

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาครอบคลุมหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย
4. การประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายตามกรอบแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. ภาวะซึมเศร้าในโรคหลอดเลือดสมอง
6. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

### โรคหลอดเลือดสมอง

#### นิยาม

โรคหลอดเลือดสมอง “Cerebrovascular Disease” (C.V.D.) หรือที่นิยมเรียกกันว่า “สโตรก” (Stroke) คนไทยเรียกโรคนี้อีกว่า “โรคอัมพาต” (นิพนธ์, 2534) เป็นกลุ่มโรคที่มีการรบกวนต่อระบบการไหลเวียนเลือดไปที่สมอง ทำให้เกิดการทำลายเซลล์สมองและสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ (Mower, 1997)

องค์การสำรวจโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (National Survey of Stroke) ของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคประสาธต์ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดซึ่งมีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้คือ มีการอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (cerebral thrombosis) หรือหลอดเลือดสมองอุดตัน (cerebral embolism) หรือมีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) หรือทำให้มีเลือดออกใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) ซึ่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะไม่รวมการอุดตัน หรือการแตกของหลอดเลือดสมองอันมีสาเหตุ

มาจากการได้รับบาดเจ็บ เนื้องอกหรือการติดเชื้อ (กัมมันต์, 2530; นิพนธ์, 2534; รัชฎา, 2541; Mower, 1997)

### อุบัติการณ์

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในประเทศไทยมีค่าความชุกของโรค 690 คนต่อประชากร 100,000 คน (นิพนธ์, 2534) โรคกลุ่มนี้มีอัตราการตายเฉลี่ยราวร้อยละ 20 – 25 ของผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งนี้แล้วแต่ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าเป็นจากเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) มีอัตราการตายสูงราวร้อยละ 50 – 60 หรือจากหลอดเลือดในสมองอุดตัน (cerebral thrombosis) มีอัตราการตายต่ำราวร้อยละ 10 – 15 (นิพนธ์, 2538) ในประเทศสหรัฐอเมริกา โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายสูง ซึ่งเป็นอันดับสามรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจและมะเร็ง (Monahan & Neighbors, 1998 : Ignatavicius, Workman & Mishler, 1999) มักพบในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี (Whisnant, 1984 cited by Camp, Davis, Salter & Pierce, 1995) พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ซึ่งร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemic stroke) ร้อยละ 16 จากมีเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) และร้อยละ 4 มีเลือดออกในโพรงสับอแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) (Pfeffer & Reding, 1998)

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่อไปนี้

1. ด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ มักพบในโรคลิ้นหัวใจตีบ (mitral stenosis) หัวใจห้องบนเต้นสั่นพริ้ว (atrial fibrillation) หลอดเลือดตีบแข็งจากไขมันเกาะภายในหลอดเลือด (atherosclerosis) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงและอ้วน จำนวนเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ (polycythemia) ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา เช่น ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack : TIA) (เจียมจิต, 2541; Monahan & Neighbors, 1998; Pfeffer & Reding, 1998) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70 จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า ส่วนผู้ที่เป็โรคหัวใจมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่าและผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 2 – 3 เท่า (เจียมจิต, 2541) จากการศึกษาของเลปปาลา, เวอคาโม, โฟเจลโฮล์ม, อัลบานเนส และไฮโนเนน (Leppala,

Vertamo, Fogelholm, Albanes & Heinonen, 1999) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันในโรคหลอดเลือดสมองแต่ละชนิด พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิด ส่วนระดับโคเลสเตอรอลในเลือดที่สูงขึ้นไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิด ซึ่งจะเห็นได้จากโรคหลอดเลือดสมองบางชนิดมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง บางชนิดมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดปกติ

2. แบบแผนการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรามากเกินไป จากการศึกษาของเซอร์วิลลา, พรินซ์และแมนน์ (Cervilla, Prince & mann, 2000) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมด้านการคิดรู้ (impairment cognitive) ของผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่และดื่มเหล้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 889 คนโดยประเมินความสามารถด้านการคิดรู้ 2 ครั้งห่างกัน 1 ปี พบว่าความพร้อมด้านการคิดรู้ไม่สัมพันธ์กับการดื่มเหล้า แต่จะสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ส่วนการศึกษาของฮาปาไนมิ, ฮิลบอมและจูเวลา (Haapaneimi, Hillbom & Juvela, 1997) ถึงความสัมพันธ์ของการดำเนินชีวิต และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ใหญ่วัยทำงาน พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดสมองขาดเลือด (brain infarction) ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ผู้ชายที่มีประวัติเป็นไมเกรน (migraine) และผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดเป็นประจำ

3. ด้านประชากร พบว่าบุคคลที่มีอายุเพิ่มขึ้น เพศชาย ประชาชนผิวดำ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย เพศหญิงหรือชนชาติผิวขาว (Monahan & Neighbors, 1998 ; Pfeffer & Reding, 1998) ซึ่งแกรนท์ (Grant, 1996) พบว่า คนเชื้อชาติอัฟริกันผิวดำมีโอกาสดังกล่าวมากกว่าคนเชื้อชาติอเมริกันผิวขาว 1.5-2 เท่า

4. การใช้ยาบางชนิด จากการศึกษาวิจัยของนักวิชาการแห่งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สหรัฐอเมริกา พบว่า ยาที่มีส่วนผสมของสารฟีนิลโพรพานอลามีน (phenylpropanolamine : PPA) ซึ่งนิยมใช้เป็นยาที่ผสมอยู่ในยาแก้หวัดต่างๆ หรือทำเป็นยาเพื่อใช้ในการลดความอ้วน เนื่องด้วยทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร เสี่ยงต่อการทำให้มีเลือดออกในสมอง (สุรเกียรติ, 2544) โดยมีรายละเอียดว่าสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี ซึ่งแข็งแรงดี ภายหลังกินยาฟิฟิเอ เพียง 3 วัน ซึ่งกินขนาดสูงเพื่อใช้ลดน้ำหนักตัว มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเลือดออกในสมองถึง 16 เท่า และหากกินยาฟิฟิเอขนาดน้อยที่ใช้เป็นยาแก้หวัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเลือดออกในสมองถึง 3 เท่า

5. ปัจจัยอื่นๆ เช่น การรับประทานสารที่มีส่วนประกอบของโคเคน (cocaine) เป็นประจำ บุคคลที่ทำงานนั่งโต๊ะ เครียดจากภาวะเศรษฐกิจหรือสาเหตุอื่นใดก็ตาม ระดับไลโปโปรตีน (lipoprotein) และไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) ในกระแสเลือดที่สูงขึ้น อีกทั้งผู้ที่รับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ต่อเนื่องมีโอกาสดังกล่าว (เจียมจิต, 2541;

Ignatavicius, Workman & Mishler, 1999) นอกจากนี้แอบบอทท์ และคณะ (Abbott et al., 1996) ได้ศึกษาผลของการบริโภคนมและอาหารที่มีแคลเซียมต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดอุดตัน (thromboembolic stroke) ในผู้สูงอายุตอนกลาง (older middle aged men) พบว่า ผู้ที่ไม่ได้รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม แต่ให้ดื่มนมเป็นประจำจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดอุดตันได้ แต่ต้องควบคุมความสมดุลของอาหารอื่นด้วย อีกทั้งต้องควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

### หลักการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ยึดหลักการรักษาโดยแก้ไขความผิดปกติทางพลศาสตร์การไหลเวียนเลือด (hemodynamic) แก้ไขความผิดปกติของกระแสเลือด (hemorrhheologic) และแก้ไขความผิดปกติทางเมตะบอลิกที่เกิดขึ้นในโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่พบว่ามีวิธีใดแต่เพียงวิธีเดียวที่จะรักษาได้ดีที่สุด (นิพนธ์, 2538) หลักในการรักษาสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1. ระยะเฉียบพลันโดยให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น ในระยะแรกดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ถ้าความดันโลหิตสูงให้ยาลดความดัน เช่น โซเดียมไนโตรพรัสไซด์ ถ้าความดันโลหิตต่ำให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ในกรณีโลหิตจาง (ค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่า 30 เปอร์เซ็นต์) ควรให้เลือด นอกจากนี้ให้ยาห้ามเลือดแข็งตัว ลดการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด เช่น ให้ยาแอสไพริน ให้ยาสลายไฟบริน (fibrinogen agent) เช่น สเตรปโตไคเนส (Streptokinase) ยูโรไคเนส (Urokinase) และให้ยาขยายหลอดเลือดสมอง ในรายหลอดเลือดถูกอุดตัน อาจจำเป็นต้องทำผ่าตัด ซึ่งทำได้ 2 วิธี ได้แก่ การผ่าเอาเยื่อในหลอดเลือดแดงและสิ่งอุดตันออก (endarterectomy) และการต่อหลอดเลือดภายนอกและภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งวิธีการทั้งสองเพื่อเพิ่มเลือดไปยังสมองบริเวณที่ขาดเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง ระวังไม่ให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น โดยจัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ไม่บีบศีรษะไปข้างใดข้างหนึ่ง และให้สารน้ำอิเล็กโตรไลต์เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในผู้ใหญ่ให้สารน้ำวันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตร ในรูปของกลูโคส เช่น 5% Dextrose in NSS/2 หรือในบางรายอาจให้ยากันชัก (รัชฎา, 2541) ในรายที่มีการทำงานของหัวใจล้มเหลวหรือการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ เพื่อให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองเพียงพอ โดยไม่มากหรือน้อยเกินไป ถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองมากเกินไปทำให้ความดันโลหิตในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น หรือถ้าน้อยเกินไปเกิดสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น

2. ระยะฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรักษาในระยะนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งๆที่มีความพิการเหลืออยู่โดยเน้นศักยภาพทางด้านการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนที่ให้มีความสามารถใกล้เคียงปกติมากที่สุดเท่าที่ความพิการจะอำนวย โดยมีเป้าหมาย

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความพิการซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองมากที่สุด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพจิตใจให้คืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด กิจกรรมที่ทำได้แก่ การบริหารร่างกายโดยผู้อื่นทำให้หรือผู้ป่วยทำเอง ฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง ฝึกการทรงตัวทั้งทำนั่งและทำยืน ฝึกการเคลื่อนย้ายตัวเอง การฝึกเดินและยืน เป็นต้น (วิภาวรรณ และช่อลดา, 2541) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แพทย์จะให้ วอร์ฟาริน (warfarin) เพื่อป้องกันการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด เป็นเวลาติดต่อกัน 3 เดือน และหลังจากนั้นจะให้ยาแอสไพริน เพราะยาแอสไพรินจะลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน เนื่องจากยาแอสไพรินจะลดการอักเสบของหลอดเลือดได้มากกว่าป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Monahan & Neighbors, 1998)

นอกจากการรักษาดังกล่าวแล้ว การป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ เป็นสิ่งจำเป็นมากอย่างหนึ่ง โดยการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น ป้องกันมิให้เกิดความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ไ้ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และงดสูบบุหรี่ โดยจะต้องรักษาโรคต่างๆ อีกทั้งกำจัดปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

### การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตมาได้ อาการต่างๆ จะเริ่มดีขึ้นเรื่อยๆ แต่ส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งต้องไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์, 2534; Watson & Quinn, 1998) คือ ระยะเฉียบพลัน (acute stage) ระยะหลังเฉียบพลัน (post acute stage) และระยะฟื้นฟูสภาพ (recovery stage)

1. ระยะเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ซึ่งใช้เวลา 1-14 วัน ส่วนใหญ่ประมาณ 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วย หรืออาจจะยังรู้สึกตัว แต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก ในระยะนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ ระบบการหายใจผิดปกติ ระยะนี้จะต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ (นิพนธ์, 2534; Phipps, 1991) หากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวต่ำจะเป็นตัวทำนายได้ว่า ผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดชีวิตต่ำด้วย

2. ระยะหลังเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปนานทางเลวลง มี Glasgow Coma Scale ตั้งแต่

7 คะแนนขึ้นไป ความดันโลหิตปกติอยู่ในช่วง 90/50-160/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งในบางรายอาจต้องใช้อายากควบคุมความดันโลหิต ระยะนี้อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า (นิพนธ์, 2534) ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องการกลืนลำบาก การเคลื่อนไหว การพูด จากปัญหาการกลืนลำบากทำให้ร่างกายขาดสารอาหารได้ (Phipps, 1991)

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อที่จะลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน (นิพนธ์, 2534) ซึ่งในระยะนี้แบ่งได้เป็น ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (early recovery) และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (later recovery) (Astrom, Asplund & Astrom, 1992)

3.1 ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะการฟื้นตัวของระบบประสาทซึ่งจะฟื้นตัวดีขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์หลังเจ็บป่วย (Han & Haley, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของทอร์นเกรน, เวสต์ลิ่ง และนอร์วิง (Thorngren, Westling & Norrving, 1990) เรื่องผลที่เกิดขึ้นหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 129 ราย ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปสู่แผนกฟื้นฟูสภาพ พบว่าร้อยละ 47 ของผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องทางระบบประสาทจะดีขึ้นในช่วงเวลา 1-3 สัปดาห์หลังจำหน่าย

จากการศึกษาของนาคายามา, จอร์เจนเซน, ราสโชว์ และออลเซน (Nakayama, Jorgensen, Raaschou & Olsen, 1994) เรื่องการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการทำหน้าที่ของแขน โดยศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 421 คน ซึ่งติดตามประเมินทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยใช้ดัชนีบาร์เทลเกี่ยวกับการให้อาหาร และความสามารถในการแต่งกาย พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของแขนได้ดีที่สุดในระยะเวลา 3 สัปดาห์หลังจากเริ่มเกิดโรค ส่วนการฟื้นตัวเกี่ยวกับการฟังพาดตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Phipps, 1991) ซึ่งการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความแตกต่างกันได้มาก แต่พบว่าการฟื้นตัวของโรคจะเริ่มเกิดขึ้นภายในเวลาตั้งแต่ 3 เดือนแรกที่เกิดโรคและอาการค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับจนกระทั่งถึง 6 เดือน ซึ่งต่อมาภายหลังจากนั้นการฟื้นตัวของโรคจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก แต่บางรายอาจจะมีการฟื้นตัวของโรคไปได้เรื่อยๆ จนถึงเวลา 2 ปี ภายหลังจากที่เกิดโรค (นิพนธ์, 2534) จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของซุห์ (Suh, 1990) ปรากฏว่าระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระดับการปรับตัวด้านร่างกายในการฟังผู้อื่นเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง และข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงเมื่อเทียบกับก่อนจำหน่าย ส่วนในด้านจิตใจระดับของการซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้จากการศึกษาของเวด, วูด และแลงตัน-ฮิวเออร์

(Wade, Wood & Langton-Hewer, 1985) เรื่องการฟื้นตัวในช่วงเวลา 3 เดือน หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 99 ราย แต่มีผู้ที่รอดชีวิตเพียง 67 ราย จากการศึกษาพบว่า ในช่วงเวลา 1 เดือนหลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตัวเอง การเดิน และการแต่งตัว ซึ่งมีผู้ป่วย 4 ราย ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างอิสระเต็มที่ภายในเวลา 12 วัน หลังการเจ็บป่วย และอีก 1 ราย ช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ 100 เปอร์เซ็นต์ ในเวลา 3-5 สัปดาห์ ส่วนแอนดรูส์, บร็อกเลเฮอรัท, ริชาร์ด และเลย์ค็อก (Andrews, Brocklehurst, Richards & Laycock, 1981) ได้ศึกษาถึงอัตราการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าร้อยละ 72 ของผู้ป่วย ยังคงมีความพิการอยู่ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์หลังเจ็บป่วย และจะมีการฟื้นตัวมากที่สุดหลังจาก 8 สัปดาห์ไปแล้ว

3.2 ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพระยะหลัง เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะเวลาฟื้นฟูสภาพระยะแรก ระยะเวลาปัญหาต่างๆ จะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การพูด การใช้ภาษาและการช่วยเหลือตัวเอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ความสามารถทางภาษา กลับคืนมาได้เองบ้าง (spontaneous recovery) ในระยะ 3 เดือน ถึง 1 ปี หลังจากป่วย ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจมีความสามารถทางภาษากลับคืนมาได้เหมือนปกติ แต่จะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ภาษาได้เหมือนเมื่อก่อนป่วย (เบญจมาศ, 2536) ส่วนความสามารถในการเดิน การดูแลสุขอนามัยของตัวเอง ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวมากขึ้น ในช่วงเวลา 3-12 เดือนหลังเจ็บป่วย (Thorngren, Westling & Norrving, 1990) แต่สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุและมีภาวะหัวใจล้มเหลวก็เป็นตัวทำนายว่าผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตต่ำลงในระยะนี้ (Phipps, 1991)

ภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นกลับคืนได้จากลักษณะทางธรรมชาติของโรคซึ่งเรียกว่า “การฟื้นตัวเอง” หรือจากการปรับตัวโดยใช้กล้ามเนื้อใกล้เคียงทดแทนหรือกลวิธีการใช้ส่วนอื่นของร่างกาย เรียกว่า “การฟื้นตัวโดยการปรับตัว” (Wade, Hewer, Skilbeck & David, 1985) รูปแบบการฟื้นตัวในผู้ป่วยแต่ละรายหรือกลไกที่ใช้ในการอธิบายการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นยังไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและปัจจัยแวดล้อมร่วมด้วย (โสภณ, 2534) ดังนั้นการประเมินการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีหลายระดับ และต้องอ้างอิงความเห็นของกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งส่วนใหญ่การฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะอาศัยความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ดีเพียงใด โดยใช้ความสามารถของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living หรือ ADL) เป็นหลัก (นิพนธ์, 2534) ซึ่งสุทธิชัย (2541) ได้แบ่งกิจวัตรที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวันเพื่อการดำรงชีวิตในสังคม ออกได้เป็น “กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน” (basic activity of daily living) ได้แก่ การรับประทานอาหาร ความสามารถ

ในการใส่เสื้อผ้า ความสามารถในการใช้ห้องสุขาหรืออาบน้ำ เป็นต้น และอีกระดับหนึ่งคือ “กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง” (extended หรือ instrumental activity of daily living) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีอยู่เพื่อการดำรงชีพในสังคมอย่างอิสระได้แก่ การไปจ่ายตลาด การทำความสะอาดบ้าน หรือการประกอบอาหาร เป็นต้น การทำแบบทดสอบหรือมาตรวัดที่อาศัยการคัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม มารวมกันเป็นกลุ่มของกิจกรรม โดยอาจใช้ผลรวมคะแนน (total score) ของกิจกรรมที่ทำได้หรือใช้ตำแหน่งของกิจกรรมสำคัญสุดท้าย (hierarchical score) เป็นคะแนนก็ได้ แบบทดสอบเหล่านี้ได้แก่ Katz ADL Scale, Barthel’s ADL Index, Nottingham extended ADL Scale ซึ่งโจฮันสัน, แจคแบค, นอร์วีง, วิดเนอร์และวิกลินด์ (Johansson, Jadbac, Norrving, Widner & Wiklund, 1992) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่เพิ่งเป็นครั้งแรก โดยศึกษาตัวแปรทางการแพทย์ ทางสังคมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน 48 ชั่วโมง หลังเจ็บป่วยและติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลอีกใน 6 และ 12 เดือนต่อมา ซึ่งใช้แบบประเมิน ADL และ Nottingham Health Profile พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกขวา ได้คะแนนน้อยกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกซ้ายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพอใจในชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองด้านซ้าย มีระดับความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองด้านขวา หรือการตายของก้านสมอง (brainstem infarction) (Robinson & Price, 1982)

นิพนธ์ (2534) ได้อธิบายไว้ว่า ในด้านการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) นั้น การประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินจากผลของการรักษาด้านร่างกาย การทำหน้าที่สังคมและอารมณ์ ปัญหาการประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันจะประเมินผลด้านไหนจะสำคัญกว่ากันอย่างไรหรือได้ผลมากน้อยกว่ากัน ยังไม่มีคำตอบที่แน่ชัด จึงมักนิยมใช้ระยะเวลาหลังจากที่เกิดโรคจนถึงความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเองได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักและมีความพิการมากตั้งแต่เริ่มต้นนั้น มักพบว่าการฟื้นตัวของโรคจะมีขีดจำกัด แม้จะได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างดีและเพียงพอตั้งแต่ต้นก็ตาม ส่วนโสภา (2534) ได้ให้ข้อสรุปโดยทั่วไปว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะฟื้นตัวขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดคงที่ภายใน 6 – 12 เดือน แต่ผู้ป่วยบางคนก็ยังสามารถฟื้นตัวต่อได้อีกหลังเวลาผ่าน 1 ปีไปแล้ว ซึ่งสามารถสรุปลักษณะการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดังนี้

1. การฟื้นตัวของโรคมักเกิดขึ้นอย่างมีรูปแบบและจะถึงจุดคงที่ (plateau phase) ได้
2. การฟื้นตัวจะเกิดขึ้นต่อไปเรื่อยๆ ได้ในช่วง 6 เดือนถึง 1 ปี
3. ผู้ป่วยบางคนยังสามารถฟื้นตัวได้อีกแม้เวลาจะผ่านไปเป็นปีและอาจได้ผลดีกว่าที่คาดหวังไว้
4. การฟื้นตัวเกิดขึ้นได้แม้ว่าจะมีการทำลายของเนื้อสมองเป็นบริเวณกว้างในคนสูงอายุ



ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากอัมพาตจำนวน 2 ใน 3 จะกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ในระดับที่สามารถดำเนินชีวิตเป็นอิสระ ขั้นตอนของการฟื้นฟูหายจากการเป็นอัมพาตค่อนข้างช้า และไม่มีตารางเวลาที่จัดทำไว้ให้พยากรณ์แน่นอนไป สมาชิกในครอบครัวจะพบว่าเป็นการยากในการยอมรับความจริงว่าเป็นสิ่งที่ไม่อาจพยากรณ์ระดับการฟื้นฟูหายจากโรคได้ ปริมาณการหายมาน้อยหรือช้าเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่างด้วยกัน (ศรีวิมล, 2534) คือ

1. ขอบเขตความกว้าง ความมากน้อยของสมองซึ่งได้รับอันตราย ปัญหาส่วนใหญ่ของอัมพาต คือ ความรุนแรงมากในตอนต้น ซึ่งบางรายอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีแนวโน้มของการดีขึ้นเองได้บ้างโดยธรรมชาติ อย่างไรก็ตามเนื้อสมองบริเวณที่ถูกตัดขาดจากการหล่อเลี้ยงของเลือดอย่างสมบูรณ์จะตาย และเซลล์สมองส่วนนั้นๆ จะไม่สามารถเจริญเติบโตหรือฟื้นฟูเป็นปกติอีก

2. บริเวณสมองส่วนที่ไม่ได้รับอันตรายจะทำหน้าที่ทดแทนส่วนที่เสียไป ซึ่งขบวนการนี้ถ้าผู้ป่วยได้รับการฝึกในการทำกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยกลับมามีความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ได้

3. แรงจูงใจ ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะเพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อความหมายกับผู้อื่น ตัวผู้ป่วยเองต้องพยายามฝึกหัดแก้ไข ญาติและสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีแรงจูงใจที่จะทำด้วยเพราะฉะนั้นอัมพาตจึงดูเหมือนเป็นความเจ็บป่วยของทั้งครอบครัว เพราะทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นหน่วยเดียวกัน มีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจและการปรับตัวต่อความผิดปกติของผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการฟื้นตัวดังกล่าว ฟีนเนย์ และคณะ (Feeney et al, 1982 อ้างตามโสภา, 2534) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ระดับสารสื่อประสาทบางตัวมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่ม การฟื้นตัวของผู้ป่วยและการให้การรักษาฟื้นฟูอย่างรวดเร็วภายหลังเกิดโรคทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยเกิดได้มากขึ้น แม้แต่การจับแขนขาผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการหดรั้งของเนื้อเยื่อตามปกติสามารถเพิ่มการฟื้นตัวได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมิลเลอร์และวู (Miller & Woo, 1999) ถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบว่าภายใน 1 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินซึ่งถือเป็นเวลาทอง “Golden Hour” ที่พยาบาลจะต้องตระหนักในอาการและอาการแสดงของโรค เพื่อจะได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงอาการเตือนที่ทำให้อาการเลวลง อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ขณะที่พยาบาลกำลังให้การพยาบาลอยู่ นอกจากนี้แพทย์ก็จะต้องให้การรักษาอย่างถูกต้องและรีบด่วนเพื่อผู้ป่วยจะได้มีการฟื้นตัวเร็วขึ้น ซึ่งถ้าวางแผนให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง หลังจากผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ในเวลา 6 เดือนหลัง

เกิดโรค เช่นเดียวกับการฟื้นตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะฟื้นตัวได้มากที่สุดได้ในระยะ 6 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บซึ่งหลัง 6 เดือนไปแล้วการฟื้นตัวจะลดลง (Winkler, 1995)

การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญสิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยและญาติหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพต้องการทราบ เพื่อจะได้เข้าใจสภาพการฟื้นตัวและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีการฟื้นตัวไม่เป็นที่พอใจซึ่งยังคงภาวะทุพพลภาพอยู่ก็จะได้หาทางช่วยเหลือต่อไป

### ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

จากรอบแนวคิดการวิจัยซึ่งใช้กรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายดังนี้

#### แบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งที่รับประทานอาหารได้เอง และบางรายมีปัญหากลืนลำบาก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40-50 มีปัญหาในการกลืน (Gauwitz, 1995) ต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดง Vertebrobasilar หรือมี Corticobulbar Fibers ถูกทำลายทั้งสองข้าง บางรายมีพยาธิสภาพที่สมองข้างใดข้างหนึ่ง (Caplan, 2000) ทำให้มีความผิดปกติของประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืนทำให้สูญเสียรีเฟล็กซ์การกลืนและการขย้อน (gag reflex) เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคี้ยว ริมฝีปากปิดแน่นได้ไม่แน่น การเคี้ยวจึงบกพร่อง กลืนไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ถ้าเพดานอ่อนแรงมากก็ไม่สามารถเคลื่อนปิดกั้นผนังคอหอย จะทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนและพบสูงขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Dobkin, 1991 cited by Lugger, 1994) มีรายงานพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืน ร้อยละ 40 จะมีการสำลักและเกิดการติดเชื้อที่ปอดหรือปอดอักเสบร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งไม่มีปัญหาในการกลืนจะมีภาวะแทรกซ้อนทางปากเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น (เจียมจิต, 2541) ผู้ป่วยบางรายมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร ในการให้อาหารทางสายให้อาหาร ถ้าสูตรอาหารที่ให้กับผู้ป่วยมีคุณค่าทางโภชนาการไม่ครบถ้วน จะมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการขาดกำลังงาน วิตามินและเกลือแร่ ส่วนผู้ป่วยที่นอนเฉยๆ โดยไม่ได้เคลื่อนไหวและเข้าสู่ระยะพักฟื้นแล้ว อาจต้องปรับปริมาณแคลอรีให้ลดลง

มีฉะนั้นผู้ป่วยอาจมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากเกินไป และสิ่งที่ต้องระวังในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว อาจเกิดภาวะการขาดน้ำได้จากภาวะท้องเดินหรือจากการที่ได้รับสูตรอาหารที่เข้มข้นเกินไป โดยเฉพาะในด้านโปรตีน (สิริรัตน์, 2539)

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหาในการกลืน แต่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถจัดหาอาหารที่ต้องการได้ ประกอบกับสภาวะของโรคซึ่งมีความผิดปกติในการรับรส ละเลยสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาต (spatial disorders) ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารเพียงครั้งงานเท่านั้น (เจียมจิต, 2541) ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้ร่างกายได้รับแคลอรีและสารอาหารไม่เพียงพอ เมื่อใดก็ตามที่ร่างกายได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อกระบวนการเผาผลาญต่างๆ จะมีการสลายโปรตีนในส่วนต่างๆ ของร่างกายออกมาใช้ในรูปน้ำตาลกลูโคส (gluconeogenesis) ทำให้ร่างกายซบพอม โปรตีนต่ำเกิดการเสียสมดุลของไนโตรเจนในร่างกาย (negative nitrogen balance) จึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อและแผลกดทับได้มากกว่าปกติ อาหารมีความจำเป็นต่อการสังเคราะห์โปรตีน โดยเฉพาะอัลบูมิน (albumin) เมื่ออัลบูมินในเลือดต่ำลง จะทำให้สารเหลวซึมออกจากเส้นเลือดเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ (interstitial space) ทำให้เซลล์บวมขึ้น เพิ่มระยะห่างจากเส้นเลือดฝอยและเซลล์ในชั้นต่างๆ ของผิวหนังมากขึ้น เกิดความพร่องของการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน สารอาหาร ของเสียต่างๆ ทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทน จึงง่ายต่อการเกิดแผล (จันทนา, 2530; อัจฉรา, 2532) จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยง วิธีป้องกันและการดูแลแผลในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับของไปเปอร์และคณะ (Pieper et al, 1998) พบว่าผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจะมีผลอัลบูมินในเลือดต่ำโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3 mg% รวมทั้งการขาดสารอาหารพวกวิตามินบี 2 ชาติเหล็ก กรดโฟลิกและวิตามินซี (ascorbic acid) ซึ่งทำหน้าที่ดำรงรักษาคอลลาเจน (collagen) ที่เป็นส่วนสำคัญต่อโครงสร้างของหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดฝอยเปราะแตกง่ายและแผลหายช้าลง

นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีภาวะซีด จะทำให้ออกซิเจนไปสู่เซลล์ลดลง เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อและเซลล์ (จันทนา, 2530) จากการศึกษาของไปเปอร์และคณะพบว่าระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเลือดต่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดแผลกดทับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีระดับอัลบูมินและฮีโมโกลบินในเลือดต่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงและสามารถใช้คาดการณ์การเกิดแผลกดทับได้ (นลินทิพย์ และวีระชัย, 2540) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะพบอัมพาตครึ่งซีก มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง การย่อยและการดูดซึมลดลง เกิดอาการท้องผูก ท้องอืด เบื่ออาหาร ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารได้ และเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในท่านอนราบเป็นเวลานานจะมีการลดการหลั่งของ

mineralocorticoids จากต่อมหมวกไต ซึ่งมีผลต่อความสมดุลของโซเดียม และ โปแตสเซียม (สมจิต, 2538) ทำให้ระดับโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือดต่ำลง

### แบบแผนการขับถ่าย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมีปัญหาท้องผูกในระยะแรกๆ เนื่องจากได้รับปริมาณอาหารไม่มากนักและมีกากหรือเส้นใยน้อย และอาจเกิดจากผู้ป่วยรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยกว่าปกติ (จันทร์เพ็ญ, 2539) ประกอบกับกลไกรีเฟล็กซ์ที่ทำให้ลำไส้ว่างลดลง จึงเกิดท้องผูกและอุจจาระอัดแน่น ถ้าเป็นหลายๆ วันปริมาณอุจจาระที่ค้างจะเพิ่มมากขึ้นและจะไปอัดแน่นอยู่ในลำไส้ใหญ่ส่วนปลายสุด อุจจาระจะมีลักษณะแข็งมากขึ้นและแห้ง (fecal impaction) ผู้ป่วยจะมีอาการเวียนศีรษะ มีไข้ต่ำๆ ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ รับประทานอาหารได้น้อย ท้องอืดแน่น อึดอัดในท้อง บางรายมีอุจจาระร่วงหรือมีลักษณะเป็นน้ำไหลผ่านออกมาทางทวารหนัก เนื่องจากลำไส้ส่วนเหนือขึ้นไปไม่สามารถทำหน้าที่ดูดซึมและทำหน้าที่บีบได้ (peristalsis) ได้ตามปกติ (สมจิต, 2531) ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงนานๆ กล้ามเนื้อหน้าท้องจะอ่อนแรงขาดความตึงตัว เพราะไม่ได้ใช้งานหรือออกกำลังกาย ไม่มีแรงเบ่งอุจจาระ การนั่งถ่ายบนหมอนอนหรือนอนถ่ายบนเตียง ทำให้รู้สึกไม่สบาย ถ่ายไม่สะดวก กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นในและชั้นนอกไม่คลายตัวเท่าที่ควร ทำให้ต้องใช้แรงเบ่งมาก เพิ่มความดันภายในช่องอก (ชอลดา, 2542) ผู้ป่วยบางรายพบภาวะอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่เกิดจากการรับสารอาหารทางท่อให้อาหารในปริมาณมากเกินไป การเตรียมอาหารไม่สะอาดมีการปนเปื้อนของเชื้อโรค หรือจากการใช้ยาต้านปฏิชีวนะบางตัว หรือได้รับยาละลาย ทำให้แบบแผนของการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป (เจียมจิต, 2541 ; Crater, 1987)

ในการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีคามผิดปกติของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ในผู้ป่วยที่หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันทีในช่วงระยะแรกกระเพาะปัสสาวะจะสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (hypotonic) ทำให้การถ่ายปัสสาวะลำบาก เนื่องจากรีเฟล็กซ์ที่ทำให้เกิดการขับถ่ายปัสสาวะถูกกด (sacral reflex) ทำให้กระเพาะปัสสาวะโป่งตึงซึ่งถ้าไม่ระบายออกผู้ป่วยจะมีปัสสาวะเล็ดออกมาทีละน้อย (overflow incontinence) ในขณะที่มีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น ขณะเคลื่อนไหวตัวบนเตียง นั่ง ไอ เบ่งอุจจาระและเคลื่อนไหว (Hickey, 1986) ใน 1 เดือนแรกหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณร้อยละ 50 – 70 และจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป โดยพบว่าลดลงเหลือประมาณร้อยละ 15 เมื่อระยะเวลา 6 เดือนหลังเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้นแต่มีผลต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและปัญหาอื่นที่จะตามมา

