำกัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง³⁻⁵ นอกจากนี้ในปัจจุบันการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศไทย เน้นการบำบัดฟื้นฟูในสถาบันหรือโรงพยาบาล

เป็นหลัก และให้ความสนใจน้อยต่อการดำรงชีวิตของผู้พิการเมื่ออยู่บ้าน ซึ่งตกเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ และถือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากต่อการดำรงชีวิต และการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้พิการ พิศศักดิ์ และวชิราพร⁶ ศึกษาอิทธิพลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านผู้พิการของผู้บำบัดต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้เรื่องการทำกิจวัตรประจำวันอีก 30 ราย เป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้ดังกล่าว เก็บข้อมูลขณะผู้ป่วยกำลังจะออกจากโรงพยาบาล และเก็บอีกครั้งเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว

2 และ 6 เดือน การศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุม มีคะแนนด้านกิจวัตรประจำวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระยะ 2 และ 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล ขณะที่กลุ่มทดลองสามารถคงความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับเมื่อกำลังจะออกจากโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าการที่ญาติผู้ดูแลและผู้พิการได้รับความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลผู้พิการขณะอยู่ที่บ้านในสภาพแวดล้อมที่แท้จริงสามารถช่วยให้ผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังทำกิจวัตรประจำวันได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thorsén, Holmqvist, de Pedro-Questa & von Koch⁷ ที่ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยการเยี่ยมบ้านของผู้บาดเจ็บ ติดตามผลการศึกษาเป็นเวลา 5 ปี ที่กรุงสต็อกโฮล์ม ประเทศสวีเดน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 รายได้รับโปรแกรมฟื้นฟูที่บ้าน และ 24 รายเป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรมดีขึ้นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

ประเทศไทย ณ ปัจจุบัน ชุมชนหลายแห่งที่มีความตื่นตัวด้านสุขภาพ บุคคลในชุมชนมีความพยายามที่จะช่วยเหลือดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันในห้องถิ่นของตน บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทเด่นชัดมากในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมถึงการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการและผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่า การให้โปรแกรมความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการแก่ อสม. และออกเยี่ยมบ้านผู้พิการเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพและส่งผ่านความรู้ที่ได้รับแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้พิการ ส่งผลอย่างไรต่อความสามารถของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการแก่ อสม. ต่อความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ One group: pretest-posttest design โดยศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ อสม. ซึ่งต้องนำความรู้ที่ได้รับไปบำบัดรักษาผู้พิการที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งต้องให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติในการดูแลผู้พิการ เป็นเวลารวมทั้งหมด

8 สัปดาห์ ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการกลุ่มนี้ โดยวัดความสามารถผู้พิการก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเยี่ยมบ้านของ อสม.

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) อสม. 2) ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) ญาติหรือผู้ดูแลผู้พิการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตการดูแลของเทศบาลตำบลที่มีความร่วมมือด้านวิชาการ กับคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการร่วมกันพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน ได้แก่ เทศบาลตำบลหนองควาย เทศบาลตำบลหนองแก้ว อ. หางดง จังหวัดเชียงใหม่ และ เทศบาลตำบลแม่แรง เทศบาลตำบลเมือกอก อ. ป่าซาง จังหวัดลำพูน เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ

กลุ่มที่ 1 คือ อสม. จำนวน 32 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
2. สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการครบตามกำหนด
3. เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 32 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ที่สามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์
2. สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เข้าใจ
3. มีระดับการฟื้นฟูของกล้ามเนื้อแขน ระดับ 2–5 ตามเกณฑ์ของ Brunnstrom^{8,9}
4. ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากโรงพยาบาลหรือหน่วยฟื้นฟูอื่น ขณะร่วมการทดลอง
5. ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น
6. เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มที่ 3 คือ ญาติหรือผู้ดูแลผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 32 ราย โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้พิการมากที่สุด ในกรณีมีผู้ดูแลหลายคน (ดูจากจำนวนชั่วโมงต่อวันในการดูแล)
2. ดูแลผู้พิการมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 เดือน
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ (ผู้ดูแลที่ถูกจ้างมาบางคน ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้)
4. เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลสังคมประชากรทั่วไปของทั้งผู้พิการ ญาติ หรือ ผู้ดูแลผู้พิการ และ อสม.
2. แบบทดสอบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้พิการ ของภาคทฤษฎี กิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดัดแปลงจาก The Functional Independence Measures (FIM)¹⁰ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้แพร่หลาย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้มีเกณฑ์การให้คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมแต่ละอย่างเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scales) 7 ลำดับ เรียงจาก 0-6 โดย 0 หมายถึงไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ หรือไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น และ 6 หมายถึงสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ตามปกติ มีกิจกรรมทดสอบทั้งหมด 18 ด้าน เช่น การเคลื่อนไหวบนเตียง การดูแลตัวเอง (self-care) การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตัวเอง และการเคลื่อนที่ เป็นต้น คะแนนรวมของแบบทดสอบทั้งฉบับคือ 0-108 แบบทดสอบนี้มีค่าความเชื่อมั่นสูง 11 คือมีค่า Intra-class correlation อยู่ที่ 0.96 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในผู้พิการกลุ่มโรคเรื้อรังเช่นกัน จึงสามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ได้โดยตรง

วิธีดำเนินการทดลอง

1. โครงการวิจัย ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา
2. ผู้วิจัยหลักติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) ของตำบลเป้าหมายเพื่อขอรายชื่อ ที่อยู่ ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งก็คือ อสม. ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง และญาติหรือผู้ดูแล หลังจากนั้น ผู้วิจัยหลักได้เดินทางไปพบปะกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายด้วยตนเองเพื่อคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเชิญเข้าร่วมในโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยหลักจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติพื้นฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้พิการอัมพาตครึ่งซีก แก่ อสม.เทศบาลตำบลเป้าหมาย โดยจัดที่เทศบาลตำบลแต่ละแห่ง ทั้งนี้ ก่อนและหลังการอบรมมีการทดสอบความรู้พื้นฐานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของ อสม. และ อสม. ที่ผ่านเกณฑ์การทดสอบความรู้เท่านั้นจะได้รับอนุญาตเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. เก็บข้อมูล pretest ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการ ภายในไม่เกิน 1 สัปดาห์ก่อน อสม. ให้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการอบรมทำหน้าที่ให้คะแนนเพื่อป้องกันการลำเอียง
5. อสม. นำความรู้และการฝึกปฏิบัติที่ได้รับไปใช้ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน และแนะนำเทคนิควิธีการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแก่ญาติด้วย โดยเยี่ยมบ้านผู้พิการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งมี อสม. 1 คน ต่อผู้พิการ 1 ราย ใช้เวลา 1 ชั่วโมงระหว่างดำเนินโปรแกรมนี้นี้ ทีมผู้วิจัยติดต่อกับ อสม. ทางโทรศัพท์ ในทุก 2 สัปดาห์ เพื่อทราบถึงข้อขัดข้อง และ/หรืออุปสรรคในการใช้ความรู้ และเทคนิคที่ได้รับการฝึก
6. เก็บข้อมูล posttest ภายในไม่เกิน 7 วัน หลังครบกำหนดโปรแกรมโดยผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เพื่อป้องกันการลำเอียงของการเก็บข้อมูล
7. วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัย

โปรแกรมการอบรมความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Intervention program)

โปรแกรมความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้พิการที่จัดให้แก่ อสม. ใช้เวลาอบรม 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย

1. ความรู้พื้นฐานเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน รักษา
2. การออกกำลังกายเพื่อการรักษา
3. เทคนิคฝึกการเดินที่ถูกต้องสำหรับผู้พิการอัมพาตครึ่งซีก
4. เทคนิคฝึกการใช้มือทำกิจกรรมต่างๆ
5. การประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
6. อุปกรณ์ช่วยผู้พิการ และการปรับสภาพบ้านที่เหมาะสมในการอบรมมีการ ได้แจกคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ พร้อมรูปภาพประกอบ การสาธิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยายได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบการเปลี่ยนแปลงตัวแปรศึกษา ก่อนและหลังการให้โปรแกรมทดลอง

