ความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

Functional abilities of stroke survivors receiving services at Community Rehabilitation Center

พิศักดิ์ ชินชัย* นที จินดาคำ โสภิฏา อภิชัย

Pisak Chinchai* Nathee Jindakham Sopida Apichai

ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Department of Occupational Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai Province, Thailand

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

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

Received June 2017

Accepted as revised July 2017

Abstract

Background: Numbers of people with disabilities resulting from stroke are increasing in Thailand. Major sequela following a disease is weakness in one side of body which causes difficulty in functional abilities to those survivors. Community-based rehabilitation can be one of the potential strategies that enhance functional performance in individuals with disabilities.

Objectives: Purpose of the present study was to investigate functional abilities of stroke survivors who received services provided by trained village health volunteers (VHVs) for a period of 3 months at their own community rehabilitation center.

Materials and methods: This study was a one group pretest-posttest research design. Twenty-five stroke subjects were recruited by purposive sampling from 4 community rehabilitation centers in Chiang Mai Province and compared their functional abilities at before and after receiving the treatment program. Instrument used was Test of Activities of Daily Living (ADL) Performance. Statistics used were descriptive and paired t-test.

Results: Results demonstrated that total score of functional abilities in stroke participants was higher at post intervention ($\overline{X}$=90.60±13.36) than at pretest ($\overline{X}$=85.24±18.88) significantly (p<0.05). In addition, comparisions of components of functional abilities in these individuals revealed that average scores at posttest of self-care abilities ($\overline{X}$=33.40±5.10) and social skills ($\overline{X}$=4.16±1.80) were significantly greater than those at pre-test where $\overline{X}$=30.60±8.55 and $\overline{X}$=3.08±1.61 respectively (p<0.05).

Conclusion: It was indicated that community rehabilitation centers operated by trained VHVs could promote functional abilities especially in areas of self-care and social skills of people with disabilities who come for their services.

Journal of Associated Medical Sciences 2017; 50(3): 336-346. Doi: 10.14456/jams.2017.34

Keywords: Caregivers, Community-based rehabilitation, Hemiplegia

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: จำนวนผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากขึ้นในประเทศไทย ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้มักมีความพิการตกค้างที่เด่นชัด ได้แก่ การอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภายในชุมชนโดยบุคลากรในชุมชนเอง จะเป็นวิธีหนึ่งในการพัฒนาทักษะการทำกิจกรรมต่างๆ ของคนพิการได้ดี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนของตนเองเป็นเวลา 3 เดือน ซึ่งให้บริการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการฝึกอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านกิจวัตรประจำวันแล้ว

วัสดุและวิธีการศึกษา: การวิจัยเป็นแบบ one group pretest-posttest design เปรียบเทียบความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการได้รับบริการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ได้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 25 ราย จากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน 4 แห่งในเขตจังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินด้านกิจวัตรประจำวัน สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือ สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษา: พบว่าคะแนนรวมความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันหลังได้รับบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ($\overline{X}$=90.60±13.36) เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับบริการ ($\overline{X}$=85.24±18.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการร่วมโปรแกรมของความสามารถในการดูแลตนเอง ($\overline{X}$=33.40±5.10) และทักษะทางสังคม ($\overline{X}$=4.16±1.80) เพิ่มขึ้นมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการร่วมโปรแกรมของทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง ($\overline{X}$=30.60±8.55) และทักษะทางสังคม ($\overline{X}$=3.08±1.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

สรุปผลการศึกษา: ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนโดยมี อสม. ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วเป็นผู้ให้บริการ มีประโยชน์ในการส่งเสริมความสามารถของคนพิการในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการดูแลตนเอง และทักษะทางสังคม

Journal of Associated Medical Sciences 2560; 50(3): 336-346. Doi: 10.14456/jams.2017.34

คำสำคัญ: ผู้ดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน อัมพาตครึ่งซีก

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2552 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประชากรไทย 21.04 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนและเพิ่มเป็น 36.13 ในปี พ.ศ. 2556 ส่วนอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองพบผู้ป่วยจำนวน 277.67 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี พ.ศ. 2552 และเพิ่มจำนวนเป็น 366.81 รายในปี พ.ศ. 2556[1] นอกจากนี้ ร้อยละ 90 ของผู้ที่รอดชีวิตจากโรค มักมีความพิการตกค้างหลายอย่าง เช่น การอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง (hemiplegia) ปัญหาด้านการรับรู้และความรู้ความเข้าใจ (perceptual and cognitive function deficits) ปัญหาด้านการมองเห็น ปัญหาด้านภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ปัญหาการพูดไม่ชัด หรือเปล่งเสียงพูดไม่ได้ เป็นต้น[2,3] ยังไม่นับรวมถึงปัญหาด้านจิตใจและสังคมที่ตามมาอีกภายหลังความพิการเหล่านี้ สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ หลอดเลือดในสมองตีบหรืออุดตันและหลอดเลือดสมองแตก[3]