เช่น ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ซึมเศร้าจากการที่ไม่สามารถไปเข้าสังคมหรือสังสรรค์กับผู้อื่นได้ (Lorish, Sandin, Roth & Noll, 1994)

### แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

จากปัญหาของการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้สีกและการรับรู้ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของการเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เมื่อผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงนานๆ มีผลกระทบต่อการทำงานของปอด หัวใจและการเคลื่อนไหวข้อ ดังนี้

การทำงานของปอด ผู้ป่วยหายใจได้ไม่เต็มที่ ขาดการกระตุ้นที่จะหายใจเข้าออกอย่างแรง และลึก เนื่องจากการขยายตัวของทรวงอก (chest expansion) มีขีดจำกัดจากกล้ามเนื้อทรวงอก กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมหดตัวได้น้อยลง อากาศเข้าสู่ปอดน้อย ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้การรับและการถ่ายเทอากาศระหว่างปอดและอากาศภายนอก (ventilation) ลดลงจึงเกิดปอดแฟบ (Potter & Perry, 1995) นอกจากนี้ทำให้เกิดภาวะความเป็นกรดและด่างของเลือดไม่สมดุลกัน ออกซิเจนที่เข้าสู่ร่างกายลดน้อยลง เซลล์และเนื้อเยื่ออยู่ในภาวะพร่องออกซิเจนได้ (hypoxia) พร้อมกับการสะสมของคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น (CO<sub>2</sub> narcosis) ยิ่งผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ยิ่งทำให้ไม่สามารถหายใจแรงๆ และลึกได้ การขยายตัวเต็มที่ของปอดยังเป็นไปได้ยาก

ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนร่วมด้วย มักจะเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ซึ่งจากการศึกษาของดิงและลอจแมน (Ding & Logemann, 2000) เรื่องภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการสำลักบ่อย มีอุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบมากกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สำลักขณะรับประทานอาหาร ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับประทานอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มและป้อนอาหารให้ผู้ป่วยด้านที่ผู้ป่วยเคี้ยวสะดวก เพื่อป้องกันการสำลัก (Monahan & Neighbors, 1998; Ignatavicius, Workman & Mishler, 1999)

ในด้านผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด จังหวะการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น (tachycardia) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะส่วนบนของร่างกาย เช่น การพยุงตัวลุกนั่ง หรือในการเบ่งอุจจาระ กล่าวคือในขณะที่ทำกิจกรรมดังกล่าว ความดันภายในทรวงอกจะเพิ่มขึ้น ความดันนี้จะไปสกัดกั้นการไหลกลับของโลหิตดำเข้าสู่หัวใจ ซึ่งมีผลให้ปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจลดลงด้วย หัวใจจึงบีบตัวเร็วขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจให้ไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ เมื่อการทำกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวสิ้นสุดลง ผู้ป่วยจะผ่อนคลาย โดยจะมีการหายใจออกอย่างแรง ความดันภายในทรวงอกจะลดลงทันทีเป็นผลให้โลหิตดำที่ถูกสกัดกั้นด้วยความดันนั้นไหลเข้าสู่หัวใจอย่างแรง ซึ่งอาจทำให้หัวใจหยุดทำงานได้ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีโรคหัวใจร่วม

ด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรู้สึกเวียน หน้ามืด เมื่อผู้ป่วยนอนราบอยู่ และลุกขึ้นนั่งอย่างรวดเร็ว เพราะความดันโลหิตต่ำลงเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ (orthostatic hypotension) เนื่องจากขณะนอนราบเลือดจะไปคั่งบริเวณอวัยวะส่วนปลายทำให้เส้นเลือดขยายตัว และไม่สามารถหดตัวได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อลุกนั่ง

ในส่วนความผิดปกติของการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ เห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาในการควบคุมท่าทางและการเคลื่อนไหว คือ อัมพาตครึ่งซีก โดยมีอาการชา (numbness) และอ่อนแรงของกล้ามเนื้อด้านที่เป็นอัมพาต (Anderson, 1981) ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว โดยอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง (Black & Matassarini-Jacobs, 1993) นอกจากนี้อาจมีอาการเกร็ง โดยนิ้วมือจะกำแน่น แขนขาเหยียดลำบากทำให้เคลื่อนไหวยากขึ้นและมีอาการปวดไหล่ ซึ่งเป็นอาการที่พบค่อนข้างบ่อย เนื่องจากแรงโน้มถ่วงของโลกต่อแขนขาที่อ่อนแรง จึงทำให้เกิดอาการปวดไหล่และตามมาด้วยข้อไหล่ติด ซึ่งพบว่าข้อไหล่เป็นข้อที่ติดมากที่สุด (อรนัตถ, 2534; Caplan, 2000) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้ออ่อนตัวและลีบ (muscle weakness and atrophy) ลักษณะที่จะสังเกตเห็นได้ชัดเจน คือกล้ามเนื้อจะขาดความตึงตัว (tone) และขาดความแข็งแรง (strength) การหดตัวของกล้ามเนื้อหายไปหรือมีน้อยมาก การไหลเวียนโลหิตบริเวณกล้ามเนื้อมีน้อยลง ปริมาณของออกซิเจนที่ใช้สำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มีการสะสมของกรดแลคติก (lactic acid) ซึ่งเป็นสาเหตุของความอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อ ยิ่งกล้ามเนื้อไม่ได้ทำงานหรือถูกใช้ให้ทำงานตามปกติ ความแข็งแรงและขนาดของกล้ามเนื้อจะลดลงและหมดสภาพที่จะใช้งานได้ในที่สุด (Kozier, Erb & Bufalino, 1989; Potter & Perry, 1995)

จากการฟื้นตัวทางระบบประสาทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะฟื้นตัวดีขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์หลังเจ็บป่วย (Han & Haley, 1999) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเข้าสู่ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน ถ้าได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง เกิดปัญหาที่ตามมาเนื่องจากการไม่ได้เคลื่อนไหว เช่น โลหิตจับตัวเป็นก้อนเล็กๆ ที่ผนังภายในเส้นเลือด (deep vein thrombosis) ถ้าก้อนเลือดดังกล่าวนี้หลุดไปตามกระแสโลหิตไปสู่ปอดเกิดการอุดตันภายในเส้นเลือดที่ปอดได้ (pulmonary embolism) (Mower, 1997) จะเห็นได้ว่าผลกระทบบนแบบแผนนี้ สาเหตุใหญ่สืบเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยที่ทำให้มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ร่างกายมีการจำกัดการเคลื่อนไหว และเกิดผลกระทบบ่อยๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ และปอดอักเสบ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนมักจะเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้บ่อยขึ้น

### แบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ

จากพยาธิสภาพของโรคผู้ป่วยอาจมีปัญหาคาการนอนหลับกลางวัน และตื่นกลางคืน ประกอบกับผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ในสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ ยังไม่สามารถยอมรับหรือปรับตัวได้ การเปลี่ยนสถานที่นอน ความไม่ เป็นส่วนตัว การเปลี่ยนแปลงของเวลาอนและแบบแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งการเจ็บป่วยทาง ด้านร่างกายและผลของยา (เจียมจิต, 2541) นอกจากนี้จากการศึกษาของบาสเซตติ อัลดริชและ ควินท์ (Bassetti, Aldrich & Quint, 1997) เรื่องการหายใจที่ผิดปกติขณะนอนหลับในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เพิ่งเป็นโรคครั้งแรกจำนวน 39 คน พบว่าขณะนอนหลับผู้ป่วย มีลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ เช่น หยุดหายใจเป็นช่วงๆ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 67 ส่วนการศึกษา ของบาสเซตติและอัลดริช (Bassetti & Aldrich, 1999) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมอง ขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack หรือ TIA) จำนวน 110 คน โดยเปรียบเทียบการ นอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดดังกล่าวในเวลากลางวัน และกลุ่มที่เกิดโรคในเวลากลางคืน พบว่าลักษณะการนอนหลับขณะเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน คือจะ มีการหยุดหายใจเป็นช่วงๆ ขณะนอนหลับ

### แบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้และการสื่อสาร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการรับรู้เสียไป กรณีที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วน พาไรทัล (parietal lobe) ของสมองซีกขวา (non-dominant hemisphere) ซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ ในการวิเคราะห์ผสมผสานข้อมูลที่ได้จากการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย ย่อมมีผลให้เกิดปัญหาและความยุ่งยาก เช่นมีความพร่องในการรับรู้ตนเอง ละเลยร่างกายและ สิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาต ไม่สามารถจำหรือแยกแยะวัตถุหรือสิ่งของที่คุ้นเคยได้ มีความ ลำบากในการแปลความและไม่เข้าใจความหมายของเสียงที่ได้ยิน การกำหนดระยะทาง รูปร่าง ขนาด สีและความเร็วทำได้ยาก มีความผิดปกติของการมองเห็นและลานสายตา ที่พบบ่อยก็คือ การมองเห็นภาพซ้อนและมองไม่เห็นภาพครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพ (เจียมจิต, 2541; Black & Matassarini-Jacobs, 1993; Grant, 1996) นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยในสัปดาห์ แรกจะมีอาการสับสน (confuse) ไม่รู้จักสถานที่ บุคคล ผู้ป่วยบางรายมีการเปลี่ยนแปลงความ ทรงจำ คือผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป (recent memory) และบางรายจะ สูญเสียความทรงจำเก่า (remote memory) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความคิด การตัดสินใจ การแก้ ปัญหาช่วงความสนใจสั้น ไม่มีสมาธิและมีพฤติกรรมซ้ำๆ (เจียมจิต, 2541; Beare & Myers, 1994)

ผู้ป่วยอาจเกิดการสูญเสียด้านความคิด ไม่สามารถตัดสินใจได้ ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน บางครั้งหัวเราะและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล (Hayn & Fisher, 1997)

ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย ซึ่งถือว่าเป็นสมองซีกที่เด่น ในคนที่ถนัดขวาทั่วไป จะมีศูนย์ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาซึ่งความบกพร่องที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือเข้าใจการสื่อภาษา (aphasia) ความผิดปกติที่พบ เช่น พูดไม่ชัด (dysarthria) หรือพูดไม่ได้หรืออาจจะได้ยินเสียงแต่ไม่เข้าใจความหมายของเสียง เสียงขึ้นจมูก น้ำเสียงห้าว จังหวะการพูดช้าหรือไม่มีระดับเสียง เนื่องมาจากความผิดปกติของสมองเล็ก (cerebellum) หรือประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด เช่น กล่องเสียง (larynx) ช่องคอ (pharynx) เพดานปาก (palate) ตลอดจนการหายใจซึ่งลักษณะความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้น อาจจะเป็นกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาตหรือหดเกร็ง การทำงานของกล้ามเนื้อไม่สัมพันธ์กัน ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการพูด จากการศึกษาของทศพรพงศ์, สุขวนชัยกุล และบุญนาถ (Tossapornpong, Sukvanachaiikul & Bunnag, 1991) เรื่องความผิดปกติทางการสื่อสารในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของการสื่อความหมายร้อยละ 92.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด และความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการพูดไม่ชัด (dysarthria) จากความผิดปกติเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งส่งผลทำให้ไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับความรู้ของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานใจและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าและแยกตัวในที่สุด (Parikh et al., 1990) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลถึงสภาพจิตใจและอารมณ์ ซึ่งจากการศึกษาของพวงน้อย (2536) เรื่องปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก คือ ซึมเศร้า และวิตกกังวล

#### การประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายตามกรอบแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลกระทบของภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สะท้อนให้เห็นภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษาภาวะสุขภาพด้านร่างกายผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้แก่ อาหารและการเผาผลาญ การขับถ่าย กิจกรรมและการเคลื่อนไหว การพักผ่อนนอนหลับ การรับรู้ และการสื่อสาร มีหลักการประเมิน ดังต่อไปนี้

**แบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร** ซึ่งครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ อาการผิดปกติที่พบเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร แผลกดทับ และการติดเชื้อ ในแต่ละประเด็นสามารถประเมินได้ ดังนี้



1. ภาวะโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการที่ใช้โดยทั่วไปมี 4 วิธี ได้แก่ (ปราณีต, 2539ก; Williams, 1995; Mitchell, 1997)

1.1 การประเมินอาหารที่บริโภค (dietary assessment) เป็นการศึกษาถึงปริมาณของอาหารชนิดต่างๆ ที่ร่างกายบริโภค เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินว่ารับประทานอาหารพอเพียง ได้สมดุลหรือไม่ วิธีการที่ใช้ประมาณได้มาจากวิธีการ 2 วิธี คือ การจดบันทึก และการรำลึกย้อนหลัง (recording and recall techniques) ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้

1.1.1 วิธีการประเมินอาหารที่รับประทานอยู่ในปัจจุบัน ใช้วิธีการจดบันทึกอาหารที่รับประทาน โดยการชั่งน้ำหนักอาหารที่รับประทานโดยละเอียดเป็นเวลา 3-7 วัน (precise weight method) การจดบันทึกประจำวันรายการอาหารที่รับประทาน (diet diary) โดยการกะปริมาณจากเครื่องตวงวัดในครัวเรือน

1.1.2 วิธีการประเมินอาหารที่รับประทานในอดีต โดยวิธีการสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถามประเมินอาหาร และรูปแบบของอาหารที่รับประทานย้อนหลังในอดีต ได้แก่ การประเมินอาหารที่รับประทานเฉพาะในเวลา 1 วันก่อนการสัมภาษณ์ เป็นการประเมินอาหารที่รับประทาน โดยการบันทึกย้อนหลังเป็นเวลา 24 ชั่วโมง (recall of actual intake or 24 hours recall) การรำลึกย้อนหลังถึงรูปแบบของอาหารที่ได้รับประทานในอดีตที่ผ่านมาในระยะยาว (recall of usual intake or diet history) และการประเมินความบ่อยของการรับประทานอาหาร (food frequency questionnaires)

เมื่อได้ชนิดและปริมาณอาหารทั้งหมดก็จะนำมาคำนวณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน แล้วแปลผลข้อมูลที่ได้โดยทำการเปรียบเทียบผลที่ได้กับค่ามาตรฐาน ตามความต้องการสารอาหารของแต่ละบุคคล ของแต่ละประเทศ (Recommended Dietary Allowances; RDA)

1.2 การวิเคราะห์สารชีวเคมีในร่างกาย (biochemical assessment) เพื่อหาระดับสารต่างๆ ที่สามารถบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการของบุคคลได้ เช่น ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต อัลบูมินในซีรัม และจำนวนเม็ดเลือดชนิดลิมโฟไซต์ (total lymphocyte count; TLC) จะสะท้อนถึงภาวะโภชนาการทางด้านโปรตีน ส่วนการตรวจหาโซเดียม โปตัสเซียม กลูโคส โคลเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ จะบ่งชี้ถึงภาวะสมดุลและอิเล็กโทรไลต์ นอกจากนี้ยังมีการตรวจปัสสาวะเพื่อหาค่าวิตามิน ระดับน้ำตาล ในโตรเจนอีกด้วย

1.3 การวัดสัดส่วนของร่างกาย (antropometric assessment) เป็นวิธีประเมินภาวะโภชนาการที่ใช้กันแพร่หลายสำหรับการศึกษาวิจัยด้านชีวภาพต่างๆ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (Heymsfield, Baumgartner & Pan, 1999) การวัดสัดส่วนร่างกายโดยทั่วไป ประกอบด้วย การวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก การวัดเส้นรอบวงส่วนต่างๆ ของร่างกาย (body circumference) ได้แก่

วัดความหนาของไขมัน (skinfold thickness) เส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน (mid-upper arm circumferences) เส้นรอบวงกล้ามเนื้อกึ่งกลางต้นแขน (mid upper arm muscle circumferences) และการคำนวณค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (body mass index : BMI)

