

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่

พิศศักดิ์ ชินชัย Ph.D. (Occupational Therapy)*

ศิริพันธ์ุ คงสวัสดิ์ Ph.D. (Clinical Epidemiology)**

สุรพงศ์ กาบวัง ศศ.บ. (การพัฒนาชุมชน)***

นิรันดร์ จันทร์ชัย ส.ม.***

* ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** องค์การบริหารส่วนตำบลดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่

วันรับ:	11 ม.ค. 2565
วันแก้ไข:	6 มี.ค. 2565
วันตอบรับ:	16 มี.ค. 2565

บทคัดย่อ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นในประเทศไทย ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้อาจมีความพิการตกค้างที่เด่นชัด ได้แก่ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และมีความยากลำบากเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นวิธีหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้พิการตำบลดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นสถานที่ที่มีผู้พิการจำนวนมากในชุมชน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนแห่งนี้ ซึ่งให้บริการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว ก่อนและหลังได้รับการ 8 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้พิการได้จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย (1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และ (2) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed ranks test ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีคะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยรวม และด้านการมีบทบาทในงานบ้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นผู้ให้บริการ ช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: อัมพาตครึ่งซีก; คุณภาพชีวิต; การมีส่วนร่วมในชุมชน; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; การฟื้นฟูสมรรถภาพ

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประชากรไทย 38.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ได้เพิ่มเป็น 47.1 ในปี พ.ศ. 2561⁽¹⁾ ส่วนอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองพบผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จำนวน 451.39 ราย ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี พ.ศ. 2559 และเพิ่มเป็น 467.46 ราย ในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นอีกเป็น 506.20 ราย ในปี พ.ศ. 2561⁽²⁾ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความต้องการการบำบัดฟื้นฟูเพิ่มขึ้นตามไปด้วย⁽³⁻⁵⁾ นอกจากนี้ร้อยละ 90.0 ของผู้ที่รอดชีวิตจากโรค มักมีความพิการตกค้างหลายอย่าง เช่น การอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง (hemiplegia) ทั้งในส่วนของแขนและขา ปัญหาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อที่ควบคุมไม่ได้ ปัญหาด้านการรับรู้ และความรู้ความเข้าใจ ปัญหาด้านการมองเห็นไม่ชัดหรือเห็นภาพซ้อน และปัญหาด้านการเคี้ยวกรกลืน เป็นต้น⁽⁶⁻⁸⁾ ซึ่งส่งผลตามมาทำให้ผู้พิการเหล่านี้ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น หลายรายแยกตัวออกจากสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คำว่า “คุณภาพชีวิต” มีผู้ให้นิยามไว้หลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าเป็นระดับของความพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การทำกิจกรรมต่างๆ ตามความจำเป็น⁽⁹⁾ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านหรือชุมชนของตนเอง^(10,11) ดังการศึกษาของ Schindel D, et al. เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 411 คน หลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 3, 6 และ 12 เดือน โดยไม่มีโปรแกรมฟื้นฟูใด ๆ พบว่าผู้พิการส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่แย่งตามลำดับ ดังนั้น การให้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบำบัดฟื้นฟู

สมรรถภาพอย่างต่อเนื่องแม้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและชุมชนแล้ว น่าจะมีส่วนในการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้⁽¹²⁾ และการศึกษาของ Thanakiatpinyo T, et al. ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 197 คน ที่ระยะ 1 ปีหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตลดลง โดยระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงด้วยทั้งกิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน⁽¹³⁾ การศึกษาของ Laurent K, et al. ได้รายงานคุณภาพชีวิตของผู้พิการโรคหลอดเลือดสมองจากการติดตามผลที่ระยะ 2 ปี หลังจากการเกิดโรค พบว่าผู้พิการที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเองที่บ้านและชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตลดลง⁽¹⁴⁾

การแยกตัวออกจากสังคม (isolation) ก็เป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้พิการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปไม่สมบูรณ์ มีภาวะอ่อนแรงยากแก่การเคลื่อนไหว บางรายมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ไม่พร้อมเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม Mayo NE, et al. ได้ศึกษาผลกระทบของภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อตัวผู้พิการเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว เป็นเวลา 6 เดือน ถึง 2 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้พิการทั้งหมด 434 คน มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง แยกตัวออกจากสังคม และร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนลดลง⁽¹⁵⁾ Huebner RA, et al. ศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้ได้รับบาดเจ็บบริเวณสมอง ภายหลังจากได้รับบาดเจ็บเฉลี่ย 21 เดือน จำนวน 25 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมกิจกรรมทางสังคมมากมักเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย⁽¹⁶⁾ ตัวชี้วัดความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการที่มีภาวะอัมพาตถาวรอย่างเช่นผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญอย่างหนึ่งนั้นคือการที่สามารถส่งเสริมให้ผู้พิการเหล่านี้กลับไปมีส่วนร่วมทางสังคม (social integration) ได้เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงเดิมเมื่อเทียบกับก่อนการเกิดภาวะของโรค⁽¹⁷⁾