เห็นได้ว่าหลังภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการตกค้างส่งผลกระทบอย่างมากต่อการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่รอดชีวิต คำว่ากิจวัตรประจำวันนั้นแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งต้องอาศัยทักษะพื้นฐานและเน้นที่กิจกรรมการดูแลตัวเองเป็นส่วนใหญ่

เช่น การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ ขับถ่าย แต่งตัว รับประทานอาหาร และการเคลื่อนย้ายตัว เป็นต้น และกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ประกอบหรือต้องการทักษะขั้นสูงในการทำ เช่น การตัดสินใจในการทำงาน การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การดูแลเด็ก เป็นต้น[4]

สำหรับผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลขัดขวางต่อการดำเนินชีวิตปกติของบุคคลทั้งในแบบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ประกอบ หรือต้องการทักษะขั้นสูง การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทั่วไป นอกจากการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแล้ว การฝึกผู้พิการให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถให้ผู้พิการใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[5] อย่างไรก็ตาม ในสังคมไทยสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมักนิยมให้การช่วยเหลือผู้พิการในการทำกิจกรรมต่างๆ มากกว่าการส่งเสริมให้ดำรงชีวิตได้เองอย่างอิสระ (independence)[6] อันเป็นสาเหตุให้คนพิการกลุ่มนี้มีภาวะพึ่งพามากขึ้น ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรด้านสุขภาพที่ควรให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเหล่านี้ในการกระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้พิการพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง

สำหรับประเทศไทย ส่วนใหญ่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการยังคงตั้งรับอยู่ในสถาบันหรือโรงพยาบาลในขณะที่ผู้มีอาการอัมพาตถาวรหรือโรคเรื้อรังต่างๆ ยังคงต้องการความดูแลอย่างต่อเนื่องแม้เมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือชุมชน[7] ปัจจุบันชุมชนหลายแห่งตื่นตัวด้านสุขภาพ มีความพยายามของบุคคลในท้องถิ่นที่จะช่วยดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน บุคลากรที่มีความสำคัญมากคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมถึงการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการและผู้สูงอายุอีกด้วย ชุมชนบางแห่งนำโดยองค์กรท้องถิ่น เช่น เทศบาลตำบล (ทต.) หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีการตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นในท้องถิ่นของตน เพื่อดูแลสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐานผู้พิการในชุมชนโดยมี อสม. ซึ่งได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักกิจกรรมบำบัดและนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ให้การดูแลผู้รับบริการในชุมชน ตามพระราชบัญญัติ (พรบ.) ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 (5) (7) (9) และ (10) และมาตรา 20 วรรคสาม และ วรรคสี่ กำหนดให้ผู้พิการมีสิทธิ์เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐในเรื่องต่างๆ เช่น สิทธิที่จะได้รับการบริการล่ามภาษามือ สิทธิการได้รับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการ สิทธิที่จะได้รับการจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ เป็นต้น และที่สำคัญอีกอย่างก็คือการอนุญาตให้หน่วยราชการส่วนท้องถิ่นจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ หรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนด้วยงบประมาณของตนเองได้[8]

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่า ในชุมชนที่มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าว ผู้พิการที่ได้รับบริการ โดยเฉพาะผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีจำนวนมากในชุมชนจะมีความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันเป็นเช่นไรหลังจากการได้รับบริการ

วัสดุและวิธีการศึกษา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยใช้รูปแบบ one group pretest-posttest design เปรียบเทียบความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการได้รับบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

กลุ่มประชากร

คือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนทั้งหมด 25 ราย เป็นผู้อาศัยอยู่ในเขตที่มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและเข้ารับบริการที่ศูนย์ดังกล่าว ได้แก่

1) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการของ ทต. หนองควาย อ. หางดง จ. เชียงใหม่
2) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนของ ทต. ป่าแดด อ. เมือง จ. เชียงใหม่
3) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการของ ทต.สันกลาง อ. สันกำแพง จ. เชียงใหม่
4) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการของ ทต. สันโป่ง อ. แม่ริม จ. เชียงใหม่

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ

1. เป็นผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการเป็นครั้งแรก ไม่ได้มีอาการซ้ำซ้อนหรือเกิดอาการเป็นซ้ำ (second stroke)
2. มีอาการอัมพาตของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง อาจเป็นซีกซ้ายหรือซีกขวาก็ได้
3. อายุระหว่าง 20-80 ปี เพราะอายุที่มากเกินไป อาจมีภาวะเสื่อมหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ทำให้การแปลผลการทดลองมีความผิดพลาดได้
4. สามารถเข้ารับบริการที่ศูนย์ฯ เป็นประจำทุกสัปดาห์

อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละไม่ต่ำกว่า 1 ชั่วโมง ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือนโดยได้รับการฝึกจาก อสม. ที่ผ่านการอบรมจากโครงการวิจัยนี้

5. สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้เข้าใจโดยดูจากการสนทนากับทีมผู้วิจัย
6. เต็มใจให้ความร่วมมือในกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลสังคมประชากรทั่วไปของผู้พิการ ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค อาการอัมพาตที่ปรากฏ ระยะเวลาที่เป็นอัมพาต ระดับหรือความรุนแรงของอาการ เป็นต้น
2. แบบทดสอบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้พิการของภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยดัดแปลงจาก The Functional Independence Measures (FIM)[9] ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้แพร่หลาย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้มีเกณฑ์การให้คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมแต่ละอย่างของเครื่องมือเป็นแบบลิเคอร์ท สเกล (Likert scales) 7 ลำดับ เรียงจาก 0-6 โดย 0 หมายถึงไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้หรือไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น และ 6 หมายถึงสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ตามปกติ มีกิจกรรมทดสอบทั้งหมด 17 หัวข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวบนเตียง 2) การดูแลตัวเอง (self-care) 3) การควบคุมการขับถ่าย 4) การเคลื่อนย้ายตัวเอง (mobility) 5) การเคลื่อนที่ไปยังที่ต่างๆ (locomotion) และ 6) ทักษะทางสังคม คะแนนรวมของแบบทดสอบทั้งฉบับ คือ 0-102 คะแนน แบบทดสอบนี้ พิศักดิ์ สุภาพร และทศพร[10] ได้นำไปทดลองใช้หาค่าความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจำนวน 15 ราย พบว่าเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นสูง คือมีค่า intra-class correlation อยู่ที่ 0.96 การวิจัยที่ดำเนินการในครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือเป็นผู้พิการกลุ่มโรคเรื้อรังเช่นกัน จึงสามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ได้โดยตรง

วิธีดำเนินการทดลอง

1. เขียนโครงการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ผู้วิจัยหลักติดต่อประสานงานกับ ทต. หรือ อบต. เป้าหมายที่มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และทดสอบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ หลังจากนั้นผู้วิจัยหลักเดินทางไปพบปะกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายด้วยตนเองเพื่อคัดเลือกและเชิญเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้
3. ผู้วิจัยหลัก นัดหมาย อสม. ในแต่ละศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเข้ารับการอบรมการฝึกด้านกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง และจัดโปรแกรมการอบรมดังกล่าวในแต่ละเทศบาลตำบลเป็นเวลา 7 ชั่วโมงในแต่ละที่ โดยมีทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติแบ่งเป็นภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 4 ชั่วโมง
4. ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นนักกิจกรรมบำบัดเดินทางไปเยี่ยมศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนแต่ละแห่งในทุก 2 สัปดาห์ เพื่อดูว่า อสม. แต่ละแห่งมีปัญหาในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการด้านการทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ เพื่อจะได้ช่วยให้คำแนะนำเพิ่มเติม
5. เก็บข้อมูลด้วยการทดสอบความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันโดยผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกการประเมินด้านนี้จากผู้วิจัยแล้ว จำนวน 2 คน เป็นผู้ที่ไม่ทราบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยคนที่ 1 เก็บข้อมูลที่ระยะก่อนการทดลองหรือก่อนการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านกิจวัตรประจำวันตามโปรแกรม (Pretest) คนที่ 2 เก็บข้อมูลหลังการทดลองหรือหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านกิจวัตรประจำวันตามโปรแกรมไปแล้ว 3 เดือน (Post-test)
6. วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัย

ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ในที่นี้หมายถึง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งโดยความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาลตำบล (ทต.) ร่วมกับประชาชนในท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้พิการที่อาศัยอยู่ในชุมชนของเขาเอง ผู้รับบริการต้องเป็นผู้ที่มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านในเขต อบต. หรือ ทต. นั้นๆ การจัดตั้งศูนย์ใช้งบประมาณจากหน่วยราชการส่วนท้องถิ่น คือ อบต. หรือ ทต. เป็นหลักซึ่งได้รับอนุญาตตามกฎหมายและอาจรับบริจาคเพิ่มเติมได้ ผู้ให้บริการในศูนย์ฟื้นฟูฯ คือ อสม. หรือบุคคลซึ่งได้รับการอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพจากนักวิชาชีพแล้ว เช่น นักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น