1.4 การตรวจร่างกายทางคลินิก (clinical assessment) เป็นวิธีการตรวจร่างกายในส่วนที่มีการแสดงของการขาดสารอาหาร ได้แก่ ผิวหนัง ผอม เฝื่อน ฟัน เหงือก ริมฝีปาก ลิ้น ตา (สุทธิชัย, 2542; Czajka-Narins, 1992) เป็นวิธีการที่ง่าย รวดเร็ว ไม่สิ้นเปลือง และไม่ต้องใช้เครื่องมือที่ยุ่งยากมากนัก แต่มีข้อจำกัดในการแปลผล คือ ต้องอาศัยผู้ตรวจที่มีความเชี่ยวชาญหรือได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดี และอาการทางคลินิกที่ตรวจพบบางอย่างไม่เป็นลักษณะของโรคขาดสารอาหาร ชนิดใดชนิดหนึ่งอย่างชัดเจน ต้องอาศัยการตรวจอย่างอื่นๆ ร่วมด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกประเมินภาวะโภชนาการโดยการประเมินเส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน (mid-upper arm circumference : MAC) และนำค่าที่วัดได้ไปเปรียบเทียบกับร้อยละของค่ามาตรฐานโดยกำหนดเกณฑ์ในการตัดสินภาวะโภชนาการจากร้อยละของค่ามาตรฐาน ซึ่งกำหนดค่ามาตรฐานของ MAC ในเพศชายและเพศหญิง เท่ากับ 29.3 และ 28.5 เซนติเมตร ตามลำดับ (Jellifile, 1966 อ้างตามวิชัย, ไสวรินทร์, สุรัตน์ และเอชชัย, 2530)

ภาวะโภชนาการเกิน หมายถึง ค่าที่ได้มากกว่าร้อยละ 110 ของค่ามาตรฐาน

เพศชาย > 32.2 เซนติเมตร

เพศหญิง > 31.4 เซนติเมตร

ภาวะโภชนาการพร่อง หมายถึง ค่าที่ได้น้อยกว่าร้อยละ 90 ของค่ามาตรฐาน

เพศชาย < 26.4 เซนติเมตร

เพศหญิง < 25.7 เซนติเมตร

การประเมินแบบนี้สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่ายเหมาะกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกที่จะชั่งน้ำหนัก หรือวัดส่วนสูง และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเป็นการยากที่จะวิเคราะห์สารชีวเคมีในร่างกาย เพื่อหาระดับสารต่างๆ ที่สามารถบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการของบุคคลได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประเมินความผิดปกติที่พบเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่เกี่ยวข้องกับอาหาร และการเผาผลาญ ได้แก่ ภาวะท้องอืด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร และกลืนไม่ได้

2. ผลกดทับ สามารถประเมินได้จากการสังเกตลักษณะและความรุนแรงของแผล ซึ่งมีผู้จำแนกระดับความรุนแรงของแผลกดทับที่เป็นมาตรฐาน และเป็นที่ยอมรับกันมากที่สุด คือ การจำแนกของเชีย (Shea's method) ซึ่งใช้ที่สถาบันฟื้นฟูสภาพที่ชิคาโก (Rehabilitation Institution of Chigaco) โดยจำแนกระดับความรุนแรงของแผลกดทับตามความก้าวหน้าของพยาธิสภาพได้เป็น

4 เกรด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (Shea, 1975 อ้างตามอัจฉรา, 2532; เนตรนภา, 2541; Thoroddsen, 1999)

#### เกรด 1

เกิดการเปลี่ยนแปลงที่บางส่วนของหนังกำพร้า (epidermis) เนื้อเยื่อที่อ่อนนุ่มทุกชั้นมีการอักเสบ เนื้อเยื่อบริเวณนั้นจะบวมแดง และแข็งตัวขึ้นกว่าปกติ ขอบเขตไม่ชัดเจน เป็นรอยแดงเข้มซึ่งไม่จางลง เมื่อแรงกดหมดไป คือ ไม่หายไปภายใน 15-30 นาที และยังไม่พบแผล (dermis intact) หรือแผลที่เกิดอาจจะตื้นมากจนดูคล้ายแผลถลอก ซึ่งถ้าได้รับการดูแลรักษาบริเวณที่มีรอยแดงให้สะอาดและหลีกเลี่ยงการกดทับ แผลจะหายเป็นปกติภายใน 5-10 วัน

#### เกรด 2

มีแผลตื้นๆ ในชั้นของหนังกำพร้า (epidermis) และหนังแท้ (dermis) โดยลึกไม่เกินชั้นหนังแท้ แผลยังคงตื้น (superficial lesion) และมีน้ำเหลืองซึม (exudate) มีลักษณะเป็นตุ่มน้ำ ผิวหนังอาจมีสีแดงและร้อนจากการหลุดลอกของหนังกำพร้าจนเห็นหนังแท้ อาจเรียกแผลเกรดนี้ว่า partial thickness wound

#### เกรด 3

การอักเสบของเนื้อเยื่อจะมากขึ้น ลุกลามไปชั้นผิวหนังทุกชั้น (all superficial skin) ทำให้แผลขยายกว้างและลึกเลยชั้นหนังแท้ไปถึงชั้นเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนัง (subcutaneous fascia) แต่ยังไม่ถึงกล้ามเนื้อหรือเอ็น มีการเน่าตายของไขมัน มีกลิ่นเหม็น มีการอักเสบติดเชื้อ ผิวหนังรอบๆ จะบวมแดงเป็นขอบแข็งมีวนเข้าใน ขอบแผลจะมีสีคล้ำแยกจากผิวหนังที่ได้ชัดเจน แผลเป็นโพรงก้นแผลจะไม่เสมอกัน เรียกแผลเกรดนี้ว่า full thickness wound

#### เกรด 4

จากภาวะติดเชื้อและเน่าตายของเนื้อเยื่อทุกชั้น (all soft tissue) ทำให้แผลลึกผ่านชั้นพังศืดของกล้ามเนื้อที่อยู่ลึก (deep fascia) เข้าไปถึงชั้นกล้ามเนื้อ และ/หรือ ลามถึงกระดูก ซึ่งถ้าถึงกระดูกจะเกิดการติดเชื้อในกระดูก (osteomyelitis) และข้อ (septic joint) จนอาจทำให้ ข้อเคลื่อนและหลุดได้ ในรายที่เกิดอาการรุนแรงอาจมีอันตรายถึงชีวิต

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช้การประเมิน ระดับความรุนแรงของแผลกดทับดังกล่าว เพียงแต่ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง เช่น ท่านอนหงาย มักจะเกิดแผลกดทับบริเวณส่วนหลังศีรษะเหนือท้ายทอย ได้กระดูกสะบัก ข้อศอก กระดูกก้นกบและสันเท้า ท่านอนตะแคงบริเวณด้านข้างศีรษะ ใบหู ไหล่ ปุ่มกระดูกต้นขา ด้านข้างเข่าและตาตุ่ม ท่านอน Fowler's position บริเวณใต้กระดูกสะโพก ใต้ปุ่มกระดูกสันหลัง ก้นกบ และสะโพกส่วนล่าง

ท่านอนคว่ำมักเกิดแผลกดทับบริเวณแก้ม ใบหู หน้าอก อวัยวะเพศ เข่า และหัวแม่เท้า (Kozier, Erb & Bufalino, 1989) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังว่ามีแผลเกิดขึ้นหรือไม่

3. การติดเชื้อ จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะแรก และระยะหลังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือ ปอดอักเสบ รองลงมาคือ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Leahy, 1991) และอาจมีการติดเชื้อที่ผิวหนัง หรือการติดเชื้อระบบอื่นๆ ของร่างกาย ซึ่งมีรายละเอียดการประเมินการติดเชื้อ ดังนี้

3.1 ประเมินจากอาการและอาการแสดงถึงการติดเชื้อในภาพรวม ได้แก่ (นียา, 2543)

3.1.1 มีไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

3.1.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลของการเพาะเชื้อเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดขาวในเลือดมากกว่า 10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

3.2 ประเมินจากอาการและอาการแสดงถึงการติดเชื้อเฉพาะที่ เช่น (นียา, 2543)

3.2.1 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จะมีไข้ ปัสสาวะกระปริดกระปรอย ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะลำบาก กดเจ็บบริเวณหัวหน้า เพาะเชื้อในปัสสาวะพบเชื้อ  $> 10^5$  ตัว/มิลลิลิตร พบเชื้อไม่เกิน 2 ชนิด มีเม็ดเลือดขาว  $> 10$  เซลล์/เอช.พี.เอฟ ถ้ามีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะอยู่ก่อน และพบเชื้อตัวใหม่ในปัสสาวะ  $> 10^5$  ตัว/มิลลิลิตร อาการทางคลินิกอาจคงเดิมหรือเลวลง

3.2.2 ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ผู้ป่วยจะมีไข้ ไอ มีเสมหะเพิ่มมากขึ้น ฟังปอดมีเสียง rhonchi wheezing ตรวจเสมหะพบเชื้อ ถ้าปอดเป็นฝี/หนอง ภาพรังสีทรวงอกจะพบโพรงหนอง ถ้าปอดบวมภาพรังสีทรวงอกพบ infiltration consolidation ที่เกิดขึ้นใหม่หรือลุกลามมากกว่าเดิม และสามารถแยกเชื้อได้จากเลือด

3.2.3 ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการท้องเดินอย่างเฉียบพลัน อาจมีอาเจียนร่วมหรือมีไข้ ปวดท้อง พบเม็ดเลือดขาวในอุจจาระ แยกเชื้อก่อโรคได้จากอุจจาระ

3.2.4 ติดเชื้อระบบประสาทส่วนกลาง จะปวดศีรษะ วิงเวียน มึนงง ไข้  $> 38$  องศาเซลเซียส มีอาการผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ (localizing sign) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว หรือซึมลง ภาพถ่ายรังสีแสดงว่ามีการติดเชื้อ เพาะแยกเชื้อได้จากน้ำไขสันหลัง

3.2.5 ติดเชื้อที่ผิวหนัง จะปวดเฉพาะที่หรือกดเจ็บ บวม แดง หรือร้อนอาจจะมีหนองไหลออกมา เป็นตุ่มหนอง ตุ่มน้ำ หรือฝี ร่วมกับมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ต่อไปนี้ เช่น ตรวจพบเชื้อจากการดูด หรือระบายออกมาจากบริเวณที่มีการติดเชื้อ ตรวจพบเชื้อในเลือด การตรวจแอนติเจนในเนื้อเยื่อที่มีการติดเชื้อหรือเลือดได้ผลบวก ตรวจเนื้อเยื่อที่มีการติดเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบ Multinucleated giant cells และวินิจฉัยจากการทำ Single antibody titer (IgM) หรือการทำ Paired serum sample (IgG) for pathogen พบว่ามีค่าเพิ่มขึ้น 4 เท่า (วิลาวณิช, 2542)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ประเมินการติดเชื้อของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการติดเชื้อที่พบบ่อยมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อที่ผิวหนัง เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ จึงได้ศึกษาเฉพาะความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ การขับถ่ายปัสสาวะ และลักษณะสภาพผิวหนัง

**แบบแผนการขับถ่าย** ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาภาวะท้องผูก และท้องเดิน/ท้องเสีย ประเมินได้จาก

1. ภาวะท้องผูก สามารถประเมินอาการท้องผูกได้ จากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการซักถามผู้ป่วย สังเกตอาการและอาการแสดง และการตรวจร่างกาย ซึ่งมีแนวทางการประเมิน ดังนี้ (นิลพรรณ, 2535; Crater, 1987)

1.1 ซักประวัติเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายไปจากภาวะปกติ หรือนิสัยที่เคยเป็นเช่น มีการถ่ายอุจจาระที่มีระยะเวลาแต่ละครั้งห่างขึ้น ถ่ายไม่สม่ำเสมอ และมีลักษณะของอุจจาระเปลี่ยนไปจากภาวะปกติที่เคยเป็น โดยมีลักษณะแห้งแข็ง ถ่ายลำบาก ต้องพยายามเบ่งถ่ายเป็นต้น นอกจากนี้จะต้องซักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาระบาย

1.2 การประเมินแบบแผนการขับถ่าย การประเมินว่าบุคคลใดมีอาการท้องผูกหรือไม่ นั้นควรจะต้องทราบถึงแบบแผนการขับถ่าย และลักษณะ ปริมาณของอุจจาระที่ปกติเสียก่อน

1.3 การตรวจทางหน้าท้อง โดยการคลำที่หน้าท้อง ซึ่งจะคลำพบก้อนอุจจาระที่บริเวณลำไส้ใหญ่ ส่วน descending และ sigmoid คือบริเวณแอ่งข้างกระดูกตะโพกข้างซ้าย (left iliac fossa)

1.4 การตรวจทางทวารหนัก การตรวจด้วยนิ้วมือทางทวารหนัก ถ้าหากการตรวจพบอุจจาระทางทวารหนักก็แสดงว่ามีอาการท้องผูก เพราะในคนปกติทั่วไปภายในลำไส้ตรงจะว่างอยู่เสมอ ยกเว้นในช่วงสั้นๆ ก่อนที่จะมีการขับถ่ายอุจจาระออกเท่านั้น ฉะนั้นหากตรวจพบอุจจาระทางทวารหนักก็แสดงว่ามีอาการท้องผูก

1.5 ประเมินอาการร่วมที่มักจะเกิดขึ้นได้แก่ ท้องอืด เสี่ยงการเคลื่อนไหวกของลำไส้ คลื่นไส้ และการหดเกร็งของท้องส่วนล่าง

2. ภาวะท้องเดิน/ท้องเสีย สามารถประเมินได้จากสิ่งต่อไปนี้ (นิลพรรณ, 2535; Crater, 1987)

2.1 การซักประวัติเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระและลักษณะของอุจจาระ ถ้าถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นมูกเพียงครั้งเดียวแสดงว่ามีอาการท้องเดิน

2.2 การสังเกตอาการผู้ป่วย เช่น อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว บางครั้งมีมูกเลือดปนออกมาด้วย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีอาการขาดน้ำริมฝีปากแห้ง มีไข้ กระหายน้ำ เป็นต้น

2.3 การตรวจหน้าท้องโดยวิธีการฟัง จะได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เร็วมากกว่าปกติ

2.4 การรับประทานอาหารของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับอาหารผิดปกติไปจากเดิมหรือไม่ ทั้งชนิด และรสของอาหาร

2.5 ยาบางอย่างที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ยาที่มีส่วนประกอบของเหล็ก ยาระบาย และยาด้านจุลชีพ

2.6 ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย และจิตใจหรือไม่ เช่น วิตกกังวล เครียด จะทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น หรือมีโรคของลำไส้ที่ทำให้การดูดซึมน้ำลดลง หรือมีการอักเสบของเยื่อลำไส้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกการประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่าย ซึ่งสืบเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการท้องผูก ท้องเดิน/ท้องเสีย การกลืนอาหารหรือปัสสาวะไม่ได้ การขับถ่ายปัสสาวะได้เอง หรือคาสาขสวณปัสสาวะ อาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะ และลักษณะปัสสาวะเท่านั้น

**แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย** ครอบคลุมกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยสามารถประเมินได้จาก

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการประเมินที่ใช้โดยทั่วไปประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ กิจกรรมที่เลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (activity of daily living : ADL) จำแนกออกได้เป็นสองระดับคือ กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living) ได้แก่ ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเข้าใช้ห้องน้ำ หรือการอาบน้ำ เป็นต้น อีกระดับเป็นกิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง (extended หรือ instrumental activity of daily living) ได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทาง/รถสองแถว หรือความสามารถในการประกอบอาหาร เป็นต้น (สุทธิชัย, 2541)

สำหรับเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ใช้กัน โดยทั่วไป ได้แก่

1.1 ดัชนีบาร์เทล (The Barthel's ADL Index) สร้างขึ้นโดยบาร์เทล (Barthel, 1965 cited by Wahlgren, 1998) ประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่าง ได้แก่ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกาย (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) การใช้ห้องสุขา การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่รถเข็นรวมถึงการลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวร่างกายในแนวราบ เช่น การเดิน การแต่งตัวรวมทั้งการผูกรองเท้า การขึ้นลงบันได และการอาบน้ำ โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้น บ่งบอกถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งมีผู้ที่ได้พัฒนาดัชนีบาร์เทลเพื่อให้เหมาะที่จะนำไปใช้ เรียกว่า “Modified Barthel's ADL Index” (Greenberg & Good, 1998) โดยมีการประเมินครอบคลุมกิจกรรมดังกล่าวที่เหมือนกัน แต่ได้มีการแบ่งระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 - 20	หมายถึง	ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย
25 - 45	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
50 - 70	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
75 - 95	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
100	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

#### ทั้งหมด

นอกจากนี้มีการปรับคะแนนในข้อย่อยของการประเมิน ซึ่งใช้ผลรวมของกิจกรรมที่ทำได้ โดยกำหนดคะแนนรวม 0-20 คะแนน (Collin, 1993) สำหรับในประเทศไทย สุทธิชัย (2541) ได้พัฒนาเครื่องมือ สำหรับใช้ประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ได้รับการทดสอบคุณค่า และเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทยคือ ดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel's ADL Index) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่างเช่นเดียวกัน สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต (extended หรือ instrumental activity of daily living) ได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะหรือความสามารถในการประกอบอาหาร ซึ่งพัฒนาขึ้นเหมาะสำหรับผู้สูงอายุไทย เรียกว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ประกอบด้วยกิจกรรม การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงิน/แลกเงิน และใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว

1.2 ดัชนีของแคทซ์ (Katz Index of ADL) เป็นแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง (Katz et al., 1963 cited by Lekan-Rutledge, 1997) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 อย่าง ได้แก่ การอาบน้ำ (การเช็ดตัว, ใช้ฝักบัว หรือแช่ในอ่างอาบน้ำ) การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การลุกจากที่นอนหรือเก้าอี้ การกลืนปัสสาวะ

และการรับประทานอาหาร โดยประเมินจากคะแนนรวมของความสามารถในการทำกิจกรรมสูงสุดสุดท้ายที่ปฏิบัติได้จริงของผู้ป่วย (hierarchical score) ซึ่งมีคะแนนรวม 0-6 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยในแต่ละกิจกรรมมี 2 ข้อย่อยที่ให้ประเมินคือ การทำกิจกรรมได้เอง โดยอิสระให้คะแนน 0 ถ้าต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด หรืออาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างให้คะแนน 1 สำหรับกิจกรรมต่อเนื่องดัชนีของແທຊ໌ (instrumental activity of daily living : IADL) รวมกิจกรรมต่อไปนี้ ได้แก่ การทำงานบ้าน การจ่ายตลาด และการออกกำลังกายอย่างหนัก

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ Modified Bathel's ADL Index โดยปรับคะแนนรวมของกิจกรรมเป็น 0-20 คะแนน ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 - 4	หมายถึง	ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย
5 - 9	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
10 - 14	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
15 - 19	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
20	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด

2. สัญญาณชีพ (vital sign) เป็นการประเมินความสามารถด้านร่างกายในการทำกิจกรรมอย่างหนึ่ง (สุทธิชัย, 2541) เนื่องจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และหลอดเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพซึ่งมีอิทธิพลต่อการทำงานของสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทที่เลวลงได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง มีผลต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน และเซลล์สมองตายในที่สุด

3. การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นการประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขา โดยใช้แบบประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (muscle strength) ดังนี้ (Wade, 1993; Greenberg & Good, 1998)

เกรด 5	หมายถึง	กล้ามเนื้อมีกำลังปกติ สามารถเคลื่อนไหวด้านแรงผู้ตรวจได้เต็มที่
เกรด 4	หมายถึง	กล้ามเนื้อมีกำลังสามารถเคลื่อนไหวด้านแรงผู้ตรวจได้แต่ไม่เต็มที่
เกรด 3	หมายถึง	กล้ามเนื้อมีกำลังสามารถเคลื่อนไหวด้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ (ยกแขน ยกขาได้) แต่ด้านแรงผู้ตรวจไม่ได้
เกรด 2	หมายถึง	กล้ามเนื้อสามารถเคลื่อนไหวในแนวราบได้ แต่ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้



เกรด 1 หมายถึง กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ไม่สามารถเคลื่อนไหว  
ข้อต่างๆ ได้

เกรด 0 หมายถึง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) เพียงแต่  
ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อเท่านั้น

4. การประเมินการหมุนและการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion) เพื่อดูความสามารถ  
และข้อจำกัดของผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจมีภาวะข้อติดแข็ง (stiffness of joint) จาก  
พยาธิสภาพของโรค ในการประเมินต้องให้ผู้ป่วยพยายามเคลื่อนไหวข้อต่างๆ เช่น งอ หรือเหยียด  
แขนด้วยตัวเอง ถ้าไม่มีภาวะข้อติดแข็งผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อได้อย่างอิสระ หากผู้ป่วยมีข้อ  
จำกัดในการเคลื่อนไหวผู้ประเมินพยายามงอ หรือเหยียดแขน ผู้ป่วยเบาๆ หากไม่สามารถงอ หรือ  
เหยียดได้ต่อไปแล้วแสดงว่ามีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (contracture) ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะ  
ข้อติดแข็งตามมา (Javis, 1992)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินกิจกรรมและการเคลื่อนไหวโดยใช้แบบประเมิน  
สัญญาณชีพ เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ได้มาตรฐานในการประเมินสภาพร่างกายทั่วไปและใช้ได้กับ  
ผู้ป่วยทุกประเภท ประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจและใช้แบบประเมินความ  
สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อดูความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้วยตัวเอง  
ของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ ซึ่งต้องการความ  
ช่วยเหลือจากผู้อื่นต่อไป นอกจากนี้ใช้การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการพลิก  
ตะแคงตัว การทรงตัวในท่านั่งและภาวะข้อติดแข็ง เพื่อให้สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรค  
การฟื้นตัว และภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง

**แบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ** ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการ  
นอนหลับ ปริมาณ และคุณภาพการนอนหลับ สามารถประเมินได้ 3 วิธี ได้แก่

1. การบันทึกด้วยเครื่องมือวัดการนอนหลับ โดยใช้เครื่องมือต่อไปนี้

1.1 Polysomnography เป็นเครื่องมือประเมินการนอนหลับ โดยสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (EMG) และการเคลื่อนไหวของ  
กล้ามเนื้อตา (EOG) เป็นวิธีการประเมินสภาพการนอนหลับที่ดีที่สุดในปัจจุบัน เพราะสามารถ  
ตรวจทั้งคุณภาพการนอนและระยะเวลาการนอนที่แท้จริง ผลที่ได้มีความถูกต้อง แม่นยำ แต่ต้อง  
เสียค่าใช้จ่ายสูง วิธีการทำซับซ้อนต้องอาศัยความรู้ความชำนาญของผู้ประเมิน

1.2 Night cap เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับ ซึ่งวัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย ถูกตา

และศีรษะ เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยหนักเพราะมีขนาดเล็กเคลื่อนย้ายได้และรบกวนผู้ป่วยน้อยกว่า แต่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถวัดคลื่นไฟฟ้าสมองได้

1.3 Wrist actigraph เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับที่ใช้รอบข้อมือคล้ายนาฬิกา ใช้วัดการเคลื่อนไหวของร่างกายในระยะเวลามากกว่า 24 ชั่วโมง และแปลผลจากความถี่ของคลื่นไฟฟ้าสามารถวัดปริมาณการนอนหลับ และการตื่นได้ดี (Schwab, 1994) เครื่องมือชนิดนี้สามารถใช้ได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ สะดวกไม่รบกวนผู้ป่วย เสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่ต้องอาศัยความชำนาญของผู้ประเมินในการแปลผล

2. การสังเกต (observations) เป็นการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมนอนหลับของผู้ถูกวัดโดยสังเกตเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระยะเวลาการหลับ ระยะเวลาตื่น วิธีนี้สามารถประเมินระยะการนอนหลับ และความต่อเนื่องของการนอนหลับได้ แต่เป็นวิธีที่ไม่สะดวก และไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากต้องมีผู้สังเกตมากกว่า 1 คน และต้องเฝ้าดูพฤติกรรมนอนหลับอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาของการวัด

3. การประเมินโดยให้ผู้ผู้ป่วยตอบเองตามการรับรู้ของเขา (self-reports) ซึ่งสามารถประเมินการนอนหลับได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ การประเมินวิธีนี้เป็นที่นิยมใช้มาก เนื่องจากทำได้ง่าย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกพอใจในการนอนหลับ และความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนได้ แต่มีข้อจำกัดตรงที่ข้อมูลอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากความลำเอียงของผู้วัด เครื่องมือประเมินการนอนหลับโดยวิธีนี้มีหลายชนิด ได้แก่ 1) แบบสอบถามการนอนหลับของโรงพยาบาลเซนต์แมรี (St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire, SMH Sleep Questionnaire) 2) แบบวัดการนอนหลับของเบคแลนด์ และฮอย (Backland & Hoy Sleep log) 3) แบบวัดการนอนหลับของเวอร์เรน และสไนเดอร์ ฮาลเพิล (Verran & Snyder Halpern, VSH Sleep Scale) 4) การบันทึกการนอนหลับประจำวัน (sleep diaries) 5) การประเมินการนอนหลับของเบค (Beck, 1992)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการนอนหลับ ที่ให้ผู้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับตามการรับรู้ของเขา ในประเด็นปัญหาการนอนหลับยาก ระยะเวลาการนอนหลับ การจับหลับในเวลากลางวัน และจำนวนครั้งของการตื่นในช่วงกลางคืน

**แบบแผนการรับรู้และการสื่อสาร** ซึ่งตามกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ครอบคลุมระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ และการสื่อสาร สามารถประเมินในแต่ละประเด็น ดังนี้

1. ระดับการรู้สึกตัว (level of conscious) ซึ่งสามารถใช้แบบประเมินได้ ดังนี้ (Fuller & Schaller-Ayers, 2000)

1.1 Glasgow Coma Scales (GCS) โดยประเมินการลืมตา (eye opening) ให้ค่าคะแนน ตั้งแต่ 1-4 การตอบสนองด้วยการพูด (verbal response) ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 และการตอบสนองด้วยการเคลื่อนไหว (motor response) ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-6 ดังนั้น GCS จึงมีค่าคะแนนสูงสุด 15 ซึ่งหมายถึง ภาวะการรู้สึกตัวดี และคะแนนต่ำสุด 3 ซึ่งหมายถึง ภาวะหมดสติอย่างลึก โดยทั่วไป GCS < 7 แสดงว่าผู้ป่วยหมดสติ

1.2 การแบ่งระดับการรู้สึกตัว ซึ่งแบ่งเป็นระดับต่างๆ (Fuller & Schaller-Ayers, 2000) เช่น

Alert เป็นภาวะที่ถือว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คือสามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม รู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลดี

Lethargic เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม ต้องอาศัยการกระตุ้น จึงจะตื่น สามารถตอบคำถามได้บ้าง ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการได้

Obtunded เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมอย่างมาก แม้จะใช้สิ่งกระตุ้นก็ตื่นยาก สับสน มีการตอบสนองน้อยลง

Stuporous เป็นภาวะที่ผู้ป่วยสามารถตอบสนองได้โดยการขยับแขนขา หรือออกเสียงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เมื่อใช้สิ่งกระตุ้นอย่างแรง เช่น การเจ็บปวด หรือการกระตุ้นภายนอกอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น เขย่าตัวแรงๆ หลายๆ ครั้งติดต่อกัน

Comatose เป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นถึงแม้ว่าจะถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด

ในการประเมินการรู้สึกตัวทั้ง 2 วิธีที่กล่าวมาเห็นได้ว่า การใช้ Glassgow Coma Scale เป็นมาตรฐานในการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยระยะวิกฤต และสามารถทำนายภาวะไม่รู้สึกตัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง ซึ่งสามารถประเมินได้ โดยการสังเกตจากสภาพผู้ป่วย และประเมินออกมาได้ละเอียดเป็นระดับคะแนน แต่มีข้อจำกัดอยู่บ้างตรงที่แบบประเมินนี้อาจจะไม่มีคามเที่ยงในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายใส่ท่อช่วยหายใจ หรือบางรายนั่งตาบวมจากการได้รับความกระทบกระเทือน ทำให้ตาปิด ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (Fuller & Schaller-Ayers, 1994; Schenk, 1999) สำหรับการประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้การแบ่งระดับการรู้สึกตัว เป็น 5 ระดับ ยังคงนิยมใช้กันเพราะสามารถประเมินได้เร็วถึงอาการที่แสดงถึงการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ (intracranial pressure) โดยสังเกตจากผู้ป่วยกระสับกระส่าย รั้นรู้ บุคคลสถานที่ และเวลาไม่ถูกต้อง มีอาการซึมลง โดยสามารถสังเกตพฤติกรรมและอาการที่พบได้อย่างรวดเร็ว แต่แบบประเมินนี้มีข้อจำกัดในการแบ่งระดับความรู้สึกตัวค่อนข้างยาก เนื่องจากมีความ

ยากในการประเมินผู้ป่วยเข้ากลุ่มในแต่ละระดับ และความเข้าใจในการประเมินผู้ป่วยเข้ากลุ่มแต่ละระดับก็แตกต่างกัน

2. การรับรู้ ซึ่งจากกรอบแนวคิดการวิจัยครอบคลุมประเด็นการรับรู้ บุคคล สถานที่ และเวลา สามารถประเมินได้จากการตรวจสภาพจิต (Mental Test) ได้แก่

2.1 ประเมินด้วยแบบ Mental Status Questionnaire (MSQ) โดยจะต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน จาก 10 คะแนน จึงถือว่าไม่มีปัญหาเรื่องการรับรู้ (Kahn, Goldfarb, Pollack & Peck, 1960)

2.2 ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Exam, TMSE) โดยกำหนดคะแนนอย่างต่ำ 5 คะแนน จากคะแนน 6 คะแนน (นิพนธ์ และอดุลย์, 2537)

2.3 ประเมินด้วยแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mini-Mental State Examination, MMSE) (อภิัญญา และนัยพินิจ, 2534) ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง (screening) การตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ (cognitive impairment) ด้านต่างๆ คือ ด้านการรับรู้ เวลาและสถานที่ (orientation to time and place) ด้านความจำ (registration and memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (attention and calculation) ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษารวมไปถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (visual constructional) และด้านความเข้าใจ MMSE นี้ให้ความสำคัญเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจของการทำงานทางจิตใจเท่านั้น ไม่รวมถึงพื้นอารมณ์ ความคิดปกติทางจิตใจ และรูปแบบของการคิด โดยใช้จุดตัดที่คะแนน 23 จากคะแนน 30 คะแนน

2.4 ประเมินด้วย Clinical Dementia Rating (CDR) (อภิัญญา และนัยพินิจ, 2534) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการสมองเสื่อม ประกอบด้วย 6 หัวข้อ คือ 1) ความจำ 2) การรับรู้เวลาและสถานที่ 3) การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา 4) เรื่องของสังคม 5) บ้านและงานอดิเรก 6) การดูแลตนเอง การทดสอบใช้การสัมภาษณ์พูดคุย โดยผู้ทดสอบเป็นผู้กำหนดคะแนนเองจากคำบอกเล่าทั้งหมด ในแต่ละหัวข้อจะแบ่งคะแนนเป็น 5 สเกล และในแต่ละหัวข้อเป็นอิสระต่อกัน

3. การสื่อสาร (communication) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย มักจะมีความบกพร่องในการเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา (aphasia) ในการประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยจะต้องมีการประเมินความสามารถในการสื่อความหมายในด้านต่างๆ ดังนี้ (เบญจมาศ, 2536)

3.1 ด้านการพูด เช่น การตอบคำถาม ใช่ – ไม่ใช่ การเรียกสิ่งต่างๆ เป็นต้น

3.2 ด้านการฟังเข้าใจคำพูด เช่น การชี้สิ่งต่างๆ ตามคำบอก

3.3 ด้านการเขียน เช่น การเขียนชื่อ – นามสกุล

3.4 ด้านการอ่าน เช่น การอ่านรูปภาพตัวหนังสือง่ายๆ

3.5 ด้านการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง เช่น การพยักหน้า – สายตาระยะในการตอบรับ หรือปฏิเสธ

3.6 ด้านการรับรู้แสดงออกทางสีหน้าท่าทาง เช่น การเข้าใจสีหน้าท่าทาง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกตัวดีและสามารถสื่อสารได้ จึงไม่ได้ประเมินความสามารถในการสื่อความหมายของผู้ป่วยในด้านต่างๆ หรือระดับความรู้สึกรู้ตัว แต่ประเมินการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล ในกลุ่มตัวอย่างที่พูดไม่ได้ ประเมินความสามารถการสื่อสารโดยการให้สิ่งต่างๆ ตามคำบอก การพยักหน้า-สายตาระยะในการตอบรับหรือปฏิเสธ ถ้าผู้ป่วยเขียนหนังสือได้ให้เขียนชื่อ-นามสกุลตัวเอง ส่วนการสื่อสารในกลุ่มตัวอย่างที่พูดได้ประเมินการพูดในประเด็นที่เกี่ยวกับลักษณะการพูด ความสามารถในการสื่อความหมาย และการเข้าใจความหมายของการพูด

การประเมินและการเก็บรวบรวมทางกายภาพตามแบบแผนสุขภาพ มีการประเมินครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ซึ่งความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติหรือมีพยาธิสภาพภายในแบบแผนนั้นๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่น เนื่องจากแต่ละแบบแผนเป็นองค์ประกอบของคนทั้งคน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันในการประเมินทางการแพทย์ นอกเหนือจากประเมินตามแผนสุขภาพแล้วยังต้องอาศัยจากการตรวจร่างกายหรือการตรวจอื่นๆ ด้วย สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เลือกใช้เฉพาะแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพด้านร่างกายเท่านั้น คือ แบบแผนสุขภาพที่ 2 - 6

### ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้มาก ทั้งในบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายและผู้ป่วยจิตเวช ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนเรา ตั้งแต่ระดับปกติซึ่งอาการจะมีน้อยๆ เริ่มจากรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ ยังอยู่ในภาวะปกติได้ และจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข จนรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิด แต่ในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย อาการจะรุนแรงจนถึงขั้นเป็นโรคจิตในที่สุด (Brickhead, 1989; Kaplan & Sadock, 1989)

