

บทความวิจัย (Research Article)

ผลของการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง
อำเภowanอนิवास จังหวัดสกลนคร

Effects of Developing a Continuous Rehabilitation Model for Stroke Patients
in Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province

พิชชาพร พลทะสอน^{1*}

Pitchaporn Phontason^{1*}

¹แผนกกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลวานอนิवास จ.สกลนคร 47120

¹Physical therapy department, Physical medicine and rehabilitation department, Wanon Niwat Hospital,
Sakon Nakhon Province 47120

*Corresponding author email: Tune21013@hotmail.com

วันที่รับบทความ (Received)

9 มกราคม 2569

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข (Revised)

24 มีนาคม 2569

วันที่ตอบรับบทความ (Accepted)

24 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักประสบปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพจึงมีความจำเป็น เพื่อยกระดับการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ค่าอรรถประโยชน์ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้ดูแลต่อการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมิน Barthel ADL Index (BI), แบบสอบถาม EQ-5D-5L และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนน BI เฉลี่ย 8.02 ± 5.06 คะแนน และเพิ่มขึ้นเป็น 15.74 ± 4.60 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าอรรถประโยชน์จาก EQ-5D-5L เพิ่มขึ้นจาก 0.20 ± 0.29 เป็น 0.63 ± 0.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับสูง (47.51 ± 2.66 และ 47.14 ± 2.96 คะแนน ตามลำดับ) สรุปผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

Abstract

Patients with stroke often experience impaired ability to perform activities of daily living and reduced quality of life, which affect both patients and their caregivers. Therefore, the development and evaluation of a rehabilitation program are essential to enhance functional ability and improve patients' quality of life. This study aimed (1) to compare levels of activities of daily living, quality of life, and utility values of health-related quality of life among stroke patients before and after participating in a rehabilitation model, and (2) to evaluate the satisfaction of stroke patients and their caregivers with the developed rehabilitation model. A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was conducted among 50 purposively selected stroke patients from March to September 2025. Data were collected using the Barthel Activities of Daily Living Index (BI), the EQ-5D-5L quality of life questionnaire, and a satisfaction survey. Descriptive statistics and paired t-test were used for data analysis. The results revealed that prior to participation, patients had a mean BI score of 8.02 ± 5.06 , which significantly improved to 15.74 ± 4.60 after six months of continuous rehabilitation ($p < 0.001$). The mean EQ-5D-5L utility score significantly increased from 0.20 ± 0.29 to 0.63 ± 0.29 ($p < 0.001$). Both patients and caregivers reported high levels of satisfaction, with mean scores of 47.51 ± 2.66 and 47.14 ± 2.96 out of 50, respectively. In conclusion, the stroke rehabilitation program was effective in enhancing patients ability to perform activities of daily living and improving health-related quality of life, while also generating high satisfaction among both patients and caregivers. These findings highlight the importance of integrating structured rehabilitation programs into healthcare facilities on a continuous basis to support functional recovery and improve long-term quality of life in stroke patients.

Keywords: Continuous Rehabilitation, Activities of daily living, Quality of life, Stroke patients, Subacute stroke rehabilitation

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะที่สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพออย่างเฉียบพลัน อันเกิดจากหลอดเลือดอุดตัน (Ischemic stroke) หรือแตก (Hemorrhagic stroke) ส่งผลให้เซลล์สมองสูญเสียหน้าที่และเกิดความพิการตามมา เช่น อัมพาต การพูด การเข้าใจ และความจำผิดปกติ [1] โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก [2] และคาดการณ์ว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอาจเพิ่มขึ้นถึงราว 50% ภายในปี 2050 โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำ [3] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิต 39,086 ราย [4] แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในสังคมผู้สูงอายุที่กำลังขยายตัว หากขาดมาตรการป้องกันและฟื้นฟูที่เหมาะสม โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจำนวนมากมีความพิการในระดับต่าง ๆ ร้อยละ 50 มีความพิการรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ภายใน 1 เดือนหลังเกิดโรค [5] ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดภาวะพึ่งพิงครอบครัวและสังคม ทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองเป็นขั้นตอนสำคัญและจำเป็นต้องเริ่มอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงแรกเพื่อกระตุ้นการฟื้นตัว ลดภาวะแทรกซ้อน และคืนคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

ในพื้นที่เขตบริการของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล อำเภอนวนนวิวาส จังหวัดสกลนคร พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแขนขาอ่อนแรงทั้งแบบอัมพาตครึ่งซีกและอัมพาตสองข้าง ซึ่งหลายรายไม่สามารถยืน เดิน หรือช่วยเหลือตัวเองได้ สถิติในช่วงปี 2565 - 2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เพิ่มขึ้นจาก 128 ราย เป็น 138 รายตามลำดับ ปัญหาที่พบคือ หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและกลับบ้านแล้ว ส่วนใหญ่ขาดโอกาสเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญ (Golden time period) จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดีที่สุด รวมไปถึงญาติและผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลและฟื้นฟู ส่งผลให้ผู้ป่วยหลายรายสมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอยลง กลายเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม สูญเสียรายได้และทรัพยากรจำนวนมาก

ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า สมรรถภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life: HRQoL) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายใน 3 เดือนแรกหลังออกจากโรงพยาบาล และมีแนวโน้มคงที่ในช่วง 3 - 6 เดือนหลังการรักษา [6] งานวิจัยต่างประเทศยังมีรายงานว่า ปริมาณและความถี่ของการฟื้นฟูภายใน 6 เดือนหลังเกิดโรคมีผลสัมพันธ์เชิงบวกกับอัตราการรอดชีวิตระยะยาวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [7]

รูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเดิมของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและความต่อเนื่อง โดยการให้บริการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยในขึ้นอยู่กับการส่งปรึกษาจากแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการอย่างทันท่วงที และภายหลังจำหน่ายยังขาดระบบติดตามฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องทั้งในคลินิกผู้ป่วยนอกและในชุมชน การพัฒนารูปแบบบริการครั้งนี้จึงมุ่งปรับปรุงระบบเดิมภายใต้กรอบวิชาชีพ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยได้รับการส่งปรึกษาภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ และจัดให้มีการฟื้นฟูต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญต่อการฟื้นตัว (golden period) ครอบคลุมทั้งการฝึกในรูปแบบผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง และการติดตามในชุมชนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ภายใน 1 เดือนหลังจำหน่าย พร้อมทั้งมีการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ รูปแบบดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ ส่งเสริมการฟื้นตัว และเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยและงานกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงปัญหาและเห็นความสำคัญนี้ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการได้ทันท่วงที โดยเฉพาะการเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่ระยะต้น ควบคู่กับการติดตามและสนับสนุนต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระต่อครอบครัว และยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ดังนี้

1. เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ค่าอรรถประโยชน์ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ต่อการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups, pretest-posttest design) โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างเดือน 1 มีนาคม 2568 - 30 กันยายน 2568 โดยรูปแบบระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนา ดังแสดงในภาพที่ 1 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เสริมสร้างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยตามความต้องการและความจำเป็นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ

2. นักกายภาพบำบัดฝึกทักษะการออกกำลังกายแขนและขา เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดกล้ามเนื้อ เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัว การเคลื่อนย้าย การเดินขึ้นลงบันไดดังนี้

2.1 ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในทุกราย ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใน 24 ชั่วโมง หลังแพทย์/พยาบาล ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ วันละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และเยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยกลับบ้าน ถ้าผู้ป่วยมีความพร้อม นัดมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลวานรนิวาส หลังจากนั้น ติดตามทุก 1 เดือน

2.2 ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองประเภทผู้ป่วยนอกได้รับการฟื้นฟู 2 ชั่วโมง/ครั้ง จำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยมีความพร้อมนัดมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลวานรนิวาส และติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือนพร้อมประเมิน

3. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ หลังจำหน่ายออกจาก รพ. ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน

4. จัดทำแผนเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ครอบคลุมถึงมอบหมายให้ผิมนักกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยตามพื้นที่เขต รพ.สต. โดยเน้นฟื้นฟูผู้ป่วยตามรายชื่อทะเบียน โดยผู้ป่วยต้องได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน (โปรแกรมตาม CPG) โดยนักกายภาพบำบัดประจำ รพ.สต. นั้น ภายในระยะเวลา 1 เดือนหลังจำหน่าย เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน

5. ออกเยี่ยมบ้านฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตามแผนปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องทุกเดือน โดยออกเยี่ยมร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อก่อเกิดเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องร่วมกับชุมชน และสร้างขวัญกำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติ ตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

6. ประเมินผล โดยใช้แบบประเมิน Barthel index และแบบประเมิน EQ-5D-5L ทุกครั้งที่ออกให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อติดตามดู progression ผู้ป่วย และค่อย ๆ ให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมตามแต่ละระดับความสามารถของผู้ป่วย ตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดทำขึ้น

7. กำหนดให้มีประชุมประจำเดือนหน่วยงาน ทุกวันศุกร์สุดท้ายของทุกเดือน เพื่อประชุมทบทวนวิชาการและแลกเปลี่ยนกรณีศึกษาภายในหน่วยงานทุกเดือน เพื่อกำกับติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา ตลอดจนหาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกัน

8. เก็บข้อมูลและรายงานผลรายเดือนให้ที่ประชุมรับทราบ และจำหน่ายผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบ (Ischemic stroke) และชนิดหลอดเลือดแตก (Hemorrhagic stroke) ที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอกวนรนิวาส เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวานรนิวาส ระหว่างเดือน มีนาคม - กันยายน 2568 จำนวน 50 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกจำนวน 50 คน เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลวานรนิวาส ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบ (Ischemic stroke) และชนิดหลอดเลือดแตก (Hemorrhagic stroke)

2. มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วย (The Barthel's ADL Index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน

3. สามารถสื่อสารได้ มีผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลแทนได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

การคำนวณจำนวนประชากรตัวอย่าง

การทดลองนี้มีจำนวนอาสาสมัคร 50 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลวานรนิวาส ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2568 โดยคำนวณจากงานวิจัยของสุรียักษ์และคณะ [9] อ้างอิงจากผลการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วย (The Barthel's ADL Index) และคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป [10] ดังนี้

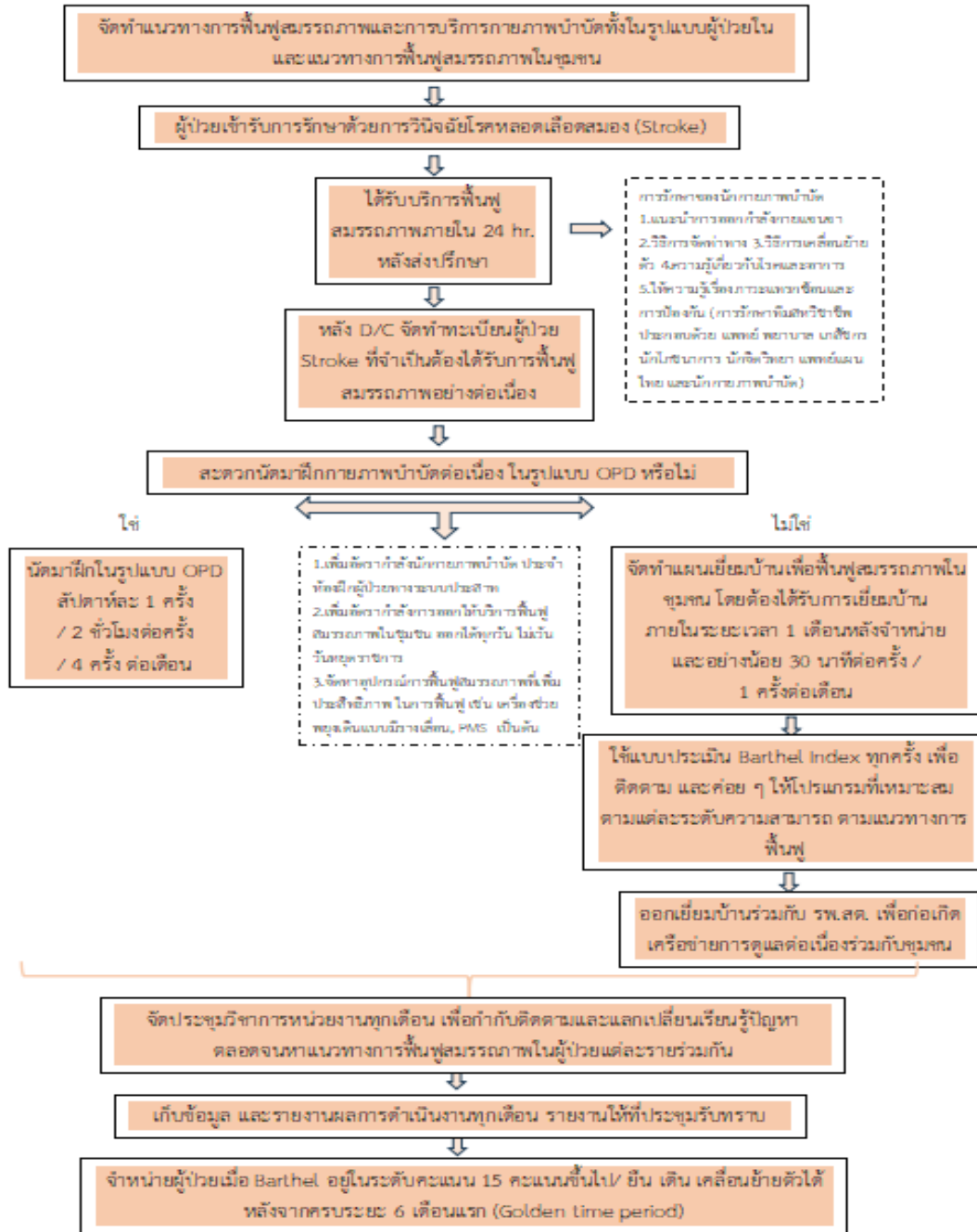
$$n = \frac{(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{(\epsilon - \delta)^2}$$

$$\epsilon = \mu - \mu_0$$

กำหนดค่า $Z(0.95) = 1.64$, $Z(0.8) = 0.84$, Reference value (μ_0) = 6.53, Mean (μ) = 12.8, SD. = 3.36, Margin (δ) = 5.0, $n = 43$ คน

และมีการกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มเพื่อป้องกันการถอนตัวจากการศึกษา (drop out) ร้อยละ 15 จะได้จำนวนอาสาสมัครจำนวน 50 คน

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) [8] เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองชนิดหลอดเลือดตีบ (Ischemic stroke) และ ชนิดหลอดเลือดแตก (Hemorrhagic stroke) ที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอกวนรนิวาส และมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วย (The Barthel's ADL Index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน



ภาพที่ 1 รูปแบบระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง

1.1 คู่มือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพและการบริการกายภาพบำบัด (Clinical practice guideline: CPG) ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (ฝึกทักษะการออกกำลังกายแขนและขา เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดกล้ามเนื้อเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัว ฝึกการเคลื่อนย้าย การเดินขึ้นลงบันได) [11]

1.2 เครื่องมือทางกายภาพบำบัด สำหรับการฝึกผู้ป่วยทางระบบประสาท ได้แก่ เครื่องกระตุ้นด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (PMS: Peripheral magnetic stimulation) และเครื่องช่วยพุงเดินแบบมีรางเลื่อน เป็นต้น

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

2.1.1 บันทึกประวัติข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล วารณวิลาสในรูปแบบผู้ป่วยใน เก็บข้อมูลตามแนวทางการบันทึกในเวชระเบียนทางกายภาพบำบัด แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ก่อนป่วย รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว สิทธิการรักษา วันที่เข้ารับการรักษา วันที่จำหน่าย การวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา

2.1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ด้วยแบบดัชนีบาร์เทล (Barthel index: BI) พัฒนาโดยมาริโอเนและบาร์เทล [12] แปลเป็นภาษาไทยและอ้างโดยสุรริรักษ์ มั่นคง [9] เป็นเครื่องมือที่มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีถึงดีมาก โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) ประมาณ 0.80 - 0.95 และค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินและการทดสอบซ้ำ (ICC) มากกว่า 0.85 [13] ประกอบด้วยดัชนี 10 ด้าน แต่ละด้านประเมินระดับความสามารถ 0 - 3 คะแนน จะมีเกณฑ์ดังนี้

1. คะแนนเต็ม (3 คะแนน): สามารถทำกิจกรรมได้อย่างสมบูรณ์และไม่ต้องการความช่วยเหลือ
2. คะแนนบางส่วน (2 คะแนน): สามารถทำกิจกรรมได้บางส่วน แต่ยังต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น
3. คะแนนต่ำสุด (1 คะแนน): ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง ต้องการความช่วยเหลืออย่างเต็มที่
4. ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ (0 คะแนน): ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลย

โดยคะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้นบอกระดับความสามารถมากขึ้น งานวิจัยนี้ใช้เกณฑ์ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันตามกลุ่มศักยภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 - 4 คะแนน) ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 - 8 คะแนน) ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9 - 11 คะแนน) และไม่เป็นการพึ่งพิง (12 - 20 คะแนน)

2.1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L (The European Quality of Life Measure-5 Domain) ที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย [14] มีความเชื่อมั่นที่ผ่านการประเมินในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ICC ของคะแนนรวมอยู่ที่ 0.89 แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินมีความเชื่อมั่นดีถึงดีมาก [15] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บป่วย/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมีค่าระหว่าง 5-25 คะแนน แปลผลคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตสูง (5 - 11 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (12 - 18 คะแนน) และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ (19 - 25 คะแนน) คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L นำมาคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ โดยค่าอรรถประโยชน์ มีค่าตั้งแต่ 0 - 1 ซึ่ง 0 หมายถึง เสียชีวิต และ 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด แปรผลตามตารางค่า สัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย [14] ส่วนที่ 2 แบบวัดสุขภาพทางตรงด้วยสเกลที่มีค่าตั้งแต่ 0 - 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพแย่มากที่สุด และ 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดย นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาแล้วนำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence; IOC) ผลการประเมิน IOC พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 โดยแบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ไม่พึงพอใจ (0 คะแนน) คะแนนความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยมีค่าตั้งแต่ 0 - 50 คะแนน แปลผลคะแนนด้วยค่าพิสัย 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจต่ำ (0 - 17 คะแนน) ความพึงพอใจปานกลาง (18 - 34 คะแนน) ความพึงพอใจสูง (35 - 50 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยพรรณนาความถี่ ร้อยละ ในตัวแปรเชิงกลุ่ม(Categorical variable) และค่าเฉลี่ย (Mean) \pm ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) ในตัวแปรต่อเนื่อง(Continuous variable) และใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index; BI) คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลอง โดยสถิติแบบ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ด้วยโปรแกรม SPSS® Version 26.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร หนังสือรับรองเลขที่ HEC-04-68-013 ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะไม่นำความลับ และข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ถูกวิจัยไปเปิดเผยเป็นการเฉพาะตัว แต่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้ทั้งหมดในรูปของผลวิจัยโดยภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลวารณนิวาส โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยใน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย และข้อมูลผู้ดูแล
2. การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินด้วยแบบประเมิน Barthel Index (BI) โดยทำการบันทึกข้อมูลก่อนและหลังการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้แบบสอบถาม EQ-5D-5L ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ครอบคลุม 5 มิติ โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจจำนวน 10 ข้อ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร

งานวิจัยนี้มีจำนวนอาสาสมัคร 50 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เพศชาย ร้อยละ 46 เพศหญิง ร้อยละ 54 กลุ่มอายุ 18 - 59 ปี ร้อยละ 38 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62 สถานภาพโสด ร้อยละ 10 สมรส ร้อยละ 66 และหม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 24 การอยู่อาศัยพบว่าอยู่คนเดียวร้อยละ 2 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 66 และอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 32 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 18 ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 8 พบว่าอาสาสมัครที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 64 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 16 ข้าราชการ/พนักงานรัฐ ร้อยละ 4 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 4 และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 12 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ

ข้อมูลอาสาสมัคร (n=50)	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	23	46.00
หญิง	27	54.00
2. อายุ		
กลุ่มอายุ 18-59 ปี	19	38.00
กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป	31	62.00

ข้อมูลอาสาสมัคร (n=50)	จำนวน	ร้อยละ
3. สถานภาพ		
โสด	5	10.00
สมรส	33	66.00
หม้าย/หย่าร้าง	12	24.00
4. การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	1	2.00
อยู่กับคู่สมรส	33	66.00
อยู่กับบุตรหลาน	16	32.00
5. การศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	37	74.00
ระดับมัธยมศึกษา	9	18.00
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	8.00
6. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	64.00
เกษตรกร	8	16.00
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	2	4.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	4.00
รับจ้างทั่วไป	6	12.00

2. การเปรียบเทียบผลการทดสอบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index; BI) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน (EQ-5D-5L) ก่อนและหลังการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

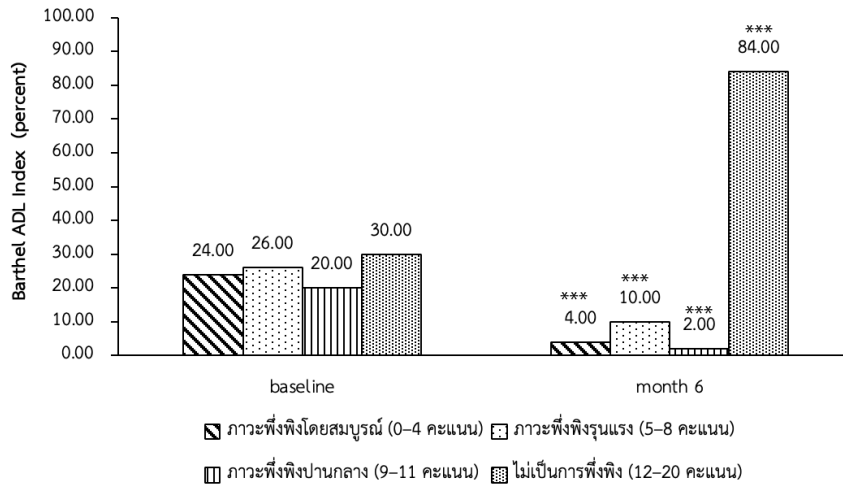
ก่อนเริ่มการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 - 4 คะแนน) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 24 ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 - 8 คะแนน) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 26 ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9 - 11 คะแนน) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และไม่เป็นการพึ่งพิง (12 - 20 คะแนน) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 30 หลังการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว พบว่า อาสาสมัครมี ค่า BI เพิ่มขึ้นโดยมีภาวะไม่เป็นการพึ่งพิง จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 84 ภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4 และภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2 ตามลำดับ โดยมีระดับ BI ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพื่อเทียบกับก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($p < 0.001$) ดังแสดงในภาพที่ 2

การเปรียบเทียบผลการทดสอบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) พบว่าก่อนเริ่มการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีค่า BI เท่ากับ 8.02 ± 5.06 คะแนน และหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลา 6 เดือนแล้ว มีค่า BI เท่ากับ 15.74 ± 4.60 คะแนน จากผลการทดสอบจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี ค่า BI เพิ่มขึ้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีค่า mean difference เท่ากับ -7.72 (95%CI = -9.19 ถึง -6.25 ; $t = -10.54$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน EQ-5D-5L ก่อนและหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีค่าคะแนนอรรถประโยชน์ เท่ากับ 0.20 ± 0.29 คะแนน หลังได้รับ

วารสารวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2569)

บริการฯ เท่ากับ 0.63 ± 0.29 คะแนน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์หลังได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่า mean difference เท่ากับ -0.43 (95%CI = -0.51 ถึง -0.35 ; $t = -11.09$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index; BI) (ร้อยละ)

หมายเหตุ: *** p-value < 0.001 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการทดสอบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน EQ-5D-5L ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (n=50)

รายการประเมิน	ก่อนการทดลอง mean±SD	หลังการทดลอง mean±SD	mean difference (95%CI)	t	p-value
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)	8.02±5.06	15.74±4.60 ***	-7.72 (-9.19 – -6.25)	-10.54	<.001
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คะแนนอรรถประโยชน์ (Utility จาก EQ-5D-5L)	0.20±0.29	0.63±0.29 ***	-0.43 (-0.51 – -0.35)	-11.09	<.001

หมายเหตุ: *** p-value < 0.001 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเข้ารับรูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร หลังการดำเนินการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจ คะแนนเฉลี่ย 47.14 ± 2.96 คะแนน อยู่ในระดับพอใจมาก และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในการได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสูง เท่ากับ 47.51 ± 2.66 คะแนน อยู่ในระดับพอใจมาก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ

คะแนนความพึงพอใจ (50 คะแนน)	Mean \pm SD	ระดับ
ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย (n=50)	47.14 \pm 2.96	มาก
ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=50)	47.51 \pm 2.66	มาก

สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 8.02 \pm 5.06 คะแนน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เป็น 15.74 \pm 4.60 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน (p<0.001) สะท้อนถึงการลดระดับภาวะพึ่งพิงและการเพิ่มศักยภาพในการช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้ ค่าอรรถประโยชน์ด้านคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) เพิ่มขึ้นจาก 0.20 \pm 0.29 เป็น 0.63 \pm 0.29 (p<0.001) แสดงถึงการฟื้นตัวทั้งด้านร่างกายและมิติสุขภาพโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่า ความสามารถเชิงหน้าที่ (functional ability) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสุริรักษ์ และคณะ [9] ที่รายงานว่า การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะต้น ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวทางกายภาพและจิตใจได้ดีกว่าการดูแลแบบไม่ต่อเนื่อง รวมถึงสอดคล้องกับหลักฐานจากต่างประเทศ [16] ที่สนับสนุนแนวคิด continuum of care ว่าสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มโอกาสกลับไปช่วยเหลือตนเองในระยะยาวได้ นอกจากนี้ ความพึงพอใจของผู้ป่วย (47.51 \pm 2.66) และผู้ดูแล (47.14 \pm 2.96) อยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงความเหมาะสมของรูปแบบบริการ และความสอดคล้องกับความต้องการของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า [17] ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญต่อความต่อเนื่องและประสิทธิผลของการฟื้นฟู

กลไกที่อาจอธิบายผลลัพธ์ดังกล่าวคือ การจัดโปรแกรมฟื้นฟูที่เน้นความเข้มข้น ความสม่ำเสมอ และความต่อเนื่อง ในช่วง 3 - 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของกระบวนการ neuroplasticity การฝึกซ้ำแบบมีเป้าหมาย (task-specific repetitive training) และการส่งเสริม motor relearning ช่วยกระตุ้นการปรับโครงสร้างและการทำงานของระบบประสาท ส่งผลให้เกิดการฟื้นตัวเชิงหน้าที่อย่างเป็นรูปธรรม [6, 7, 18] รูปแบบบริการที่เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและที่บ้านยังช่วยลดช่องว่างหลังจำหน่าย เพิ่มความสม่ำเสมอของการฝึก และลดภาวะแทรกซ้อน อันเป็นปัจจัยที่มีรายงานว่าสัมพันธ์กับผลลัพธ์ระยะยาวที่ดีขึ้น [16, 17] จุดเด่นของโปรแกรมนี้อยู่ที่การบูรณาการทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเดิม ที่การบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล นักกายภาพบำบัดจะให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ หลังจากแพทย์ส่งปรึกษาเท่านั้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างทันท่วงที

อย่างไรก็ตาม แม้ผลลัพธ์โดยรวมจะดีขึ้น แต่ยังคงพบผู้ป่วยบางรายคงมีภาวะพึ่งพิงรุนแรง ร้อยละ 10 ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 4 และภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง ร้อยละ 2 หลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอายุ ความรุนแรงของโรค โรคร่วม และระดับการสนับสนุนจากครอบครัว ดังที่มีรายงานในงานวิจัยก่อนหน้า [19] สะท้อนให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการฟื้นฟูมีความซับซ้อนและขึ้นกับบริบทเฉพาะราย

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (quasi-experimental one-group design) ไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแทรกซ้อน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด (50 ราย) และ

เป็นผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ซึ่งอาจจำกัดการอ้างอิงทั่วไป ควรมีการศึกษาในรูปแบบ randomized controlled trial และขยายพื้นที่ศึกษาในอนาคตเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบบริการดังกล่าว

สรุปได้ว่ารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่โรงพยาบาลวานรนิวาสมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ยกกระดับคุณภาพชีวิต และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสำหรับการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับอำเภอและจังหวัดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Begbutayeva SB, Eshpulatov SS, Musurmonova GO, Eshankulova ZZ, Kasimov AA, Mamurova MM. Ischemic stroke symptoms and treatment. *Western European Journal of Medicine and Medical Science*. 2024; 2(7): 67-72.
<https://westerneuropeanstudies.com/index.php/3/article/view/1332>
2. Feigin VL, Brainin M, Norving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, Fisher M, Pandian J, Lindsay P. World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. *International journal of stroke*. 2022; 17(1): 18-29. [https://www.semanticscholar.org/paper/World-Stroke-Organization-\(WSO\)%3A-Global-Stroke-Fact-Feigin-Brainin/34226ad9380ea975779fefc11113235d680b7013](https://www.semanticscholar.org/paper/World-Stroke-Organization-(WSO)%3A-Global-Stroke-Fact-Feigin-Brainin/34226ad9380ea975779fefc11113235d680b7013)
3. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. Stroke deaths could jump 50% by 2050, study warns. *Axios*. [updated 2023 Jun 23; cited 2024 Oct 10]; Available from: <https://www.axios.com/2023/10/10/stroke-deaths-could-jump-50-by-2050-study-warns>
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. “วันหลอดเลือดสมองโลก พ.ศ. 2567” [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc>
5. ยงชัย นิละนนท์. “อัมพฤกษ์อัมพาตโรคเรื้อรังที่ต้องดูแล”. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=707>
6. Butsing N, Voss JG, Keandoungchun J, Thongniran N, Griffin MT. Changes of health-related quality of life within 6 months after stroke by clinical and sociodemographic factors. *Scientific Reports*. 2025 Jan 2; 15(1): 416. <https://www.nature.com/articles/s41598-024-84454-5>
7. Nam JS, Heo SJ, Kim YW, Lee SC, Yang SN, Yoon SY. Association between frequency of rehabilitation therapy and long-term mortality after stroke: a nationwide cohort study. *Stroke*. 2024; 55(9): 2274-2283. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.123.046008>
8. Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen: Khon Kaen University Printing House; 2021.
9. สุวีร์รักษ์ มั่นคง, พิสมัย นพรัตน์, ณาตยา ปัญญาคม. ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลท่าปลา. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*. 2022;7(1):96-107. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/255075>
10. Chow SC, Shao J, Wang H, Likhnygina Y. Sample size calculations in clinical research. 3rd ed. Boca Raton (FL): Chapman and Hall/CRC; 2017. <https://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/15304/1/9103.pdf>

11. Massakulpan P, Saringcarinkul T, Riewthong K, Thimayom P. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. 3rd ed. Bangkok: Thana press. 2016.
12. Fi M. Functional evaluation: the Barthel index. Maryland state medical journal. 1965; 14: 61-65.
13. Eriyani T, Shalahuddin I, Pebrianti S, Maulana I. Instruments for Assessing Patient Independence in Self-Care: A Scoping Review. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2025; 2387-2399. <https://www.tandfonline.com/doi/fulV/10.2147/JMDH.S510034>
14. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population (Doctoral dissertation, Mahidol University). Bangkok: Mahidol University. 2014. <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/89482>
15. Sonsa-ardjit N, Sakthong P. Reliability and validity of the Thai version of EQ-5D-5L questionnaire on patients with chronic disease. Chulalongkorn Medical Journal. 2015; 59(5): 489-501. <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CMJ/article/view/603>
16. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. Lancet. 2011; 377(9778): 1693-1702. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21571152/>
17. Gustavsson M, Guidetti S, Eriksson G, von Koch L, Ytterberg C. Factors affecting outcome in participation one year after stroke: a secondary analysis of a randomized controlled trial. Journal of rehabilitation medicine. 2019; 51(3): 160-166. <https://doi.org/10.2340/16501977-2523>
18. Zotey V, Andhale A, Shegekar T, Juganavar A. Adaptive neuroplasticity in brain injury recovery: strategies and insights. Cureus. 2023; 15(9): e. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37885532/>
19. Teasell R, Foley N, Hussein N, Speechley M. The elements of stroke rehabilitation. In: Evidence-based review of stroke rehabilitation. 17th ed. London (ON): Sockit Solutions. 2016.