นักวิชาชีพเหล่านี้มีการจัดบริการเพื่อดูแลเยี่ยมเยือนให้ความรู้แก่ อสม. ในศูนย์เหล่านี้เป็นระยะ การบริการที่ให้ในศูนย์ส่วนใหญ่เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน เช่น การออกกำลังกายทั่วไป ทั้งแขน ขา ลำตัว การฝึกการเดิน การฝึกการใช้แขนและมือ เป็นต้น โดยการฝึกด้านกิจวัตรประจำวันนั้นมักฝึกเพียงบางด้าน เช่น การเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง หรือการเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปยังล้อเข็น การใส่เสื้อผ้า เป็นต้น มิได้ฝึกทุกด้านตามที่โปรแกรมควรจะเป็น ก่อนการฝึก มีเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. ที่ประจำในศูนย์ ตรวจวัดสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร ความผิดปกติของการหายใจ เป็นต้น เพื่อความปลอดภัยในการฝึก ในแต่ละวันมี อสม. ที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลนั้นหมุนเวียนกันมาประจำที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ แต่ละแห่งจำนวนประมาณ 4-6 คน

เครื่องมือและอุปกรณ์การฝึกในศูนย์ฯ เป็นเพียงอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น ราวคู่ฝึกเดิน ขั้นบันไดจำลอง ไม้เท้า จักรยานแบบถีบอยู่กับที่ ล้อเข็น อุปกรณ์ฝึกการใช้แขนและมือต่างๆ เช่น stall bar, peg board, sanding board, ถุงน้ำหนัก วัสดุอุปกรณ์รูปทรงและสีต่างๆ เพื่อฝึกการใช้มือหยิบจับและกระตุ้นการรับรู้พื้นฐานเป็นต้น และมีเตียงเพื่อใช้ฝึกการเคลื่อนย้ายตัวและการทำกิจกรรมบนเตียง (bed activities) ต่างๆ ด้วย

โปรแกรมอบรมความรู้ด้านการทำกิจวัตรประจำวันในผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองแก่ อสม.

โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการฝึกกิจวัตรประจำวันในผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจัดให้ อสม. จัดขึ้นในท้องที่ของเทศบาลตำบลแต่ละแห่ง ทั้งหมด 4 แห่ง แห่งละ 7 ชั่วโมง แบ่งเป็น ภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมงในช่วงเช้าเวลา 09.00-12.00 นาฬิกา ตามวันที่นัดหมาย โดยจัดขึ้นที่ห้องประชุมของเทศบาลตำบล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลแต่ละแห่ง ส่วนภาคปฏิบัติใช้เวลา 4 ชั่วโมง จัดที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพของเทศบาลตำบลนั้นๆ เวลา 08.00–12.00 นาฬิกาของวันถัดไป วิทยากรผู้ให้ความรู้คือนักกิจกรรมบำบัดที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองมามากกว่า 10 ปี ความรู้ที่จัดให้แบ่งเป็นดังนี้

1. ภาคทฤษฎี เป็นความรู้เกี่ยวกับความหมายของกิจวัตรประจำวัน ประเภทและชนิดต่างๆ ของกิจวัตรประจำวัน เทคนิคพิเศษของการทำกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก การจัดท่าที่เหมาะสม อุปกรณ์ช่วยและอุปกรณ์ดัดแปลงเพื่อช่วยการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น
2. ภาคปฏิบัติ เป็นการให้ อสม. มีโอกาสลงมือปฏิบัติด้วยตนเองในการฝึกผู้พิการให้ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การใส่เสื้อและกางเกงในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก การรับประทานอาหารด้วยมือข้างเดียว การล้างหน้าแปรงฟันด้วยมือข้างเดียว การเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง การลุกนั่ง การลุกยืน การเคลื่อนย้ายตัวจากล้อเข็นไปยังที่ต่างๆ เช่น เตียง โถส้วม การเข็นล้อเข็นมือเดียว เป็นต้น โดยการฝึกปฏิบัตินี้ วิทยากรได้เชิญผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอันมีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางการแพทย์แล้วมาเป็นตัวอย่างให้ อสม. ฝึกด้วย โดยเป็นผู้พิการที่อยู่ในชุมชนนั้นๆ เนื่องจากมี อสม. จำนวนมากเข้ารับการฝึกปฏิบัติ จึงมีนักกิจกรรมบำบัด จำนวน 3 คน เป็นวิทยากรในแต่ละครั้ง โดยมีหลักเกณฑ์ว่านักกิจกรรมบำบัด 1 คน ต่อ อสม. ไม่เกิน 8 คน ทั้งนี้เพื่อให้การฝึกปฏิบัติมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเชิญผู้พิการมาร่วมเป็นตัวอย่างการฝึก ครั้งละ 5-7 คน นั่นคือให้ อสม. 2 คน ต่อผู้พิการ 1 คนหมุนเวียนกันฝึกปฏิบัติจนครบหัวข้อตามโปรแกรมการฝึก

