

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 44 ราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2544 ถึงเดือนพฤษภาคม 2544 ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
3. ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่าย
4. การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้านภายหลังจำหน่าย
5. ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านเกี่ยวกับภาระและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 44 ราย เป็นเพศชาย 31 ราย (ร้อยละ 70.5) เพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 29.5) ร้อยละ 59.1 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ ศาสนา พุทธ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 36 ประมาณ 1-7 วัน ก่อนการเจ็บป่วยร้อยละ 40.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลร้อยละ 38.6 เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด ร้อยละ 95.4 ผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งมีสมาชิกประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และหลาน ส่วนใหญ่บ้านอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 54.5 มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 40.9 มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	70.5
หญิง	13	29.5
อายุ		
20 – 40 ปี	2	4.5
41 – 60 ปี	16	36.4
61 – 88 ปี	26	59.1
สถานภาพสมรส		
คู่	35	79.5
หม้าย	9	20.5
ศาสนา		
พุทธ	39	88.6
อิสลาม	5	11.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	15.9
ประถมศึกษา	29	65.9
มัธยมศึกษา	3	6.8
สูงกว่ามัธยมศึกษา	5	11.4
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล		
1 – 7 วัน	36	81.8
8 – 14 วัน	5	11.4
15 – 21 วัน	-	-
22 – 42 วัน	3	6.8

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพก่อนเจ็บป่วย		
ไม่ประกอบอาชีพ	18	40.9
ค้าขาย	6	13.6
รับจ้าง	6	13.6
เกษตรกร	10	22.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	9.1
รายได้ผู้ป่วยก่อนเจ็บป่วย		
ไม่มีรายได้	19	43.2
ต่ำกว่า 3,000 บาท	9	20.4
3,001 – 6,000 บาท	4	9.1
6,001 – 9,000 บาท	2	4.6
9,001 – 12,000 บาท	3	6.8
มากกว่า 12,000 บาท	7	15.9
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล		
ครอบครัวจ่ายทั้งหมด	2	4.6
เบิกจากต้นสังกัด	17	38.6
ประกันสังคม	2	4.6
บัตรสวัสดิการประชาชน	15	34.1
บัตรประกันสุขภาพ	6	13.6
สังคมสงเคราะห์	2	4.6
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ		
อยู่คนเดียว	1	2.3
ครอบครัว	42	95.4
ญาติ	1	2.3
ที่อยู่ปัจจุบัน		
ในเขตเทศบาล	15	34.1
นอกเขตเทศบาล	29	65.9

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	20	45.5
เคยสูบ	24	54.5
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มเลย	26	59.1
เคยดื่ม	18	40.9

จากตาราง 2 ประวัติการเจ็บป่วยจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 38.6 ผู้ป่วยไม่มีโรคเรื้อรังมาก่อน สำหรับในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว 27 ราย พบว่า มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.2 โดยมีโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวร้อยละ 15.9 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่นร้อยละ 27.3 ประวัติบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 88.6 ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดในสมองอย่างชัดเจน โดยสามารถดูได้จากภาพถ่ายสมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (CT scan) ซึ่งพบว่ามีหลอดเลือดในสมองแตก (hemorrhagic stroke) ร้อยละ 13.6 และสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ร้อยละ 86.4 ส่วนของร่างกายด้านที่เป็นอัมพาต ส่วนใหญ่พบอ่อนแรงซีกขวาร้อยละ 54.5 ซีกซ้ายร้อยละ 45.5

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับบ้าน ร้อยละ 97.7 ได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน มีผู้ป่วย 1 ราย (ร้อยละ 2.3) ที่ไม่ได้รับยาไปรับประทานต่อ ผู้ป่วยร้อยละ 84.1 ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และป้องกันการเกิดลิ่มเลือดร่วมกับยาในกลุ่มอื่น ที่เหลือร้อยละ 15.9 ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และป้องกันการเกิดลิ่มเลือด แต่ได้รับยาในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ยาเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง (ร้อยละ 20.5) ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด วิตามินและยาระบาย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับการนัดมาตรวจหลังจำหน่าย โดยพบว่า ร้อยละ 70.5 มีการนัดมาตรวจภายหลังจำหน่าย 1-2 สัปดาห์ มีผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 4.5) ที่แพทย์ไม่ได้นัดมาตรวจหลังจำหน่าย เนื่องจากผู้ป่วย 1 ราย มีการฟื้นตัวกลับสู่ปกติ อีก 1 ราย แพทย์ส่งต่อให้ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคเรื้อรังที่เป็นมาก่อน		
ไม่มี	17	38.6
มี	27	61.4
ความดันโลหิตสูง	7	15.9
ความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่น	12	27.3
เบาหวาน	3	6.8
หัวใจ	3	6.8
เก๊าท์	1	2.3
หอบหืด	1	2.3
ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว		
ไม่มี	39	88.6
มี	5	11.4
พยาธิสภาพ		
หลอดเลือดสมองแตก	6	13.6
สมองขาดเลือด	38	86.4
ด้านที่เป็นอัมพาต		
ซีกขวา	24	54.5
ซีกซ้าย	20	45.5
ยาที่ได้รับขณะจำหน่าย		
ไม่มี	1	2.3
มี	43	97.7
ระยะเวลานัด		
ไม่มี	2	4.5
1-2 สัปดาห์	31	70.5
3-4 สัปดาห์	10	22.7
มากกว่า 4 สัปดาห์	1	2.3

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

จากตาราง 3 ผู้ดูแลจำนวน 44 ราย ร้อยละ 84.1 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-60 ปี สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกร การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 68.2 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 6,000 บาท พบร้อยละ 52.3 รายได้ของครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 75 ซึ่งไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยชายส่วนใหญ่มีภรรยาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 83.9 ที่เหลือเป็นบุตรหลานและน้อง ร้อยละ 16.1 สำหรับผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 84.6 รองลงมาเป็นสามี ร้อยละ 15.4

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	15.9
หญิง	37	84.1
อายุ		
20 – 40 ปี	10	22.7
41 – 60 ปี	28	63.6
61 – 77 ปี	6	13.6
สถานภาพสมรส		
โสด	7	15.9
คู่	35	79.5
หม้าย	1	2.3
หย่า/แยกกันอยู่	1	2.3
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	6.8
ประถมศึกษา	30	68.2
มัธยมศึกษา	2	4.5
สูงกว่ามัธยมศึกษา	9	20.5

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ผู้ป่วยชาย		
ภรรยา	26	83.9
บุตรหลาน	4	12.9
พี่น้อง	1	3.2
ผู้ป่วยหญิง		
บุตรหลาน	11	84.6
สามี	2	15.4
อาชีพ		
งานบ้าน	9	20.5
ค้าขาย	9	20.5
รับจ้าง	6	13.6
เกษตรกร	14	31.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	13.6
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
< 6,000 บาท	23	52.3
6,001 – 12,000 บาท	8	18.2
มากกว่า 12,000 บาท	13	29.5
ปัญหาค่าใช้จ่าย		
ไม่มี	33	75.0
มี	11	25.0

จากตาราง 4 ร้อยละ 86.4 ของผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและร้อยละ 63.6 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นพบว่าร้อยละ 47.7 มีญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัวคอยช่วยเหลือ ร้อยละ 9.1 จ้างคนรับใช้หรือลูกจ้าง ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 43.2 ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพังไม่มีผู้ช่วยเหลือ และพบว่าร้อยละ 81.8 ผู้ดูแลไม่มีภาระอื่น นอกเหนือจากการประกอบอาชีพตามปกติ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลทั่วไปในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	38	86.4
มี	6	13.6
การได้รับข้อมูลการดูแลผู้ป่วย		
ไม่เคย	28	63.6
ได้รับ	16	36.4
ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	19	43.2
ญาติพี่น้อง/บุคคลในครอบครัว	21	47.7
คนรับใช้ ลูกจ้าง	4	9.1
ภาระอื่นที่นอกเหนือจากประกอบอาชีพ		
ไม่มี	36	81.8
มี	8	18.2

3. ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่าย

3.1 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายในแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

จากตาราง 5 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายทั้งก่อนและหลังจำหน่ายในแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร โดยศึกษาอาการและความผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างพบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีปัญหาท้องอืด และมีอาการสำคัญของกลืนอาหารพบก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่าง 11 ราย (ร้อยละ 25.0) มีอาการท้องอืด ซึ่งใน 11 รายนี้หลังจำหน่ายพบว่า 8 ราย อาการท้องอืดหายไป อีก 3 ราย อาการท้องอืดยังคงมีอยู่หลังจำหน่าย และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ซึ่งไม่มีอาการท้องอืดก่อนจำหน่าย แต่พบหลังจำหน่าย ส่วนปัญหามีอาการสำคัญของกลืนอาหารก่อนจำหน่ายมีกลุ่มตัวอย่าง 19 ราย (ร้อยละ 43.2) ใน 19 รายนี้ หลังจำหน่าย 10 ราย ไม่มีอาการสำคัญของกลืนอาหาร อีก 9 รายยังคงมีอาการสำคัญอยู่หลังจำหน่าย และอีก 2 รายไม่มีอาการสำคัญของกลืนอาหารก่อนจำหน่าย แต่พบหลังจำหน่าย

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เมื่ออาหารพบสัดส่วนหลังจำหน่ายมากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเบื่ออาหาร 10 ราย (ร้อยละ 22.7) ใน 10 รายนี้ หลังจำหน่าย 2 รายไม่มีภาวะเบื่ออาหาร อีก 8 ราย ยังคงมีอยู่ และอีก 11 ราย พบเฉพาะหลังจำหน่ายเท่านั้น ซึ่งก่อนจำหน่ายไม่มีภาวะเบื่ออาหารมาก่อน

อาการคลื่นไส้ ขณะอยู่โรงพยาบาลไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนี้ ภายหลังจากจำหน่าย พบว่ามี 3 ราย สำหรับแผลกดทับ ก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย มีแผลกดทับและหายไปหลังจำหน่าย แต่มี 1 ราย ที่มีแผลกดทับเกิดขึ้นหลังจำหน่าย

ตาราง 5 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติในแบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร ก่อนและหลังจำหน่าย ทดสอบความแตกต่างด้วยแมคนีมาร์ (McNemar Test)

ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		P - value
			ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	
ท้องอืด	ไม่มี	33 (ร้อยละ 75.0)	32 (72.7)	1 (2.3)	.039*
	มี	11 (ร้อยละ 25.0)	8 (18.2)	3 (6.8)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	40 (90.9)	4 (9.1)	
คลื่นไส้	ไม่มี	44 (ร้อยละ 100.0)	41 (93.2)	3 (6.8)	ทดสอบ ไม่ได้
	มี	0	0	0	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	41 (93.2)	3 (6.8)	
เบื่ออาหาร	ไม่มี	34 (ร้อยละ 77.3)	23 (52.3)	11 (25.0)	.022*
	มี	10 (ร้อยละ 22.7)	2 (4.5)	8 (18.2)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	25 (56.8)	19 (43.2)	
มีอาการสำคัญขณะกิน อาหาร	ไม่มี	25 (ร้อยละ 56.8)	23 (52.3)	2 (4.5)	.039*
	มี	19 (ร้อยละ 43.2)	10 (22.7)	9 (20.5)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	33 (75.0)	11 (25.0)	
แผลกดทับ	ไม่มี	43 (ร้อยละ 97.7)	42 (95.4)	1 (2.3)	ทดสอบ ไม่ได้
	มี	1 (ร้อยละ 2.8)	1 (2.3)	0	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	43 (97.7)	1 (2.3)	

*p < .05 NS = non significant

จากตาราง 6 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีผิวหนังบวม และผิวหนังแห้งเป็นสะเก็ด ก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่ายไม่พบความแตกต่างทางสถิติ โดยพบว่า ก่อนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย (ร้อยละ 4.5) มีขาและหลังเท้าบวมกดบุ๋มทั้งสองข้าง ซึ่งอาการดังกล่าวหายไปภายหลังจำหน่าย แต่มี 1 รายที่ ก่อนจำหน่ายผิวหนังไม่บวม แต่พบขาและหลังเท้าบวมและกดบุ๋มทั้งสองข้างภายหลังจำหน่าย สำหรับผิวหนังแห้งเป็นสะเก็ดก่อนจำหน่ายพบกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย (ร้อยละ 2.3) ภายหลังจำหน่าย ภาวะดังกล่าวหายไป แต่พบ 4 ราย (ร้อยละ 9.1) ซึ่งก่อนจำหน่ายไม่มีแต่ภายหลังจำหน่ายพบ ผิวหนังแห้งเป็นสะเก็ด

