



ผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

วรุฒม์ เกตุศิริ

สาขาเวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

Outcomes of Intermediate Care Service in Stroke Rehabilitation Patients at A Hospital in Ubon Ratchathani Province

Warut Ketsiri

Medical Physician, Department of Preventive Medicine, Sirindhorn Hospital,
Ubon Ratchathani Province.

Received: 23 September 2022 / Revised: 19 October 2022 / Accepted: 25 October 2022

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก ควรให้ความสำคัญกับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน **วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 35 ราย ที่เข้ารับการรักษาในระบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแล้วจำหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2565 โดยผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูจากแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel index, BI) ฉบับภาษาไทยประเมินผลติดตามฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความสามารถในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยสถิติ chi-square test, paired sample t-test และ repeated measurement ANOVA

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.43 อายุเฉลี่ย 56.14 ± 13.98 ปี เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) ร้อยละ 85.71 หลังฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนก่อนและหลังฟื้นฟู เท่ากับ 6.11 ± 5.78 และ 15.43 ± 5.43 คะแนน ตามลำดับ และความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เท่ากับ 9.31 คะแนน, $p < 0.001$) ผู้ป่วยหายเป็นปกติหรือไม่มีการสูญเสียสมรรถภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 25.71

สรุป: การจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ควรพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยตามบริบทความพร้อมของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยระยะฟื้นฟู, การจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

Abstract

Background and Objective: Stroke is a common, serious, and disabling global health-care problem, and rehabilitation is a major part of patient care. This study aimed to evaluate the outcomes of an intermediate care service, on daily living activities of patients with stroke rehabilitation.

Method: The retrospective cohort study consisted of 35 stroke patients who were discharged from an intermediate care service with intensive rehabilitation training by a multidisciplinary care team. which was proposed in the healthcare system between January 1st, 2020-April 30th, 2022. Barthel index (BI) of Thai version and return to daily living activities are used. Patients get rehabilitation and followed up until reach 6 months. Analyses of the data were to assess: frequencies, percentages, means, and standard deviations of population characteristics and to compare barthel index change with study variables by using chi-square test, paired sample t-test and repeated measurement ANOVA.

Result: The result showed that 51.43% patients were female and average age 56.14 ± 13.98 years, which the most was ischemic stroke 85.71%. The comparison of BI change after discharge in patients who received the intermediate care program was shown statistical significantly increasing of BI (before 6.11 ± 5.78 , after 15.43 ± 5.43 , mean diff = 9.31, $p < 0.001$), 25.71% of patient was physically independent.

Conclusion: It could be concluded that the patients with stroke, receiving the intermediate care service in a hospital could develop an ability to perform their activities of daily living much better than otherwise

Keywords: Stroke, Subacute phase, Intermediate care service

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) เป็นโรคที่พบบ่อย มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี อีกทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและพิการและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก^{1,2} จากรายงานกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557–2561 เท่ากับ 38.7, 43.3, 48.7, 47.8 และ 47.1 ตามลำดับ และอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2556–2560 เท่ากับ 366.81, 352.30, 429.85, 451.38 และ 467.47 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1³ สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560–2563 เท่ากับ 249.37, 269.83, 279.95 และ 303.45 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น⁴

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องมีการพัฒนาระบบบริการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และมีอาการคงที่ (medically stable) แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากทีมสหวิชาชีพ ตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care)⁵ อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ⁶ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งต้องมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะกลาง อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง (intermediate bed หรือ intermediate ward) และต้องกำหนดรูปแบบบริการผู้ป่วยระยะกลางในสถานบริการสุขภาพทุกระดับของหน่วยบริการ ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยในและงานบริการในชุมชน⁷

โรงพยาบาลสิรินธรในอดีตการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางยังมีการให้บริการที่ไม่เป็นระบบ ขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจนและยังไม่ครอบคลุม แต่ปัจจุบันมีการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การเยี่ยมเพื่อให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในท้องถิ่นหรือครอบครัวเพื่อให้การดูแลฟื้นฟูตนเอง ซึ่งมีรูปแบบบริการที่หลากหลายขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการและตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยเป็นการสร้างระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน มุ่งหวังให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น แต่ยังไม่เคยมีการทบทวนผลการดำเนินงาน ค้นหาข้อดี ข้อเสีย

เพื่อปรับปรุง และผลักดันให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565-87

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลสิรินธรครบ 6 เดือน แล้วจำหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2565 โดยทุกหัตถการทำได้โดยแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติในเกณฑ์คัดเลือกเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพอย่างน้อย 1 ด้าน และ 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาการคงที่ภายในช่วง 6 เดือนแรกตั้งแต่เริ่มมีอาการ อย่างไรก็ตาม มีเกณฑ์คัดเลือกรับเข้าได้แก่ 1) ผู้ป่วยเป็นอัลไซเมอร์ 2) มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ 3) โรคหลอดเลือดสมองเป็นซ้ำ (recurrent stroke) และ 4) ไม่มาตรวจรักษาตามนัด หรือ เสียชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่เข้ารับการรักษาครบ 6 เดือนในช่วงเวลาที่กำหนดข้างต้นมีจำนวนทั้งสิ้น 35 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index : BI) ประกอบไปด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรมตั้งแต่ 0–3 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน การศึกษาครั้งนี้แบ่งการสูญเสียสมรรถภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน⁸ เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับรุนแรง (severity disabled, BI <11) ระดับปานกลาง (moderate disabled, BI =11–14) ระดับเล็กน้อย (mild disabled, BI =15–19) และระดับปกติ (physically independent, BI =20) ซึ่งแบบประเมิน BI มีความเที่ยงตรง (validity) และความน่าเชื่อถือ (reliability) ของแบบประเมินสูงโดยความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) อยู่ที่ 0.53–0.94⁹ ค่าความสอดคล้อง

ภายในเนื้อหาของแบบประเมินอยู่ที่ alpha เท่ากับ 0.89-0.90 และยังมีความสัมพันธ์สูงกับแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมอื่นๆ อีกด้วย¹⁰ ในการประเมินต่อครั้งใช้เวลา 30 นาที

แบบประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) โดยแพทย์จะทำการตรวจทั้ง 4 รยางค์ แบ่งระดับดังนี้¹¹ กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต หรือ แขนหรือขาไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (เกรด หรือ ระดับ 0) กล้ามเนื้อไม่มีการเคลื่อนไหวแต่ยกกล้ามเนื้อหดตัวได้ หรือมีการเคลื่อนไหวปลายนิ้วมือ-เท้าได้เล็กน้อย (เกรด หรือ ระดับ 1) กล้ามเนื้อมีแรงเคลื่อนไหวแนวราบกับพื้นไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วงโลกได้ (เกรด หรือ ระดับ 2) แขนหรือขาสามารถเคลื่อนไหวในแนวต้านแรงโน้มถ่วงโลกได้ แต่ต้านแรงที่กดไว้ไม่ได้ (เกรด หรือ ระดับ 3) แขนหรือขาสามารถเคลื่อนไหวในแนวต้านแรงโน้มถ่วงโลกได้ แต่ต้านแรงที่กดได้น้อยกว่าปกติ (เกรด หรือ ระดับ 4) และแขนหรือขามีกำลังปกติ (เกรด หรือ ระดับ 5) ในการประเมินต่อครั้งใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ chi-square test เปรียบเทียบข้อมูลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม 2 ตัวแปรที่มีมาตรวัดนามบัญญัติหรือมาตรวัดเชิงอันดับ และใช้สถิติ paired sample t-test เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับกำลังของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดรักษา และวิเคราะห์การวัดซ้ำเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินกำลังของกล้ามเนื้อก่อนและหลังการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 1, 4, 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน ด้วย repeated measurement ANOVA การศึกษานี้ใช้ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

แนวทางการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 24 สัปดาห์ (รูปที่ 1) ดังนี้

- (1) แพทย์ทบทวนประวัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยแบบ BI และประเมินประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ เพื่อวางแผนให้การฟื้นฟูสภาพตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย
- (2) กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับฝึกทักษะผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยตามความต้องการและความจำเป็นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ
- (3) การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน 5 วัน (IPD intensive rehabilitation program) ประกอบด้วย

- กิจกรรมกายภาพบำบัดฟื้นฟู วันละ 1 ชั่วโมง รวม 5 ครั้ง ได้แก่ นักกายภาพบำบัดฝึกทักษะการออกกำลังกาย แขนและขา เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดกล้ามเนื้อ เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัวการเคลื่อนย้าย และการเดินขึ้นลงบันได

- กิจกรรมนวดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย วันละ 1 ชั่วโมง รวม 2-3 ครั้ง

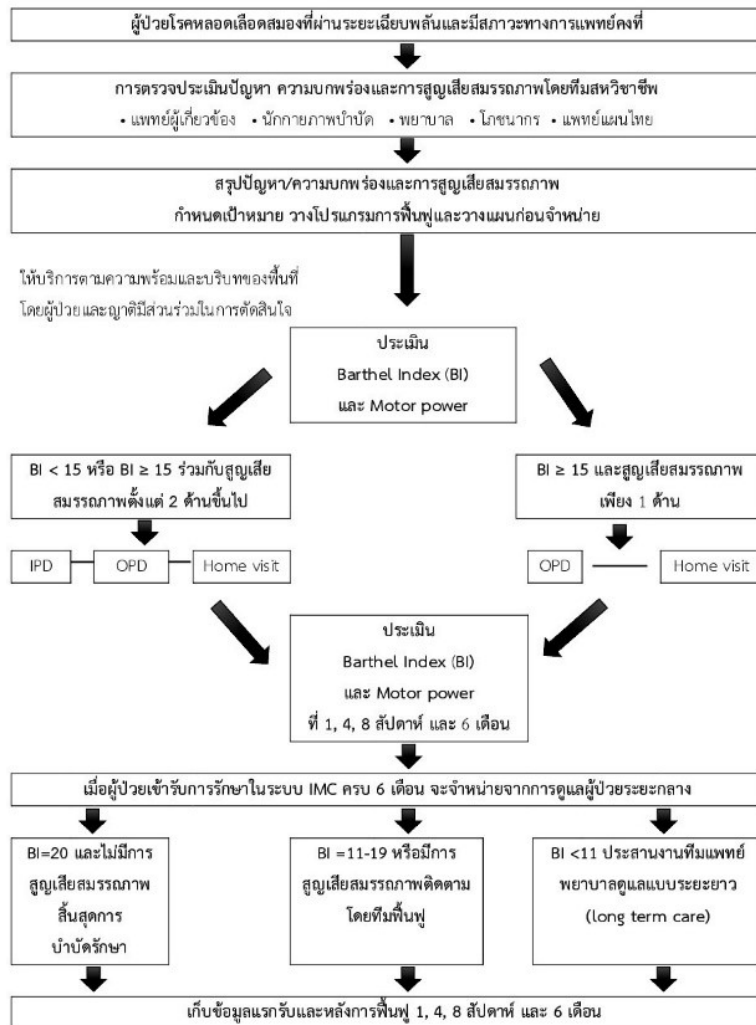
- กิจกรรมการทางพยาบาลฟื้นฟู ป้องกันการสำลักอาหาร ป้องกันแผลกดทับ ดูแลระบบขับถ่าย ฝึกทักษะผู้ดูแลในการใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายยางกระเพาะอาหาร

- กิจกรรมประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย

(4) การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD intensive rehabilitation program) ประกอบด้วยกิจกรรมกายภาพบำบัดฟื้นฟู 45 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้งภายใน 6 เดือน และกิจกรรมนวดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย รวม 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์

(5) การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (home visit rehabilitation) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน ในช่วง 6 เดือน เพื่อได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฝึกทักษะผู้ป่วย การฝึกทักษะผู้ดูแลในการใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายยางกระเพาะอาหาร การจัดเตรียมอาหารผู้ป่วย การดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย

(6) โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและญาติ (telemedicine) เพื่อสอบถามสภาพผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน



รูปที่ 1 แนวทางการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง 35 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.43 อายุเฉลี่ย 56.14 ± 13.98 ปี เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) ร้อยละ 85.71 โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ร้อยละ 14.29 มีอาการอ่อนแรงแขนขาทั้งหมด

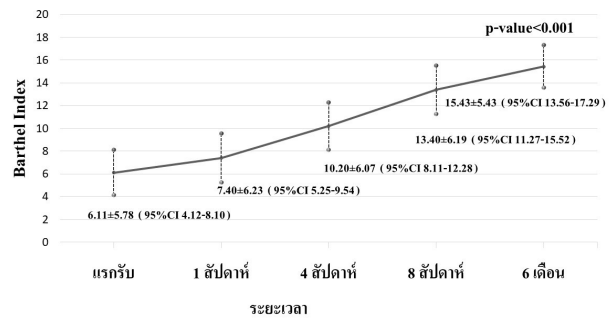
(quadriplegia) ร้อยละ 48.57 อ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง (hemiparesis) ร้อยละ 22.86 หลังฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 6 เดือน พบว่ากำลังกล้ามเนื้อแขนขา (motor power) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 วิเคราะห์การวัดซ้ำเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกำลังกล้ามเนื้อก่อนและหลังฟื้นฟูสมรรถภาพ ($n=35$)

Motor power	แรกรับ	1 สัปดาห์	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์	6 เดือน	p-value
Right arm grade	2.66 ± 1.55 (2.12-3.19)	2.83 ± 1.50 (2.31-3.34)	3.20 ± 1.41 (2.71-3.68)	3.40 ± 1.21 (2.98-3.81)	3.91 ± 0.98 (3.57-4.25)	$< 0.001^*$
Left arm grade	2.49 ± 1.40 (2.00-2.96)	2.71 ± 1.48 (2.20-3.22)	2.86 ± 1.37 (2.38-3.32)	3.37 ± 1.33 (2.91-3.82)	3.77 ± 1.19 (3.36-4.18)	$< 0.001^*$
Right leg grade	3.11 ± 1.58 (2.56-3.65)	3.06 ± 1.51 (2.53-3.57)	3.29 ± 1.25 (2.85-3.71)	3.71 ± 1.07 (3.34-4.08)	3.86 ± 0.97 (3.52-4.19)	$< 0.001^*$
Left leg grade	3.40 ± 1.41 (2.91-3.88)	3.63 ± 1.37 (3.15-4.10)	3.69 ± 1.27 (3.24-4.12)	3.94 ± 1.23 (3.51-4.36)	4.17 ± 1.04 (3.81-4.53)	$< 0.001^*$

(*) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$), repeated measurement ANOVA

หลังฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนก่อนและหลังฟื้นฟู เท่ากับ 6.11 ± 5.78 และ 15.43 ± 5.43 คะแนน ตามลำดับ และความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เท่ากับ 9.31 คะแนน, $p < 0.001$) (รูปที่ 2) กิจวัตรประจำวันที่พบว่าผู้ป่วยสามารถ ช่วยตัวเองได้หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มากที่สุด ได้แก่ การล้างหน้าแปรงฟันหวีผม ร้อยละ 91.43 การอาบน้ำ ร้อยละ 82.86 และการรับประทานอาหาร ร้อยละ 71.43 (ตารางที่ 2) พบผู้ป่วยที่หายเป็นปกติหรือไม่มีการสูญเสียสมรรถภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 25.71 (9 ราย) (ตารางที่ 3)



รูปที่ 2 วิเคราะห์การวัดซ้ำเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังฟื้นฟูสมรรถภาพ (n=35)

Barthel Index	ก่อนฟื้นฟู จำนวน (ร้อยละ)	หลังฟื้นฟู จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การรับประทานอาหาร (feeding)			
0 คะแนน ไม่สามารถดื่อกาอาหารเข้าปากได้	17 (48.57)	2 (5.71)	
1 คะแนน ดื่อกาอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย	14 (40.00)	8 (22.86)	
2 คะแนน ช่วยตัวเองได้	4 (11.43)	25 (71.43)	
Mean±SD (คะแนน) (95%CI)	0.63±0.69 (0.39-0.86)	1.66±0.59 (1.45-1.86)	<0.001*
การล้างหน้าแปรงฟันหวีผม (grooming)			
0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ	23 (65.71)	3 (8.57)	
1 คะแนน ทำได้เอง	12 (34.29)	23 (91.43)	
Mean±SD (คะแนน) (95%CI)	0.34±0.48 (0.17-0.50)	0.91±0.28 (0.81-1.01)	<0.001*
การลุกนั่ง (transfer)			
0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้	19 (54.29)	0 (0.00)	
1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ	6 (17.14)	7 (20.00)	
2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	7 (20.00)	11 (31.43)	
3 คะแนน ทำได้เอง	3 (8.57)	17 (48.57)	
Mean±SD (คะแนน) (95%CI)	0.83±1.04 (0.47-1.18)	2.29±0.78 (2.01-2.55)	<0.001*
การใช้ห้องสุขา (toilet use)			
0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้	18 (51.43)	3 (8.57)	
1 คะแนน ทำเองได้บ้าง	13 (37.14)	9 (25.71)	
2 คะแนน ช่วยตนเองได้ดี	4 (11.43)	23 (65.71)	
Mean±SD (คะแนน) (95%CI)	0.60±0.69 (0.36-0.83)	1.57±0.65 (1.34-1.79)	<0.001*

ตารางที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังฟื้นฟูสมรรถภาพ (n=35) (ต่อ)

Barthel Index	ก่อนฟื้นฟู จำนวน (ร้อยละ)	หลังฟื้นฟู จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (mobility)			
0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	17 (48.57)	3 (8.57)	
1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วย	6 (17.14)	3 (8.57)	
2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	12 (34.29)	13 (37.14)	
3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0 (0.00)	16 (45.71)	
Mean±SD (คะแนน)	0.86±0.91	2.20±0.93	<0.001*
(95%CI)	(0.54-1.17)	(1.87-2.52)	
การสวมใส่เสื้อผ้า (dressing)			
0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ช่วย	20 (57.14)	2 (5.71)	
1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50	13 (37.14)	9 (25.71)	
2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี	2 (5.71)	24 (68.57)	
Mean±SD (คะแนน)	0.49±0.61	1.63±0.59	<0.001*
(95%CI)	(0.27-0.69)	(1.42-1.83)	
การขึ้นลงบันได (stairs)			
0 คะแนน ไม่สามารถทำได้	23 (65.71)	5 (14.29)	
1 คะแนน ต้องการคนช่วย	12 (34.29)	16 (45.71)	
2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง	0 (0.00)	14 (40.00)	
Mean±SD (คะแนน)	0.34±0.48	1.26±0.70	<0.001*
(95%CI)	(0.17-0.50)	(1.06-1.49)	
การอาบน้ำ (bathing)			
0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	30 (85.71)	6 (17.14)	
1 คะแนน อาบน้ำเองได้	5 (14.29)	29 (82.86)	
Mean±SD (คะแนน)	0.14±0.35	0.83±0.38	<0.001*
(95%CI)	(0.21-0.26)	(0.69-0.96)	
การกลั่นถ่ายอุจจาระ (bowels)			
0 คะแนน กลั่นไม่ได้	13 (37.14)	4 (11.43)	
1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง	14 (40.00)	10 (28.57)	
2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ	8 (22.86)	21 (60.00)	
Mean±SD (คะแนน)	0.86±0.77	1.49±0.70	<0.001*
(95%CI)	(0.59-1.12)	(1.24-1.72)	
การกลั่นปัสสาวะ (bladder)			
0 คะแนน กลั่นไม่ได้	12 (34.29)	2 (5.71)	
1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง	10 (28.57)	10 (28.57)	
2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ	13 (37.14)	23 (65.71)	
Mean±SD (คะแนน)	1.03±0.85	1.60±0.60	<0.001*
(95%CI)	(0.73-1.32)	(1.39-1.80)	

(*) มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05), paired sample t-test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการสูญเสียสมรรถภาพ (n=35)