นอกจากนี้ วิทยากรยังได้แจกคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอัมพาตครึ่งซีก ฉบับสำหรับผู้ดูแล ซึ่งใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีรูปภาพประกอบชัดเจน แจกให้แก่ อสม. ทุกคนด้วย เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมไปปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้นภายหลังการอบรม มีการสอบทบทวนความรู้ โดยเป็นการสอบแบบมีคำถามให้เลือกตอบ เนื่องจากมี อสม. จำนวนมากเข้าอบรม การสอบภาคปฏิบัติจะทำได้ไม่ทันตามกำหนดเวลาที่มีอยู่ เกณฑ์การสอบผ่านอยู่ที่ 80% โดยผู้ที่สอบผ่านจะได้รับการยอมรับให้ร่วมเป็นผู้ให้บริการที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ แต่ละแห่งตามโครงการวิจัยนี้ อย่างไรก็ตาม มีการอบรมเพิ่มเติมในหัวข้อที่ยังไม่เข้าใจในผู้ที่สอบไม่ผ่าน แล้วให้สอบใหม่อีกครั้งโดยใช้ข้อสอบชุดที่ 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับชุดแรก

จำนวน อสม. ที่เข้ารับการอบรมในการศึกษาครั้งนี้มีดังนี้ 1) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการของ ทต. หนองควาย อ. หางดง จ. เชียงใหม่ จำนวน 24 คน 2) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนของ ทต. ป่าแดด อ. เมือง จ. เชียงใหม่ จำนวน 14 คน 3) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการของ ทต.สันกลาง อ. สันกำแพง จ. เชียงใหม่ จำนวน 18 คน และ 4) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการของ ทต. สันโป่ง อ. แม่ริม จ. เชียงใหม่ จำนวน 20 คน

ผลการสอบหลังการอบรม เกือบทุกคนสอบผ่านหมด มีเพียง 1 คน ที่สอบไม่ผ่านในรอบแรก แต่ก็สามารถสอบผ่านในรอบที่ 2 ดังนั้น อสม. ทุกคนที่เข้าอบรม ดังกล่าว จึงสามารถเป็นผู้ให้บริการภายในศูนย์ฟื้นฟูฯ ในชุมชนของตัวเองได้ในการศึกษาครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติ paired t-test เพื่อดูความแตกต่างของตัวแปรศึกษาของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม

ผลการวิจัย

ก่อนการใช้สถิติเพื่อวิเคราะห์ผู้วิจัยตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูล (normality test) ของตัวแปรศึกษาตามข้อกำหนดของการใช้สถิติพาราเมตริกส์ (parametric statistics) ด้วยวิธี Fisher's Measure of Skewness and Kurtosis[11] พบว่ามีค่าปกติจึงใช้สถิติพาราเมตริกส์คือ paired t-test เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในรูปตาราง และมีคำอธิบายสรุป ดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (60.0%) และจำนวนมาก (48.0%) อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ (68.0%) อยู่กับคู่สมรส ระดับการศึกษา มีผู้พิการจำนวนถึง 68.0% จบระดับประถมศึกษา และเกือบทั้งหมด (84.0%) ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ หลังจากมีอาการอัมพาต ดังแสดงในตารางที่ 1

จากการเคราะห์พบว่า คะแนนรวมความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ($\overline{X}$=90.60±13.36) เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับบริการ ($\overline{X}$=85.24±18.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

Table 1 Sociodemographic data of stroke participants (n=25).

Sociodemographic data	Variables	Numbers (%)
Numbers of stroke participants	Nongkwauy Municipality	7 (28.0)
	Pardaad Municipality	3 (12.0)
	Sanpong Municipality	8 (32.0)
	Sanklang Municipality	7 (28.0)
Gender	Male	15 (60.0)
	Female	10 (40.0)
Age	31-40 years	3 (12.0)
	41-50 years	5 (20.0)
	51-60 years	5 (20.0)
	>60 years	12 (48.0)
Marital status	Single	6 (24.0)
	Married	17 (68.0)
	Divorced	2 (8.0)
Educational level	Elementary school	17 (68.0)
	Secondary school	5 (20.0)
	College Certificate	2 (8.0)
	Bachelor degree or above	1 (4.0)
Current occupation	Unemployed	21 (84.0)
	Employee	2 (8.0)
	Business	2 (8.0)

Table 1 Sociodemographic data of stroke participants (n=25). (continues)

Sociodemographic data	Variables	Numbers (%)
Monthly income	≤1,000 Baht	2 (8.0)
	1,001-2,000 Baht	9 (36.0)
	2,001-3,000 Baht	5 (20.0)
	3,001-4,000 Baht	2 (8.0)
	>4,000 Baht	7 (28.0)
Affected side	Left hemiplegia	11 (44.0)
	Right hemiplegia	14 (56.0)
Diagnosis	Hemorrhagic stroke	15 (60.0)
	Thrombotic stroke	7 (28.0)
	Embolic stroke	3 (12.0)
Time length since onset	<7 months	6 (24.0)
	7-12 months	7 (28.0)
	13-24 months	6 (24.0)
	>24 months	6 (24.0)

Table 2 Comparison of total score of functional ability in stroke participants at pre and post intervention.