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีในการพิจารณาที่แตกต่างกันไป

### ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ทัตนา (2539) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในภาวะวิกฤตอีก ลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่เกิดร่วมกับความรู้สึกอื่นๆ เช่น ใจคอห่อเหี่ยว (dejection) เศร้า (sadness) หมดอาลัย (despair) รู้สึกตนเองไร้ค่า (self-depression) และสิ้นหวังหมดกำลังใจ (debilitation) เป็นต้น

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดัวเอง ความรู้สึกเหล่านี้ คงอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

คู่มือระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 4 (DSM-IV) อธิบายว่า ความซึมเศร้าเป็นอารมณ์เบื้องต้น ท้อแท้ หรือขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ โดยไม่มีการแสดง เช่น มีความรู้สึกสิ้นหวัง หงุดหงิด รู้สึกไม่แจ่มใส หรือเศร้า (Frances, First & Pincus, 1995)

แคปแพลน และซาด็อก (Kaplan & Sadock, 1989) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าและให้แนวคิดว่า มีความหมาย 3 ประการ คือ ประการที่ 1 ความซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้อธิบายถึงความรู้สึกเสียใจ เมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง ประการที่ 2 เป็นความหมายในทางจิตเวชที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกท้อแท้ ทรมาณกับประสบการณ์ต่างๆในแต่ละวัน บุคคลจะไม่ตระหนักในตัวเอง และความคิดจะเซื่องช้าลง และประการสุดท้าย คำว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นคำที่ใช้เรียกชื่อ อาการหรือโรค

บีเบอร์ (Beeber, 1998) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่ง จัดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการต่อไปนี้ โศกเศร้า เสียใจ รู้สึกไม่มีอะไรเลย โดดเดี่ยว รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง

เคนและบุฟาลิโน (Caine & Bufalino, 1998) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์บ่อยครั้งที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย มีลักษณะว่าเศร้าเสียใจ (sadness) การมองแต่ในแง่ร้าย (pessimism) ความสลดใจ (despondence) สูญเสียความหวัง และความรู้สึกว่างเปล่า (emptiness) และสามารถที่จะเกี่ยวข้องถึงส่วนภายใน (internalization) ของความโกรธ หรือความรู้สึกก้าวร้าวอีกด้วย

เวเลนเต้ (Velente, 1994) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ

เคอโลวิช (Kurлович, 1997) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติ ด้านอารมณ์ การรู้คิด ความเข้าใจ และด้านร่างกาย

สรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้น แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนด้านการคิด และการรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอึดมโนคติในทางลบต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อม ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะด้านจิตใจที่พบมากที่สุด เฉลี่ยประมาณร้อยละ 23-63 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Burvill et al., 1995) จากการศึกษาของโคลันโตนิโอ, คาซิ และออสท์เฟลด์ (Colantonio, Kasi & Ostfeld, 1992) เรื่องภาวะซึมเศร้าและปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นตามมา ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อย พบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early stage) จนกระทั่งอาการจะดีขึ้นในช่วงเวลา 1 ปี ซึ่งผู้ป่วยสามารถที่จะปรับตัวได้เมื่อเวลาผ่านไป

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ หลายประการสามารถแบ่งได้ ดังนี้

1. พยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพอัมพาตครึ่งซีก และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวลำบาก มีความพร่องในการดูแลตนเอง มีปัญหาในการสื่อสาร การรู้คิด ทำให้มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และสังคม ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Kelly & Winograd, 1985; Kotila, Numminen, Waltimo & Kaste, 1998) จากการศึกษาของโรบินสัน, คูบอส, สตาร์, โร และไปรซ์ (Robinson, Kubos, Starr, Roa & Price, 1984a) ถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับตำแหน่งของรอยโรค พบว่า ภาวะซึมเศร้านักพบในผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณสมองส่วนหน้าด้านซ้าย (left frontal lobe)

2. ระยะเวลาการเกิดโรค เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเรื่องระยะเวลาภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของชิโน, กลอส และไปรซ์ (Shinar, Gross & Price, 1986) เรื่อง การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระยะเวลาภายหลังเจ็บป่วย ประมาณ 1 สัปดาห์ ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 41-47 ซึ่งพบมากกว่าในกลุ่มที่ระยะเวลา ภายหลังเจ็บป่วยนานกว่า

1 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเวด, เลช-สมิธ และฮิวเออร์ (Wade, Legh-Smith & Hewer, 1987) เรื่องอารมณ์ซึมเศร้าหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยติดตามผู้ป่วยเป็นระยะในช่วงเวลา 3 สัปดาห์, 6 เดือน และ 12 เดือน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 25-30 และในจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเหล่านี้พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 พบภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลา 3 สัปดาห์ และยังคงมีต่อไปในช่วงเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี หลังจากเจ็บป่วย

3. ความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งอาจเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan & Sadock, 1989) แม้กระทั่งการเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่ง ที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องถูกแยกจากสังคมที่ผูกพัน ขาดสัมพันธภาพกับบุคคลที่มีความหมาย สูญเสียบทบาทและอำนาจในการควบคุมตัวเองต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่รับรู้ถึงการสูญเสียในหลายๆ ด้านจากความเจ็บป่วย ทั้งการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสุขสบาย บทบาทในครอบครัวและสังคม ความมั่นคงทางการเงินรวมถึงการรับรู้ ว่าโรคที่เป็นนั้นรุนแรงและมีการดำเนินโรคไปในทางที่เลวลงหรือไม่สามารถรักษาให้หายได้ (Blazer, 1990 cited by Kurlowicz, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของซินเยอร์ และคณะ (Sinyor et al., 1986) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การสูญเสียความสามารถที่เกิดภายหลังมีพยาธิสภาพ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง เนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ จึงอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของซัดเจน (2543) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 21 ซึ่งมากกว่าปัจจัยอื่น นอกจากนี้ ไฟเบิลและสปริงเจอร์ (Feible & Springer, 1982) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้ากับความล้มเหลวในการทำกิจกรรมของสังคม พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสืบเนื่องมาจากสูญเสียบทบาททางสังคมจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตัวเอง (Bronstein, 1991) ไม่สามารถเข้าร่วมสังคมได้เหมือนเดิม (Parikh et al., 1987) ดังที่บลาลเซอร์ (Blazer, 1990 cited by Kurlowicz, 1994) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเมื่อมีการตอบสนองต่อการสูญเสียหลายอย่างอันเป็นผลสืบเนื่องจากความเจ็บป่วย เช่น การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสุขสบาย บทบาทในครอบครัวหรือสังคม ความมั่นคงทางการเงิน และสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง



4. ปัจจัยด้านประชากร จากการศึกษาของเวด และคณะ (Wade et al., 1987) เรื่องอารมณ์ซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งต่างจากการศึกษาของเบอร์วิลและคณะ (Burvill et al., 1995) ที่พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน และเบอร์วิลยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นครั้งแรกหรือเป็นซ้ำก็ไม่มี ความแตกต่างในการเกิดภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ และเสียชีวิตในที่สุด ส่วนแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1995) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้ามีหลายประการ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน เพศหญิง การอยู่คนเดียว มีเศรษฐกิจทางสังคมลำบาก และเคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะสัมพันธ์กับความพิการของร่างกาย ระยะเวลาหลังเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ทางสังคม และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การ์ริสันและโรลัค (Garrison & Rolak, 1993) เห็นว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดภายหลังการเป็นอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่พบได้บ่อย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หดหู่กำลังใจ อาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจะเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจในการฝึก ทำให้การฟื้นฟูสภาพใช้เวลานานขึ้น หรือไม่สามรถดำเนินต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและฟื้นฟูสมรรถภาพได้ถูกต้องต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงสภาพเดิมมากที่สุด สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่เป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว

#### ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ (สุวณีย์, 2527) ทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ สามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ ดังต่อไปนี้ (Katz, 1996)

##### 1. ผลกระทบทางตรง ได้แก่

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่างๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา ฆ่าตัวตาย ซึ่งในการฆ่าตัวตายนั้น ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายได้ (Buckwalter, 1990) เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย

จะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell & Brent, 1995 cited by Mcdougall, Blixen & Suen, 1997)

1.2 มีการหลงลืม ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะบอกว่าสมาธิไม่ดี ไม่สามารถสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นานๆ จะถูกรบกวนด้วยความคิดแปลกๆ ได้ง่าย ความจำจะเสื่อมลงจำอะไรไม่ค่อยได้

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะตึงเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทานลดลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย จากการศึกษาของ เออวิน, ดาเนียลส์, บลูม, สมิท และไวเนอร์ (Irwin, Daniels, Bloom, Smith & Weiner, 1987) พบว่าผู้หญิงที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิตและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคต่างๆ ตามธรรมชาติ (natural killer cell)

## 2. ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้า จะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่งคือ ไม่มีความอยากอาหาร หรือปฏิเสธการรับประทานอาหารซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารรุนแรง (Neese, 1991) สุดท้ายนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงยิ่งขึ้น ซึ่งเดวิส (Devis, 1981 cited by Scrution, 1989) ชี้ให้เห็นว่าจุดนี้เองที่เป็นวัฏจักรความชั่วร้ายของภาวะซึมเศร้า

2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ ในผู้ที่เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ อีกทั้งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมากขึ้น สุดท้ายทำให้การมีชีวิตอยู่สั้นลง เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา (Conwell, Caine & Olsen, 1990)

2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลงทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความอยากลำบากในการนอนหลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าตามมา

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าบุคคลนั้นจะแยกตัวเอง สนใจต่อบุคคลอื่นลดลง มองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบและพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ จากบุคคลอื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ จากการศึกษาของพาริกซ์ และคณะ (Parikh et al., 1990) เรื่องผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเวลาผ่านไป 2 ปี ทั้งในผู้ป่วยซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและรุนแรง จะมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ในรายที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะมีความบกพร่องในการพูดมากกว่าในรายที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอีกด้วย

### การประเมินภาวะซึมเศร้า

อาการที่แสดงให้เห็นของภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะต่างๆ ไปที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคต่างๆ (Kranich, 1995) จึงมีบุคคลต่างๆ ได้สร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมากมาย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การประเมินความเศร้าโดยวิธีการสังเกต และการประเมินความเศร้าโดยวิธีให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง หรือประเมินคำบอกเล่าที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (Greist & Greist, 1979 ; Greist & Jefferson, 1992 ; Jacoby, 1997 ; Kaplan, Ficedman & Sandock, 1980)

### แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีสังเกต

1. Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า (depressed affect) อาการแบบจิตสรีระ (vegetative symptoms) ความวิตกกังวล (anxiety) ความหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยังรู้ (agitation and insight) (Onega & Abraham, 1998) ข้อดีของแบบประเมินนี้มีจำนวนข้อไม่มาก มีจำนวน 17 ข้อ ง่ายต่อการใช้ ประหยัดเวลา และมีความเที่ยงตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง (Hamilton, 1982 อ้างตามมาโนช, ปราโมทย์ และจักรกฤษณ์, 2539) แต่มีข้อจำกัดตรงที่ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งต้องได้รับการฝึกมาก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม (Greist & Jefferson, 1992)

2. Raskin Depression Scale เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการประเมินภาวะผู้ป่วย ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ เนื้อหาการประเมินจะครอบคลุมเรื่องของคำพูด พฤติกรรม และอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่น ซึ่งไม่ใช่อาการซึมเศร้า หรือคลั่งมาก่อน โดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยด้วยโรกระบบประสาท หรือโรคทางกายอื่นๆ ร่วมกับการใช้ยาบางชนิด ข้อดีของแบบประเมินนี้ใช้ง่าย สะดวก เนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามเพียง 3 ข้อ แต่มีข้อจำกัดตรงที่แบบประเมินนี้ไม่สามารถวัดได้ครอบคลุมทุกด้านโดยจะขาดการประเมินด้านร่างกาย

3. Beah-Rafaelsen Melancholia Scale สร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1980 ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Hamilton ประกอบด้วยข้อความ 11 ข้อ แบบประเมินนี้จะเน้นหนักอาการทางจิต
4. Cronholm-Ottosson Scale เป็นการประเมินความซึมเศร้าในยุคแรกๆ ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ เหมาะที่จะใช้ประเมิน การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง
5. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นในปี 1979 ประกอบด้วยแบบประเมิน 10 ข้อ แบบประเมินนี้ต้องใช้ประกอบการสัมภาษณ์และการสังเกต ร่วมกันเพื่อให้ผลที่ได้สมบูรณ์

### แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองหรือประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยการใช้ในตอนแรกจะมีคนสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบ หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำถามเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วย ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง ประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อ
2. Zung Self-Rating Depression Scale เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ (affect disturbance) ด้านร่างกาย (physiological disturbance) ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย (psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (psychological disturbance) เดิมเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมนำไปใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ
3. Zenssen Adjective Check list เป็นแบบประเมินที่มีความไวสูง ต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในระยะสั้นๆ และแต่ละข้อจะไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มีอยู่ได้อย่างละเอียดพอ มีข้อดีคือง่ายต่อการพิจารณาตัวเลือกต่างๆ ในการตอบ มีจำนวนข้อความ 28 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบเพียง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ โดยผู้ตอบเลือกคุณศัพท์มาเพียงข้อเดียว ให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด
4. Walkfield Self-Assessment Inventory เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า มีข้อความ 12 ข้อ สะดวกต่อการนำไปใช้เนื่องจากมีจำนวนข้อความไม่มากจนเกินไป ได้รับความนิยมในการใช้ระยะหนึ่งแต่ต่อมาได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีข้อจำกัดในเรื่องขาดความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับ การตัดสินใจในภาพรวม นอกจากนี้ไม่สามารถวินิจฉัย

ลักษณะทางคลินิกที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าได้ บางครั้งจัดให้คะแนนสูง ซึ่งอาจเกิดจากบุคคลนั้น มีปัญหาด้านอารมณ์และความเจ็บป่วยด้านร่างกายร่วมด้วยนั่นเอง

5. Center for Epidemiologic Studies-Depression Scales (CES-D Scale) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner (Weissman et al., 1977; Radloff, 1977 cited by Fishcher & Corcoran, 1994) ออกแบบมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชนเป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่ของกลุ่มอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ค่าคะแนนของแบบสอบถามมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์ตัดสินของคะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนน ขึ้นไปถือว่าบุคคลนั้นซึมเศร้า วิธีการให้คะแนนของ CES-D Scale ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ คะแนน 3 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบ่อย 5-7 วันใน 1 สัปดาห์ คะแนน 2 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นค่อนข้างบ่อย 3-4 วันใน 1 สัปดาห์ คะแนน 1 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น นานๆ ครั้ง 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์ และคะแนน 0 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น น้อยมาก น้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์ หรือไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย สำหรับข้อคำถามด้านตรงข้าม ซึ่งมีความรู้สึกในทางบวก คือ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ให้คะแนนตรงกันข้าม

ข้อดีของแบบวัดนี้สะดวกที่จะนำไปใช้ ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย และง่ายต่อการแปลผลด้วย ส่วนข้อจำกัดไม่สามารถแยกได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissman et al., 1977)

6. Geriatric Depression Scale (GDS) แบบประเมินนี้เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าได้แก่ อารมณ์ (emotion) ความคาดหวังด้านลบ (negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (psychomotor) การรู้คิด (cognition) การแยกตัว (isolation) (สุทธิชัย และคณะ, 2537) มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ข้อดีทำให้มีความสะดวกต่อการนำไปใช้ และเข้าใจได้ง่าย มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถนำไปประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการคิดรู้ อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะ การเขียน และบกพร่องด้านสติปัญญา หรือการรับรู้ และไม่สามารถนำไปใช้ประเมินอาการที่สามารถเกิดขึ้นทั่วไป เช่น ความผิดปกติด้านการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหาร และไม่สามารถใช้แยกอาการซึมเศร้าที่เกิดเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุได้ (Onega & Abraham, 1998)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiology Studies-Depression Scale (CES-D Scale) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยรัชชัย, วงเดือน และสมพร (2533) ซึ่งผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะ ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือแล้วรวมทั้งจัดแปลภาษาให้

ได้ความหมายใกล้เคียงต้นฉบับภาษาอังกฤษมากที่สุด โดยนักภาษาศาสตร์และจิตแพทย์ เพราะได้พิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากร โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินเอง หรือผู้ประเมินอ่านแล้วให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกของตัวเอง ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ เข้าใจง่าย สะดวกที่จะนำไปใช้ ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย ง่ายต่อการแปลผล โดยให้คะแนนความถี่ นอกจากนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่กลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยเป็นโรค และไม่ได้ให้ความสำคัญกับผลกระทบจากความเครียดที่อาจเกิดในช่วงนั้น ที่สำคัญไม่จำเป็นต้องเป็นจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้

### การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน การสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง ถ้าได้รับการดูแลและการกระทำกิจกรรมทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้อง มักมีปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (สุดธิดา, 2542) กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านซึ่งผู้ป่วยควรได้รับประกอบด้วย

1. การดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล โดยยึดหลักพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองให้มากที่สุด ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งได้รับการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น การดูแลที่ผู้ป่วยควรได้รับด้านกิจวัตรประจำวันมีดังต่อไปนี้

1.1 การรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยก็เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารครบถ้วน มีทั้งข้าวหรือแป้ง เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ และได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ประมาณ 8-10 แก้ว ขณะรับประทานอาหารผู้ป่วยอาจสำลักได้ ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเริ่มทดสอบรีเฟล็กซ์ในการกลืนของผู้ป่วย เริ่มจากป้อนอาหารเหลวที่มีลักษณะข้นให้ผู้ป่วยครั้งละน้อยๆ ถ้าผู้ป่วยกลืนได้ให้กระตุ้นการกลืนโดยการป้อนของเหลวอื่นหรืออาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มให้บ่อยครั้งขึ้น ต่อจากนั้นจึงให้ดื่มน้ำ เมื่อผู้ป่วยสามารถกลืนได้ดี จากการศึกษาของเบอร์โล, โอลส์สัน และเอ็กเบิร์ก (Bulow, Olsson & Ekburg, 1999) เกี่ยวกับเทคนิคที่ช่วยให้การกลืนอาหารดีขึ้น โดย

ให้ผู้ป่วยพยายามกลืน (Effortful Swallow) ก้มหัวและคางขณะกลืน (Chin Tuck) จะช่วยป้องกันการสำลักได้มากกว่า ส่วนในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อของฐานลิ้นอ่อนแรง การสอนให้ผู้ผู้ป่วยพยายามกลืนและหดลิ้นจะทำให้การกลืนดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดคอ เมื่อกลืนอาหารจะทำให้อาหารติดคอและสำลักได้ง่าย ดังนั้น การกลืนโดยให้ผู้ผู้ป่วยนั่งในท่าก้มหัวให้คางชิดคอ จะช่วยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำได้ เนื่องจากฝาปิดกล่องเสียงจะปิด นอกจากนี้จากการศึกษาของสมิทฮาร์ด และคณะ (Smithard et. al, 1996) ในการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากการประเมินภาวะกลืนลำบาก จากการตรวจโดยใช้กล้องและประเมินการกลืนจากภาพที่ถ่ายออกมา (videofluoroscopy) กับการให้ผู้ผู้ป่วยกลืนโดยการป้อนน้ำหรืออาหารทางปาก (bedside swallowing assessment) ที่ใช้กันทั่วไป ปรากฏว่าการประเมินโดยใช้กล้องซึ่งดูจากภาพถ่ายผู้ป่วยปลอดภัยจากการสำลัก ปอดบวมและลดอัตราการตายได้มากกว่าการประเมินแบบการป้อนโดยทั่วไป ในการป้อนอาหารผู้ป่วย ต้องทำความสะอาดในช่องปากก่อนรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นน้ำลาย และความรู้สึกรับประทานอาหาร ควรตัดอาหารคำเล็กๆ ป้อนให้ทางปากด้านที่ไม่มีพยาธิสภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถป้อนอาหารได้เองควรสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำ โดยผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยให้การสนับสนุนในเรื่องการจัดเตรียมถาดอาหารให้วางในตำแหน่งที่เหมาะสม ตรงหน้าและอยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัด พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์หรือวิธีการกลืนตามที่ได้รับการศึกษา รวมทั้งให้เวลาผู้ป่วยในการรับประทานอาหารโดยไม่เร่งให้ผู้ผู้ป่วยรีบรับประทาน พุดคุยเรื่องอาหารก่อนมีอาหารจะช่วยเรียกน้ำลาย ซึ่งจำเป็นสำหรับการเคี้ยวและการกลืน ในผู้ป่วยที่มีน้ำลายน้อย เตรียมอาหารรสเปรี้ยว เช่น ซินมะนาวใส่ถาดอาหารมาด้วย แม้จะรับประทานไม่ได้ แต่ก็ช่วยการหลั่งน้ำลายได้จากการมองเห็น นอกจากนี้อาหารในแต่ละมื้อควรมีอุณหภูมิแตกต่างกันบ้าง เพื่อกระตุ้นการเคี้ยวและการกลืน ส่วนในด้านการรักษาความสะอาด ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลปากและฟันให้สะอาด สดชื่น ขจัดเสมหะให้หมดก่อนและหลังรับประทานอาหาร ซึ่งวิธีนี้จะช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำลายและช่วยการรับรสดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับประทานเสร็จแล้วควรให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งอีก 30 - 45 นาทีเพื่อป้องกันการสำลัก

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร ผู้ดูแลควรดูแลให้สายอาหารอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไว้ ไม่มีการเลื่อนเข้าออกหรือหลุดและผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำทางสายอย่างเพียงพอ วันละ 4-6 มื้อ หรือประมาณ 2,000-3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

1.2 การจับถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มักมีปัญหาจากการมีปัสสาวะไหลตลอดเวลา ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเรื่องการจับถ่ายปัสสาวะไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นเปียกชื้น เนื่องจากความชื้นจะทำให้ผิวหนังเกิดการเปลี่ยนแปลง (Linvesly,

1996) อาจจะใช้ถุงรองรับน้ำปัสสาวะสำหรับผู้ป่วยชาย และใส่ผ้ากันซึมหรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ สำหรับผู้หญิง ผู้ป่วยควรสวมเสื้อผ้าที่ถอดง่ายสะดวกต่อการจับถ่าย จัดวางหมอนนอนไว้ใกล้ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยิบมาใช้ได้สะดวก ปลอดภัย ได้รับการให้กำลังใจและประคับประคองจิตใจ อารมณ์ เพื่อช่วยให้การจับถ่ายปัสสาวะดำเนินไปได้ด้วยดี และที่สำคัญก็คือ ได้รับการช่วยเหลือ ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วยหลังการจับถ่ายทุกครั้ง (Scherer, 1991) การรักษาความสะอาดภายหลังการจับถ่ายให้สะอาด ไม่เปียกชื้นเหงื่อไคล ปัสสาวะ อุจจาระ จะสามารถป้องกันการแตกทำลายของผิวหนัง ทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ (Zejdlik, 1992) นอกจากนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับน้ำในปริมาณที่พอเหมาะอย่างน้อยวันละ 2,000 – 2,500 มิลลิลิตร (สมคิด, 2531; Ignatavicius, Workman & Mishler, 1999)

ในส่วนของการฝึกการจับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนปัสสาวะเป็นระยะๆ เมื่อผู้ป่วยเริ่มปัสสาวะได้เอง ให้หยุดสวนปัสสาวะ และการฝึกการจับถ่ายปัสสาวะควรได้รับการฝึกในท่าที่เป็นปกติ เช่น ผู้หญิงให้นั่งถ่ายปัสสาวะ และผู้ชายให้ยืนถ่ายปัสสาวะ (เจียมจิต, 2541)

1.3 การจับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ควรได้รับการดูแลความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้งและได้รับการกระตุ้นในการออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้องและมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ หลังรับประทานอาหารควรหัดให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ โดยนั่งส้วมหรือกระโถนในเวลาเดียวกันทุกวัน แม้ว่าจะไม่ปวดเพื่อฝึกสุขนิสัย โดยเฉพาะหลังอาหารเช้าเป็นเวลาที่ดีที่สุดเพราะอาหารเช้าจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหวทำให้ถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น รับประทานอาหารที่มีกากประเภทผัก ผลไม้เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ 2-3 ลิตรต่อวัน ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้ ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปถ่ายในห้องน้ำ เพราะการให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระบนเตียงบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่พยายามช่วยเหลือตัวเอง และต้องใช้เวลา ผู้ป่วยในการจับถ่ายอุจจาระประมาณ 30 นาที แต่ถ้าผู้ป่วยเดินลำบากควรจัดให้ผู้ป่วยได้ถ่ายอุจจาระที่เตียง และจัดสถานที่ให้มิดชิด การจัดทำควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งซึ่งจะช่วยให้มีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ช่วยให้มีการเคลื่อนตัวของอุจจาระและแรงดึงดูดของโลกจะช่วยให้ลำไส้ ส่วนแรคตัม (rectum) ตรง มีอุจจาระเต็มเพิ่มรีเฟล็กซ์ในการจับถ่าย (สมจิต, 2538; ฟาริดา, 2539) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ถ่ายอุจจาระ 3-4 วันหรืออุจจาระอัดแน่นเป็นก้อนแข็ง อาจต้องใช้ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระหรืออาจจะล้างทุก 2-3 วัน และทุกครั้งที่ผู้ป่วยต้องการจับถ่ายต้องรีบให้ถ่ายหรือพาผู้ป่วยไปห้องน้ำทันที ไม่ควรให้ผู้ป่วยรอหรือผลัดเวลาออกไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหยาบปวดและมีการดูดซึมน้ำในอุจจาระกลับ ทำให้อุจจาระแข็งได้ การจับถ่ายอุจจาระมักจะดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น คือ สามารถ นั่ง ยืน แต่งตัว อาบน้ำ เคลื่อนย้าย ออกกำลังและเดินได้ เพราะกิจกรรมดังกล่าวจะทำให้เกิดความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และช่วยให้มีการเคลื่อนไหว



ของลำไส้ดีขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้น แต่เน้นๆ จะทำให้การขับถ่ายอุจจาระประสบผลสำเร็จและผู้ป่วยมีการขับถ่ายอย่างปกติได้

1.4 การดูแลสุขอนามัย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ แต่การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ช่วยตัวเองมากที่สุดจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยที่ช่วยตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาด หลังจากล้างสบู่ออกหมดซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม สำหรับผู้ป่วยที่สามารถช่วยตัวเองและเช็ดตัวคนเดียวได้ ผู้ดูแลเตรียมอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด สระผม ตัดเล็บ ให้พร้อม ในการเช็ดตัวผู้ดูแลควรช่วยเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึงเท่านั้น เช่นบริเวณแผ่นหลัง และไม่ควรเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองถึงแม้จะใช้เวลานานเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเอง

1.5 การแต่งกาย ผู้ป่วยควรเลือกใช้เสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดได้ง่าย สะดวก หลวมๆ ใสบาย เสื้อผ้าที่ใส่จะต้องโปร่งไม่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เนื่องจากเสื้อผ้าที่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกายเป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังอักเสบซึ่งส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น (Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne & Ruby, 1998) นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองให้มากที่สุดในการเปลี่ยนเสื้อผ้า หรือการแต่งกายอื่นๆ เช่น หวีผม ทาแป้ง โกนหนวด ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยที่จะเอื้ออำนวยในการทำกิจกรรม ในกรณีที่แขนและมือข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนแรงมาก ต้องให้ผู้ป่วยสวมเสื้อ โดยใส่ข้างที่เป็นอัมพาตก่อนใส่ข้างที่ดี ส่วนการถอดเสื้อจะต้องถอดข้างที่ดีก่อน

1.6 การนอนหลับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนไป ควรให้ผู้ป่วยได้เข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลาและควรได้รับการช่วยเหลือในการจัดเตรียมที่นอน สิ่งแวดล้อมให้สะอาดน่านอน ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวนการนอนหลับ เช่น เสียง แสงสว่าง กลิ่น และควรให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับแสงแดดในตอนเช้า พร้อมทั้งได้รับการจัดท่านอนที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย มีการไหลเวียนของโลหิตได้ดี โดยจัดแขนข้างที่เป็นอัมพาตให้ปลายมือสูงกว่าข้อศอก และให้ข้อศอกสูงกว่าไหล่ นอกจากนั้นผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมช่วงกลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตื่นในช่วงกลางวันและสามารถหลับได้นานในเวลากลางคืน รวมทั้งผู้ดูแลควรช่วยกันหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ (เจียมจิต, 2541)

2. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ภาวะที่ญาติจะต้องกระทำต่อผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุดคงไว้ซึ่งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย (Reinhard, 1994) การที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หรือระดับความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแล มีความวิตกกังวลมากขึ้น ผู้ดูแลผู้หญิง

จะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ชาย (Dennis, O'Rourke, Lewis, Sharp & Warlow, 1998) การฟื้นฟูสภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้สูงสุดทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของโรค และพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ โดยมีเป้าหมาย 3 ประการคือ 1) ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น 2) ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ตีให้คงไว้ 3) ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะของร่างกายที่เสียไปให้กลับคืนมา (เจียมจิต, 2541) การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระ เพื่อพัฒนาระดับความสามารถในการทำหน้าที่สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Ebrahim, 1990) ภายใต้ข้อจำกัดของความพิการ โดยเน้นศักยภาพทางด้านการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนที่ให้มีความสามารถใกล้เคียงปกติมากที่สุดเท่าที่ความพิการจะอำนวย รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ อาชีพ สังคม (วิภาวรรณและชอลดา, 2541)

#### การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสภาพในกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การบริหารกล้ามเนื้อ เริ่มตั้งแต่การจัดของใช้และสิ่งแวดล้อม การจัดทำที่ถูกต้อง การออกกำลังกายแบบ Active และ Passive Range of Motion การเคลื่อนย้ายตัวเองและการฝึกเดิน ซึ่งการฝึกการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเวลา 1-3 เดือน หลังเกิดโรค เป็นระยะเวลาที่ได้ประโยชน์และได้ผลดีที่สุด (กิตติ, 2534) นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามขั้นตอนของการพัฒนาการเคลื่อนไหว โดยเริ่มจากศีรษะไปเท้า และจากส่วนต้นไปส่วนปลาย เช่น จากไหล่ไปแขนและมือ จากลำตัวไปสะโพก ขา และเท้า เป็นต้น (เจียมจิต, 2541) การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆ เพื่อป้องกันความพิการและส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป และเพื่อเสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรง และทำงานให้ได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง (อรนัต, 2534) เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ความมีคุณค่าในตนเอง และลดการพึ่งพาผู้อื่นลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแจงและแมคเคนซี (Chang & mackenzie, 1998) พบว่าความมีคุณค่าในตัวเองสัมพันธ์กับการทำหน้าที่โดยอิสระ โดยที่ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและระยะของความมีคุณค่าในตัวเองนั้นพยาบาลจะต้องพยายามให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ของการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เนื่องจากระดับความมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยในการทำนายผลของการทำหน้าที่หลังการเจ็บป่วย พยาบาลจะต้องพยายามให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง และให้เวลาผู้ป่วยในการแสดงความสามารถ และให้รางวัล หรือยกย่องผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมได้สำเร็จ ซึ่งปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลงได้แก่ ความเจ็บปวด การเกิดภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ปัญหาการจับถ้าย และแผลกดทับ หลักของการฟื้นฟูอยู่ที่ การเน้นการลงน้ำหนักบนส่วนของร่างกายทั้งสองด้านเท่าๆ กัน พยายามฟื้นฟูสภาพส่วนที่เสียให้กลับคืนมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีความตั้งตัวของกล้ามเนื้อ

ลักษณะท่าทาง และการเคลื่อนไหวอย่างคนปกติทั่วไป ที่มีความสามารถของร่างกายทั้งสองด้าน การฟื้นฟูสภาพจะต้องกระทำไปพร้อมๆ กับการกระตุ้นด้วยเสียง การสัมผัสร่างกายผู้ป่วย และการใช้สายตา เพราะอาจจะมีการเคลื่อนไหวตามเสียงที่ได้ยิน และการมองเห็นก็ถือว่าเป็นการกระตุ้นความรู้สึกอันหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการที่อยากจะเรียนรู้ ซึ่งเป็นการทำให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพไปสู่ผลสำเร็จได้ จากหลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโบบัท (Bobath's principle) ซึ่งสร้างโดยอาศัยทฤษฎีพัฒนาการของระบบประสาท (Bobath neurodevelopment theory) ซึ่งเชื่อว่าการกระตุ้นร่างกายทั้งสองด้านจะช่วยให้ร่างกายด้านที่เป็นอัมพาต สามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ทั้งนี้เพราะเซลล์สมองที่ถูกทำลายจากพยาธิสภาพของโรคสามารถเรียนรู้การทำกิจกรรมใหม่ได้ (Garrett & Bechtel, 1996) และระบบประสาทส่วนกลางมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนโครงสร้างและหน้าที่ของมันเองได้ (โสภา, 2534) ซึ่งหลักการพยาบาลของโบบัท สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ร่างกายด้านที่เป็นอัมพาตในการทำหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติและการแสดงออกที่ดีมีความเป็นอิสระ และช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ (Passarella & Gee, 1987)