ผลการวิจัย

ก่อนการใช้สถิติ ผู้วิจัยตรวจสอบการกระจายตัวในข้อมูล (normality test) ของตัวแปรศึกษาตามข้อกำหนดของการใช้สถิติพารามेटริกส์ (parametric statistics) จากกลุ่มตัวอย่างผู้พิการ 32 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 5 ราย มีข้อมูลเบี่ยงเบนออกนอกกลุ่มมาก (outliers) จึงตัดออก คงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย และเมื่อทดสอบการกระจายข้อมูลด้วยวิธี Fisher's Measure of Skewness and Kurtosis¹² พบว่ามีค่าปกติ จึงสามารถใช้สถิติพารามेटริกส์ คือ Paired t-test ได้ จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.0) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 63.0) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.2) และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 88.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ หลังจากมีอาการอัมพาต (ตารางที่ 1) สำหรับผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.8)

โดยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 88.9) แต่งงานแล้ว และจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.5) ผู้ดูแลจำนวนมาก (ร้อยละ 96.3) ดูแลผู้พิการมาแล้วมากกว่า 2 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.5) ไม่เคยได้รับความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการมาก่อน ด้านความสัมพันธ์กับกับผู้พิการนั้น ผู้ดูแลจำนวนถึง ร้อยละ 63.0 เป็นคู่สมรสของผู้พิการ ดังแสดงในตารางที่ 2 การศึกษาครั้งนี้ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.9) มีอายุระหว่าง 51–60 ปี (ร้อยละ 48.1) มีสถานภาพสมรสคือแต่งงานแล้ว (ร้อยละ 70.4) จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.3) ดังแสดงในตารางที่ 3 และพบว่าคะแนนความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระหว่างก่อน (85.59 ± 13.02) และหลังได้รับการเยี่ยมบ้าน (89.63 ± 8.95) โดย อสม. ดังแสดงในตารางที่ 4

Table 1 Sociodemographic data of stroke participants (N=27)

Sociodemographic data	Variables	Numbers (percentage)
Numbers of participants	Nongkaew Municipality	6 (22.2)
	Nongkwaui Municipality	13 (48.2)
	Maerang Municipality	4 (14.8)
	Makok Municipality	4 (14.8)
Gender	Male	17 (62.9)
	Female	10 (37.1)
Age	31-40 years	1 (3.7)
	41-50 years	1 (3.7)
	51-60 years	8 (29.7)
	>60 years	17 (62.9)
Marital status	Single	6 (22.2)
	Married	18 (66.7)
	Divorced	1 (3.7)
	Widowed	2 (7.4)
Educational level	Uneducated	3 (11.1)
	Elementary school	23 (85.2)
	Secondary school	1 (3.7)
Current occupation	Unemployed	24 (88.9)
	Labor	2 (7.4)
	Business	1 (3.7)
Monthly income	≤1,000 Baht	7 (25.9)
	1,001-2,000 Baht	15 (55.6)
	2,001-3,000 Baht	1 (3.7)
	3,001-4,000 Baht	4 (14.8)

Table 1 Sociodemographic data of stroke participants (N=27). (continued)

Sociodemographic data	Variables	Numbers (percentage)
Affected side	Left hemiplegia	14 (51.8)
	Right hemiplegia	13 (48.2)
Diagnosis	Hemorrhagic stroke	9 (33.3)
	Thrombotic stroke	13 (48.2)
	Embolic stroke	5 (18.5)
Time length since onset	1-2 years	4 (14.8)
	>2 years	23 (85.2)

Table 2 Sociodemographic data of caregivers (N = 27).

Sociodemographic data	Variables	Numbers (percentage)
Numbers of participants	Nongkaew Municipality	6 (22.2)
	Nongkwaui Municipality	13 (48.2)
	Maerang Municipality	4 (14.8)
	Makok Municipality	4 (14.8)
Gender	Male	6 (22.2)
	Female	21 (77.8)
Age	31-40 years	1 (3.7)
	41-50 years	5 (18.5)
	51-60 years	11 (40.7)
	>60 years	10 (37.1)
Marital status	Single	3 (11.1)
	Married	24 (88.9)
Educational level	Uneducated	1 (3.7)
	Elementary school	22 (81.5)
	Secondary school	4 (14.8)
Current occupation	Unemployed	6 (22.2)
	Farmer	5 (18.5)
	Labor	10 (37.1)
	Mechanics	1 (3.7)
	Business	5 (18.5)
Monthly income	≤2,000 Baht	10 (37.1)
	2,001-4,000 Baht	4 (14.8)
	4,001-6,000 Baht	5 (18.5)
	6,001-8,000 Baht	4 (14.8)
	8,001-10,000 Baht	4 (14.8)
Duration of care	1-2 years	1 (3.7)
	>2 years	26 (96.3)

Table 2 Sociodemographic data of caregivers (N = 27). (continued)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
Length of care (hours)/day	<6 hours	14 (51.8)
	6-12 hours	10 (37.1)
	>12 hours	3 (11.1)
Ever attended rehabilitation lessons before	Yes	5 (18.5)
	No	22 (81.5)
Relation to stroke survivors	Spouse	17 (62.9)
	Son/daughter/nephew/niece	2 (7.4)
	Relatives	8 (29.7)

Table 3 Sociodemographic data of village volunteer (N = 27).

Sociodemographic data	Variables	Numbers (percentage)
Numbers of participants	Nongkaew Municipality	6 (22.2)
	Nongkwaui Municipality	13 (48.2)
	Maerang Municipality	4 (14.8)
	Makok Municipality	4 (14.8)
Gender	Male	3 (11.1)
	Female	24 (88.9)
Age	31-40 years	2 (7.4)
	41-50 years	7 (25.9)
	51-60 years	13 (48.2)
	>60 years	5 (18.5)
Marital status	Single	3 (11.1)
	Married	19 (70.4)
	Divorced	2 (7.4)
	Widowed	3 (11.1)
Educational level	Elementary school	16 (59.3)
	Secondary school	11 (40.7)
Current occupation	Unemployed	4 (14.8)
	Farmer	2 (7.4)
	Labor	15 (55.6)
	Mechanics	2 (7.4)
	Business	4 (14.8)
Ever attended rehabilitation lessons before	Yes	20 (74.1)
	No	7 (25.9)
Ever care of stroke survivor before	Yes	9 (33.3)
	No	18 (66.7)

Table 4 Comparison of ADL performance of stroke participants at pretest and posttest (N=27).

Variable	Mean (SD)		T-value	p-value
	Pretest	Posttest		
Activities of daily living	85.59 (13.02)	89.63 (8.95)	-3.76	0.001

* $p < 0.05$

วิจารณ์ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกซึ่งเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ จาก อสม. ทั้งนี้ การประเมินด้านกิจวัตรประจำวันสามารถสังเกตจากกิจกรรมหลายด้าน ตั้งแต่ระดับพื้นฐานอย่างง่าย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำจากแก้ว การล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม ด้านการเคลื่อนไหวพื้นฐาน เช่น การพลิกตัวบนเตียง การลุกนั่งบนเตียง เป็นต้น กิจกรรมง่ายๆ เหล่านี้ ผู้พิการในชุมชนอาจไม่ได้ทำเอง เพราะญาติคอยช่วยเหลือแทบทั้งหมดเนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลจำนวนมากไม่มีเคยรู้ว่าคุณพิการยังมีความสามารถหลายด้านเหลืออยู่หากได้รับการแนะนำที่ถูกวิธี ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าญาติผู้ดูแลผู้พิการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.5) ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการมาก่อน (ตารางที่ 2) ซึ่งหากผู้พิการได้รับคำแนะนำ รวมทั้งญาติผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจว่าผู้พิการทำได้และควรทำเอง จะช่วยเป็นแรงเสริมให้ผู้พิการมีความตั้งใจในการพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ตามศักยภาพของตนเอง และหากผู้พิการสามารถทำเองได้มากขึ้น คะแนนการประเมินด้านกิจวัตรประจำวันจะดีขึ้น ดังนั้น การมีบุคลากรด้านสุขภาพออกเยี่ยมบ้านผู้พิการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. คอยให้ความรู้ด้านการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันอย่างถูกวิธี ทำให้ผู้พิการมีความสามารถเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศักดิ์ และทศพร¹³ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนให้กับผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองในเขตจังหวัดเชียงใหม่” โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกที่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย คือผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ กลุ่มควบคุม 30 ราย เป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมโปรแกรมดังกล่าว เก็บข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งหมายรวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมภายในบ้านด้วย เช่น การทำอาหาร การปัดกวาดเช็ดถูบ้าน เป็นต้น ก่อนให้โปรแกรม และ 2 เดือน

หลังให้โปรแกรมอบรม พบว่า กลุ่มทดลองซึ่งผู้ดูแลได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีคะแนนการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ภายในบ้านและชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงข้ามกับกลุ่มควบคุมที่คะแนนไม่แตกต่างกันในทั้ง 2 ช่วงเวลา การที่ผู้พิการสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้านได้มากขึ้น เป็นการเพิ่มโอกาสที่จะออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชนและสังคมก็มากขึ้น¹⁴ และการที่ผู้พิการออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชนมากขึ้น เท่ากับเป็นการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อบุคคลเหล่านั้นเอง¹⁵

การศึกษานี้ยังพบว่าบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัด ยังให้ความรู้เรื่องการใช้อุปกรณ์ช่วยผู้พิการ แนะนำการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่ อสม. ซึ่งสามารถแนะนำต่อแก่ญาติผู้พิการให้ปรับสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมความสามารถผู้พิการให้ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ¹⁶ ตัวอย่างการปรับสภาพแวดล้อมอย่างง่าย เช่น ปรับตำแหน่งเตียงให้เหมาะสม จัดย้ายเฟอร์นิเจอร์ไม่ให้กีดขวางทางเดิน ปรับเปลี่ยนที่นอนจากการนอนกับพื้นชั้นบนนอนบนเตียง ทำราวจับบริเวณห้องน้ำหรือทางเดิน เป็นต้น เมื่อมีการปรับสภาพบ้านตามคำแนะนำอย่างถูกวิธี จะทำให้ผู้พิการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศักดิ์ สุภาพร และทศพร¹¹ ที่ศึกษาเรื่อง “โครงสร้างทางสถาปัตยกรรมในบ้านกับความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลัง” โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้พิการจำนวน 80 ราย ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลแมคเคน เชียงใหม่ ไปอยู่บ้านแล้วเป็นเวลานาน 3-6 เดือน พบว่า สิ่งกีดขวางทางสถาปัตยกรรมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากบ้านผู้พิการรายใดมีการปรับสภาพบ้านที่เหมาะสมกับความพิการ ผู้พิการรายนั้นจะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นตามไปด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Petersson, Kottorp, Bergström & Lilja¹⁸ ที่ศึกษาผลของการปรับสภาพบ้านต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุพิการจำนวน 103 ราย ที่อาศัยในชุมชนต่างๆ ในประเทศสวีเดน

พบว่า การปรับสภาพบ้านพื้นฐานที่เหมาะสม เช่น ทำราวเกาะ ปรับความสูงของเฟอร์นิเจอร์ ปรับความกว้างของห้องน้ำ มีแสงสว่างเพียงพอ เป็นต้น ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี

การส่งเสริมให้ อสม. รวมทั้งสมาชิกครอบครัวหรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้พิการนั้น เป็นประโยชน์มากในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (community-based rehabilitation) เพราะการที่ผู้บำบัดจากโรงพยาบาลจะออกไปเยี่ยมบ้านผู้พิการ (home visit) ในการทำงานปกตินั้น จะต้องใช้เวลาและเสียค่าใช้จ่ายมาก ไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานประจำวันของผู้บำบัดเหล่านี้¹⁸

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ อสม. ต่อความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง โดย อสม. นำความรู้ที่ได้รับการอบรมจากนักกิจกรรมบำบัดและนักกายภาพบำบัดไปช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งต้องให้ความรู้และคำแนะนำ

แก่ญาติในการดูแลผู้พิการ เป็นเวลารวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า การดูแลบำบัดรักษาผู้พิการในชุมชนนั้น บุคคลในชุมชนสามารถดูแลกันเองได้ หากมีความรู้ที่ถูกต้อง บุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถนำเทคนิคนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน โดยจัดโปรแกรมการให้ความรู้กับบุคลากรในชุมชน ส่งเสริมการดูแลช่วยเหลือกันเองภายในท้องถิ่น จะเป็นการลดภาระด้านค่าใช้จ่ายของรัฐบาล และทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ดูแลกันเองได้อย่างเป็นอิสระ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก โครงการบริการวิชาการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องย้งยืน พ.ศ. 2556-2560 คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ อุทุมมา มัชฌะณี หัวหน้าโครงการที่ให้การสนับสนุน การดำเนินงานให้สำเร็จได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Sitanon N, Chawengchoa B. Knowledge and understanding of caregivers in hemiplegic's complication prevention. The Journal of Occupational Therapist Association of Thailand. 2004; 9: 1-10 (in Thai).
2. Khemthong S, Posawang P, Timayorm P. Effectiveness of health system program with occupational therapy on quality of life and self-efficacy after stroke. The Journal of Occupational Therapist Association of Thailand. 2009; 14: 26-34 (in Thai).
3. Bunyamark T. Occupational therapy in stroke. In: Chinchai P, Bunyamark T, editors. Occupational Therapy for Persons with Neurological Conditions. Chiang Mai: Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University; 2005. p. 202-40 (in Thai).
4. Gillen G. Cerebrovascular accident/Stroke. In: Pendleton HM, Schultz-Krohn W, editors. Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction 6th ed. St. Louis, MS: Mosby, Inc; 2006. p. 802-37.
5. Stein J, Brandstater ME. Stroke rehabilitation. In: Frontera WR, DeLisa JA, Gans BM, Walsh NE, Robinson LR, Basford JR, editors. DeLisa's Physical Medicine & Rehabilitation: Principles and practice. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 551-74.
6. Chinchai P, Wittayanil W. Influence of home visit program on functional ability, depression, anxiety and stress of people with spinal cord injuries. The Journal of Occupational Therapist Association of Thailand. 2007; 12: 11-22 (in Thai).

7. Thorsén A-M, Holmqvist LW, de Pedro-Questa J, von Koch L. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: Five-year follow-up of patient outcome. *Stroke*. 2005; 36: 297-302.
8. Chinchai P, Bunyamark T. Occupational Therapy for Persons with Neurological Conditions. Chiang Mai: Faculty of Associated Medical Sciences, ChiangMai University; 2005 (in Thai).
9. Schultz-Krohn W, Royeen CB, McCormack G, Pope-Davis SA, Jourdan JM. Traditional sensorimotor approaches to intervention. In: Pendleton HM, Schultz-Krohn W, editors. *Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*. 6th ed. St. Louis, MS: Mosby, Inc; 2006. p. 726-68.
10. UDSMR. Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (Including the FIM Instrument) Version 5.1. New York: Division of UB Foundation Activities Inc. State University of New York at Buffalo 1997.
11. Chinchai P, Chinchai S, Bunyamark T. Architectural structures in home and performance of activities of daily living of people with spinal cord injuries. *The Journal of Occupational Therapist Association of Thailand*. 2006; 11: 9-18 (in Thai).
12. Munro BH. *Statistical Methods for Health Care Research*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
13. Chinchai P, Bunyamark T. Effects of health promotion and community rehabilitation education toward caregivers on community integration of persons with disabilities resulting from stroke in Chiang Mai province. *The Journal of Occupational Therapist Association of Thailand*. 2008; 13: 1-9. (in Thai)
14. Beckley MN. Community participation following cerebrovascular accident: Impact of the buffering model of social support. *The American Journal of Occupational Therapy*. 200; 60: 129-35.
15. Huebner RA, Johnson K, Bennett CM, Schneck C. Community participation and quality of life outcomes after adult traumatic brain injury. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2003; 57: 177-85.
16. Johansson K, Lilja M, Petersson I, Borell L. Performance of activities of daily living in a sample of applicants for home modification services. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2007; 14: 44-53.
17. Petersson I, Kottorp A, Bergström J, Lilja M. Longitudinal changes in everyday life after home modifications for people aging with disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2009; 16: 78-87.
18. Sim S, Barr CJ, George S. Comparison of equipment prescriptions in the toilet/bathroom by occupational therapists using home visits and digital photos, for patients in rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2015; 62: 132-40.