การสูญเสียสมรรถภาพ	ก่อนฟื้นฟู จำนวน (ร้อยละ)	หลังฟื้นฟู จำนวน (ร้อยละ)	X ²	p-value
รุนแรง (severity disabled, BI<11)	25 (71.43)	7 (20.00)	3.50	0.061
ปานกลาง (moderate disabled, BI =11-14)	3 (8.57)	3 (8.57)	0.30	0.57
เล็กน้อย (mild disabled, BI =15-19)	7 (20.00)	16 (45.71)	0.02	0.86
ปกติ (physically independent, BI =20)	0 (0.00)	9 (25.71)	N/A	N/A

(*) มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05), Chi-square test, N/A=not available

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าหลังฟื้นฟูสมรรถภาพกำลังกล้ามเนื้อแขนขา (motor power) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นการประเมินกำลังกล้ามเนื้อตามระบบ medical research council scale (MRC)¹¹ ซึ่งผลการตรวจที่ได้อาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยอื่น ๆ ของระบบการสั่งงานกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการประเมิน เช่น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ การไม่สามารถสั่งการกล้ามเนื้อแยกมัดได้¹² ครึ่งต่อไปควรใช้แบบประเมิน Brunnstrom stages of motor recovery ที่แสดงให้เห็นถึงการฟื้นตัวของระบบการสั่งงานกล้ามเนื้อได้ดีกว่า อีกทั้งการประเมินยังทำได้รวดเร็ว และยังสามารถประเมินการฟื้นตัวของแขนและขาได้ดีกว่า¹³ ส่วนการที่การศึกษานี้พบว่าหลังฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยหายเป็นปกติหรือไม่มีการสูญเสียสมรรถภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 25.71 มีผู้ป่วยที่สูญเสียสมรรถภาพระดับเล็กน้อยแต่ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 45.71 ปัจจัยที่แห่งความสำเร็จเพราะการศึกษานี้ได้เริ่มการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะ 48 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยได้เข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้ดำเนินการค้นหาญาติผู้ดูแลเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและนักกายภาพบำบัด พยาบาล โภชนาการ และแพทย์แผนไทย ที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและญาติ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Moonthee และคณะ¹⁴ และ Kwansanit¹⁵ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านทำให้มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น ผลที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Suwannachat และคณะ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ที่เข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสามารถ

ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 42.03¹⁶ และ Namchandee พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโรงพยาบาลชุมแพที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางมีสถานการณ์จำหน่ายดีขึ้นร้อยละ 86.8¹⁷ ซึ่งผู้ป่วยที่อายุน้อยมักมีโรคเรื้อรังน้อย มีความจำและมีสมรรถภาพทางร่างกายเหนือกว่าอายุมากจะฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็ว¹⁷ ที่สำคัญในระยะแรกต้องมีญาติผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือจนกระทั่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด โดยเน้นความต้องการของแต่ละบุคคลเป็นหลัก ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจในความรู้ที่ได้รับและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม¹⁴ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพลักษณะผู้ป่วยในมีผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนและระบบการเคลื่อนไหวที่ฟื้นตัวดีขึ้นกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพในลักษณะผู้ป่วยนอก เนื่องจากมีโอกาสที่จะให้บริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดได้ครบชั่วโมงตามมาตรฐานอย่างแน่นอน ส่งผลให้ลดความพิการได้ แต่มีข้อเสียคือความไม่สะดวกของผู้ป่วยและญาติที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ต้นทุนในการให้บริการที่สูง ส่วนในลักษณะของผู้ป่วยนอกภายหลังที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันแล้ว ผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางจำนวนหนึ่ง และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยมักจะเดินทางมาได้ไม่ครบตามที่กำหนด ส่งผลให้รูปแบบนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดไม่ครบตามมาตรฐาน ชั่วโมงที่ควรได้รับ¹⁸ สำหรับการติดตามเยี่ยมที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการดูแลที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่มักพบปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอทำให้บางสาขาวิชาชีพไม่สามารถออกไปให้การฟื้นฟูที่บ้านได้¹⁹ ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้บุคลากรวิชาชีพในการให้บริการ บุคลากรวิชาชีพที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู²⁰ ควรเสริมสร้างพัฒนาความรู้ให้นักกายภาพบำบัดที่ไปเยี่ยมบ้านในด้านกิจกรรมบำบัดและการฝึกพูดเบื้องต้น เสริมสร้างความรู้ความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยให้บุคลากรในชุมชนเพื่อให้ได้สมดุลระหว่างผลลัพธ์ที่ติดเทียมกับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลและภาระงานของบุคลากรซึ่งจะสามารถทำให้ระบบดำเนินต่อไปได้อย่างยั่งยืนทำให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงบริการในทุกพื้นที่¹⁹