ในประเทศไทย ขบวนการฟื้นฟูสภาพผู้พิการส่วนใหญ่ยังคงตั้งรับอยู่ในสถาบัน หรือโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้มีอัมพาตถาวร หรือโรคเรื้อรังต่างๆ ยังคงต้องการความดูแลอย่างต่อเนื่องแม้กระทั่งเมื่อกลับไปอยู่บ้าน⁽¹⁸⁾ ดังนั้น การให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นแม้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย ยังขาดแคลนบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถติดตามไปให้บริการแก่ผู้พิการถึงในชุมชนได้อย่างเพียงพอ ดังนั้น การใช้หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (community-based rehabilitation) ซึ่งหมายถึงการให้สมาชิกในครอบครัวผู้พิการ หรือคนในชุมชนที่ได้รับการฝึกหัด และตัวผู้พิการเอง มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽¹⁹⁾ จึงน่าจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมความสามารถผู้พิการเองให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้นทั้งภายในบ้านและในชุมชนของตนเอง ทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปได้ครบวงจรยิ่งขึ้น^(19,20) อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้พิการ ดังการศึกษาของ Oupra R, et al. ซึ่งศึกษาถึงผลของการใช้หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ความรู้และทักษะการบำบัดรักษาแก่ผู้ดูแล และ/หรือญาติผู้พิการ แล้วให้ผู้ดูแลเหล่านั้นนำเทคนิคการบำบัดรักษาไปใช้กับผู้พิการอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้านและชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการที่ได้รับโปรแกรมบำบัดรักษาขณะอยู่ที่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่องมีการฟื้นคืนสภาพร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดีขึ้น อันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁽²¹⁾ ปัจจุบัน ชุมชนหลายแห่งในประเทศไทยที่มีความตื่นตัวด้านสุขภาพ ได้มีความพยายามของบุคคลในชุมชนที่จะช่วยกันดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันในท้องถิ่นของตนเอง บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญมากในกลุ่มนี้คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทมากในการดูแลสุขภาพของ

ประชาชนในชุมชน รวมถึงการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการและผู้สูงอายุอีกด้วย ชุมชนบางแห่งซึ่งนำโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาลตำบล (ทต.) หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ได้มีการตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นในท้องถิ่นของตนเอง เพื่อดูแลสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐานแก่ผู้พิการในชุมชน โดยมี อสม. ซึ่งได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัด เป็นผู้ให้การดูแลผู้รับบริการในชุมชน ซึ่งตามกฎหมายแล้ว พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20/3 ให้หน่วยราชการส่วนท้องถิ่นจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการด้วยงบประมาณของตนเองได้⁽²²⁾

องค์การบริหารส่วนตำบลดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ จัดเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพและสวัสดิภาพของประชาชนมีความตื่นตัวอย่างมาก และมีดำริในการเปิดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อดูแลผู้พิการในพื้นที่ของตนเอง โดยมี อสม. และนักบริบาลที่ได้รับการฝึกงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐานจากนักวิชาชีพกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด เป็นผู้ให้บริการ จากการสำรวจจำนวนผู้พิการในเขต อบต. ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้พิการถึง 408 คน โดยมีผู้พิการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว จำนวน 223 คน ซึ่งผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นส่วนหนึ่งของผู้พิการในกลุ่มนี้ ที่หลายรายต้องประสบปัญหาการมีภาวะอัมพาตถาวร ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล และแยกตัวออกจากสังคม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่าศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าว ที่มีผู้ให้บริการเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ อสม. หรือนักบริบาลที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ ที่ได้รับการฝึกอบรมจากนักวิชาชีพกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดว่าส่งผลอย่างไรต่อคุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับบริการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (pretest – posttest research design) โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองก่อนและ 8 สัปดาห์ หลังจากเข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน อบต. ดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตการดูแลของ อบต. ดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 30 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (homogeneity) ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. เป็นผู้ที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาอยู่บ้านแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน
 2. มีอาการทางร่างกายคงที่ (stabled medical symptoms) คือไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคหรือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ได้ข้อมูลจาก รพ.สต.) เช่น ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรคหัวใจ เป็นต้น
 3. ไม่ได้ไปรับบริการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ ศูนย์ฟื้นฟูฯ แห่งใดเป็นประจำ
 4. เป็นผู้ที่สามารถมารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพของ อบต. ดอยหล่อได้สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 16 ครั้ง
 5. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เข้าใจ ทดสอบจากการสนทนา
 6. เป็นผู้เต็มใจให้ความร่วมมือในขบวนการวิจัย
- เกณฑ์การถอนออก
- เป็นผู้ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด คือจำนวนครั้งน้อยกว่าร้อยละ 80.0 (น้อยกว่า 13 ครั้ง จาก 16 ครั้ง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงให้เหมาะกับสังคมไทย โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ⁽²³⁾ แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ โดยครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ตามแบบของ Likert scales เรียงจาก 1 ถึง 5 ในข้อคำถามที่มีความหมายทางลบให้คะแนนกลับกัน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 26-130 คะแนนโดยมีเกณฑ์ดังนี้ (1) คะแนน 26-60 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (2) คะแนน 61-95 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ (3) คะแนน 96-130 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดนี้ โดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ 0.8406 และมีค่าความตรงตามสภาพ (concurrent validity) เท่ากับ 0.6515 เครื่องมือนี้สามารถนำมาใช้วัดเพื่อเป็นตัวบ่งชี้ ถึงผลของการรักษา หรือโปรแกรมการแทรกแซงทางด้านสุขภาพได้ดี ประเมินการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตจากการบำบัดรักษาได้ สามารถใช้ในทางคลินิก ในกรณีผู้ตอบมีอายุมาก การเก็บข้อมูลอาจใช้การสัมภาษณ์แทนการให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านเอง เครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในชุมชนในเขตจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน และหาค่าความเชื่อมั่นอีกครั้งโดย Cronbach's alpha coefficient ได้ 0.657^(24,25)