กลุ่มตัวอย่างที่ผิวหนังมีตุ่มน้ำ และ/หรือ ตุ่มหนอง ก่อนจำหน่าย พบ 2 ราย (ร้อยละ 4.5) ภายหลังจำหน่ายหายไป

ตาราง 6 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติของผิวหนังก่อนและหลังจำหน่าย ทดสอบความแตกต่างด้วยแมคนีมาร์ (McNemar Test)

ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		P - value
			ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	
ผิวหนังบวม	ไม่มี	42 (ร้อยละ 95.5)	41 (93.2)	1 (2.3)	1.000 ^{NS}
	มี	2 (ร้อยละ 4.5)	2 (4.5)	0	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	43 (97.7)	1 (2.3)	
ผิวหนังแห้งเป็นสะเก็ด	ไม่มี	43 (ร้อยละ 97.7)	39 (88.6)	4 (9.1)	.375 ^{NS}
	มี	1 (ร้อยละ 2.3)	1 (2.3)	0	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	40 (90.9)	4 (9.1)	
ผิวหนังมีตุ่มน้ำและ/หรือ ตุ่มหนอง	ไม่มี	42 (ร้อยละ 95.5)	42 (95.5)	0	ทดสอบ ไม่ได้
	มี	2 (ร้อยละ 4.5)	2 (4.5)	0	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	44 (100.0)	0	

NS = non significant

3.2 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายในแบบแผนการขับถ่าย

จากตาราง 7 พบว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาท้องผูก กลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ พบก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่าย ทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างแต่มีแนวโน้มลดลง โดยพบว่า ก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างท้องผูก 14 ราย (ร้อยละ 31.8) ซึ่งใน 14 รายนี้หลังจำหน่าย

7 รายไม่มีภาวะท้องผูก อีก 7 ราย ยังคงมีท้องผูกอยู่ และมีกลุ่มตัวอย่างอีก 5 รายที่ไม่มีภาวะท้องผูก ก่อนจำหน่าย แต่พบภายหลังจำหน่าย

กลุ่มตัวอย่างที่กลืนอุจจาระไม่ได้ก่อนจำหน่าย 5 ราย (ร้อยละ 11.4) ภายหลังจำหน่ายสามารถกลืนอุจจาระได้ 3 ราย อีก 2 ราย ยังคงกลืนอุจจาระไม่ได้ สำหรับอาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ก่อนจำหน่าย 10 ราย (ร้อยละ 22.7) ภายหลังจำหน่ายพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถกลืนปัสสาวะได้ 6 ราย อีก 4 ราย ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ และพบกลุ่มตัวอย่าง 4 ราย ที่กลืนปัสสาวะไม่ได้ ภายหลังจำหน่าย ซึ่งก่อนจำหน่ายสามารถกลืนปัสสาวะได้

สำหรับภาวะท้องเสีย สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่าย มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าก่อนจำหน่ายมีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย (ร้อยละ 2.3) ภายหลังจำหน่ายก็ยังคงมีอยู่ และพบอีก 1 ราย ที่มีภาวะท้องเสียภายหลังจำหน่าย โดยก่อนจำหน่ายไม่พบมาก่อน

ปัญหาปัสสาวะมีตะกอนขาว/เหลืองขุ่น ปวดท้องน้อย และ/หรือท่อปัสสาวะและการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว ภายหลังจำหน่ายมีแนวโน้มลดลงโดยพบว่า ก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างที่ปัสสาวะมีตะกอนขาว/เหลืองขุ่น 4 ราย (ร้อยละ 9.1) ปวดท้องน้อย และ/หรือท่อปัสสาวะ 3 ราย (ร้อยละ 6.8) และสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว 1 ราย (ร้อยละ 2.3) ซึ่งภายหลังจำหน่ายไม่พบปัญหาดังกล่าว

ตาราง 7 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติในแบบแผนการขับถ่ายก่อนและหลังจำหน่าย ทดสอบความแตกต่างด้วยแมคเนียร์ (McNemar Test)

ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		P - value
			ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	
ท้องผูก	ไม่มี	30 (ร้อยละ 68.2)	25 (56.8)	5 (11.4)	.774 ^{NS}
	มี	14 (ร้อยละ 31.8)	7 (15.9)	7 (15.9)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	32 (72.7)	12 (27.3)	
ท้องเสีย	ไม่มี	43 (ร้อยละ 97.7)	42 (95.4)	1 (2.3)	1.000 ^{NS}
	มี	1 (ร้อยละ 2.3)	0	1 (2.3)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	42 (95.4)	2 (4.6)	
กลืนอุจจาระไม่ได้	ไม่มี	39 (ร้อยละ 88.6)	39 (88.6)	0	.250 ^{NS}
	มี	5 (ร้อยละ 11.4)	3 (6.8)	2 (4.6)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	42 (95.4)	2 (4.6)	

ตาราง 7 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		P - value
			ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	
กลิ่นปัสสาวะไม่ได้	ไม่มี	34 (ร้อยละ 77.3)	30 (68.2)	4 (9.1)	.754 ^{NS}
	มี	10 (ร้อยละ 22.7)	6 (13.6)	4 (9.1)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	36 (81.8)	8 (18.2)	
ปัสสาวะมีตะกอนขาว/ เหลืองขุ่น	ไม่มี	40 (ร้อยละ 90.9)	40 (90.9)	0	ทดสอบ ไม่ได้
	มี	4 (ร้อยละ 9.1)	4 (9.1)	0	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	44 (100.0)	0	
ปวดท้องน้อย และ/หรือ ท่อปัสสาวะ	ไม่มี	41 (ร้อยละ 93.2)	41 (93.2)	0	ทดสอบ ไม่ได้
	มี	3 (ร้อยละ 6.8)	3 (6.8)	0	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	44 (100.0)	0	
สวนปัสสาวะเป็น ครั่งคราว	ไม่มี	43 (ร้อยละ 97.7)	0	0	ทดสอบ ไม่ได้
	มี	1 (ร้อยละ 2.3)	0	0	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	0	0	

NS = non significant

3.3 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายในแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

จากตาราง 8 ก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างสามารถพลิกตะแคงตัวได้เอง ร้อยละ 86.4 หลังจำหน่าย 1 เดือน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถพลิกตะแคงตัวได้เองมีเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 97.7) แต่การทดสอบทางสถิติไม่แตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 38 ราย (ร้อยละ 86.4) สามารถพลิกตะแคงตัวได้ก่อนจำหน่าย ใน 38 รายนี้ พบ 1 ราย ที่ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้หลังจำหน่าย แต่มีกลุ่มตัวอย่าง 6 ราย ซึ่งไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ก่อนจำหน่าย แต่ภายหลังจำหน่ายสามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ สำหรับความสามารถทรงตัวขณะนั่ง สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 70.5) น้อยกว่าหลังจำหน่าย (ร้อยละ 93.2) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่กลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่าย 13 ราย (ร้อยละ 29.5) ไม่สามารถทรงตัวได้ขณะนั่ง แต่ภายหลังจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ 10 ราย สามารถทรงตัวได้ขณะนั่ง

ภาวะข้อติดแข็งพบว่าก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 ราย ไม่มีภาวะข้อติดแข็ง ส่วนหลังจำหน่ายพบ 1 ราย (ร้อยละ 2.3) ซึ่งไม่สามารถทดสอบความแตกต่างทางสถิติได้ สำหรับสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไอหลังจำหน่าย (ร้อยละ 20.5) น้อยกว่าก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความสำคัญ .01 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 16 ราย ซึ่งมีอาการไอก่อนจำหน่าย ภายหลังจำหน่ายไม่มีอาการไอ

ตาราง 8 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติในแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังจำหน่าย ทดสอบความแตกต่างด้วยแมคเนียร์ (McNemar Test)

ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		P - value
			ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	
การพลิกตะแคงตัวเอง	ไม่มี	6 (ร้อยละ 13.6)	0	6 (13.6)	.125 ^{NS}
	มี	38 (ร้อยละ 86.4)	1 (2.3)	37 (84.1)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	1 (2.3)	43 (97.7)	
ความสามารถทรงตัวขณะนั่ง	ไม่มี	13 (ร้อยละ 29.5)	3 (6.8)	10 (22.7)	.002**
	มี	31 (ร้อยละ 70.5)	0	31 (70.5)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	3 (6.8)	41 (93.2)	
ข้อติดแข็ง	ไม่มี	44 (ร้อยละ 100.0)	43 (97.7)	1	ทดสอบไม่ได้
	มี	0	0	0	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	43 (97.7)	1 (2.3)	
อาการไอ	ไม่มี	22 (ร้อยละ 50.0)	19 (43.2)	3 (6.8)	.004**
	มี	22 (ร้อยละ 50.0)	16 (36.4)	6 (13.6)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	35 (79.6)	9 (20.4)	

** p < .01 NS = non significant

จากตาราง 9 ลักษณะเสมหะพบว่า ก่อนจำหน่าย พบกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย (ร้อยละ 2.3) ที่มีลักษณะสีเหลือง/เขียว แต่หลังจำหน่ายไม่พบลักษณะดังกล่าว สำหรับสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่ายที่มีเสมหะลักษณะสีขาวขุ่น 8 ราย (ร้อยละ 18.2) พบว่าภายหลังจำหน่าย อาการดีขึ้นไม่มีเสมหะ 7 ราย อีก 1 ราย ยังคงมีเสมหะขาวขุ่น ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 5 รายที่มีเสมหะสีขาวใสก่อนจำหน่าย ภายหลังจำหน่ายพบว่าไม่มีเสมหะ 4 ราย อีก 1 ราย ยังคงมีอยู่ สำหรับกลุ่มตัวอย่างซึ่งก่อน

จำหน่ายไม่มีเสมหะ 30 ราย (ร้อยละ 68.2) พบว่าหลังจำหน่าย มีเสมหะสีขาวใส 1 ราย เสมหะสีขาวขุ่น 1 ราย

ตาราง 9 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเสมหะผิดปกติก่อนและหลังจำหน่าย ทดสอบความแตกต่างด้วยแมคนีมาร์ (McNemar Test)

ลักษณะเสมหะก่อนจำหน่าย	ลักษณะเสมหะหลังจำหน่าย				P-value
	ไม่มี เสมหะ (ร้อยละ)	สีขาวใส (ร้อยละ)	สีขาวขุ่น (ร้อยละ)	สีเหลือง/เขียว (ร้อยละ)	
ไม่มีเสมหะ 30 (ร้อยละ 68.2)	28 (63.6)	1 (2.3)	1 (2.3)	0	ทดสอบ ไม่ได้
สีขาวใส 5 (ร้อยละ 11.4)	4 (9.1)	0	1 (2.3)	0	
สีขาวขุ่น 8 (ร้อยละ 18.2)	7 (15.9)	0	1 (2.3)	0	
สีเหลือง/เขียว 1 (ร้อยละ 2.3)	0	0	1 (2.3)	0	
ทั้งหมด 44 (ร้อยละ 100.0)	39 (88.6)	1 (2.3)	4 (9.1)	0	

3.4 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายในแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

จากตาราง 10 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่ายมีปัญหาการนอนหลับ 21 ราย (ร้อยละ 47.7) ภายหลังจากจำหน่ายมีแนวโน้มลดลง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 21 ราย ซึ่งมีปัญหาการนอนหลับก่อนจำหน่ายนี้ ภายหลังจากจำหน่ายไม่มีปัญหาการนอนหลับ 12 ราย อีก 9 ราย ยังคงมีปัญหาอยู่ และมีกลุ่มตัวอย่าง 6 ราย ซึ่งไม่มีปัญหาการนอนหลับก่อนจำหน่าย แต่พบภายหลังจำหน่าย ปัญหาการนอนหลับดังกล่าวพบว่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่ายที่มีปัญหาหลับๆ ตื่นๆ (ร้อยละ 31.8) มากกว่าหลังจำหน่าย (ร้อยละ 13.6) เช่นเดียวกับปัญหาการใช้เวลานานกว่าจะหลับ พบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 6.8) มากกว่าหลังจำหน่าย (ร้อยละ 4.6) แต่แตกต่างจากปัญหาตื่นแล้วนอนไม่หลับซึ่งพบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่าย (ร้อยละ 15.9) มากกว่าก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 9.1)

ตาราง 10 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการนอนหลับก่อนและหลังจำหน่าย ทดสอบความแตกต่างด้วยแมคนีมาร์ (McNemar Test)

ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		P - value
			ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	
ปัญหาการนอนหลับ	ไม่มี	23 (ร้อยละ 52.3)	17 (38.6)	6 (11.4)	.238 ^{NS}
	มี	21 (ร้อยละ 47.7)	12 (27.3)	9 (22.7)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	29 (65.9)	15 (34.1)	

NS = non significant

3.5 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายในแบบแผนสติปัญญา และการรับรู้ในด้านการสื่อสาร

จากตาราง 11 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่ายมีปัญหาการพูด 17 ราย (ร้อยละ 38.6) ภายหลังจากจำหน่ายมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่าง 17 รายนี้ ภายหลังจากจำหน่ายไม่มีปัญหาการพูด 4 ราย อีก 13 ราย ยังคงมีปัญหาอยู่ และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ซึ่งไม่มีปัญหาการพูดก่อนจำหน่าย แต่พบปัญหาดังกล่าวภายหลังจากจำหน่าย ซึ่งปัญหาการพูดที่พบจะเห็นได้ว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่ายที่พูดตะกุกตะกัก (ร้อยละ 31.8) น้อยกว่าหลังจำหน่าย (ร้อยละ 40.9) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่พูดไม่ได้มีสัดส่วนเท่ากันทั้งก่อนและหลังจำหน่าย (ร้อยละ 6.8)

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการพูดมักจะใช้การสื่อสารอย่างอื่นร่วมด้วย โดยพบว่าก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการพูดจำนวน 17 ราย สื่อสารโดยใช้ ท่าทางประกอบการพูด 1 ราย (ร้อยละ 5.9) พยักหน้าแทนตอบรับ หรือส่ายหน้าแทนการปฏิเสธ 4 ราย (ร้อยละ 23.5) และใช้ทั้งสองอย่างพร้อมกัน 2 ราย (ร้อยละ 11.8) ที่เหลืออีก 10 ราย (ร้อยละ 58.8) ใช้การพูดแต่เพียงอย่างเดียว

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการพูดหลังจำหน่าย 1 เดือน จำนวน 18 ราย พบว่านอกจากสื่อสารโดยการพูดแล้ว กลุ่มตัวอย่างใช้ท่าทางประกอบการพูด 1 ราย (ร้อยละ 5.6) พยักหน้าแทนการตอบรับหรือส่ายศีรษะแทนการปฏิเสธร่วมกับใช้ท่าทางประกอบการพูด 3 ราย (ร้อยละ 16.7) และใช้การเขียนหนังสือร่วมกับการใช้ท่าทางประกอบการพูดพร้อมกับพยักหน้าแทนการตอบรับหรือส่ายศีรษะแทนการปฏิเสธ 1 ราย (ร้อยละ 5.6) ที่เหลือ 13 ราย (ร้อยละ 72.2) ใช้การพูดในการสื่อสารเพียงอย่างเดียว

ตาราง 11 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติในการพูดก่อนและหลังจำหน่ายทดสอบความแตกต่างด้วยแมคนีมาร์ (McNemar Test)

ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		P - value
			ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	
ปัญหาการพูด	ไม่มี	27 (ร้อยละ 61.4)	22 (50.0)	5 (11.4)	1.000 ^{NS}
	มี	17 (ร้อยละ 38.6)	4 (9.1)	13 (29.5)	
	ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	26 (59.1)	18 (40.9)	

NS = non significant

3.6 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่าย

จากตาราง 12 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนจำหน่ายที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป พบ 30 ราย (ร้อยละ 68.2) หลังจำหน่ายพบ 28 ราย (ร้อยละ 63.7) สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจำหน่ายไม่พบความแตกต่างทางสถิติ แต่มีแนวโน้มลดลง ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า 30 ราย ก่อนจำหน่ายนี้ หลังจำหน่ายพบว่า 6 ราย ไม่มีภาวะซึมเศร้า อีก 24 ราย ยังคงมีภาวะซึมเศร้า สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 14 ราย (ร้อยละ 31.8) ซึ่งไม่มีภาวะซึมเศร้าก่อนจำหน่าย ภายหลังจำหน่ายพบว่ามีภาวะซึมเศร้า 4 ราย

ตาราง 12 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังจำหน่าย ทดสอบความแตกต่างด้วยแมคนีมาร์ (McNemar Test)

ภาวะซึมเศร้าก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		P-value
		ไม่มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	
ไม่มี	14 (ร้อยละ 31.8)	10 (22.7)	4 (9.1)	.754 ^{NS}
มี	30 (ร้อยละ 68.2)	6 (13.6)	24 (54.6)	
ทั้งหมด	44 (ร้อยละ 100.0)	16 (36.3)	28 (63.7)	

NS = non significant

3.7 เปรียบเทียบเส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน กำลังกล้ามเนื้อ สัญญาณชีพ คะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการนอนหลับก่อนและหลังจำหน่าย

จากตาราง 13 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยชาย 31 ราย ผู้ป่วยหญิง 13 ราย ทุกรายจะได้รับการ วัดเส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขนเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ ก่อนและหลังจำหน่าย โดยวัดเฉพาะ ด้านที่ปกติและวัดข้างเดียวกันทั้งก่อนและหลังจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง ชายและหญิงมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขนอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งก่อนและหลังจำหน่ายซึ่ง สะท้อนให้เห็นถึงภาวะโภชนาการปกติ โดยที่กลุ่มตัวอย่างชายมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน ก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่าย ($\bar{x} = 28.08$ VS 27.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในผู้หญิง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขนก่อนจำหน่ายมาก กว่าหลังจำหน่าย เช่นกัน ($\bar{x} = 29.17$ VS 28.75) ส่วนกำลังกล้ามเนื้อพบว่า หลังจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีกำลังของกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นกว่าก่อนจำหน่าย โดยเฉพาะแขนและขาข้างที่อ่อนแรง มีกำลังมากขึ้นภายหลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าหลังจำหน่ายมากกว่าก่อน จำหน่าย ($\bar{x} = 15.39$ VS 11.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น 5 คะแนน หรือมากกว่ามีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.2 ร้อยละ 56.8 (16 ราย) มีคะแนนเพิ่มขึ้น 1-4 คะแนน คะแนนเท่าเดิม 6 ราย และคะแนนลดลง 3 ราย

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรศาสตร์ การมีโรคเรื้อรัง ด้านที่เป็นอัมพาต และการ ได้รับการออกกำลังเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อระหว่างกลุ่มที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น 5 คะแนนขึ้นไป กับกลุ่มที่เหลือซึ่งคะแนนลดลง เท่าเดิม และเพิ่มขึ้น 1-4 คะแนน พบว่าไม่มีความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวระหว่างสองกลุ่ม (รายละเอียดในตาราง 1 ภาคผนวก ข) อย่างไรก็ตามกลุ่มที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น 5 คะแนนหรือมากกว่า มีสัดส่วนของผู้หญิง ตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาท ตัวอย่างที่ไม่มี โรคเรื้อรัง ตัวอย่างที่เป็นอัมพาตด้านซ้าย และตัวอย่างที่ได้รับการออกกำลังเคลื่อนไหวข้อและ กล้ามเนื้อมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 5 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบอายุระหว่างสองกลุ่มดังกล่าว พบว่าอายุไม่แตกต่างกัน (65.05 VS 64.44) (รายละเอียดในตาราง 2 ภาคผนวก ข)

ผลการวิเคราะห์นี้แสดงว่า เพศ การมีโรคเรื้อรังอยู่ก่อน รายได้ การออกกำลังข้อและ กล้ามเนื้อภายหลังจำหน่าย ด้านที่เป็นอัมพาต และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านความ สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตาราง 13 เปรียบเทียบเส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน กำลังกล้ามเนื้อ และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังจำหน่าย โดยใช้ paired t-test

ตัวแปร	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		t-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
เส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน					
ชาย	28.08	2.58	27.08	2.86	2.617*
หญิง	29.17	4.24	28.75	4.17	1.449 ^{NS}
กำลังกล้ามเนื้อ					
แขนอ่อนแรง	2.57	1.98	3.39	2.00	-4.910**
แขนปกติ	4.86	0.41	5.10	.00	-2.213*
ขาอ่อนแรง	2.59	1.98	3.70	1.59	-5.151**
ขาปกติ	4.80	0.55	4.91	0.60	-1.301 ^{NS}
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	11.59	5.80	15.39	5.45	-6.969**

* p < .05 ** p < .001 NS = non significant

จากตาราง 14 สัญญาณชีพก่อนและหลังจำหน่ายไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 14 เปรียบเทียบสัญญาณชีพก่อนและหลังจำหน่าย โดยใช้ paired t-test

ตัวแปร	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		t-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
อุณหภูมิ	36.72	.49	36.75	.28	-.406 ^{NS}
อัตราการเต้นของชีพจร	78.14	10.75	76.55	11.04	.714 ^{NS}
อัตราการหายใจ	20.73	3.53	20.45	3.61	.337 ^{NS}
ความดันโลหิตซิสโตลิก	138.18	20.83	136.14	15.13	.749 ^{NS}
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	82.50	11.23	82.73	9.97	-.109 ^{NS}

NS = non significant

จากตาราง 15 การนอนหลับพบว่า ค่าเฉลี่ย จำนวนครั้งในการตื่นนอนตอนกลางคืนก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่าย ($\bar{x} = 2.59$ VS 1.50) และมีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะเวลาอนตลอดทั้งคืน หลังจำหน่ายมากกว่าก่อนจำหน่าย ($\bar{x} = 7.82$ VS 6.82) และมีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาอนตอนกลางวัน ก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่าย ($\bar{x} = 69.25$ VS 63.68) แต่ทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 15 เปรียบเทียบระยะเวลาการนอนหลับ จำนวนครั้งในการตื่นนอน โดยใช้ pair t-test

ตัวแปร	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย		t-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
จำนวนครั้งในการตื่นนอนตอนกลางคืน	2.59	1.78	1.50	1.80	3.428**
ระยะเวลาอนตลอดทั้งคืน (ชั่วโมง)	6.82	1.91	7.82	1.69	-2.447*
ระยะเวลาอนตอนกลางวัน (นาที)	69.25	69.82	63.68	52.86	.562 ^{NS}

* $p < .05$ ** $p < .01$ NS = non significant

โดยสรุปในการศึกษาครั้งนี้ ปัญหาที่พบมากขึ้นภายหลังจำหน่ายได้แก่ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ผิวน้ำแห้งเป็นสะเก็ด และข้อติดแข็ง สำหรับการพลิกตะแคงตัวเอง ความสามารถในการทรงตัวขณะนั่ง กำลังกล้ามเนื้อ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสามารถทำได้ดีขึ้นภายหลังจำหน่าย

4. การดูแลที่ได้รับที่บ้านภายหลังจำหน่าย

เมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านกิจกรรมบางอย่างกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถกระทำตัวเองต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล กิจกรรมในการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับขณะอยู่ที่บ้านประกอบด้วย การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และการดูแลด้านการรักษาพยาบาล

จากตาราง 16 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลได้จากการสัมภาษณ์ ทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พบว่า การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ทั้ง 44 ราย สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ โดยผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ ร้อยละ 84.1 รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ ที่เหลือร้อยละ 15.9 รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ซึ่งจะไม่รับประทานอาหารมื้อเช้า แต่จะรับประทานอาหาร

เฉพาะมือเทียงและเขิน โดยที่มือเทียงรับประทานช่วงเวลาสาย ประมาณ 10.00 น. และร้อยละ 65.9 รับประทานอาหารครบทุกประเภท ได้แก่ อาหารจำพวกข้าว หรือแป้ง เนื้อสัตว์ ปลา เต้าหู้ ผักและผลไม้ กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอาหารไม่ครบทุกประเภท มักจะไม่รับประทานเนื้อสัตว์และผัก เพราะลำบากในการเคี้ยวและกลืน ส่วนอาหารระหว่างมือ ช่วงก่อนเทียงและช่วงบ่าย ร้อยละ 54.5 ไม่ได้รับ และดื่มน้ำน้อยไม่ถึง 8-10 แก้วต่อวัน พบได้ร้อยละ 52.3

การขยับถ่ายปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง 44 ราย ถ่ายปัสสาวะได้เอง ร้อยละ 95.5 ผู้ป่วยสามารถไปถ่ายปัสสาวะในห้องน้ำได้หรือบางรายใช้กระบอกปัสสาวะ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 ราย (ร้อยละ 4.5) ได้รับการใส่ถุงหรือแผ่นรองขับปัสสาวะ ส่วนการทำความสะอาดหลังขับถ่าย ปัสสาวะพบว่า ร้อยละ 65.9 ได้รับการทำความสะอาดทุกครั้ง อีกร้อยละ 34.1 ไม่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกรายได้รับการทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง พบกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย (ร้อยละ 4.5) ที่ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ได้รับการล้างหรือสวนอุจจาระจากผู้ดูแลอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง และได้รับการทำความสะอาดภายหลังการล้างหรือสวนอุจจาระทุกครั้ง

ในด้านการดูแลสุขอนามัยซึ่งมีทั้งหมด 10 กิจกรรม พบ 2 กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกรายได้รับคือ กิจกรรมการอาบน้ำหรือเช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และการดูแลความสะอาด เปลี่ยนเสื้อผ้ากางเกง/ผ้าถุงทุกวันหรือทุกครั้งที่เป็นนอน กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับ ได้แก่ การสังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับ และ/หรือทาโลชั่น เพื่อความชุ่มชื้นแก่ผิวหนังทุกวัน ซึ่งพบร้อยละ 79.5 รองลงมาการตัดผมอย่างน้อย 1 เดือนต่อครั้งพบได้ร้อยละ 43.2 และการทำความสะอาดปากและฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง พบร้อยละ 20.5 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบน้อยที่สุด เพียง 1 รายเท่านั้น (ร้อยละ 2.3) สำหรับการดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นและสะอาดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบร้อยละ 13.6 ที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับ ร้อยละ 9.1 ไม่ได้รับการเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ในกิจกรรมการโกนหนวดเคราอย่างน้อย 2 สัปดาห์ต่อครั้ง พบว่า ผู้ป่วยหญิง 13 ราย (ร้อยละ 29.5) ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนี้ ส่วนผู้ป่วยชาย 34 ราย (ร้อยละ 70.5) พบร้อยละ 11.4 ที่ไม่ได้รับการโกนหนวดเครา อย่างน้อย 2 สัปดาห์ต่อครั้ง

กิจกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับประกอบด้วย 3 กิจกรรม พบว่า การจัดท่านอนที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับทั้ง 44 ราย การจัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิพอเหมาะ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย (ร้อยละ 2.3) ไม่ได้รับ และพบ 2 ราย (ร้อยละ 4.5) ที่ไม่ได้รับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เช่น ไม่มีแสง หรือเสียงรบกวน

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามกิจกรรมการดูแลที่ได้รับที่บ้านในการช่วยเหลือ
ด้านกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรม	ไม่เกี่ยวข้อง		ไม่ได้		ได้	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
การรับประทานอาหารทางปาก						
1. ได้รับอาหารครบทุกประเภท	-		15	(34.1)	29	(65.9)
2. รับประทานอาหารอย่างน้อย วันละ 3 มื้อ			7	(15.9)	37	(84.1)
3. รับประทานอาหารระหว่างมื้อ วันละ 2 ครั้ง	-		24	(54.5)	20	(45.5)
4. ได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	-		23	(52.3)	21	(47.7)
การขับถ่ายปัสสาวะ (ถ่ายปัสสาวะ ได้เอง)						
5. การใส่ถุงหรือแผ่นรองขับ ปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วย	42	(95.5)	-		2	(4.5)
6. การทำความสะอาดหลังขับถ่าย ปัสสาวะทุกครั้ง	-		15	(34.1)	29	(65.9)
การขับถ่ายอุจจาระ						
ถ่ายอุจจาระได้เอง						
7. การทำความสะอาดหลังขับถ่าย อุจจาระทุกครั้ง	-		-		44	(100.0)
ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้						
8. ได้รับการล้างหรือสวนอุจจาระ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	42	(95.5)	-		2	(4.5)
9. การทำความสะอาดภายหลังการ ล้างหรือสวนอุจจาระทุกครั้ง	42	(95.5)	-		2	(4.5)

ตาราง 16 (ต่อ)

กิจกรรม	ไม่เกี่ยวข้อง		ไม่ได้		ได้	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
การดูแลสุขอนามัย						
10. การอาบน้ำ/เช็ดตัวอย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง	-		-		44	(100.0)
11. การทำความสะอาดปากและฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	-		9	(20.5)	35	(79.5)
12. การสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	-		1	(2.3)	43	(97.7)
13. การตัดผมอย่างน้อย 1 เดือน ต่อครั้ง	-		19	(43.2)	25	(56.8)
14. การโกนหนวดเคราอย่างน้อย 2 สัปดาห์ต่อครั้ง	13	(29.5)	5	(11.4)	26	(59.1)
15. การดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้น และสะอาดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	-		6	(13.6)	38	(86.4)
16. การดูแลความสะอาดของ ผิวหนังและเสื้อผ้าให้เรียบร้อย ทุกวัน	-		3	(6.8)	41	(93.2)
17. การสังเกตความผิดปกติของ ผิวหนังที่ถูกกดทับหรือทา โลชั่น เพื่อความชุ่มชื้นแก่ ผิวหนังทุกวัน	-		35	(79.5)	9	(20.5)
18. การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	-		4	(9.1)	40	(90.9)
19. ดูแลความสะอาดและเปลี่ยนเสื้อ กางเกง/ผ้าถุงทุกวันหรือทุกครึ่ง	-		-		44	(100.0)

ตาราง 16 (ต่อ)

กิจกรรม	ไม่เกี่ยวข้อง		ไม่ได้		ได้	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
การนอนหลับ						
20. ได้รับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เช่น ไม่มีแสง เสียงรบกวน	-	2	(4.5)	42	(95.5)	
21. การจัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิพอเหมาะ	-	1	(2.3)	43	(97.7)	
22. การจัดท่านอนที่เหมาะสม	-	-		44	(100.0)	

จากตาราง 17 การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ในด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกรายได้รับการพลิกตะแคงตัว และจัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบาย ทุก 2 ชั่วโมง รองลงมา ร้อยละ 95.5 ได้รับการลุกนั่งอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับมากที่สุดคือ การได้รับข้อมูล/ข่าวสารจากญาติหรือสื่อต่างๆ ทุกวัน พบร้อยละ 40.9 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.1) เป็นผู้สูงอายุ อาจมีความพร่องในการมองเห็น และการได้ยิน นอกจากนี้จากการบอกเล่าของผู้ดูแลพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลไม่ออกไปรบกวน ต้องการให้กลุ่มตัวอย่างได้พักผ่อนเต็มที่ สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไม่ได้รับรองลงมา ร้อยละ 29.5 เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้ออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เนื่องจากผู้ดูแลมีภาระงานประจำในการประกอบอาชีพ จึงไม่ได้ออกกำลังกายให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ผู้ดูแลบางรายจึงต้องจ้างผู้ชำนาญในการนวดแผนไทยเพื่อมานวดให้ผู้ป่วย แต่ไม่ได้นวดทุกวันเช่นกัน

ในส่วนของการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ทั้งหมด 5 กิจกรรม กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับมากที่สุด พบร้อยละ 97.7 คือ ได้รับการสัมผัสและพูดคุยด้วยจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ รองลงมาการได้รับคำชมเชยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง และการได้รับความบันเทิงจากวิทยุหรือโทรทัศน์เมื่อผู้ป่วยต้องการ ซึ่งทั้งสองกิจกรรมได้รับเท่ากันพบร้อยละ 75 กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไม่ได้รับมากที่สุด พบร้อยละ 59.1 ได้แก่ การพาไปพบเพื่อน หรือสถานที่ตามความต้องการของผู้ป่วย รองลงมาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับพบได้ร้อยละ 47.7

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามกิจกรรมการดูแลที่ได้รับที่บ้านในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ

กิจกรรม	ไม่เกี่ยวข้อง		ไม่ได้		ได้	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย						
1. การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้ออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	-		13	(29.5)	31	(70.5)
2. การพลิกตะแคงตัว จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบายทุก 2 ชั่วโมง	-		-		44	(100.0)
3. การลุกนั่งอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	-		2	(4.5)	42	(95.5)
4. การได้รับข้อมูล/ข่าวสารจากญาติ หรือสื่อต่างๆ ทุกวัน	-		18	(40.9)	26	(59.1)
การฟื้นฟูสภาพจิตใจ						
5. การสัมผัสและพูดคุยด้วย จากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	-		1	(2.3)	43	(97.7)
6. ได้รับคำชมเชยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	-		11	(25.0)	33	(75.0)
7. ได้รับความบันเทิงจากวิทยุหรือโทรทัศน์เมื่อผู้ป่วยต้องการ	-		11	(25.0)	33	(75.0)
8. การพาไปพบเพื่อนหรือสถานที่ตามความต้องการของผู้ป่วย	-		26	(59.1)	18	(40.9)
9. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว	-		23	(52.3)	21	(47.7)

จากตาราง 18 กิจกรรมการดูแลที่ได้รับเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม พบว่า กิจกรรมการดูแลและสังเกตอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะทุกวัน เช่น มีไข้ ปัสสาวะขุ่นหรือมีตะกอนมาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับร้อยละ 43.2 รองลงมา ได้แก่ การดูแลและสังเกตอาการผิดปกติของทางเดินหายใจ เช่น มีไข้

เสมหะสีเหลือง/เขียว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.3 ไม่ได้รับ สำหรับการกระตุ้นให้ไอเพื่อขับเสมหะ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การเคาะปอดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทั้งสองกิจกรรมส่วนใหญ่ร้อยละ 97.7 ไม่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับกิจกรรมดังกล่าวเพียงกิจกรรมละ 1 ราย เท่านั้น

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามกิจกรรมการดูแลที่ได้รับที่บ้านในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ

กิจกรรม	ไม่เกี่ยวข้อง		ไม่ได้		ได้	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ						
1. การดูแลและสังเกตอาการ ผิดปกติทุกวัน เช่น มีไข้ เสมหะ สีเหลือง/เขียว	-		12	(27.3)	32	(72.7)
2. การกระตุ้นให้ไอเพื่อขับเสมหะ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	43	(97.7)	-		1	(2.3)
3. การเคาะปอด อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	43	(97.7)	-		1	(2.3)
4. การดูแลและสังเกตอาการ ผิดปกติทุกวัน เช่น มีไข้ ปัสสาวะขุ่น หรือมีตะกอนมาก	-		19	(43.2)	25	(56.8)

จากตาราง 19 การดูแลที่ได้รับด้านการรักษาพยาบาล พบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ การให้อาหารทางสายให้อาหาร การปัสสาวะทางสายสวนคา เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 ราย ไม่มีปัญหา ดังกล่าว สำหรับกิจกรรมการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งมี 3 กิจกรรม พบว่า กิจกรรมการพาไปทำกายภาพบำบัด เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 90.9 **ไม่ได้รับ** รองลงมาการไปรับการตรวจตามนัด พบร้อยละ 25 และมีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 4.5) ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนี้ เนื่องจากแพทย์ไม่ได้นัดมาตรวจหลังจากจำหน่ายไปแล้ว ส่วนกิจกรรมการดูแลให้รับประทานยา ต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง**ไม่ได้รับน้อยที่สุด**เพียงร้อยละ 2.3 เท่านั้น

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามกิจกรรมการดูแลที่ได้รับที่บ้านในด้านการรักษาพยาบาล

กิจกรรม	ไม่เกี่ยวข้อง		ไม่ได้		ได้	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
การหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ	44	(100.0)	-		-	
การให้อาหารทางสายให้อาหาร	44	(100.0)	-		-	
การปัสสาวะทางสายสวนคา	44	(100.0)	-		-	
การรักษาต่อเนื่อง						
การดูแลให้รับประทานยาต่อเนื่อง	-		1	(2.3)	43	(97.7)
การไปรับการตรวจตามนัด	2	(4.5)	31	(70.5)	11	(25)
การพาไปทำกายภาพบำบัด	-		40	(90.9)	4	(9.1)

นอกจากนี้กิจกรรมการดูแลอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับที่บ้าน พบว่า ร้อยละ 13.6 รับประทานยาสมุนไพร มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย (ร้อยละ 2.3) ได้รับการประคบร้อนด้วยผ้าห่อสมุนไพร บริเวณแขนขาข้างที่อ่อนแรง ร้อยละ 20.4 ได้รับการบิบนวดจากหมอบ้าน หรือผู้ชำนาญทางการนวดแผนไทย และร้อยละ 27.3 ได้รับการบิบนวดจากหมอบ้านร่วมกับรับประทานยาสมุนไพร (รายละเอียดแสดงในตาราง 20)

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามกิจกรรมการดูแลอื่นๆ ที่ได้รับที่บ้าน

กิจกรรม	ไม่ได้		ได้	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
การรับประทานยาสมุนไพร	38	(86.4)	6	(13.6)
การบิบนวด	35	(79.5)	9	(20.5)
การบิบนวดร่วมกับรับประทานยาสมุนไพร	32	(72.7)	12	(27.3)
การประคบร้อนด้วยสมุนไพร	43	(97.7)	1	(2.3)

5. ประสบการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาระและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลได้จากการตอบคำถามปลายเปิดของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เล่าถึงภาระและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งของครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลในเครือข่ายของสังคมจะช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวได้มีการมอบหมายให้มีบุคคลหนึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาระและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

5.1 มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตภายในครอบครัว มีการปรับสถานที่ จัดหาหรือตัดแปลงเตียงสำหรับผู้ป่วย เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย นอกจากมีการปรับสถานที่แล้ว สมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น ต้องช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีภาระเพิ่มขึ้น

5.2 ผู้ดูแลต้องปรับตัวต่อภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงเป็นภาระหน้าที่ของผู้ดูแล เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยได้อาบน้ำ รับประทานอาหาร ดูแลการขับถ่าย ทำความสะอาดเสื้อผ้าและอุปกรณ์ เครื่องใช้ของผู้ป่วย เป็นต้น

5.3 ต้องเผชิญกับสภาวะจิตใจและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ผู้ดูแลมักพบกับพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วย เช่น หงุดหงิด โมโห ก้าวร้าว ผู้ดูแลมักพบปัญหาซึ่งไม่ทราบว่าจะทำไมผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมเช่นนี้ และจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร ทำให้ผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจ และเบื่อหน่ายในการดูแลตามมาได้

5.4 มีความหวัง จากสภาวะการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นการยากที่จะให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับสู่ปกติเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้ ผู้ดูแลจึงหวังแต่เพียงให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เท่านั้น และไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน

5.5 ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และต้องเผชิญกับอารมณ์ที่แปรเปลี่ยนของผู้ป่วย ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า บางครั้งรู้สึกหงุดหงิด อยากจะหนีไปอยู่ที่อื่น เพื่อจะได้ไม่ต้องดูแลผู้ป่วย แต่ก็ทำไม่ได้ เนื่องจากเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเป็นพ่อแม่หรือบุคคลใกล้ชิดผู้ดูแลไม่สามารถที่จะทอดทิ้งไปได้

5.6 ขาดผู้ช่วยเหลือจากสมาชิกของครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวต้องออกไปทำงานข้างนอกจึงไม่มีใครคอยช่วยเหลือในกิจกรรมบางอย่างได้แก่ การช่วยยกตัวหรือพลิกตะแคงตัว การช่วยพยุงผู้ป่วยให้ฝึกเดิน การพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อรับยาหรือทำกายภาพบำบัด และการหาซื้อของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งศึกษากิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยสามารถแยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (70.5 VS 29.5) มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า โรคนี้ส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้สูงอายุ และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Dennis & Warlow, 1987; Niessen, Barendregt, Bonneure & Koudstaal, 1993) อีกทั้งเป็นการสนับสนุนให้เห็นถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านประชากร ที่ว่าบุคคลที่มีอายุเพิ่มขึ้น หรือเพศชาย มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย หรือเพศหญิง (Monahan & Neighbors, 1998; Pfeffer & Reding, 1998) และจากการศึกษาอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของนิพนธ์ (2534) และฤกษ์ชัย (2539) พบว่าโรคนี้ส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้สูงอายุ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาจจะเพราะกลุ่มตัวอย่างยังเป็นผู้สูงอายุในวัยต้น ทำให้การตายจากกันยังมีน้อย ในส่วนของการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาอาจเป็นเพราะระบบการศึกษาในอดีตนั้นการศึกษาคณะบังคับของประเทศไทย มีถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เท่านั้น

ก่อนการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มักจะอยู่บ้านช่วยเหลืองานหลานหรือทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ จึงไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 38.6 เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด เนื่องจากบุตร คู่สมรส หรือผู้ป่วยเองประกอบอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ใกล้เคียงกับการศึกษาของนภาพร (2532) ที่ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุไทย คือ บุตร และการทำงาน ร้อยละ 95.5 ผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับครอบครัวซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และหลาน เนื่องมาจากลักษณะของสังคมไทย อยู่กันฉันท์เครือญาติที่มีความเอื้อเพื่อซึ่งกันและกัน ซึ่งถือเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาช้านาน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวจะมีความผูกพันทางสายโลหิตมาก ในขณะที่เดียวกันสังคมไทยยังมีการปลูกฝังค่านิยมให้บุตรมีความกตัญญูรู้คุณของบุพการี โดยถือว่าบุตรจะต้องมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเอาใจใส่ และให้ความช่วยเหลือบุพการี (สิทธิ, 2523)

เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.5) มีประวัติสูบบุหรี่ และเกือบครึ่ง (ร้อยละ 40.9) มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาปาไนมิ, ฮิลบอม และจูวีลา (Haapaneimi, Hillbom & Juvela, 1997) เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ใหญ่วัยทำงาน พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดสมองขาดเลือด ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ผู้ชายที่มีประวัติเป็นไมเกรน และผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดเป็นประจำ จากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนงานวิจัยดังกล่าว โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.4 มีประวัติเป็นโรคเรื้อรังมาก่อน อาทิ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.9 โรคเบาหวานร้อยละ 6.8 โรคหัวใจ ร้อยละ 6.8 และความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่นๆ ร้อยละ 27.3

ยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับไปรับประทานต่อที่บ้าน จากการศึกษาจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ร่วมกับยากลุ่มอื่น เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาระบาย และวิตามิน เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แพทย์จะให้ยาป้องกันการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเป็นเวลาติดต่อกัน 3 เดือน และหลังจากนั้นจะให้ยาแอสไพริน เพราะยาแอสไพรินจะลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน เนื่องจากยาแอสไพรินจะลดการอักเสบของหลอดเลือดได้มากกว่าป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Monahan & Neighbors, 1998) นอกจากนี้การป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เป็นสิ่งจำเป็นอีกอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคถึงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยต่อปี (นิพนธ์, 2534) จึงต้องลดปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดซ้ำได้จากการควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด แพทย์จึงต้องให้ยาเพื่อควบคุมอาการและลดปัจจัยดังกล่าว โดยแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจเป็นระยะภายหลังจากจำหน่าย จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 70.5 มีการนัดมาตรวจภายหลังจำหน่าย 1-2 สัปดาห์ ที่เหลือร้อยละ 22.7 แพทย์นัดตรวจ 3-4 สัปดาห์ ภายหลังจำหน่าย และร้อยละ 2.3 แพทย์นัดหลังจำหน่ายมากกว่า 4 สัปดาห์

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 41-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของจินตนา (2540) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 46-60 ปี และจากการศึกษาของสายพิณ (2536) พบว่าภรรยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านอายุเฉลี่ย 50.46 ปี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยชายทั้งหมด 31 ราย ผู้ดูแลร้อยละ 83.9 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นภรรยา รองลงมาร้อยละ 12.9 เป็นบุตรหลาน ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหญิงมีทั้งหมด 13 ราย ร้อยละ 84.6

ผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน ซึ่งเป็นบุตรหญิงร้อยละ 53.8 เป็นบุตรชายและหลานร้อยละ 30.8 ที่เหลือร้อยละ 15.4 สามิเป็นผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากในชนบธรรมเนียมประเพณีไทย เมื่อบิดามารดาเกิดการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของบุตรที่จะต้องให้การดูแลเป็นการตอบแทนบุญคุณ และถ้าคู่สมรสเกิดการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของภรรยาหรือสามิที่จะต้องให้การดูแลปรนนิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสโตรคเกอร์ (Stroker, 1983) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย และจากวัฒนธรรมไทยเชื่อว่าผู้หญิงทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ชาย ซึ่งแม้แต่พยาบาลก็จะเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะเมื่อ 20 ปีก่อนในการศึกษาวิชาชีพพยาบาลจะรับแต่นักศึกษาที่เป็นผู้หญิงเท่านั้น ปัจจุบันเริ่มรับผู้ชายเข้าศึกษามากขึ้น แต่ยังพบผู้ชายน้อยกว่าผู้หญิง จากการศึกษาของทัวนา-ฮัดจิส, เวมมอส, ซาโกพัลอส และสตามาทโลพัลอส (Tsouna-Hadjis, Vemmos, Zakopoulos & Stamatelopoulos, 2000) เรื่อง บทบาทแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 43 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตรหลาน มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชาย 24 ราย ซึ่งมีภรรยาเป็นผู้ดูแล 20 ราย ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้เห็นว่า แม้แต่ในต่างประเทศเชื่อว่าผู้หญิงดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ชาย และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นภรรยาเมื่อสามิเกิดการเจ็บป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาการฟื้นตัวเกี่ยวกับการทำหน้าที่และกำลังของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเมืองเซาท์แมคริดของมูโร, เดอเพโดร-คuesta, อัลมาซาน และโฮลมควิสต์ (Muro, de Pedro-Cuesta, Almazan & Holmqvist, 2000) พบว่าภาระของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นของผู้หญิง ซึ่งมักจะเป็นภรรยา บุตรสาวหรือบุตรสะใภ้

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของอรอุษา (2539) ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และสนับสนุนการศึกษาของนภาพร (2533) ที่สรุปว่า การดูแลยามเจ็บป่วยเป็นรูปแบบของการเกื้อหนุนที่คนหนุ่มสาวที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าให้แก่ญาติใกล้ชิดสูงอายุมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า สำหรับรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนค่อนข้างสูง (13,470.45 บาทต่อเดือน) เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวภาคใต้ (รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวในภาคใต้เท่ากับ 11,186 บาท) (กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2543) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลที่ศึกษาส่วนใหญ่ยังคงทำงานอยู่ จึงทำให้มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างมั่นคง ส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ จึงทำให้ไม่มีปัญหาสำหรับค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ร้อยละ 86.4 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล พบว่าไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และร้อยละ 28 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาก่อน อาจทำให้ผู้ดูแลขาดความชำนาญและเกิดปัญหาในการดูแล

ผู้ป่วย หรือมีผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า ความสามารถของบุคคลแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ และการมีประสบการณ์มาก่อนทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ ดังนั้นถ้าผู้ดูแลมีประสบการณ์มาก่อนทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ สำหรับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 16 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูล ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 22.7) ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของจินตนาที่ชี้ให้เห็นว่า บุคคลที่ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารคือบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ต้องไปทำต่อที่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อบทบาททางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์ว่าสามารถช่วยเหลือประชาชนได้เมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือต้องการคำปรึกษา

ในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้า เกรียด และเกิดการเจ็บป่วยได้ (วิมลรัตน์, 2537; Burk & Walsh, 1992) ผู้ดูแลจึงต้องการคนคอยช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อตนเองเกิดการเจ็บป่วย หรือเพื่อจะได้มีโอกาสออกสังคม คลายเครียดนอกบ้านบ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแมคคีน และคณะ (McClean et al., 1991) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ตัวผู้ป่วยเองได้มีโอกาสสละจากการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.8 มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย โดยที่ร้อยละ 47.1 เป็นญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พบว่าบุคคลที่ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนด้านสิ่งของ และการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลมากที่สุด คือ ญาติพี่น้อง รองลงมาคือ บุตร หลาน และบุคลากรทางการแพทย์

3. ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่าย

3.1 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่ายในแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

จากการศึกษาภาวะสุขภาพด้านร่างกายก่อนและหลังจำหน่ายในแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร พบว่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการท้องอืด และมีอาการลำไส้ขณะกลืนอาหารก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่าย ใกล้เคียงกับการศึกษาของทอร์นเกรน, เวสท์ลิงและนอร์วิง (Thorngren, Westling & Norrving, 1990) เรื่องผลที่เกิดขึ้นหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปสู่แผนกฟื้นฟูสภาพพบว่า ร้อยละ 47 ของผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องทางระบบประสาทจะดีขึ้นในช่วงเวลา 1-3 สัปดาห์หลังจำหน่าย ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืนเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดง Vertebrobasilar หรือมี Corticobulbar Fibers ถูกทำลายทั้งสองข้าง บางรายมีพยาธิสภาพที่สมองข้างใดข้างหนึ่ง (Caplan, 2000) ทำให้มีความผิดปกติของประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน สูญเสียรีเฟล็กซ์การกลืน และการขย้อน (gag reflex) เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคี้ยว ริมฝีปากปิดแน่นได้ไม่แน่น การเคี้ยวจึงบกพร่อง

ลื่นไม่สามารถตัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ถ้าเพดานอ่อนแรงมากก็ไม่สามารถเคลื่อนปิดกั้นผนังคอหอย จะทำให้ผู้ป่วยลำบากขณะกลืน

ในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.5 ที่มีอาการลำบากขณะกลืนอาหารภายหลังจำหน่าย โดยที่ไม่มีปัญหาแบบนี้มาก่อนขณะอยู่โรงพยาบาล อาจเป็นเพราะขณะอยู่โรงพยาบาลรับประทานอาหารอ่อนจำพวกข้าวต้มทำให้กลืนง่ายจึงไม่ลำบาก เมื่อกลับมาอยู่บ้านต้องรับประทานอาหารเหมือนสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้าน เช่น ข้าวสวย ผัดผัก ทำให้กลืนลำบากโดยเฉพาะเวลาดื่มน้ำจะลำบากได้ง่าย ซึ่งอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มทำให้กลืนได้ง่ายกว่าของเหลวและของแข็ง (Monahan & Neighbors, 1998; Ignatavicius, Workman & Mishler, 1998) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอาจมีปัญหาในการเคี้ยวร่วมด้วย ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียดจึงกลืนลำบาก และมักจะลำบากโดยเฉพาะเวลากลืนน้ำ อาจเป็นเพราะกลืนรวดเร็ว ไม่ได้รับการฝึกให้จิบน้ำ และเอียงศีรษะไปด้านปกติขณะกลืน ซึ่งทำให้กลืนง่ายขึ้น (เจียมจิต, 2541; Cochran et al., 1998)

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืด เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวดีขึ้นในการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนย้ายตัวเอง ลำไส้ก็จะเคลื่อนไหวมากขึ้น อาการท้องอืดจึงลดลงหลังจำหน่าย ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเวด, วูด และแลงตัน-ฮิวเออร์ (Wade, Wood & Langton-Hewer, 1985) เรื่องการฟื้นตัวหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในช่วงเวลา 1 เดือนหลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตัวเอง การเดิน และการแต่งตัว แต่ในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 1 รายที่พบอาการท้องอืดหลังจำหน่าย ซึ่งก่อนจำหน่ายไม่มีอาการท้องอืด อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่ค่อยได้พลิกตะแคงตัว ผู้ดูแลก็มีภาระอื่นที่ต้องทำ จึงไม่ได้ช่วยหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง

เมื่อใดก็ตามที่ร่างกายผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อกระบวนการเผาผลาญต่างๆ จะมีการสลายโปรตีนในส่วนต่างๆ ของร่างกายออกมาใช้ในรูปน้ำตาลกลูโคส ทำให้ร่างกายซบเซอมโปรตีนต่ำเกิดการเสียสมดุลของไนโตรเจนในร่างกายจึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อ และแผลกดทับได้มากกว่าปกติ ประกอบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวทำให้ผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับถูกกดทับอยู่นานทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงออกซิเจนไปสู่เซลล์ลดลงซึ่งเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อและเซลล์ ทำให้เกิดแผลได้ง่าย (จันทนา, 2530) จากการศึกษาพบว่า ก่อนจำหน่ายมีผู้ป่วย 1 ราย (ร้อยละ 2.3) ที่มีแผลกดทับ แต่ภายหลังจำหน่าย 1 เดือนแผลกดทับหายไป อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวได้มากขึ้นและได้รับสารอาหารที่

เพียงพื่อต่อกระบวนการเผาผลาญต่างๆ แต่มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ที่เกิดแผลกดทับขณะอยู่ที่บ้าน อาจเป็นเพราะรับประทานอาหารได้น้อยร่างกายซูบผอมเห็นปุ่มกระดูกก้นกบชัดเจนซึ่งมีโอกาสเสียดสีกับที่นอนมาก เมื่อมีการกดทับผิวหนังบริเวณนั้นนานๆ ทำให้เกิดแผลได้ในที่สุด

สำหรับอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร พบกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นหลังจำหน่าย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างบางรายมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจ ทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร (สิริรัตน์, 2539) ประกอบกับมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จึงไม่สามารถจัดหาอาหารที่ตัวเองต้องการได้ และจากสภาวะของโรค ซึ่งมีความผิดปกติในการรับรส ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย (เจียมจิต, 2541) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะพบอัมพาตครึ่งซีก มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้กระเพาะอาหาร และลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง การย่อยและการดูดซึมลดลงซึ่งทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร และคลื่นไส้ได้

กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ที่มีขาและเท้าทั้งสองข้างบวมกดบวมภายหลังจำหน่าย ซึ่งไม่มีอาการบวมขณะอยู่โรงพยาบาลอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนใหญ่มักจะนอนราบหรือนั่งห้อยขา เลือดจึงไปคั่งบริเวณอวัยวะส่วนปลาย ทำให้ขาและหลังเท้าบวมได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีผิวหนังแห้งเป็นสะเก็ด ซึ่งพบหลังจำหน่าย 4 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีผิวหนังแห้งอยู่แล้ว เมื่อมีปัญหาในการกลืน โดยเฉพาะเวลากินน้ำจะลำบากได้ง่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่พยายามดื่มน้ำ ร่างกายจึงได้รับน้ำน้อย ส่งผลให้ผิวหนังแห้ง ซึ่งตามปกติผู้ป่วยจะต้องได้รับน้ำในปริมาณที่พอเหมาะอย่างน้อยวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร (Ignatavicius, Workman & Mishler, 1999) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่นิยมทาโลชั่นหรือครีมบำรุงผิว จึงเป็นสาเหตุให้ผิวหนังแห้งและเป็นสะเก็ดได้ง่ายขึ้น

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างชายมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน ก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่าย ($\bar{x} = 28.08$ VS 17.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในผู้หญิง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน ก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่าย เช่นกัน ($\bar{x} = 29.17$ VS 28.75) แต่มีแนวโน้มลดลง อธิบายได้ว่า ช่วงหลังจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากบางรายไม่สะดวกในการที่จะดื่อกอาหารรับประทานด้วยตัวเองเพราะแขนอ่อนแรง และมีปัญหาในการเคี้ยวหรือกลืน ผู้ป่วยกลัวการลำบากจึงไม่อยากรับประทานอาหาร ประกอบกับผู้ดูแลไม่ได้ฝึกการกลืน และการรับประทานอาหารให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนและในบางครั้งอาหารที่ผู้ดูแลจัดเตรียมมาให้ผู้ป่วยไม่ชอบในรสชาติ หรือเป็นอาหารที่มีกากหรือเส้นใยมาก ผู้ป่วยลำบากในการเคี้ยวและกลืน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย เมื่อระยะเวลาผ่านไปร่างกายจึงซูบผอม เส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขนจึงเล็กลง ต่างจากช่วงก่อนจำหน่ายซึ่งระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีความบกพร่องของร่างกายไม่นานนัก ร่างกายสามารถใช้สารอาหารและพลังงานที่สะสมอยู่มาใช้ได้

แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปพลังงานที่สะสมถูกใช้หมดไป ถ้าร่างกายยังคงได้รับอาหารน้อยอยู่ขนาดกล้ามเนื้อก็จะยิ่งเล็กลง

3.2 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่ายในแบบแผนการจับถ่าย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายที่มีภาวะท้องผูก มีสัดส่วนน้อยกว่าก่อนจำหน่าย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในระยะแรกๆ หรือก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับปริมาณอาหารไม่มากนัก มีกากหรือเส้นใยน้อย และอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้น้อยกว่าปกติ (จันทร์เพ็ญ, 2539) ประกอบกับกลไกรีเฟล็กซ์ที่ทำให้ลำไส้ว่างลดลง จึงเกิดท้องผูก แต่มีกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย (ร้อยละ 11.4) ที่มีภาวะท้องผูกเฉพาะหลังจำหน่ายเท่านั้น อาจเป็นเพราะขณะอยู่บ้านกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความพิการของร่างกาย ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อย อีกทั้งอาหารส่วนใหญ่ไม่มีกากหรือเส้นใย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน ไม่สะดวกในการเคี้ยวอาหารที่มีกาก จึงไม่ชอบรับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใยและดื่มน้ำน้อยกว่าปกติซึ่งอาจเป็นเพราะกลัวสำลัก และไม่สามารถเดินเข้าห้องน้ำไปปัสสาวะได้ จากความบกพร่องดังกล่าว จึงเป็นเหตุให้ท้องผูกได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่มีภาวะท้องเสียก่อนจำหน่าย และภายหลังจำหน่ายยังมีท้องเสียอยู่ เนื่องจากเป็นแบบแผนการจับถ่ายตามปกติของเขา ซึ่งถ้ารับประทานอาหารผิดปกติไปจากที่เคยรับประทานจะมีอาการท้องเสียส่วนอีก 1 ราย ที่ไม่พบภาวะท้องเสียก่อนจำหน่าย แต่พบภายหลังจำหน่าย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาสมุนไพร ซึ่งมีสรรพคุณ เป็นยาระบาย จึงทำให้เกิดท้องเสีย

กลุ่มตัวอย่างที่กลั้นอุจจาระไม่ได้ก่อนจำหน่ายร้อยละ 11.4 ภายหลังจำหน่ายพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีปัญหาอยู่ร้อยละ 4.5 อาจเป็นเพราะมีความพร่องของระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ซึ่งการฟื้นตัวอาจต้องใช้เวลามากกว่า 1 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ พบก่อนจำหน่ายร้อยละ 22.7 หลังจำหน่าย 1 เดือน ลดลงเหลือร้อยละ 9.1 ใกล้เคียงกับการศึกษาของลอริช, แซนดิน, โรทและนอลล์ (Lorish, Sandin, Roth & Noll, 1994) พบว่าใน 1 เดือนแรกหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบอุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณร้อยละ 50-70 และจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป โดยพบว่าลดลงเหลือประมาณร้อยละ 15 เมื่อระยะเวลา 6 เดือนหลัง เจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ปัสสาวะมีตะกอนขาวหรือเหลืองขุ่น พบก่อนจำหน่าย 4 ราย (ร้อยละ 9.1) แต่ไม่พบหลังจำหน่าย เนื่องจากภายหลังจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างได้รับน้ำอย่างเพียงพอ และถ่ายปัสสาวะได้เองไม่ต้องคาสาขสวานปัสสาวะ ซึ่งเป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

3.3 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่ายในแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

จากการศึกษาพบว่า ก่อนจำหน่ายสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างสามารถพลิกตะแคงตัวได้เองร้อยละ 86.4 มีความสามารถทรงตัวขณะนั่งร้อยละ 70.5 หลังจำหน่าย 1 เดือนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.7 และ 93.2 ตามลำดับ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยสามารถใช้แขนยึดสิ่งจับกุมเมื่อเคลื่อนไหวตัวในการพลิกตะแคงตัว หรือพยายามพยุงตัวเองลุกขึ้นนั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของนาคายามา, จอร์เจนเซน, ราสโชว์ และ ออลเซน (Nakayama, Jorgensen, Raaschou & Olsen, 1994) เรื่องการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการทำหน้าที่ของแขน พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของแขนได้ดีที่สุดในระยะเวลา 3 สัปดาห์ หลังจากเริ่มเกิดโรค ในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ที่ก่อนจำหน่ายสามารถพลิกตะแคงตัวได้เอง แต่ภายหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่าไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้เอง ต้องให้ผู้ดูแลช่วยพลิกตะแคงให้ เนื่องจากขณะอยู่โรงพยาบาลมีเหล็กกั้นเตียง กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ยึดจับและโหนตัวเองในการพลิกตะแคงตัวได้ เมื่อกลับมาอยู่บ้านนอนบนพูกซึ่งวางบนพื้นไม่มีราวให้ยึดเกาะ ผู้ดูแลจึงต้องช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวหรือลุกนั่ง

สำหรับกำลังหรือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จากการศึกษาพบว่า หลังจำหน่าย 1 เดือนผู้ป่วยมีกำลังของกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นกว่าก่อนจำหน่าย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีพยาธิสภาพของโรคไม่รุนแรง และช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ประกอบกับได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากผู้ดูแล โดยให้ผู้ป่วยได้บริหารกล้ามเนื้อและข้อ ทำราวให้ฝึกเดิน และรักษาด้วยการบีบนิ้ว จากการศึกษาร่วมของเวด, วูด และแลงตัน-ฮิวเออร์ (Wade, Wood & Langton-Hewer, 1985) เรื่องการฟื้นตัวในช่วง 3 เดือน หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในระยะเวลา 1 เดือนหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวตัวเอง การเดินและการแต่งตัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีกำลังของกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นหลังจำหน่าย

สัญญาณชีพก่อนและหลังจำหน่ายไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่าย ส่วนค่าเฉลี่ยอุณหภูมิ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนจำหน่ายน้อยกว่าหลังจำหน่าย และไม่พบความแตกต่างทางสถิติเช่นกันและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งก่อนและหลังจำหน่าย (ดังแสดงในตาราง 14) เป็นเพราะแพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อสัญญาณชีพปกติแล้ว สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตสูงจะได้รับยาลดความดันโลหิตทั้งหมดขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และมีการนัดมาตรวจเป็นระยะๆ

ส่วนคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าหลังจำหน่ายมากกว่าก่อนจำหน่าย ($\bar{x} = 15.39$ VS 11.59) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

แสดงให้เห็นว่า หลังจากจำหน่าย 1 เดือนผู้ป่วยฟื้นตัวดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ฟังพาผู้อื่นน้อยลง อาจเป็นเพราะในการศึกษาคั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่อาการไม่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับนิพนธ์ (2534) ได้อธิบายไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหนักและมีความพิการมากตั้งแต่เริ่มต้นมักพบว่า การฟื้นตัวของโรคจะมีขีดจำกัด และสอดคล้องกับการศึกษาของซูห์ (Sub, 1990) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ปรากฏว่าระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระดับการปรับตัวด้านร่างกายในการฟังพาผู้อื่นเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนจำหน่าย ซึ่งต่างจากการศึกษาของแอนดรู บร็อกเคสเตอร์, ริชาร์ด และเลย์ค็อก (Andrews, Brocklehurst, Richards & Laycock, 1981) ที่ได้ศึกษาถึงอัตราการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าร้อยละ 72 ของผู้ป่วยยังคงมีความพิการอยู่ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์หลังเจ็บป่วย และจะมีการฟื้นตัวมากที่สุดหลังจาก 8 สัปดาห์ ส่วนการศึกษาของมูโร และคณะ (Muro et al., 2000) พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 3 และ 6 เดือน หลังจากการเกิดโรค ซึ่งประเมินโดยใช้ดัชนีบาร์เทล

ในการศึกษาคั้งนี้กิจกรรมในการประกอบกิจวัตรประจำวันในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้นมากที่สุดหลังจำหน่าย 1 เดือน ได้แก่ ความสามารถในการใช้ห้องสุขารองลงมา การเคลื่อนไหวร่างกายในแนวราบ สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด ได้แก่ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ จะเห็นได้ว่าในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การที่ไม่พบความสัมพันธ์ด้าน เพศ อายุ รายได้ การมีโรคเรื้อรัง ด้านที่เป็นอัมพาต และการออกกำลังเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อระหว่างกลุ่มที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น 5 คะแนนขึ้นไปกับกลุ่มที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นไม่ถึง 5 คะแนน อาจเนื่องมาจากจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีน้อย (19 VS 25) หรืออาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้น หรือการฟื้นตัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ศึกษา คือ ตำแหน่งและบริเวณของเนื้อสมองที่ขาดเลือด (ศรีวิมล, 2534; อรรถธร, 2539)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยทั้ง 44 ราย ก่อนจำหน่ายไม่พบภาวะข้อติดแข็งหลังจำหน่าย 1 เดือน พบมีภาวะข้อติดแข็ง 1 ราย (ร้อยละ 2.3) คือบริเวณข้อไหล่และข้อเข่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีปัญหาในการควบคุมท่าทาง และการเคลื่อนไหว อาจมีอาการเกร็งโดยนิ้วมือจะกำแน่น แขนขา เขย็ดลำบากทำให้เคลื่อนไหวยากขึ้น มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและร่างกายมีการจำกัดการเคลื่อนไหว จึงทำให้เกิดภาวะข้อติดแข็งได้ถ้าไม่ทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งข้อที่ติดมากที่สุดคือ ข้อไหล่ (อรรถธร, 2534; Caplan, 2000) และจากการศึกษาคั้งนี้ พบผู้ป่วยมีอาการไอก่อนจำหน่าย 22 ราย (ร้อยละ 50.0) หลังจำหน่ายมีสัดส่วนลดลงเหลือเพียง 6 ราย (ร้อยละ 13.6) อาจเป็นเพราะ 1 เดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนลดลง

การสำคัญขณะกินอาหารพบได้น้อย ปอดอักเสบจากการสำลักจึงลดลงด้วย ทำให้สัดส่วนผู้ป่วยที่มีอาการไอและเสมหะสีเหลือง/เขียว จึงลดลงหลังจำหน่าย แต่มีกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย (ร้อยละ 6.8) ที่มีอาการไอภายหลังจำหน่าย ซึ่งก่อนจำหน่ายไม่พบอาจเป็นเพราะสำลักจากการรับประทานอาหารทำให้มีการอักเสบและติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ หรืออาจเป็นเพราะการนอนอยู่กับที่นานๆ ทำให้การเคลื่อนของเสมหะเป็นไปได้ไม่ดี เป็นปัจจัยส่งเสริมการเจริญเติบโตของแบคทีเรียกลุ่มตัวอย่างจึงมีอาการไอ และเสมหะมีลักษณะผิดปกติได้เช่น จากเสมหะสีขาวใส เปลี่ยนเป็นสีขาวขุ่น หรือสีเหลือง/เขียวได้ ซึ่งการติดเชื้อที่พบมากที่สุดเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ภาวะปอดอักเสบ (Leahy, 1991)

3.4 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายก่อนและหลังจำหน่ายในแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่ายพบมีปัญหาการนอนหลับร้อยละ 47.7 หลังจำหน่ายพบร้อยละ 34.1 ปัญหาการนอนหลับที่พบ ได้แก่ นอนหลับๆ ตื่นๆ ใช้เวลานานกว่าจะหลับและตื่นแล้วนอนไม่หลับ จากการศึกษาของโอฮายอน (Ohayon, 1997) พบว่าร้อยละ 18.6 ของประชากรทั่วไปมีปัญหาการนอนไม่หลับ ซึ่งการนอนไม่หลับส่วนใหญ่เกิดจากโรคทางจิตเวช, ความเจ็บ และอาการของความเจ็บป่วยทางกายที่มักเกิดขึ้นในช่วงกลางคืน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะเห็นได้ว่าจากสภาวะของโรค มักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว ยังไม่สามารถยอมรับหรือปรับตัวได้ ความไม่เป็นส่วนตัว การเปลี่ยนแปลงของเวลานอนและแบบแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และผลของยาบางชนิด ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป มีการนอนหลับเป็นครั้งๆ วันละหลายครั้ง แต่ครั้งเป็นช่วงเวลานั้นๆ (เจียมจิต, 2541)

ยาบางชนิดที่เป็นเหตุให้นอนไม่หลับได้แก่ ยารักษาภาวะซึมเศร้า (antidepressants) บางชนิด ยาลดความดันโลหิต (antihypertensive) ยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system stimulants) ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ยากล่อมประสาทที่ออกฤทธิ์สั้น (short-acting sedative-hypnotic) (มานิต, 2542) โดยเฉพาะยาแก้ปวด และยาลดความดันโลหิต จะมีฤทธิ์ส่วนหนึ่งทำให้นอนหลับยาก และกุดการนอนหลับระยะ REM (Rapid Eye Movement) (Matteson, Mc Connell & Linton, 1997) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยบางรายได้รับยาลดความดันโลหิตทั้งหมดอยู่โรงพยาบาล และได้รับไปรับประทานต่อที่บ้าน อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ได้

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนหลับก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่ายอาจกล่าวได้ว่า ขณะอยู่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างต้องพบกับสิ่งแวดล้อมที่ต่างจากสิ่งแวดล้อมที่บ้านซึ่งอยู่ที่บ้านกลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคย และความเป็นส่วนตัวมากกว่าทั้ง สถานที่ อุณหภูมิ แสง และเสียง หรือสิ่งรบกวนต่างๆ (Smeltzer & Bare, 1992) ความไม่สุขสบายทางกาย และความแปลกใหม่

ของสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดความกลัวและกังวล ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดทางจิตใจที่รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Rambo, 1984) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ต่างกัน หากปรับตัวได้ดีใช้เวลาไม่มากก็เกิดความเคยชิน ต่อสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ดีกว่าผู้ที่ปรับตัวได้ยาก จากการศึกษาของคาร์สัน (2538) พบว่าสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ อุณหภูมิ ส่วนด้านความกังวลที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ ความกังวลว่าจะทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ เพราะผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลตนเอง มากกว่าที่จะพึ่งพาหรือเป็นภาระของผู้อื่น เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลและรบกวนการนอนหลับได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการนอนหลับในตอนกลางวัน ซึ่งจะลดแรงกระตุ้นอาการง่วงนอน มีผลให้นอนหลับยากในตอนกลางคืน (Richards, 1996) เห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ (ตาราง 15) ระยะเวลาอนตอนกลางคืนก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่าย ($\bar{x} = 69.25$ VS 63.68) เมื่อนอนกลางวันมาก จึงมีปัญหาการนอนหลับในตอนกลางคืนทำให้ตื่นบ่อย ซึ่งพบจำนวนครั้งในการตื่นนอนตอนกลางคืนก่อนจำหน่ายมากกว่าหลังจำหน่าย ($\bar{x} = 2.59$ VS 1.50) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ประกอบกับก่อนจำหน่ายผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเวลา ส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียงตอนกลางวันจึงมีเวลาหลับได้มาก ช่วงกลางวันมีเสียงและแสงรบกวน หรือบางครั้งถูกรบกวนจากการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทำให้นอนไม่หลับ แบบแผนการนอนหลับจึงเปลี่ยนแปลงไป เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านหลังจำหน่าย พบกับบรรยากาศที่คุ้นเคยทั้งสถานที่ และบุคคลใกล้ชิดได้พูดคุย ได้ทำกิจกรรม และมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ทำให้ระยะเวลาอนในตอนกลางวันมีน้อยลง และจากการที่ผู้ป่วยมีการตื่นตัวหลังจำหน่าย แบบแผนการนอนหลับจะเปลี่ยนไปเป็นปกติเหมือนก่อนเจ็บป่วย จำนวนครั้งในการตื่นนอนตอนกลางคืนจึงลดลง ผู้ป่วยนอนหลับได้มากขึ้น ระยะเวลาอนตอนกลางคืนจึงลดลง

3.5 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายก่อนและหลังจำหน่ายในแบบแผนสติปัญญา และการรับรู้ในการสื่อสาร

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการพูดจากการศึกษาครั้งนี้ ก่อนจำหน่ายพบร้อยละ 38.6 ภายหลังจำหน่ายมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 40.9 แสดงให้เห็นว่าปัญหาด้านการสื่อสารของผู้ป่วยหลังจำหน่ายมีแนวโน้มสูงขึ้น ปัญหาที่พบด้านการพูด ได้แก่ พูดไม่ชัด หรือพูดตะกุกตะกัก และพูดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเหล่านี้ โดยเฉพาะในรายที่พูดไม่ได้ จะใช้การสื่อสารอย่างอื่นแทนการพูด เช่น เขียนหนังสือ พักหน้าแทนการตอบรับหรือส่ายหน้าแทนการปฏิเสธ และใช้ท่าทางประกอบการพูด ซึ่งมักจะใช้รวมกันไป ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการพูดก่อนจำหน่าย 17 ราย (ร้อยละ 38.6) ภายหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่า 13 ราย ยังคงมีปัญหาการพูดอยู่ อาจ

จะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีพยาธิสภาพของโรคที่แตกต่างกัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการพูดมาก่อนขณะอยู่โรงพยาบาล แต่ภายหลังจำหน่ายพบมีปัญหาคารพูด 5 ราย (ร้อยละ 11.4) อาจเนื่องมาจากมีการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยทั่วไปในช่วง 3 เดือนแรกหลังจากเกิดโรค ร่างกายจะมีการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ได้ดีที่สุดในผู้ป่วยบางรายอาจมีการฟื้นตัวได้ถึง 6 เดือนหลังจากเกิดโรค (Muro, Pedro-Cuesta, Almazan & Holmqvist, 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและต่อเนื่อง ปัญหาการพูด การใช้ภาษา จะพัฒนาดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ความสามารถทางภาษากลับคืนมาได้เองบ้าง (spontaneous recovery) ในระยะ 3 เดือนถึง 1 ปี หลังจากป่วย ผู้ป่วยบางคนอาจมีความสามารถทางภาษากลับคืนมาได้เหมือนปกติ แต่จะพบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ภาษาได้เหมือนเมื่อก่อนป่วย (เบญจมาศ, 2536)

3.6 ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังจำหน่าย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีแนวโน้มภาวะซึมเศร้าลดลงภายหลังจำหน่าย 1 เดือน แต่ทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่าง และมี 4 ราย ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าก่อนจำหน่าย พบเฉพาะหลังจำหน่ายเท่านั้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ทั้งก่อนและหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นการสนับสนุนการศึกษาที่ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะด้านจิตใจที่พบมากที่สุดเฉลี่ยประมาณร้อยละ 23-63 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Burvill et al., 1995) และสอดคล้องกับการศึกษาของโคลัน โคนิโอ, คาซิ และออสท์เฟลด์ (Colantonio, Kasi & Ostfeld, 1992) เรื่องภาวะซึมเศร้าและปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นตามมา ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อย พบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early stage) จนกระทั่งอาการจะดีขึ้นในช่วงเวลา 1 ปี ซึ่งผู้ป่วยสามารถที่จะปรับตัวได้เมื่อเวลาผ่านไป นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ ทัวนา-ฮัดจิส และคณะ (Tsouna-Hadjis et al., 2000) เรื่องการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสูงมีภาวะซึมเศร้าต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ กลุ่มตัวอย่างที่ยังคงมีภาวะซึมเศร้าอยู่ อาจเป็นเพราะไม่สามารถปรับตัวต่อความพิการหรือความบกพร่องของร่างกายได้ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียในชีวิตตามมา หรืออาจเนื่องจากได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ ผู้ดูแลหรือสมาชิกในบ้านไม่ได้ใส่ใจในการดูแลเท่าที่ควร จึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้

4. การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้าน

4.1 การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ได้รับซึ่งในกิจกรรมการรับประทานอาหารพบว่ากิจกรรมการรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ ช่วงก่อนเที่ยง และช่วงบ่ายกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับมากที่สุด (ร้อยละ 54.5) เนื่องจากวัฒนธรรมไทยไม่นิยมรับประทานอาหารว่าง ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมตะวันตกที่นิยมรับประทานอาหารว่างช่วงก่อนเที่ยงและช่วงบ่าย รองลงมาคิมน้ำน้อยไม่ถึง 8-10 แก้วต่อวัน ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้สึกกระหายน้ำ และเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิตส่วนตัวที่ไม่ชอบคิมน้ำมาก พบกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย คิมน้ำน้อยเพราะเกรงว่าถ้าคิมน้ำมากจะทำให้ปวดปัสสาวะบ่อย ไม่สะดวกในการเข้าห้องน้ำ กลุ่มตัวอย่างบางรายมีปัญหาในการกลืนทำให้ลำบากในการกลืนน้ำเพราะกลัวสำลักจึงไม่พยายามคิมน้ำ

การขับถ่ายปัสสาวะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 ราย ถ่ายปัสสาวะได้เอง สามารถไปห้องน้ำเองได้หรือบางรายใช้กระบอกปัสสาวะ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย (ร้อยละ 4.5) กลั้นปัสสาวะไม่ได้ จึงได้รับการใส่ถุงหรือแผ่นรองขับปัสสาวะ ส่วนการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการทำความสะอาดหลังขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้ง เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างถ่ายปัสสาวะลงในกระบอกปัสสาวะจึงไม่ได้ลุกไปถ่ายปัสสาวะในห้องน้ำ ผู้ดูแลจะเทน้ำปัสสาวะให้และจะทำความสะอาดให้ตอนอาบน้ำในตอนเช้าหรือตอนเย็นเท่านั้น บางรายถ้าได้รับการเช็ดตัวแทนการอาบน้ำผู้ดูแลก็จะเช็ดทำความสะอาดพร้อมไปด้วย และพบกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาท้องผูกมาก 2 ราย (ร้อยละ 4.5) ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ได้รับการล้างหรือสวนอุจจาระอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งจากผู้ดูแล

ในการดูแลสุขอนามัยพบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับ ได้แก่ การสังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับ และ/หรือทาโลชั่น เพื่อความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง อาจเป็นเพราะไม่เห็นความสำคัญ และไม่ทราบถึงสาเหตุการเกิดแผลกดทับ และผลกระทบที่ตามมา ส่วนการทาโลชั่นที่ผิวหนังนั้น กลุ่มตัวอย่างไม่เคยชินเพราะไม่เคยทาโลชั่นมาก่อนโดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้ชายหรือสูงอายุ ประกอบกับผู้ดูแลหรือครอบครัวไม่ตระหนักในการดูแลผิวหนังมักจะทำให้ความสำคัญกับความพิการของร่างกายเป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมที่ไม่ได้รับรองลงมาคือการตัดผมอย่างน้อย 1 เดือนต่อครั้ง ซึ่งพบได้ร้อยละ 43.2 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวหรือการเดิน ไม่สามารถดูแลตัวเองในการตัดผมได้ ประกอบกับผู้ดูแลมีภารกิจในการประกอบอาชีพ เวลาในการดูแลผู้ป่วยจะเน้นในเรื่องกิจกรรมของการรับประทานอาหารและการขับถ่าย ในด้านการทำความสะอาดปากและฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับร้อยละ 20.5 ส่วนใหญ่จะได้รับเพียงวันละ 1 ครั้ง โดยผู้ดูแลจะแปรงฟันหรือทำความสะอาดปากให้ผู้ป่วย โดยใช้ยาบ้วนปากให้ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ถ้ากลุ่ม

ตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ก็จะพยายามทำเอง ในกรณีที่เป็นผู้สูงอายุฟันมีน้อยจะไม่แปรงฟันแต่จะทำความสะอาดด้วยการบ้วนปากแทน

กิจกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่า ร้อยละ 95.5 ผู้ป่วยได้รับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เช่น ไม่มีแสง เสียงรบกวน และร้อยละ 97.7 ได้รับการจัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิพอเหมาะ โดยที่ผู้ดูแลและจัดสถานที่เพื่อพักผ่อนนอนหลับให้ผู้ป่วยต่างหาก ซึ่งนอกจากจะส่งเสริมการนอนหลับแล้ว ยังเป็นการอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย และเป็นการลดอุบัติเหตุอีกด้วย

4.2 การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

การฟื้นฟูสภาพร่างกายกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย**ไม่ได้รับมากที่สุด** (ร้อยละ 40.9) คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากญาติ หรือสื่อต่างๆ ทุกวัน เป็นเพราะบุตรหลานส่วนใหญ่ออกไปทำงาน นอกบ้าน กลับมาตอนเย็นก็มีภาระอื่นที่ต้องทำจึงมีเวลาพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างได้น้อย ผู้ดูแลเองก็ต้องยุ่งกับการกิจประจำวันในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งญาติ และผู้ดูแลมีความเห็นตรงกันว่ามิข่าวคราวหรือเรื่องราวอะไรก็ไม่อยากให้ผู้ป่วยรับทราบ ไม่ต้องการรบกวนผู้ป่วย และคิดว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในสภาพไม่พร้อมที่จะรับรู้ โดยเฉพาะถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการรับรู้และการสื่อสารสำหรับกลุ่มตัวอย่างเองสภาพร่างกายไม่พร้อมที่จะอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่สูงอายุ สายตาจะมองเห็นไม่ชัด และหูไม่ค่อยได้ยิน จึงมักจะนอนหรือทำกิจกรรมอื่นๆ บ้างเล็กน้อย

กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง**ไม่ได้รับรองลงมา** (ร้อยละ 29.5) คือการออกกำลังเคลื่อนไหวข้อ และกล้ามเนื้ออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เนื่องจากญาติจะให้หมอบ้านช่วยบิบนวดให้ซึ่งไม่ได้ทำทุกวัน ส่วนใหญ่ 3 วันต่อครั้ง หรือสัปดาห์ละครั้ง ญาติหรือผู้ดูแลเองก็ไม่ได้ให้กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังข้อและกล้ามเนื้ออย่างจริงจัง ทั้งๆ ที่ได้รับการสอนและฝึกจากโรงพยาบาลแล้ว มักจะให้หมอบ้านเป็นผู้รับผิดชอบและตัดสินใจเอง

ในการฟื้นฟูสภาพจิตใจ กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง**ได้รับมากที่สุด** (ร้อยละ 97.7) คือการได้รับการสัมผัสและพูดคุยด้วยจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นตัวจักรกลเล็กๆ ที่มีการประสานกันอยู่ตลอดเวลา สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันทางสายโลหิตมากและคอยดูแลทุกข์สุขของกันและกันเสมอ ถ้าสมาชิกคนใดมีปัญหา สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ก็พร้อมให้ความช่วยเหลือ (รุจา, 2535) และลักษณะครอบครัวของสังคมไทยยังมีความผูกพันเหนียวแน่น และพร้อมที่จะดูแลซึ่งกันและกัน ดังนั้นญาติและสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วขึ้น สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง**ไม่ได้รับมากที่สุด** (ร้อยละ 59.1) ได้แก่ การพาไปพบเพื่อน หรือสถานที่ตามความต้องการของผู้ป่วย อาจเป็นเพราะความไม่สะดวก โดยเฉพาะบางครอบครัวไม่มีรถยนต์เป็น

ของตนเอง ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการจ่ายค่าจ้างหรือเช่ารถยนต์ผู้อื่นในการเดินทาง และในบางครั้งกลุ่มตัวอย่างเองไม่ยอมรับกวนบุตรหลานหรือญาติ ที่ต้องนำส่งไปสถานที่ต่างๆ กิจกรรมรองลงมาที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับ คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวพบได้ร้อยละ 47.7 อาจเป็นเพราะครอบครัวเห็นว่าป่วยจึงไม่ยอมรับกวนต้องการให้กลุ่มตัวอย่างได้พักผ่อน หรือผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งอาจเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan & Sadock, 1989) เนื่องจากผู้ป่วยต้องถูกแยกจากสังคมที่ผูกพัน สูญเสียบทบาทและอำนาจในการควบคุมต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่รับรู้ถึงการสูญเสียในหลายๆ ด้านจากความเจ็บป่วย ทั้งการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสุขสบาย บทบาทในครอบครัว และสังคม ความมั่นคงทางการเงิน (Blazer, 1990 cited by Kurlowicz, 1994) ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการไปพบปะผู้อื่นหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว หรือของสังคม

4.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ

ในกิจกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ กิจกรรมการดูแลและสังเกตอาการผิดปกติทุกวันเช่น มีไข้ ปัสสาวะขุ่นหรือมีตะกอนมาก กลุ่มตัวอย่างได้รับน้อยที่สุด รองลงมาเป็นกิจกรรมการดูแลและสังเกตการมีไข้ เสมหะสีเหลืองหรือเขียว เนื่องจากผู้ดูแลไม่ทราบข้อมูลหรือรายละเอียดเกี่ยวกับการติดเชื้อ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงไม่เห็นความสำคัญและไม่สนใจที่จะสังเกตอาการผิดปกติดังกล่าว ทราบแต่เพียงลักษณะตัวร้อนซึ่งเป็นอาการไข้เท่านั้น แต่ไม่ทราบว่าสาเหตุมาจากอะไร และผลที่จะตามมาจะมีอะไรบ้าง

4.4 การดูแลด้านการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่หายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ การให้อาหารทางสายให้อาหาร การปัสสาวะทางสายสวนคา กิจกรรมการดูแลในปัญหาดังกล่าว จึงไม่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกิจกรรมการรักษาต่อเนื่อง พบว่า กิจกรรมการพาไปทำกายภาพบำบัด เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 90.9 ไม่ได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ห่างไกลจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.27 เลือกรับบิบนวด และใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้เป็นอำนาจอันชอบธรรมของผู้ป่วยในการเลือกบริการด้านสุขภาพที่มีหลายรูปแบบในปัจจุบัน ตามความพึงพอใจ และการตัดสินใจของผู้ป่วยหรือญาติ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขึ้น ผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในชนบท มักจะคำนึงถึงการบิบนวดเป็นสิ่งแรก เพื่อลดความปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อและช่วยการไหลเวียนของโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจริวัตรและคณะ (2541) ที่กล่าวว่า กลุ่มอาการผู้ป่วยที่ไปปรึกษากับแพทย์แผนไทยมากที่สุดคือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อกระดูกเสื่อม ทั้งนี้เหตุผลสำคัญในการรักษากับหมอบ้านเพราะรักษาดีและตรวจละเอียด มีจุดเด่นในการรักษาว่าเป็นการรักษาแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

การรับประทายาต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับถึงร้อยละ 97.7 แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักในการควบคุมอาการของโรค และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์จะพิจารณาให้ยาป้องกันการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือด หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันการเกิดอุดตันขึ้นอีก ซึ่งยาเหล่านี้สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เคยเป็นโรคนี้นมาก่อนได้ถึงร้อยละ 27 (นิพนธ์, 2541) จากการศึกษาครั้งนี้ แพทย์กำหนดให้ผู้ป่วยมารับการตรวจทุก 2 สัปดาห์ในระยะแรกๆ และต่อไปทุก 1 เดือน ถ้าประเมินว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.5 ไม่ได้ไปรับการตรวจตามนัด ด้วยเหตุผลที่ว่า อาการดีขึ้นแล้วไม่อยากจะรบกวนลูกหลานในการพาไปโรงพยาบาล เนื่องจากบ้านอยู่ห่างจากโรงพยาบาล ทำให้ลูกหลานเสียเวลา และระยะนี้รับประทายาสมุนไพรร่วมกับบีบนิ้วคอกก็เพียงพอแล้ว

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการวิจัยอาจจะไม่สามารถอ้างอิงสู่ประชากรโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งหมด เนื่องจากลักษณะตัวอย่งน้อย เฉพาะผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี สามารถรับรู้และสื่อสารได้ เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงไม่ได้สุ่มตัวอย่าง และเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม ประชากรของโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาเท่านั้น