Variable		$\overline{X}$ (SD)	t	Sig. (2-tailed)
Scores of functional abilities	Pretest	85.24 (18.88)	-2.137	0.043*
	Post-test	90.60 (13.36)		

**p<0.05*

ข้อมูลจากตารางที่ 3 ชี้ให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการร่วมโปรแกรมของความสามารถในการดูแลตนเอง ($\overline{X}$=33.40±5.10) และทักษะทางสังคม ($\overline{X}$=4.16±1.80) เพิ่มขึ้นมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการร่วมโปรแกรมของทั้ง 2 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\overline{X}$=30.60±8.55) และทักษะทางสังคม ($\overline{X}$=3.08±1.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

Table 3 Comparisons of functional ability components in stroke participants at pre and post intervention.

Variables		$\overline{X}$ (SD)	t	Sig. (2-tailed)
Bed mobility	Pretest	22.84 (3.10)	-0.689	0.497
	Post-test	23.16 (2.46)		
Self care	Pretest	30.60 (8.55)	-2.299	0.031*
	Post-test	33.40 (5.10)		
Bowel & bladder control	Pretest	11.44 (1.47)	0.562	0.579
	Post-test	11.24 (1.99)		
Mobility	Pretest	10.04 (3.90)	0.149	0.883
	Post-test	9.96 (3.06)		
Locomotion	Pretest	7.56 (4.05)	-1.660	0.110
	Post-test	8.44 (3.85)		
Social skills	Pretest	3.08 (1.61)	-2.161	0.041*
	Post-test	4.16 (1.80)		

*$p<0.05$

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าคะแนนรวมความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ($\overline{X}$=90.60±13.36) เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับบริการ ($\overline{X}$=85.24±18.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถของการทำกิจวัตรประจำวันเป็นรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการร่วมโปรแกรมของความสามารถในการดูแลตนเอง ($\overline{X}$=33.40±5.10) และทักษะทางสังคม ($\overline{X}$=4.16±1.80) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการร่วมโปรแกรมของทั้ง 2 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\overline{X}$=30.60±8.55) และทักษะทางสังคม ($\overline{X}$=3.08±1.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประเมินกิจวัตรประจำวันด้านการดูแลตนเองหลายด้าน ตั้งแต่ระดับพื้นฐานอย่างง่าย ได้แก่ การรับประทานอาหาร ดื่มน้ำจากแก้ว ล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม อาบน้ำ ใส่เสื้อและกางเกง เป็นต้น จะเห็นว่าการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม เหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย หากร่างกายซีกหนึ่งยังดีอยู่ สามารถทำได้ด้วยมือเดียวถ้าได้รับคำแนะนำและจัดท่านั่งอย่างถูกต้อง กิจกรรมง่ายๆ เหล่านี้ ผู้พิการในชุมชนอาจไม่ได้ทำเองเพราะญาติหรือผู้ดูแลบางคนคอยช่วยเหลือแทบทั้งหมด เนื่องจากเกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมินด้านกิจวัตรประจำวันนั้น หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ หรือแม้กระทั่งทำได้แต่ผู้พิการไม่ยอมทำเอง คะแนนที่ได้คือศูนย์คะแนน ในทางตรงข้าม หลังจากได้รับคำแนะนำและผู้ป่วยทำได้เองทันที การประเมินครั้งหลังผู้พิการจะได้คะแนน 6 คะแนน เพราะฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวนหนึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ดังกล่าว คือเมื่อเข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและได้รับคำแนะนำและการฝึกจาก อสม. ในการทำกิจกรรมพื้นฐานเหล่านี้ ผู้พิการก็สามารถทำได้เองภายในเวลาไม่นาน คะแนนความสามารถจึงเพิ่มขึ้นได้ไม่ยาก แม้เป็นกิจกรรมที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การใส่เสื้อและกางเกงด้วยตนเอง เข้าห้องน้ำห้องส้วม และอาบน้ำ เป็นต้น ถ้าผู้พิการได้รับคำแนะนำ รวมทั้งญาติผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจว่าผู้พิการทำได้และควรทำเองจะเป็นแรงเสริมให้ผู้พิการมีความตั้งใจในการพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเต็มที่ตามศักยภาพของตัวเขาเอง ถ้าผู้พิการสามารถทำเองได้มากขึ้นและญาติผู้ดูแลช่วยน้อยลง คะแนนของการประเมินด้านกิจวัตรประจำวันก็จะดีขึ้น และเมื่อผู้พิการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเองอย่างต่อเนื่อง ระดับการช่วยเหลือจะลดลง ท้ายที่สุดกิจกรรมบางอย่างอาจทำได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสามารถด้านทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้พิการได้ออกจากบ้านมารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ภายในชุมชน ทำให้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับผู้ให้บริการ คือ อสม. รวมทั้งผู้พิการประเภทต่างๆ ภายในศูนย์ ได้ร่วมกิจกรรมกลุ่มในแบบต่างๆ มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นและกล้าพูดคุยแสดงออกมากขึ้น คะแนนความสามารถด้านนี้จึงเพิ่มขึ้นได้ชัดเจน ส่งผลให้ความสามารถ

ด้านการทำกิจวัตรประจำวันโดยรวมสูงขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับรายงานลักษณะใกล้เคียงกันก่อนหน้านี้ของ พิศักดิ์ นที และ ธีรภัทร์[12] ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือนักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์ ซึ่งหลังจากได้รับการอบรมโปรแกรมดังกล่าวนี้แล้ว อสม. ต้องออกเยี่ยมบ้านผู้พิการเพื่อให้ความรู้แก่ผู้พิการและญาติรวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การศึกษาและเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 27 ราย และ อสม. ที่ออกเยี่ยมบ้าน จำนวน 27 คน การศึกษานี้ อสม. ต้องออกเยี่ยมบ้านผู้พิการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดย อสม. 1 คน เยี่ยมบ้านผู้พิการ 1 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ($\bar{X}$=89.63±8.95) เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการเยี่ยมบ้าน ($\bar{X}$=85.59±13.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) อย่างไรก็ตาม การออกเยี่ยมบ้านผู้พิการนั้นใช้เวลาค่อนข้างมากและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการได้จำนวนน้อยราย

สอดคล้องกับการศึกษาของ Mauro, Biggeri, Deepak &Trani[13] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในประเทศอินเดียในปี ค.ศ. 2009-2010 โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้พิการทั้งหมดจำนวน 2,540 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 1,919 ราย ที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ระหว่างปี คศ. 1997 และ 2009 ส่วนอีก 621 ราย เป็นผู้พิการที่ไม่อยู่ในเขตที่ดำเนินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน การศึกษาพบว่าผู้พิการที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีพัฒนาการดีกว่ากลุ่มควบคุมในตัวแปรที่ศึกษาทั้ง 4 ด้านคือ 1) ด้านการเข้าถึงเบี้ยบำนาญหรือเงินช่วยเหลือผู้พิการ 2) การได้รับอุปกรณ์ช่วย 3) การได้งานทำ และ 4) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างอิสระ โดยเพิ่มขึ้น 29.7%, 9.4%, 12.3% และ 36.2% ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Ru และคณะ[14] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50,000 ราย ที่กรุงปักกิ่งประเทศจีน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลา 2 ปี และเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นเวลา 3 เดือนและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีความสามารถด้านการเคลื่อนไหว (motor function) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ กิจกรรมทางสังคม (social activity) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Park และ Lee[15] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและระดับสติปัญญาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังที่ประเทศเกาหลีใต้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 11 ราย ซึ่งได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน 10 ครั้ง ภายใน 10 เดือน (เดือนละ 1 ครั้ง และครั้งละ 2 ชั่วโมง) ใช้แบบประเมิน Modified Barthel Index และ Korean Mini-Mental State Examination เพื่อดูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและระดับสติปัญญาตามลำดับ พบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและระดับสติปัญญาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนที่บุคคลในชุมชนมีส่วนช่วยเหลือดูแลกันเอง

ข้อจำกัดงานวิจัย

งานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของรูปแบบการวิจัยซึ่งเป็นแบบ one group pretest-posttest research design จึงไม่มีกลุ่มควบคุมผู้พิการที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์ฟื้นฟูฯ สำหรับเปรียบเทียบความสามารถด้านกิจวัตรประจำวัน การศึกษาถัดไปอาจพิจารณาให้มีกลุ่มควบคุมดังกล่าวนี้เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของงานวิจัยมากขึ้น ข้อจำกัดอีกด้านหนึ่งได้แก่ เวลาที่ใช้ในการอบรม อสม. สั้นเกินไปกล่าวคือ 7 ชั่วโมงทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ แม้ทางวิทยากรได้พยายามให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ความรู้และความเข้าใจอย่างแท้จริง โดยแจกคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่อ่านเข้าใจง่าย มีรูปประกอบชัดเจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ไม่ยาก และในภาคการฝึกปฏิบัติก็ได้มีการเชิญผู้ที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีกจริงๆ มาเป็นตัวอย่างให้ฝึก นอกจากนี้ ในทุก 2 สัปดาห์ยังมีนักกิจกรรมบำบัดไปเยี่ยมศูนย์ฟื้นฟูฯ เพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ อสม. หากมีปัญหาในการดูแลผู้พิการ เชื่อว่าวิธีการเหล่านี้ช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติ แก่ อสม. ได้มากขึ้นในเวลาที่จำกัดนี้

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ประเมินผลความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันที่ระยะ 3 เดือนหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ความสามารถบางด้านอาจยังเพิ่มขึ้นไม่ชัดเจน ดังนั้น หากได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูฯ ที่ระยะเวลามากกว่าเดิม เช่น 6-12 เดือน อาจช่วยให้เห็นผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดยชุมชนได้มากยิ่งขึ้น

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนรวมของความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันหลังได้รับบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการร่วมโปรแกรมของความสามารถในการดูแลตนเองและทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนการร่วมโปรแกรมของทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง และทักษะทางสังคม ชี้ให้เห็นว่าการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนโดยมีบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชนอย่างเช่น อสม. ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วมาช่วยบริการ มีผลช่วยส่งเสริมความสามารถของคนพิการในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น โดยเฉพาะในด้านของการดูแลตนเอง และทักษะทางสังคม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการบริการวิชาการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องยั่งยืนพ.ศ. 2556-2560 คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการโครงการฯ ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในครั้งนี้ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังขอขอบคุณ อสม. ในเขต ทต. หนองควาย อ. หางดง จ. เชียงใหม่ เขต ทต. ป่าแดด อ. เมือง จ. เชียงใหม่ เขต ทต. สันกลาง อ. สันกำแพง จ. เชียงใหม่ และเขต ทต. สันโป่ง อ. แม่ริม จ. เชียงใหม่ ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในโครงการวิจัย และขอขอบคุณผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านในเขต ทต. ทั้ง 4 แห่งที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในการให้ข้อมูลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คณะผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Non Communicable Disease. Information and statistics of non-communicable disease. [in Thai]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014.
2. Bunyamark T. Occupational therapy in stroke. In Chinchai P & Bunyamark T, editors. The Occupational Therapy for Persons with Neurological Conditions 3rd ed. Chiang Mai: Chiang Mai Printing; 2011: 122-43.[in Thai].
3. Gillen G. Cerebrovascular accident/stroke. In Pendleton HM & Schultz-Krohn W, editors. Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction 7thed.St. Louis, MS: ELSEVIER MOSBY; 2013: 844-80.
4. Foti D. & Koketsu JS. Activities of daily living. In Pendleton HM & Schultz-Krohn W, editors. Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction 7th ed. St. Louis, MS: ELSEVIER MOSBY; 2013: 157-232.
5. Roth EJ, Harvey RL. Rehabilitation of stroke syndromes. In: Braddom RL editor. Physical Medicine and Rehabilitation 2nded. Philadelphia: WB Saunders; 1996: 1053-87.
6. Pakdee P & Chinchai P. The influence of home visit program on functional abilities and quality of life in persons with disabilities resulting from stroke. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci, 2016; 49: 276-85.[in Thai].
7. Chinchai P, Marquis R & Passmore A. A Study of Male with Spinal Cord Injury in Thailand [Dissertation]. School of Occupational Therapy, Curtin University of Technology; 2003.
8. Department of Empowerment of Persons with Disabilities [Internet]. The Act to promote and improve the quality of life for persons with disabilities 2007. [in Thai]. Ministry of Social Development and Human Security; 2015 [cited 2015 Nov 8]. Available from http://nep.go.th/th/node/446
9. 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.
10. Chinchai P, Chinchai S, Bunyamark T. Architectural structures in home and performance of activities ofdaily living of people with spinal cord injuries. The Journal of Occupational Therapist Association of Thailand 2006; 11: 9-18.[in Thai].
11. Munro BH. Statistical Methods for Health Care Research. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
12. Chinchai P, Jindakham N & Punyanon T. Effect of rehabilitation education to village volunteers toward activities of daily living performanceof people with disabilities resulting from stroke. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci 2015; 48: 241-50. [in Thai].
13. Mauro V, Biggeri M, Deepak S & Trani JF.The effectiveness of community-based rehabilitation programmes: an impact evaluation of a quasi-randomised trial. J Epidemiol Community Health. 2014;68:1102-08 doi:10.1136/jech-2013-203728.
14. Ru X, Dai H, Jiang B, Li N, Zhao X, Hong Z, He L & Wang W. Community-based rehabilitation to improve stroke survivors' rehabilitation participation and functional recovery. Am J Phys Med Rehabil 2016; 00: 1-7.
15. Park YJ & Lee CY. Effects of community-based rehabilitation program on activities of daily living and cognition in elderly chronic stroke survivors. J Phys Ther Sci 2016; 28: 3264-6.