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน (Community Integration Questionnaires: CIQ) แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นมาโดย Willer B และคณะ⁽²⁶⁾ มี 15 ข้อคำถาม ซึ่งถามใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) การมีบทบาทในงานบ้าน (Home integration) เช่น การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น (2) การมีบทบาทร่วมในสังคม (Social integration) เช่น การร่วมกิจกรรมนันทนาการ

กับผู้อื่น การเยี่ยมเยียนเพื่อนฝูงหรือญาติ เป็นต้น และ (3) การทำงานที่มีผลิตผล (Productivity) เช่น การทำงานอาชีพ การทำงานอาสาสมัคร เป็นต้น การให้คะแนน 12 ข้อแรกเป็นแบบสามระดับคะแนน (three-point scale) เรียงจาก 0, 1, 2 ส่วนการให้คะแนนข้อ 13-15 เป็นชนิดทหกระดับคะแนน (6-point scale) เรียงจาก 0-5 ยิ่งได้คะแนนสูงแสดงว่ามีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนมาก โดยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 29 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ 0.91 แบบทดสอบนี้ สาวิตรี⁽²⁷⁾ ได้แปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อดูถึงความตรงตามเนื้อหา (content validity) พิศศักดิ์ และทศพรได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้ (pilot study) กับกลุ่มตัวอย่างผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองคนไทยจำนวน 10 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดย Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.784⁽²⁵⁾

วิธีดำเนินการทดลอง

1. โครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โครงการเลขที่ AMSEC-63EX-027 เอกสารอนุมัติการดำเนินการเลขที่ 289/2563

2. ผู้วิจัยหลักติดต่อประสานงานกับ นายก อบต. ดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัย ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการของ อบต. ที่จัดตั้งขึ้น

3. ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์การฝึกด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐานสำหรับผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ราวฝึกเดิน ชั้นบันไดฝึกการก้าวเดิน เตียงฝึกผู้พิการ อุปกรณ์ฝึกการใช้แขนและมือ โต๊ะและเก้าอี้ฝึกทำกิจกรรม เป็นต้น

4. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ อบต. และ รพ.สต. ในพื้นที่ตำบลดอยหล่อ เพื่อนัดหมายจัดการอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองแก่ อสม. และนักบริบาล รวมทั้งฝึกวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เตรียมไว้แล้วด้วย โดยการคัดเลือก อสม. เข้าร่วมโครงการวิจัยนั้น ทางเจ้าหน้าที่ อบต.

ได้ขอความร่วมมือผู้ใหญ่บ้านในการติดประกาศเชิญชวนที่บ้านผู้ใหญ่บ้านและประกาศโดยใช้เสียงตามสายในหมู่บ้าน รับสมัครหมู่บ้านละ 2 คน เนื่องจากมี 26 หมู่บ้านในเขต อบต. นี้ จึงรับ อสม. ได้ 52 คน โดยผู้ที่สมัครก่อน ถือเป็นผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการ หลังจากการอบรมมีการทดสอบความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยผู้ที่ผ่านการทดสอบจึงสามารถเป็นผู้ให้บริการที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ที่จัดตั้งขึ้นดังกล่าวนี้ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า ถือว่าโอกาสได้รับการคัดเลือกสูงกว่า การอบรมใช้เวลา 2 วัน วันแรกเป็นการนำเสนอบรรยายความรู้เชิงทฤษฎี วันที่ 2 เป็นการฝึกปฏิบัติ เริ่มเวลา 08.30 - 16.30 น. ในแต่ละวัน โดยจัดที่ห้องประชุมของ อบต. ดอยหล่อ การใช้เวลาอบรม 2 วัน เชื่อว่าเพียงพอสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐานสำหรับผู้พิการกลุ่มนี้ เนื่องจาก ทั้ง อสม. และนักบริบาลของชุมชนแห่งนี้เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและการดูแลผู้พิการโดยทั่วไปแล้ว และในช่วงที่ อสม. ให้บริการแก่ผู้พิการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ที่วิจัย ทั้งนี้กิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัด ได้เข้าเยี่ยมชมการทำงานของ อสม. 1 ครั้ง ในทุกสัปดาห์ ตลอดช่วง 8 สัปดาห์ เพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติม และดูว่า อสม. มีความต้องการให้ช่วยเหลืออะไรบ้างในด้านของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

5. ผู้วิจัยเดินทางเยี่ยมบ้านผู้พิการร่วมกับ อสม. และ/หรือเจ้าหน้าที่ อบต. และ รพ.สต. เพื่อคัดกรองคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก และเชิญเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

6. ผู้วิจัย คัดเลือก อสม. ที่สอบผ่านการอบรมจากโครงการนี้ เป็นผู้ให้บริการ ณ ศูนย์ฟื้นฟูฯ โดยคัดเลือกไว้รวมทั้งหมด 12 คน เรียงตามลำดับคะแนนที่สอบได้ และจัดให้ อสม. ที่คะแนนสูงสุด 4 คนแรกเป็นผู้ให้บริการประจำ ที่เหลือเป็นสำรอง การให้บริการนั้นจัดให้สัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-12.00 น. โดยผู้วิจัยและทีมงาน ซึ่งเป็นนักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัด เป็นผู้ประเมินผู้พิการร่วมกับ อสม. และแนะนำวิธีการบำบัดรักษาเป็นรายบุคคลแก่

อสม. ซึ่งการบำบัดรักษาที่ใช้เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐานที่มีวิธีการฝึกตามโปรแกรมที่มีรูปแบบตามกำหนด (structured program) ซึ่งหมายถึงการรักษาผู้พิการที่มีการให้วิธีการรักษาเฉพาะราย เช่น ผู้พิการคนนี้มีข้อติดนักร่างกายภาพบำบัด จะแนะนำและฝึกวิธีการตัดข้อต่ออื่นๆ โดยตรงแก่ อสม. โดย อสม. จะทำการบำบัดตามที่ได้รับคำแนะนำเท่านั้น หรือบางรายผู้พิการไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง หรือไม่สามารใส่เสื้อหรือกางเกงได้เอง นักกิจกรรมบำบัดจะฝึกวิธีการรับประทานอาหารหรือวิธีการใส่เสื้อและกางเกงให้กับผู้พิการโดยมี อสม. ฝึกปฏิบัติอยู่ด้วยและนำวิธีการดังกล่าวนี้ไปฝึกผู้พิการต่อไป โดยในทุกสัปดาห์ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดจะเข้าไปเยี่ยม อสม. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อดูความก้าวหน้าทางการรักษาหรือดูว่ามีปัญหาและอุปสรรคอะไรหรือไม่ ซึ่งวิธีการฝึกผู้พิการที่ให้อสม. ใช้บำบัดเหล่านี้ ผู้รับบริการหรือผู้พิการจะไม่มีความเสี่ยงหรือเสี่ยงน้อยมากต่อการบาดเจ็บ และไม่มีอันตรายต่อสุขภาพของผู้พิการ โดย อสม. 1 คน จะดูแลผู้พิการได้ 2 คน ในแต่ละวัน ผู้พิการแต่ละคนจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง รวมทั้งหมดเป็น 16 ครั้ง ก่อนการฝึกทุกครั้งจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของ อบต. ดอยหล่อเป็นผู้ตรวจวัดสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างผู้พิการ สอบถามอาการโดยทั่วไปและการรับประทานยาตามเวลา มีการจัดเตรียมยาและอุปกรณ์ปฐมพยาบาลไว้ประจำศูนย์ฯ มีการจัดเตรียมรถฉุกเฉินของ อบต. ดอยหล่อไว้บริการตลอดเวลาที่มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการ

7. ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วมากกว่า 5 ปี และไม่ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งได้รับการฝึกใช้เครื่องมือวิจัยแล้ว เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรศึกษา ภายใน 7 วัน ก่อนผู้พิการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้พิการ ในกรณีที่ผู้พิการไม่สะดวกให้เก็บข้อมูล

ที่บ้าน ผู้เก็บข้อมูลก็ได้เก็บข้อมูลที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน อบต. ดอยหล่อ โดยมีรถของ อบต. ดอยหล่อไปรับผู้พิการในเวลาที่จะสะดวกโดยต้องเป็นเวลาราชการ และเก็บข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง ภายใน 7 วัน หลังจากผู้พิการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 8 สัปดาห์ สถานที่และเวลาตามที่นัดหมายกับผู้พิการ โดยผู้พิการที่ครั้งแรกเก็บข้อมูลที่บ้าน ครั้งที่ 2 ก็ต้องเก็บข้อมูลที่บ้านเช่นเดิม เพื่อป้องกันความแตกต่างของสภาพแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อตัวแปรศึกษา ในทำนองเดียวกัน ผู้พิการที่ครั้งแรกได้รับการเก็บข้อมูลที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 นี้ ก็ต้องเก็บข้อมูลที่ศูนย์ฟื้นฟู เช่นเดิม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ เพื่อแจกแจงข้อมูลเชิงประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อดูความแตกต่างของตัวแปรศึกษาระหว่างก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้าสู่วิจัยครั้งนี้ มีจำนวนทั้งหมด 16 คน พบว่ามี 5 คนที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบตามเกณฑ์ คือน้อยกว่าร้อยละ 80.0 ของจำนวนครั้งทั้งหมด (น้อยกว่า 13 ครั้ง จากจำนวน 16 ครั้ง) จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัย 11 คน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.7) และอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 54.5) ระดับการศึกษา มีผู้พิการจำนวนถึงร้อยละ 72.7 จบระดับประถมศึกษา และส่วนใหญ่เป็นอัมพาตซีกขวา (ร้อยละ 72.7) (ตารางที่ 1)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชนภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลสังคมประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง (n = 11)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	8	72.7
	หญิง	3	27.3
อายุ (ปี)	41-50	4	36.4
	51-60	3	27.3
	61-70	3	27.3
	70-80	1	9.1
	ค่าเฉลี่ยอายุ	56.64±11.63	
สถานภาพแต่งงาน	โสด	3	27.3
	สมรส	6	54.5
	หย่า	2	18.2
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	8	72.7
	มัธยมศึกษา	3	27.3
ด้านของร่างกายที่อัมพาต	อัมพาตซีกซ้าย	3	27.3
	อัมพาตซีกขวา	8	72.7
การวินิจฉัยโรค	เส้นเลือดแตกในสมอง	8	72.7
	เส้นเลือดตีบในสมอง	1	9.1
	เส้นเลือดอุดตันในสมอง	2	18.2
ระยะเวลาดำเนินโรค (ปี)	<1	2	18.2
	1-2	4	36.4
	>2	5	45.5
ระยะเวลาหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ปี)	<1	2	18.2
	1-2	4	36.4
	>2	5	45.5
ผู้ดูแล	คู่สมรส	6	54.5
	ลูก	1	9.1
	พ่อ แม่	3	27.3
	ญาติ	1	9.1

ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ตารางที่ 2) และการมีส่วนร่วมในชุมชนด้านการมีบทบาทในงานบ้าน และการมีส่วนร่วมในชุมชน

โดยรวมของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ตารางที่ 3)

คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิต 4 ด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวม ในกลุ่มตัวอย่างผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (n = 11)

ตัวแปรศึกษา		Median	(Q3-Q1)	p-value	Effect size
1. ด้านร่างกาย	ก่อนทดลอง	18.00	(24.00-15.00)	0.005*	0.60
	หลังทดลอง	22.00	(26.00-20.00)		
2. ด้านจิตใจ	ก่อนทดลอง	19.00	(25.00-18.00)	0.184	0.28
	หลังทดลอง	23.00	(24.00-20.00)		
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	ก่อนทดลอง	9.00	(10.00-7.00)	0.170	0.29
	หลังทดลอง	10.00	(11.00-9.00)		
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	ก่อนทดลอง	23.00	(25.00-22.00)	0.032*	0.46
	หลังทดลอง	28.00	(30.00-25.00)		
5. ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม	ก่อนทดลอง	74.00	(93.00-67.00)	0.010*	0.55
	หลังทดลอง	90.00	(96.00-82.00)		

*p<0.05

ตารางที่ 3 การมีส่วนร่วมในชุมชน 3 ด้านและการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยรวม ในกลุ่มตัวอย่างผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (n = 11)

ตัวแปรศึกษา		Median	(Q3-Q1)	p-value	Effect size
1. บทบาทในงานบ้าน	ก่อนทดลอง	1.20	(3.60-0.00)	0.037*	0.44
	หลังทดลอง	2.40	(7.00-1.20)		
2. บทบาทร่วมในสังคม	ก่อนทดลอง	3.00	(5.00-1.00)	0.062	0.40
	หลังทดลอง	3.00	(6.00-3.00)		
3. การทำงานที่มีผลิตผล	ก่อนทดลอง	1.00	(2.00-1.00)	0.942	0.02
	หลังทดลอง	1.00	(2.00-0.00)		
4. การมีส่วนร่วมในชุมชนโดยรวม	ก่อนทดลอง	6.00	(8.6-3.2)	0.012*	0.55
	หลังทดลอง	6.00	(14.00-5.20)		

*p<0.05

วิจารณ์

1. คุณภาพชีวิต

จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เมื่อดูคุณภาพชีวิตรายด้านก็พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย และด้านการใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมมี

คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เช่นกัน ทั้งนี้น่าจะเนื่องมาจากโปรแกรมการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนจัดให้แก่ผู้พิการนั้น นอกจากการฝึกการออกกำลังกายแล้วยังมีการฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง การเคลื่อนย้ายตัว การเดิน และการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเพิ่มความสามารถทางร่างกายและการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันให้ได้มากขึ้น นอกจากนี้

อสม. ยังได้แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวแก่ผู้พิการและญาติ ผู้ดูแลด้วย โดยเป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การดูแลสุขภาพ สะอาดร่างกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น การที่ผู้พิการและญาติมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ วิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และผู้พิการมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ ย่อมเป็นปัจจัยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายที่ดี และสามารถใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมได้ดียิ่งขึ้นส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น นั่นคือถ้าผู้พิการสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ก็มักส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นไปด้วย^(28,29) สอดคล้องกับการศึกษาของพิศักดิ์ ชินชัย และทศพร บรรณมากที่ใช้หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ในการศึกษาเรื่องการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการแก่ผู้ดูแลผู้พิการต่อการมีส่วนร่วมในชุมชนและคุณภาพชีวิตของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้พิการจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ซึ่งญาติผู้ดูแลได้รับความรู้จากโปรแกรม และกลุ่มควบคุม 30 คน ที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่าผู้พิการในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน⁽²⁵⁾ เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Michele B, et al ที่ใช้หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน โดยให้ผู้บำบัดทำการเยี่ยมบ้านผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้พิการและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินโรค การดูแลรักษาสุขภาพ และวิธีการบำบัดฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้พิการนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน การศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการและผู้ดูแลในชุมชน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้พิการ⁽³⁰⁾ อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตบางด้าน ก็ยังไม่เห็น

ถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสภาพจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าระยะเวลาการรับบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เพียงแค่ 8 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอในการเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านดังกล่าวนี้ โดยหากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนต่อไปอีกระยะเวลาหนึ่ง ก็อาจทำให้คุณภาพชีวิตด้านดังกล่าวดีขึ้นได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าศึกษาต่อไป

2. การมีส่วนร่วมในชุมชน

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน พบว่าการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยรวม มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อดูการมีส่วนร่วมชุมชนเป็นรายด้านนั้น พบว่าการมีส่วนร่วมในชุมชนด้านการมีบทบาทในการทำงานบ้านมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นกัน ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะว่า การที่กลุ่มตัวอย่างผู้พิการได้มารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ในชุมชนของตัวเอง ได้ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ได้ฝึกการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง จึงมีความสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ภายในบ้านได้เองมากขึ้น นอกจากนี้ การที่ผู้พิการได้เข้ามารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่อยู่อาศัยของตัวเอง ได้มีโอกาสพบปะกับบุคคลที่มีอาการใกล้เคียงกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลเกี่ยวกับความพิการ มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน และ อสม. ที่ดูแลประจำศูนย์ฯ ยังทำหน้าที่ให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลให้สนับสนุนการเข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชุมชนของผู้พิการอีกด้วย จึงอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมอีกด้านหนึ่งที่ทำให้คะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hartman-Maeir A, et al ที่ศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่ร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนของตนเองจำนวน 27 คน ซึ่งมีผู้บำบัดให้บริการที่บ้านและในชุมชน

ของผู้พิการ เปรียบเทียบกับผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้ร่วมโปรแกรมดังกล่าวจำนวน 56 คน พบว่ากลุ่มผู้พิการที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนของตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽³¹⁾ เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของพิศศักดิ์ ชินชัย และทศพร บรรยมากร เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนให้กับผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองในเขตจังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ส่วนอีก 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม ผู้ดูแลไม่ได้รับการอบรมโปรแกรมดังกล่าวนี้ เก็บข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในชุมชนก่อนให้โปรแกรม และ 2 เดือน หลังโปรแกรมอบรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งผู้ดูแลได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วนำไปฝึกฟื้นฟูผู้พิการในความดูแล มีคะแนนการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ภายในบ้านและชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกันข้ามกับกลุ่มควบคุมที่คะแนนไม่แตกต่างกันในทั้ง 2 ช่วงเวลา⁽³²⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chinchai P, et al ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในชุมชนและคุณภาพชีวิตของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 25 คน ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน 4 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ (1) ศูนย์ฟื้นฟูฯ เทศบาลตำบล (ทต.) หนองควาย อำเภอดอยหล่อ (2) ศูนย์ฟื้นฟูฯ ทต. ป่าแดด อำเภอเมือง (3) ศูนย์ฟื้นฟูฯ ทต. สันป่าเป้า อำเภอแม่ริม และ (4) ศูนย์ฟื้นฟูฯ ทต. สันกลาง อำเภอสันกำแพง ซึ่งให้บริการโดยอาสาสมัคร ที่ได้รับการฝึกหัดการฟื้นฟูสมรรถภาพมาแล้ว เก็บข้อมูลก่อนเข้ารับบริการและ 3 เดือนหลังรับบริการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽³³⁾ อย่างไรก็ตาม คะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชน ด้านการมี

บทบาทร่วมในสังคม (social integration) และการทำงานที่มีผลิตผล (productivity) ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะว่าการมีบทบาทร่วมในสังคม เป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างซับซ้อนมากกว่าการทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา เช่น การร่วมกิจกรรมนันทนาการกับผู้อื่น การจัดการด้านการเงิน การจ่ายซื้อของ และการเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้าน เป็นต้น แม้จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ แต่ก็ยังไม่มีความแตกต่างให้เห็นในเชิงสถิติ ด้านการทำงานที่มีผลิตผลก็เช่นเดียวกัน เป็นกิจกรรมที่มีความยากมากขึ้น เช่น ความสามารถในการทำงานหรือการเรียนของผู้พิการ การทำงานจิตอาสา เป็นต้น จากการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (community-based rehabilitation) ได้เพียง 8 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมความสามารถให้ผู้พิการมีความสามารถในการเข้าไปมีบทบาททางสังคม และทำงานในลักษณะที่มีผลิตผลได้

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้พิการกลุ่มเดียว คือผู้ที่มารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยยังไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการ ซึ่งอาจมีข้อสงสัยว่า การมีคะแนนคุณภาพชีวิต และคะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชนสูงขึ้นอาจเกิดจากการฟื้นตัวทางกายหรือการปรับตัวตามธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป อาจให้มีกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นผู้พิการลักษณะเดียวกันแต่ไม่ได้รับบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนไว้คอยเปรียบเทียบกับ

สรุป

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพของ อบต. ดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้พิการมีคะแนนคุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิจัย

ชี้ให้เห็นว่า การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยมี อสม. ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นผู้ให้บริการ สามารถส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และกระตุ้นการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้พิการได้มากขึ้น ดังนั้น ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ เชื่อว่าจะเป็นประโยชน์ในการนำเป็นหลักฐานสนับสนุนว่าการให้โอกาสดังกล่าวกับประชาชนในชุมชนเดียวกันที่ได้รับการฝึกหัดด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังเช่น อสม. ในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำไปช่วยบำบัดผู้พิการที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน ตามหลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน สามารถช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้พิการให้มากขึ้น ซึ่งผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขสำหรับคนพิการในประเทศไทย อาจนำข้อมูลนี้ประกอบการพิจารณาได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจากสมาคมศิษย์เก่าคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษานี้ และขอขอบคุณ อสม. และผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในขบวนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภานุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิตา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs: เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ: จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง COPD) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 29 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>

3. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Dajpratham P, Piravej K. Main outcomes of stroke rehabilitation: a multi-centre study in Thailand. *J Rehabil Med* 2009;41(1):54-8.
4. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Massakulpan P, Piravej K, Suethanapornkul S, Dajpratham P, et al. An epidemiologic study of the Thai Stroke Rehabilitation Registry (TSRR): a multi-center study. *J Med Assoc Thai* 2008;91(2):225-33.
5. อภินา ไชวินทะ, วิไล คุปต์นริตติชัยกุล, ปิยะภัทร เดชพระธรรม, พรพิมล มาตสกุลพรรณ, กฤษณา พิระเวช, ยิ่งสุมาลัย อาจองค์, และคณะ. โครงการทะเบียนโรคการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู* 2550;17(1):31-6.
6. Abdul-Rahim AH, Quinn TJ, Alder S, Clark AB, Musgrave SD, Langhorn P, et al. Derivation and validation of a novel prognostic scale (modified-stroke subtype), Oxfordshire Community Stroke Project classification, age, and prestroke modified Rankin) to predict early mortality in acute stroke. *Stroke* 2016;47(1):74-9.
7. Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, Ward NS, Wolf SL, Borschmann K, et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: the stroke recovery and rehabilitation roundtable taskforce. *Int J Stroke* 2017;12(5):444-50.
8. ทศพร บรรรมย์มาก. กิจกรรมบำบัดในโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: พิศศักดิ์ ชินชัย, ทศพร บรรรมย์มาก, บรรณาธิการ. กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้มีปัญหาด้านระบบประสาท พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ออเรนทร์ู๊ป เทคโนโลยีไซท์; 2551. หน้า 122-43.
9. Dedhiya S, Kong SX. Quality of life: an overview of the concept and measures. *Pharm World Sci* 1995;17:141-8.
10. Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke* 2003;34:801-5.

11. Petterson R, Dahl T, Wyller TB. Prediction of long-term functional outcome after stroke rehabilitation. *Clin Rehabil* 2002;16:149-59.
12. Schindel D, Schneider A, Grittner U, Jöbges M, Schenk L. Quality of life after stroke rehabilitation discharge: a 12-month longitudinal study. *Disabil Rehabil* 2021; 43(6):1-10.
13. Thanakiatpinyo T, Dajpratham P, Kovindha A, Kupt-niratsaikul V. Quality of life of stroke patients at one year after discharge from inpatient rehabilitation: a multicenter study. *Siriraj Med J* 2021;73(4):216-23.
14. Laurent K, De Sèze MP, Delleci C, Koleck M, Dehail P, Orgogozo J-M, et al. Assessment of quality of life in stroke patients with hemiplegia. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54:376-90.
15. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Cote R, Durcam L, Carlton J. Activity, participation and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83:1035-42.
16. Huebner RA, Johnson K, Bennett CM, Schneck C. Community participation and quality of life outcome after adult traumatic brain injury. *Am J Occup Ther* 2003;57:177-85.
17. Noreau L, Desrosiers J, Robichaud L, Fougereyrollas P, Rochette A, Viscogliosi C. Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disabil Rehabil* 2004;26:346-52.
18. Chinchai P, Marquis R, Passmore A. Functional performance, depression, anxiety and stress in people with spinal cord injuries in Thailand: a transition from hospital to home. *Asia Pac Disabil Rehabil J* 2003;14(1):30-40.
19. Hale LA. Community-based or home-based stroke rehabilitation: confusion or common sense. *NZ J Physiother* 2004;32 (3):131-9.
20. Walker M, Galdman J, Lincoln N, Siemonsma P, Whiteley T. Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised controlled trial. *The Lancet* 1999;354:278-80.
21. Oupra R, Griffiths R, Pryor J. Effect of a community based rehabilitation program on outcomes for stroke survivors in Thailand. *J Health Sci* 2008;2(2):1-7.
22. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124, ตอนที่ 61 ก (ลงวันที่ 27 กันยายน 2550).
23. สุวัฒน์ มหัตถนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจรัสกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
24. Chinchai P, Bunyamark T, Sirisatayawong P. Effects of caregiver education in stroke rehabilitation on the quality of life of stroke survivors. *World Fed Occup Ther Bull* 2010;61:56-63.
25. พิศักดิ์ ชินชัย, ทศพร บรรยมาก. โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนให้กับผู้ดูแล กับคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตจังหวัดเชียงใหม่: รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
26. Willer B, Linn R, Allen K. Community integration and barriers to integration for individuals with brain injury. In: Finlayson MA, Garner SH, editors. *Brain injury rehabilitation: clinical considerations*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993. p. 355-75.
27. สาวิตรี ธรรมสอน. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [ภาคินพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตสาขากิจกรรมบำบัด]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.

28. Haghgoo HA, Pazuki ES, Hosseini AS, Rassafiani M. Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *J Neurol Sci* 2013;328:87–91.
29. Kim K, Kim YM, Kim EK. Correlation between the activities of daily living of stroke patients in a community setting and their quality of life. *J Phys Ther Sci* 2014; 26(3):417–9.
30. Michele B, Etienne LB, Kenora C, Narkasen C. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. *BMC Neurol* 2014;14:1–12.
31. Hartman-Maeir A, Eliad Y, Kizoni R, Nahaloni I, Kellerman H, Katz M. Evaluation of a long-term community based rehabilitation program for adult stroke survivors. *NeuroRehabilitation* 2007;22:295–301.
32. พิศักดิ์ ชินชัย, ทศพร บรรณมาก. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนให้กับผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองในเขตจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารกิจกรรมบำบัด* 2551;13(3):1–9.
33. Chinchai P, Sirisatayawong P, Jindakum N. Community integration and quality of life: stroke survivors as recipients of rehabilitation by village health volunteers (VHVs) in Thailand. *Occup Ther Health Care* 2020;34(3):277–90.

Abstract: Quality of Life and Community Integration of Stroke Survivors Receiving Services from Trained Village Health Volunteers at the Community Rehabilitation Center, Doi Lor Sub-district Administrative Organizations, Doi Lor District, Chiang Mai Province

Pisak Chinchai, Ph.D. (Occupational Therapy)*

Siriphan Kongsawasdi, Ph.D. (Clinical Epidemiology)**

Surapong Kapwang, B.A. (Community Development)***

Niran Chanchai, M.P.H.***

** Department of Occupational Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University;*

*** Department of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University;*

**** Doi Lor Sub-district Administrative Organization, Doi Lor District, Chiang Mai Province, Thailand*

Journal of Health Science 2022;31(Suppl 2):S304-S317.

The numbers of people with disabilities resulting from stroke are increasing in Thailand. The disease's main complication was muscle weakness, which causes difficulty with functional ability, poor quality of life (QOL), and discomfort with community integration. Community-based rehabilitation is the strategy that could be used for therapy for these individuals. There were a large number of people with disabilities in Doi Lor sub-district, Doi Lor district, Chiang Mai province. The purpose of the present study, therefore, was to investigate rehabilitation outcomes in areas of QOL and community integration of stroke participants before and 8 weeks after receiving rehabilitation from the trained village health volunteers (VHVs). Eleven stroke subjects were recruited into the study. The following instruments were used: (1) the World Health Organization Quality of Life – short version – Thai (WHOQOL-BREF-THAI); and (2) the community integration questionnaire. Statistics used were the descriptive and Wilcoxon Signed Ranks Test. The results demonstrated that scores of the whole QOL, the physical and the environmental domains of QOL in stroke participants were significantly increased from pretest to post-test ($p < 0.05$). Furthermore, post-intervention scores for the whole community integration and home integration domains in these individuals were significantly higher than pretest scores ($p < 0.05$). This indicated that a community rehabilitation center that is run by the trained VHVs at Doi Lor sub-district administrative organization could promote QOL and community integration in stroke participants who come for their services.

Keywords: hemiplegia; quality of life; community integration; village health volunteer; rehabilitation