สรุป

การศึกษานี้ทำให้ทราบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนใหญ่สามารถเพิ่มสมรรถนะร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยตามบริบทความพร้อมของการให้บริการของโรงพยาบาล แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือเป็นการรวบรวมข้อมูลเฉพาะเป็นย่อนหลังทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่สมบูรณ์ ควรมีการประชาสัมพันธ์การใช้ระบบฟื้นฟูทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบในเวลาที่เหมาะสมและได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด พยาบาล ที่ให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Department of thai traditional and alternative medicine. Service guidelines for acupuncture in stroke rehabilitation. Bangkok: Phumthong shop; 2020.
2. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. Bangkok: hanapress company limited; 2014
3. Strategy and Planning Division of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. public health statistics 2017 (online) [cited July 7, 2022]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf.
4. Tiemkiao S. Cerebrovascular disease situation. Neurothai 2021;37(4):54-60.
5. The Royal College of Psychiatrists of Thailand, National Health Security office, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. Subacute rehabilitation. Nonthaburi: Association of Rehabilitation Medicine of Thailand; 2016.
6. Health Administration Division. Guideline for intermediate care (Service Plan). Samut Sakhon: Born to be publishing co; 2019.
7. Satirangkoon T, Wongsuwansiri S, Kladchompong P. Clinical practice guidelines for intermediate care. Nonthaburi: Nursing division; 2019.
8. Jutaphutthi A, Siangprasert W, Limsila B, Suttachaianta T. Service guidelines for acupuncture in stroke rehabilitation. Nonthaburi: Department of thai traditional and alternative medication; 2020.

9. Hsueh IP, Lee MM, Hsieh CL. Psychometric characteristics of the Barthel activities of daily living index in stroke patients. J Formosan MediAssoc 2001;100(8):526-32.
10. Hsueh IP, Lin JH, Jeng JS, Hsieh CL. Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5 item Barthel index, and 10 item Barthel index in patients with stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;73(2):188-90.
11. Geraint F. Neurological examination made easy. 2, editor. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
12. Chueluecha C. Rehabilitation in Stroke. Thammasat Med J 2012;12(1):97-111.
13. Brunnstrom S. Movement therapy in hemiplegia: A neurophysiological approach. New York: Harper and Row; 1970.
14. Moonthee W, Monkong S, Sirapongam Y, Leelacharas S. Impact of transitional care programme and family caregivers on stroke patients' routine activity performance, complications, and satisfaction. J Thai Nurs Midwifery Council 2016; 31(1):95-110.
15. Kwansanit T. Outcomes of Sub-acute rehabilitation program in stroke patient, Suratthani hospital. Reg 11 Med J 2017;31(4):723-32.
16. Suwannachat P, Pansuvannajit P, Jiraporncharoen W. An intermediate care service to improve activities of daily living in patients with stroke, spinal cord injury and traumatic brain injury in Sarapee Borvorn Patthana Hospital, Chiang Mai Province. Lanna Public Health J 2021;17(2):78-89.
17. Namchandee A. Outcomes of intermediate rehabilitative care in sub-acute stroke patients. Buddhachinaraj Med J 2021;38(3):356-67.
18. Srisubat A, O-charot L, Loharjun B, Siriwatvejaku U, Kuptniratsaikul V, Opachalermphan S. Cost-effectiveness of intermediate care (inpatient) in post-acute stroke compared with out-patient rehabilitation program. J Diagnostic Med Sonography 2019;44(5):167-73.
19. Sakulpipatana P. Outcome of Subacute Post-stroke rehabilitation in outpatient-based vs home-based. Reg11 Med J 2021;35(2):1-11.
20. Chiangchaisakulthai K, Suppradit W, Samipak N. Intermediate Care. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2019.