2. การสื่อสาร ผู้ป่วยควรได้รับการยอมรับและเห็นอกเห็นใจจากผู้ดูแล เข้าใจสภาพอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธ หรือแสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้ป่วย และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวมานานๆ ต้องคอยสังเกตการสื่อสารและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหลักในการฝึกการพูดหรือสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ภาษาหรือประโยคที่สั้น ง่าย ชัดเจน และพูดซ้ำถ้าไม่เข้าใจ ควรถามทีละคำถามเพราะการถามหลายคำถามหรือการสั่งให้ผู้ป่วยทำหลายอย่างในเวลาเดียวกัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนได้ ไม่คาดคั้นให้ผู้ป่วยตอบเพราะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดหรือเบื่อหน่าย เพราะการสื่อความหมาย หรือเข้าใจภาษาจะเลวลงได้ถ้าผู้ป่วยเหนื่อยล้า กังวล หรืออารมณ์เสีย ไม่แสดงท่าทางล้อเลียนผู้ป่วย ตั้งใจฟังและมีความอดทน ไม่ควรถามคำถามโดยไม่รอฟังคำตอบและหากผู้ป่วยพูดผิดไม่ควรว่ากล่าว หรือแสดงอาการรำคาญ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดโดยพูดซ้ำๆ ชัดถ้อยชัดคำ อาจเป็นประโยคหรือวลีสั้นๆ ก็ได้ นอกจากนี้บรรยากาศในการสื่อสารควรสงบเงียบ อย่าสนทนาขณะที่กำลังมีเสียงอึกทึก ขณะที่มีการสื่อสาร ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรกหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย การสื่อสารแต่ละครั้งไม่ควรนานเกินไป ในขณะที่พูดพยายามสบตาผู้ป่วยและใช้ท่าทางหรือการแสดงออกทางสีหน้าประกอบการพูด น้ำเสียงที่พูดอ่อนโยน ไม่ตะโกนหรือขึ้นเสียงสูงกับผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดหรือเขียนได้ควรใช้คำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” และ “ไม่ใช่” กระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบคำถามโดยการใช้สัญลักษณ์แทน เช่น ใช้การพยักหน้าเมื่อต้องการตอบว่า “ใช่” และสั่นศีรษะเมื่อต้องการตอบว่า “ไม่ใช่” ถ้าผู้ป่วยมีความ

ยากลำบากในการพูดอาจให้เขาชี้ที่รูปภาพแทน หรืออาจใช้การเขียนร่วมด้วย กรณีที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจ สิ่งที่ผู้ป่วยพูด ควรมีความซื่อสัตย์ที่จะแสดงให้ผู้ป่วยทราบถึงความไม่เข้าใจ อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดซ้ำ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่พยายามที่จะพูดซ้ำควรหยุดพักเรื่องนั้นไว้ก่อน และทำให้ผู้ป่วยแน่ใจว่าจะกลับมาพูดอีกครั้งถ้าผู้ป่วยต้องการ เมื่อผู้ป่วยพูดได้ดีขึ้น ควรสนับสนุนให้กำลังใจ

3. การกลืน ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับกลืนลำบาก ลิ้น ปากข้างอัมพาตจะซา สูญเสีย gag reflex กลัวสำลัก ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารแม้จะหิว (ฟาริดา, 2539) ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกในการกลืนและการรับประทานอาหาร โดยผู้ดูแลแนะนำผู้ป่วยดัดอาหารชิ้นเล็กๆ สอนการกินเป็นระยะวางอาหารบนลิ้น เคี้ยว หยุดหายใจแล้วกลืน ฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติจนทำได้ การดื่มน้ำแนะนำให้อดน้ำ ไม่ควรกลืนรวดเร็ว เอียงศีรษะไปด้านปกติทำให้กลืนง่าย (เจียมจิต, 2541; Cochran et al., 1994; Monahan & Neighbors, 1998; Ignatavicius, Workman & Mishler, 1999) ส่วนการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่น ใช้ลิ้นเลียริมฝีปาก หัดผิวปาก ห่อปาก เป่าแก้ม กระจกกลืนไปมาในแต่ละทิศทาง ใช้ลิ้นแตะเพดานและอยู่ในท่านั่งหัวคร่อม การฝึกควรทำหน้ากระจกเงา เพื่อช่วยการรับรู้ด้วยการมองเห็นได้ นอกจากนี้ การกระตุ้นบริเวณไค้งทอนซิล และเพดานอ่อนด้วยการใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำมะนาวจะช่วยให้กล้ามเนื้อหดตัวได้ (ผ่องพรรณ, 2530)

**การฟื้นฟูสภาพจิตใจ** โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความพิการเกิดขึ้นเห็นได้ชัด ซึ่งมีผลกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างมากต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะแรกผู้ป่วยจะต้องปรับตัวอย่างมากเนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการป่วยด้วยโรคนี้อีกก่อน ผู้ป่วยต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิต กลัวความพิการที่จะเกิดขึ้นรู้สึกไม่แน่นอน มีความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและการฟื้นฟูสภาพของตนเอง (Close & Procter, 1999) มีความเครียดเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกันออกไป (Hafstiensdottir & Grypdonck, 1997) โดยความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะการพึ่งพา การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สภาวะทางเศรษฐกิจที่แย่ลง และอาการที่แย่ลง ผู้ป่วยบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ และมีความอดทนต่อความเครียดน้อยลง ซึ่งการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นในปัจจุบัน และการคุกคามของโรค (Hoeman, 1996) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง แซนตัสและคณะ (Santas et al., 1990) พบว่า ร้อยละ 70 จะมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮันและฮาเลย์ (Han & Haley, 1999) ที่ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่บ้านระยะ 3 เดือน หลังเกิดโรค พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วย โดยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องยอมรับ พยายามเข้าใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองมากที่สุด สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการช่วยทำ

กิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองมากขึ้นเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจ และยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ สำเร็จได้ด้วยตนเอง ให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง ไม่แสดงอารมณ์โกรธ หรือเบียดเบียนต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับความเพลิดเพลิน หรือผ่อนคลายจิตใจ ตามความต้องการโดยผู้ดูแลอาจจะอ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟัง เปิดวิทยุ โทรทัศน์ หรือหากิจกรรมอื่นๆ ให้ผู้ป่วยทำโดยไม่ขัดต่อข้อจำกัดของร่างกาย เช่น พาไปเดินเล่น พบปะเพื่อนฝูง เป็นต้น

**3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน** เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดหลายด้าน โดยเฉพาะความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มาก เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่างๆ และภาวะข้อติดแข็ง จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุด เมื่อกลับบ้านคือ การเกิดแผลกดทับ รองลงมาเป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ปอดอักเสบและระบบทางเดินปัสสาวะ ตามลำดับ (ชนิดา, เมธีย์, สมทรงและวรฉัตร, 2537) ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลต่อไปนี้

**3.1 การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ** แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดร่วมกับความเจ็บป่วยที่พบได้ทั่วไป เนื่องจากการเกิดแผลกดทับจะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 45 และมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวในขอบข่ายที่จำกัดมาก (นลินทิพย์และวีระชัย, 2540) การที่มีแผลกดทับเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่บ่งชี้และแสดงถึงการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Thoroddsen, 1999) ควรได้รับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ได้รับการตรวจผิวหนัง บริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หรือขณะทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย เช่น ขณะเช็ดตัว หลีกเลียงการจัดท่าที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เลือดดำไหลกลับไม่สะดวก และไม่เลื่อนตัวผู้ป่วยโดยวิธีลาก เพราะจะเป็นการทำลายหนังกำพร้าจากการเสียดสี ซึ่งแรงที่เกิดจากการเสียดสีเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดการระคายเคือง และเป็นแผลได้

ในด้านความต้องการสารอาหารของร่างกาย เพื่อจัดหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดแผลกดทับผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารโปรตีน เพื่อจำเป็นสำหรับการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ช่วยให้กระบวนการหายของแผลกดทับเป็นไปด้วยดี แผลหายเร็วขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับอาหารโปรตีนสูงวันละ 0.35 กรัม/กิโลกรัม (จันทนา, 2530) หรือวันละ 80-100 กรัม (เนตรนภา, 2541) และได้รับน้ำอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 2,000-2,500 ซีซี. เนื่องจากน้ำจะช่วยให้อุณหภูมิผิวหนังชุ่มชื้น มีแรงต้านทานต่อสิ่งระคายเคืองต่างๆ ที่มาสัมผัสกับผิวหนัง ช่วยไม่ให้ผิวหนังแห้งแตกง่าย (สมคิด, 2531) ในผู้ป่วยที่ซีดควรได้อาหารเสริมพวกเกลือแร่ และวิตามินในการดูแลรักษา เช่น ควรได้รับวิตามินซี วันละ 1,500 กรัม (เนตรนภา, 2541) ซึ่งเป็นสารที่มีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้เกิดการหาย

ของแผล ช่วยให้ร่างกายมีแรงต้านทานต่อการติดเชื้อและช่วยให้ผนังเส้นเลือดฝอยแข็งแรงไม่เปราะแตกง่าย

3.2 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั้งใน ระยะแรก และระยะหลัง โดยเฉพาะระยะหลังของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักพบสาเหตุการ เสียชีวิตจากการติดเชื้อได้บ่อยๆ การติดเชื้อโดยมากที่พบได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และ ทางเดินหายใจ ซึ่งการติดเชื้อที่พบมากที่สุดเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะปอดอักเสบ รongลงมาคือ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Leahy, 1991) พบอัตราการเกิดปอดอักเสบหลัง เกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 33 (เจียมจิต, 2541) อาจเนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น การ สำลัก การนอนนานๆ ทำให้การเคลื่อนไหวของเสมหะเป็นไปได้ไม่ดี มีการสะสมของน้ำเมือกเหนียว ภายในหลอดลม หรือถุงลมภายในปอด จะนำไปสู่ปัญหาปอดแฟบ (atelectasis) เนื่องจากหลอดลม ปอดถูกอุดกั้น และมีการติดเชื้อภายในปอด เพราะน้ำเมือก เป็นปัจจัยส่งเสริมการเจริญเติบโตของ แบคทีเรีย ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการไอ ลักษณะที่ผิดปกติของเสมหะ และการเปลี่ยนแปลงของ ระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำ และดูแลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ ตลอดจนพยายามให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว เช่น พลิกตะแคงตัว ทุก 1 - 2 ชั่วโมง พยุงนั่ง พยุงเดิน เพื่อลดการคั่งค้างของน้ำเมือก ตลอดจนดูแลความสะอาดภายใน ช่องปาก และฟันของผู้ป่วย เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรคในปาก ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เพราะทำให้อกลืนได้ง่ายกว่าของเหลวและของแข็ง อีกทั้งการป้อนอาหาร ให้ป้อนด้านที่ผู้ป่วยเคี้ยวได้สะดวก เพื่อป้องกันการสำลัก (Monahan & Neighbors, 1998; Ignatavicius, Workman & Mishler, 1999)

ส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น จากการใส่คา สายสวนปัสสาวะ หรือการสวนปัสสาวะเป็นระยะๆ การคั่งค้างของปัสสาวะ และปัสสาวะ กระปริบกระปรอย เป็นต้น ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อ โดยผู้ดูแลควรสังเกต อาการไอ ลักษณะของปัสสาวะ รวมทั้งดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

3.3 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็ง ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมใน การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆ (range of motion exercise) ซึ่งสามารถกระทำได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง (active exercise) หรือบุคคลอื่นช่วยออกกำลังกายเคลื่อนไหวให้ (passive exercise) ในการออกกำลังกาย เคลื่อนไหวข้อแต่ละข้อควรทำประมาณ 5-10 ครั้ง วันละ 1-2 ครั้ง (เจียมจิต, 2541; Freiberg, 1987) ให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขี่ยคมมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การ เคลื่อนย้ายร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัวฝึกนั่งจากท่านอน ฝึกนั่ง ตัวตรงไม่ให้เอียง

เพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว การฝึกยืนขึ้นและนั่งลง การฝึกยืนและเดินโดยช่วยพยุงหรือใช้เครื่องช่วย เช่น เครื่องตามไม้เท้า การใช้เก้าอี้เข็น เป็นต้น (วิมลรัตน์, 2538)

4. การดูแลด้านการรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากอยู่ในสภาพที่ต้องหายใจผ่านทางเดินหายใจ ให้อาหารทางสายยาง การคาสาขสวณปัสสาวะ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

4.1 ได้รับการดูแลในการหายใจผ่านทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และหายใจผ่านทางเดินหายใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเรื่องการหายใจ ผู้ดูแลจะต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น เครื่องดูดเสมหะ สายยางดูดเสมหะ ภาชนะใส่สายยางภายหลังดูดเสมหะแล้ว และภาชนะสำหรับใส่ท่อเหล็กดัม (inner tube) ผู้ดูแลจะต้องจัดสถานที่ที่บ้าน และวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะดวกต่อการใช้ ต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะคั่งค้าง และไม่เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ โดยการดูดเสมหะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยหายใจมีเสมหะ ผู้ป่วยต้องได้รับการเคาะปอด เพื่อเอาเสมหะที่คั่งค้างออกอย่างน้อยวันละ 3-4 ครั้ง หรืออาจใช้การเคาะปอด เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอแทนการดูดเสมหะ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลทำความสะอาดท่อเหล็กภายในโดยการถอดมาล้างและดัม ทำความสะอาดแพลรอบท่อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลจะต้องคอยจัดทำให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกพร้อมทั้งคอยสังเกตลักษณะการหายใจ ลักษณะเสมหะ ถ้าพบว่ามีลักษณะการหายใจผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว หอบ เสมหะมี สีเขียว มีไข ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล

4.2 ได้รับการดูแลในการให้อาหารทางสายให้อาหาร ผู้ป่วยจะต้องได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ โดยในแต่ละวันควรจะได้รับอาหารที่มีคุณค่าประมาณวันละ 3,000-4,000 แคลอรี และได้รับน้ำวันละประมาณ 2,000 ซีซี. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวเล็กน้อย ต้องได้รับอาหารและน้ำทางสายให้อาหาร ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ผู้ดูแลต้องเตรียม และดูแลการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ อีกทั้งผู้ดูแลยังต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยป้อนอาหารและดื่มน้ำเอง รวมถึงคอยดูแลป้องกันมิให้ผู้ป่วยสำลักอาหารและน้ำ ขณะรับประทานอีกด้วย

4.3 ได้รับการดูแลในการปัสสาวะทางสายสวนคา มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะเนื่องจากการทำงานของกระเพาะปัสสาวะบกพร่อง ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะออกจากร่างกายผิดปกติ ถ้ามีปัสสาวะคั่งค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะนาน อาจมีการอักเสบจากการติดเชื้อได้ง่าย แพทย์จึงต้องให้การดูแลรักษา โดยการใส่คาสาขสวณปัสสาวะ เพื่อช่วยระบายปัสสาวะออกจากร่างกาย ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก มิให้สายพับหัก หรืออได้รับการเปลี่ยนชุดสายต่ออุ้งของปัสสาวะ การฝึกการขับถ่าย และการทำความสะอาดอวัยวะ

สืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ผู้ดูแลต้องสังเกตสีของปัสสาวะ ถ้าพบปัสสาวะขุ่น มีตะกอน ต้องได้รับน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี หากมีปัสสาวะขุ่นร่วมกับมีไข้ ให้พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที

4.4 ได้รับการดูแลในการรักษาต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แพทย์จะให้ยา warfarin เพื่อป้องกันการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเป็นเวลาติดต่อกัน 3 เดือน และหลังจากนั้น จะให้ยา aspirin เพราะยา aspirin จะลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน เนื่องจาก ยา aspirin จะลดการอักเสบของหลอดเลือดได้มากกว่าป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Monahan & Neighbors, 1998) เพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (นิพนธ์, 2541) โดยแพทย์จะให้ยาไปรับประทานต่อที่บ้าน เช่น ยาควบคุมความดันโลหิต และนัดผู้ป่วยมาตรวจ ติดตามดูแลอาการเป็นระยะๆ บางรายต้องรับการถ่ายภาพบำบัดทุกวัน ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่อง การทำกายภาพบำบัด และการไปรับการตรวจตามนัด (สุทธิตา, 2542) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้รับการรักษาโดยการต้มยาสมุนไพรให้ผู้ป่วยดื่มหรือประคบร้อน ควบคู่กับการพาไปนวดกับหมอบ้าน (สุทธศิริ, 2541)

การดูแลซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับจากผู้ดูแลที่บ้านนั้น เป็นสิ่งจำเป็นซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลจะเป็นผู้ใกล้ชิดและรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพครอบครัว ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในบ้าน ฐานะเศรษฐกิจ ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องเข้าใจพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น และผลต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคลแบบองค์รวม เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและที่บ้านได้ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากญาติต่อไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพกลับมาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลครอบคลุมในด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน ฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการรักษาพยาบาล โดยให้ญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง