

บทความวิจัย

ผลของการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะกลาง โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

Received: 1 July 2025
Revised: 17 Nov 2025
Accepted: 28 Dec 2025

วัชรินทร์ อินกลอง พ.บ.^{1*}
อัจฉราพรรณ ทองทิพย์ พย.บ.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จำนวน 43 คน ผู้ดูแล จำนวน 72 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 72 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย การปฏิบัติการของบุคลากรและผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัย: การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 13 กิจกรรม ดังนี้ 1) การดูแลทางเดินหายใจ 2) การเช็ดตัว 3) ดูแลการรับประทานอาหาร 4) ดูแลสุขภาพช่องปาก 5) การให้อาหารทางสายยาง 6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอ่อนแรง 7) การจัดทำและการเคลื่อนไหวน้ำ 8) การเดิน 9) การขึ้น-ลงบันได 10) การฟื้นฟูและการป้องกันแผลกดทับ 11) การดูแลผิวหนัง 12) ภาวะโภชนาการ และ 13) การดูแลจิตใจ หลังพัฒนาระบบการปฏิบัติการโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้ดูแลมีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) หลังการฟื้นฟูผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมากลดลงแตกต่างกับก่อนการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความสามารถในการเคลื่อนไหวน้ำอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผล: การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพ จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: การนำระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางนี้ไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ระบบการดูแลฟื้นฟู, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลระยะกลาง

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

* Corresponding author E-mail: artwatcharin.ink@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

The Effects of Developing a Rehabilitation Care System for Intermediate-Phase Stroke Patients at Ban Phue Hospital, Udon Thani Province

Watcharin Inklong M.D.^{1*}
Acharapan Tongtip B.N.S.²

Abstract

Introduction: Cerebrovascular disease represents a severe chronic neurological condition necessitating comprehensive rehabilitation services for optimal recovery outcomes.

Objective: This study aimed to develop an integrated rehabilitation care system specifically designed for stroke patients during the intermediate recovery phase.

Methodology: This research and development project encompassed 43 healthcare personnel, 72 caregivers, and 72 stroke patients. Data collection instruments included patient records and performance observation checklists for both staff and caregivers. Analysis utilized descriptive statistics and paired t-tests.

Results: The rehabilitation care system comprised 13 integrated interventions: (1) airway management; (2) hygiene and bathing; (3) nutritional intake assistance; (4) oral health maintenance; (5) enteral feeding via nasogastric tube; (6) safe mobilization of debilitated patients; (7) positioning and movement therapy; (8) ambulation training; (9) stair climbing exercises; (10) pressure ulcer prevention and rehabilitation; (11) skin care protocols; (12) nutritional management; and (13) psychological support. Post-implementation findings demonstrated statistically significant improvements ($p < .01$) in healthcare personnel's overall practice compliance at elevated levels. Caregivers' rehabilitation capability increased significantly ($p < .01$). Patient outcomes showed statistically significant reductions ($p < .01$) in symptom severity and marked improvements ($p < .01$) in functional mobility capacity.

Conclusion: The structured rehabilitation care system for intermediate-phase stroke patients, when implemented with trained caregivers possessing rehabilitation competencies, produces substantial therapeutic benefits and improved patient outcomes.

Recommendations: This rehabilitation care system should be systematically and effectively implemented across healthcare settings to optimize stroke recovery and enhance long-term patient outcomes.

Keywords: intermediate-phase care, rehabilitation care system, stroke patients

¹ Physician, Senior Professional Level, Ban Phue Hospital, Udon Thani Province

* Corresponding author E-mail: artwatcharin.ink@gmail.com

² Registered nurse, Professional Level Ban Phue Hospital Udon Thani Province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ cerebrovascular disease; CVD) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 รายงานจากองค์การอนามัยโลก พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและทุก 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม¹ ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากเป็นอันดับที่ 2 ใน 5 ของโรคไม่ติดต่อคือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ ในเขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 ร้อยละ 5.52, 4.42 และ 4.12² ตามลำดับ จังหวัดอุดรธานี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 7,495 คน, 8,764 คน และ 9,604 คน ตามลำดับ โรงพยาบาลบ้านผือมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 4,683 คน, 4,732 คน และ 497 คน ตามลำดับ ข้อมูล วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2568 โรงพยาบาลบ้านผือมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 338 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสียชีวิต จำนวน 18 คน (ร้อยละ 5.52) รหัส I60-I62 ประกอบด้วย ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะราชนอยด์ (I60), เลือดออกในเนื้อสมอง (I61) และเลือดออกในกะโหลกศีรษะอื่น (I62) จำนวน 144 คน (ร้อยละ 44.17) กลุ่มโรคนี้มีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูง รหัส I63 โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral infarction) จำนวน 108 คน (ร้อยละ 33.12) รหัส I64-I69 จำนวน 68 คน (ร้อยละ 17.19)³ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว (Long-term rehabilitation) และการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) อย่างต่อเนื่องเพื่อลดความพิการ

ปัญหาที่ผ่านมา โรงพยาบาลบ้านผือ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายยังมีจำนวนนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดไม่เพียงพอกับการให้บริการ ขณะที่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วย การขาดการประสานงานระหว่างทีมที่ดูแลในโรงพยาบาลกับทีมในชุมชนเพื่อร่วมวางแผนการบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้บุคลากรระดับปฐมภูมิตำหนักในการเรียนรู้ทักษะการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงสื่อการสอนด้านการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยังมีน้อย ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลและผู้ให้บริการปฐมภูมิ การฟื้นฟูระยะกลางในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแลในหน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิ จึงเป็นเหตุผลให้ศึกษา ผลของการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของโรงพยาบาลบ้านผือ
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และ โปรแกรมการฝึกทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ดูแล 13 กิจกรรม ได้แก่ 1) การดูแลทางเดินหายใจ 2) การเช็ดตัวและการอาบน้ำ 3) การดูแลในการรับประทานอาหาร 4) การดูแลสุขภาพช่องปาก 5) การให้อาหารทางสายยาง 6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก 7) การจัดทำและการเคลื่อนไหว 8) การเดิน 9) การขึ้น-ลงบันได 10) การฟื้นฟูผู้ป่วยและการป้องกันแผลกดทับ 11) การดูแลผิวหนัง 12) ภาวะโภชนาการ 13) การดูแลจิตใจ ตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากร การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และระดับความรุนแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ระหว่างเดือนตุลาคม 2567-มกราคม 2568 ศึกษาในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มบุคลากรเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁴

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากรเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ศึกษาทุกคนจำนวน 43 คน ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน เภสัชกร 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบ้านผือ จำนวน 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 19 แห่งๆ ละ 2 คน จำนวน 38 คน

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 72 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ ตามสัดส่วนผู้ป่วยแยกรายตำบล การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โดยเรียงตามเลขที่เวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบ้านผือ เลือกหมายเลข คู่ สอบถามความสมัครใจเป็นรายบุคคล

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 72 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ ตามสัดส่วนผู้ป่วยแยกรายตำบล เลือกผู้ที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยและสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่ไม่สมัครใจลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดอาสาสมัครออก คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีผู้ดูแล ที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคพาร์กินสัน ภาวะที่ตัดแขนหรือขา โรคทางระบบหัวใจหลอดเลือดรุนแรง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลและฟื้นฟูระยะกลาง วงจร PAOR ได้แก่ การวางแผน (Planning) ปฏิบัติการ (Acting) สังเกตผล (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) โดยบูรณาการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation)⁵ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จำนวน 43 คน ผู้ดูแล จำนวน 72 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 72 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย การปฏิบัติการของบุคลากรและผู้ดูแล

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ (Acting) การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 43 คน 2) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (caregiver) พัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลาง โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 43 คน

ระยะที่ 3 สังเกตผล (Observing) นำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับบุคลากรและแบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล และแบบสอบถามประเมินผู้ป่วย

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) วิเคราะห์ผลลัพธ์และถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การประเมินผลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่สามารถนำไปใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากร ดังนี้ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากร⁵ ประกอบด้วย การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การเช็ดตัว-อาบน้ำ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้าย การจัดทำและการเคลื่อนไหว การฟื้นฟูและการป้องกันแผลกดทับ การดูแลผิวหนัง การดูแลภาวะโภชนาการ การดูแลจิตใจ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น $\alpha = 0.92$ เป็นมาตราส่วน rating scale 5 ระดับ⁶ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลรวม 225 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ คือ ระดับต่ำ (45.0-74.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (74.67-149.32 คะแนน) ระดับสูง (149.33-225 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล ดังนี้ ศักยภาพด้านการปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วยของผู้ดูแล ประยุกต์ใช้โปรแกรมการฝึกทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่อง⁵ 13 กิจกรรม ได้แก่ 1) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 2) การเช็ดตัวและการอาบน้ำ 3) การดูแลการรับประทานอาหาร 4) การดูแลสุขภาพช่องปาก 5) การให้อาหารทางสายยาง 6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก 7) การจัดทำและการเคลื่อนไหว 8) การเดิน 9) การขึ้น-ลงบันได 10) การฟื้นฟูผู้ป่วย 11) การดูแลผิวหนัง 12) ภาวะโภชนาการ 13) การดูแลจิตใจ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น $\alpha = 0.94$ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า rating scale 5 ระดับ⁶ ดังนี้ ตอบระดับ 1 = น้อยที่สุด ถึง ระดับ 5 = มากที่สุด การแปลผลรวม 195 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ ดังนี้ ระดับต่ำ (39.0-64.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (64.67-129.32 คะแนน) ระดับสูง (129.33-195.0 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามประเมินผู้ป่วย ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สาเหตุการป่วย และ ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 การประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยระยะกลาง (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) ประยุกต์มาจากแนวทางการประเมินของลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี⁸ ประกอบด้วย ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของตา การมองเห็น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า กำลังของกล้ามเนื้อแขน-ก้นขา การประสานงานของแขน-ขา การรับรู้ความรู้สึก ความสามารถด้านภาษาและการออกเสียง วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีค่า CVI เท่ากับ 1 ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวผู้ป่วย (Stroke Rehabilitation Assessment of Movement Measure หรือ STREAM) ผู้วิจัยใช้แบบการประเมินของนิรันดร์ ชัยศิริ และคณะ⁹ เป็นแบบประเมินการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ประกอบด้วย ทำงานของร่างกายแขน-ขา การรับรู้ความรู้สึก ความเจ็บปวด อดทนการเคลื่อนไหว ความผิดปกติของข้อต่อและการทรงตัว วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีค่า CVI เท่ากับ 1 คะแนนรวม 70 คะแนน การให้คะแนนดังนี้ ข้อ 1-6 การประเมินในท่านอนหงาย (supine) (15 คะแนน) ข้อ 7-21 การประเมินในท่านั่ง (Sitting) เท้าวางราบกับพื้น มีอวามบนหมอน (31 คะแนน) ข้อ 22-30 การประเมินในท่านยืน (Standing) (24 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI = 1 ทุกประเด็น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ดังนี้ ปฏิบัติการของผู้ดูแล $\alpha = 0.94$ และปฏิบัติการของบุคลากร $\alpha = 0.92$

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากผู้บังคับบัญชาของบุคลากร ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล และการลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม โดยไม่กำหนดเวลาการตอบแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ

2. การเก็บข้อมูลบุคลากร จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเดือนเมษายน 2568 ให้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (post-test) เดือนสิงหาคม 2568

3. การเก็บข้อมูลผู้ดูแล โดยทอแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ให้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (post-test) เดือนสิงหาคม 2568

4. การเก็บข้อมูลผู้ป่วย ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง ทำการประเมินผู้ป่วยในห้องที่เป็นสัดส่วนที่มีความเป็นส่วนตัว และสัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) ในเดือนเมษายน 2568 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (posttest) เดือนสิงหาคม 2568

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองความเห็นชอบให้ดำเนินงานวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 7668 วันที่รับรอง 8 เมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าความถี่ ร้อยละ สถิติอนุมาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ได้แก่ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร ศักยภาพของผู้ดูแล และผลลัพธ์การฟื้นฟูรักษาผู้ป่วย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลและฟื้นฟูระยะกลาง วงจร PAOR นำเสนอผลการพัฒนาแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ **การวางแผน (Planning)** พบว่า ยังไม่มีระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ชัดเจน ปัญหาด้านการปฏิบัติงาน ได้แก่ บุคลากรในระบบยังขาดความรู้และทักษะการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และขาดการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล **การปฏิบัติการ (Acting)** ผลการพัฒนาได้แนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 13 กิจกรรม ดังนี้ 1) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 2) การเช็ดตัว-อาบน้ำ 3) ดูแลการรับประทานอาหาร 4) การดูแลสุขภาพช่องปาก 5) การให้อาหารทางสายยาง 6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก 7) การจัดทำและการเคลื่อนไหวนอน 8) การเดิน 9) การขึ้น-ลงบันได 10) การฟื้นฟูและการป้องกันแผลกดทับ 11) การดูแลผิวหนัง 12) ภาวะโภชนาการ และ 13) การดูแลจิตใจ **การสังเกตผล (Observing)** ผลการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ 1) แจ้งผู้ดูแลและครอบครัว เตรียมความรู้ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น 2) ประสานทีมสหวิชาชีพ ผูกทักษะการดูแล 3) ประสานผู้ดูแลหลักเข้าร่วมเรียนรู้การ Home care program 4) บันทึกการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และ 5) ส่งต่อข้อมูลโปรแกรม Smart COC และ **การสะท้อนผล (Reflecting)** ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยฟื้นตัวจากโรค ลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติ ผังแสดงความเชื่อมโยงของระบบ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความเชื่อมโยงของระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

2. ผลการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่มขึ้น ($t = -10.00, p < .01$) เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การให้อาหารทางสายยาง ($p < .01$) รองลงมา คือ การจัดท่าบนเตียงและการเคลื่อนไหวน ($p < .01$) เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ การทำแผนดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ($p = .01$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากร ก่อนและหลังการพัฒนา ($n=43$)

	ก่อนพัฒนา Mean±SD	หลังพัฒนา Mean±SD	95%CI	t	p-value
การทำแผนดูแลผู้ป่วยรายบุคคล	59.05±9.55	61.86±6.92	1.90-4.53	-1.84	.01*
การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง	6.30±2.03	7.98±1.92	1.11-2.21	-2.96	.00*
การเช็ดตัวและการอาบน้ำ	7.88±1.77	8.21±1.75	1.02-2.63	-2.14	.03*
การรับประทานอาหาร	7.58±1.51	8.07±1.50	2.16-3.81	-3.03	.00*
การดูแลสุขภาพช่องปาก	7.47±1.33	8.95±1.25	3.24-4.73	-4.01	.00**
การให้อาหารทางสายยาง	13.47±4.32	14.98±4.12	2.88-5.13	-4.86	.00**
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก	8.33±1.82	9.00±1.27	1.25-3.98	-3.21	.00*
การจัดท่าบนเตียงและการเคลื่อนไหวน	16.44±2.78	17.40±2.75	3.49-4.40	-4.22	.00**
การฟื้นฟูและการป้องกันแผลกดทับ	17.70±2.66	18.26±2.21	1.14-2.96	-2.74	.00*
การดูแลผิวหนัง	12.74±2.10	13.09±1.90	1.01-2.71	-1.91	.06
การดูแลภาวะโภชนาการ	11.02±2.85	12.53±2.55	2.86-3.15	-2.88	.00*
การดูแลจิตใจผู้ป่วย	12.77±2.27	13.30±1.98	2.88-3.31	-3.13	.00*
รวม	187.56±21.36	175.37±20.23	9.72-14.64	-10.00	.00**

* $p < .05$, ** $p < .01$, Paired t-test

3. ผลการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยรวมเพิ่มขึ้น ($t = -5.23, p < .01$) เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการดูแลจิตใจ ($p < .01$) รองลงมา คือ การให้อาหารทางสายยาง ($p < .01$) เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ($p = 0.03$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ก่อนและหลังการพัฒนา (n=72)

ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง	5.26±2.54	7.67±2.18	-2.11	.03*
การเช็ดตัว-อาบน้ำ	11.79±3.69	13.58±3.54	-3.40	.01*
การดูแลอาหารและสุขภาพช่องปาก	15.60±2.83	16.46±2.29	-3.87	.00**
การให้อาหารทางสายยาง	29.57±3.33	30.86±3.09	-4.42	.00**
การเคลื่อนย้าย	6.08±2.21	7.40±2.05	-2.69	.01*
การจัดทำบนเตียงและการเคลื่อนไหว	17.72±4.09	18.61±4.20	-3.77	.00**
การฟื้นฟูและการป้องกันแผลกดทับ	16.53±2.51	17.15±2.29	-4.20	.00**
การดูแลผิวหนัง	13.92±2.58	15.29±2.4	-3.43	.00*
การดูแลภาวะโภชนาการ	11.86±1.91	12.38±1.75	-3.30	.00*
การดูแลจิตใจ	14.36±3.12	16.47±2.47	-4.50	.01**
รวม 195 คะแนน	140.69±20.45	142.39±17.65	-5.23	.00*

*p <.05, **p <.01, Paired t-test

4. ผลลัพธ์การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.4 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.70 (mean= 62.63, SD= 11.09, min= 36, max= 83) สาเหตุการป่วย เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.70 ไขมันในหลอดเลือดสูงและมีภาวะเครียด ร้อยละ 50.00 สูบบุหรี่/ยาเสพติด ร้อยละ 26.40 โรคเบาหวาน ร้อยละ 6.90 ตามลำดับ ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาล 10 กิโลเมตรขึ้นไป ร้อยละ 94.40 ระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย พบว่า หลังการฟื้นฟูผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก (very severe impairment) ลดลงจากร้อยละ 12.50 เป็น ร้อยละ 4.20 ความแตกต่างความชุกสัมพันธ์ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย พบว่า หลังการฟื้นฟูและรักษาผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการ ซึ่งแตกต่างกับก่อนการฟื้นฟูและรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (PR =7.28, 95%CI: 3.34-9.59, p<.01) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย ก่อนและหลังการฟื้นฟู (n=72)

ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย	ก่อนฟื้นฟู		หลังฟื้นฟู	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน ≤ 4 (mild impairment)	10	13.90	15	20.80
คะแนน 5–14 (mild to moderately)	46	63.90	46	63.90
คะแนน 15–24 (severe impairment)	7	9.70	8	11.10
คะแนน 25 (very severe impairment)	9	12.50	3	4.20
ความแตกต่างความรุนแรงของอาการผู้ป่วย				
ก่อนฟื้นฟู Mean±SD (24.83±3.71)		หลังฟื้นฟู Mean±SD (7.36±6.41)		
(PR =7.28, 95%CI: 3.34-9.59, p=.00**)				

**p<.01, prevalence ratio (PR)

ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย พบว่า หลังการฟื้นฟูผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวโดยรวมอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 80.60 เป็นร้อยละ 84.70 ความแตกต่างความซุกสัมพันธ์ ของความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย พบว่า หลังฟื้นฟูผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวโดยรวม ซึ่งแตกต่างกับก่อนการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญ (PR= 7.28, 95%CI : 1.46-7.35, $p<.01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ก่อนและหลังการฟื้นฟู (n=72)

ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย	ก่อนฟื้นฟู		หลังฟื้นฟู	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม 70 คะแนน				
ระดับต่ำ (ทำได้ ≤ 15 คะแนน)	11	15.30	4	5.60
ระดับปานกลาง (ทำได้ 16-23 คะแนน)	3	4.20	7	9.70
ระดับดี (ทำได้ 24 คะแนนขึ้นไป)	58	80.60	61	84.70
ความแตกต่างความสามารถในการเคลื่อนไหว				
ก่อนฟื้นฟู Mean $\pm$ SD (39.08 $\pm$ 20.00)	หลังฟื้นฟู Mean $\pm$ SD (41.10 $\pm$ 20.21)			
(PR =7.35, 95%CI: 1.46-7.35, p<.01**)				

*p <.05, **p <.01, Paired t-test

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผลการพัฒนาระบบแบ่งเป็น 4 ระยะ อธิบายได้ดังนี้ การวางแผน (Planning) พบว่า ยังไม่มีระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ชัดเจน ปัญหาด้านการปฏิบัติงาน ได้แก่ บุคลากรในระบบยังขาดความรู้และทักษะการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และขาดการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การปฏิบัติการ (Acting) ผลการพัฒนาระบบได้แนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 13 กิจกรรม ดังนี้ 1) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 2) การเช็ดตัว-อาบน้ำ 3) ดูแลการรับประทานอาหาร 4) การดูแลสุขภาพช่องปาก 5) การให้อาหารทางสายยาง 6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด 7) การจัดทำและการเคลื่อนไหว 8) การเดิน 9) การขึ้น-ลงบันได 10) การฟื้นฟูและการป้องกันแผลกดทับ 11) การดูแลผิวหนัง 12) ภาวะโภชนาการ และ 13) การดูแลจิตใจ การสังเกตผล (Observing) ผลการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ 1) แจกผู้ดูแลและครอบครัว เตรียมความรู้ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น 2) ประสานทีมสหวิชาชีพ ฝึกทักษะการดูแล 3) ประสานผู้ดูแลหลักเข้าร่วมเรียนรู้การ Home care program 4) บันทึกการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และ 5) ส่งต่อข้อมูลโปรแกรม Smart COC และ การสะท้อนผล (Reflecting) ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพ และผู้ป่วยฟื้นตัวจากโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า เป็นผู้ป่วยติดบ้านเพิ่มขึ้นและเมื่อติดตามครบ 6 เดือน ทำให้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มติดสังคมและมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น¹⁰ และศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน พบว่า มี 3 ประเด็น คือ 1) เหตุผลในการเข้ารับบริการเนื่องจากความต้องการรักษาต่อเนื่อง ได้รับคำแนะนำ ความพร้อมของบุคลากร 2) ปัญหาและอุปสรรค คือ ขาดผู้ดูแล ขาดความต่อเนื่องในการรับบริการวันหยุด และยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) ความต้องการได้รับการฟื้นฟู¹¹

2. ผลการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น ได้แก่ เปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง มีระบบส่งต่อและติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และสอนตรวจสอบตำแหน่งสายแก็งผู้ดูแล ตามลำดับ รายด้านที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ

การให้อาหารทางสายยาง การจัดท่าบนเตียงและการเคลื่อนไหว และการทำแผนดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีการใช้รูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางโดยรวมเพิ่มขึ้นและความพึงพอใจของบุคลากรภายหลังการใช้รูปแบบระดับมาก¹²และการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง พบว่า หลังพัฒนาได้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย พัฒนาความรู้และสมรรถนะบุคลากร แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ติดตามการปฏิบัติ และประเมินประสิทธิผลระบบการดูแล ผลลัพธ์หลังใช้ระบบบุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น¹³

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพในการปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งด้านตรวจสอบตำแหน่งสายและอาหาร การจัดทำให้อาหารผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร และจะตัดเล็บมือ เล็บเท้าเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ มีความรู้ความสามารถในการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถตัดสินใจในการดูแลได้ดีขึ้น¹⁴และการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น¹⁵

4. ผลลัพธ์การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.1 ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระดับความรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ และมีการประสานงานของแขนหรือขา ตามลำดับ หลังการฟื้นฟูและรักษาผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมากลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง พบว่า หลังการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 6 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการผู้ป่วยลดลงและมีคะแนนความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น¹⁶และการศึกษาการพัฒนาแบบการบริบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าแรกรับ¹⁷

4.2 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย อธิบายได้ว่า หลังฟื้นฟูผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวไปด้านข้าง ยกไหล่สองข้างขึ้นหรือยกสะบักขึ้น และสามารถเปลี่ยนจากท่านอนหงายเป็นลุกขึ้นนั่งวางเท้าทั้งสองข้างบนพื้นได้ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการเคลื่อนไหวหลังการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างกับก่อนการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸และการศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพการเคลื่อนไหวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง พบว่า หลังฟื้นฟูผู้ป่วยมีสมรรถภาพการเคลื่อนไหวผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ได้แก่ กล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อขาหลังฟื้นฟูส่งผลให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับหรือข้อติด¹⁹

สรุป ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยฟื้นตัวจากโรค ลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บางส่วนที่ยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเนื่องจากได้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตั้งแต่แรก อีกทั้งผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ควรนำปฏิบัติการเชิงรุก เพื่อประเมินคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการรักษาฟื้นฟูให้ครอบคลุม

2. ด้านการนำไปใช้ การนำระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เครือข่ายโรงพยาบาล บ้านผือ ครั้งนี้ไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ อาจต้องพิจารณาถึงความเหมาะสม ความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว กับบริบทของพื้นที่ที่คล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษารูปแบบในการดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อการปรับปรุงพัฒนารูปแบบที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Reference

1. World Stroke Organization (WSO). Annual Report [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://www.Worldstroke.org/about-wso/annual-reports>
2. Ministry of Public Health. HDC Standard Report Group, Service Plan Information, Intermediate & Palliative Care Branch, Nonthaburi: Ministry of Public Health [Internet]. 2025 [cited 2025 February 4]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports> (in Thai)
3. Ban Phue Hospital, Udon Thani Province. Summary report of patient situation at Ban Phue Hospital. Udon Thani: [Internet]. 2025 [Accessed 12 May 2025]. Available from: <https://www.banphuehospital.com/web> (in Thai)
4. Nukulomprathan P. The appropriate sample size for research [Internet]. 2021 [cited 3 May 2024]. Available from: www.qualtrics.com (in Thai)
5. The Royal College of Psychiatrists of Thailand. Development of rehabilitation care work and lessons learned from operations under the Ministry of Public Health. Working group for the rehabilitation care development project. The Royal College of Psychiatrists of Thailand [Internet]. 2020 [cited 2 February 2025]. Available from: <http://rehabmed.or.th> (in Thai)
6. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
7. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
8. Pensri L, Naksri S. Association of stroke severity and early neurological deterioration in patients with acute ischemic stroke. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2021;32(2): 146-60. (in Thai)
9. Chaikereee N, Wannapakhe J, Boonsinsukh R, Tantiwong K, Phetchatchan N, Wongkom T. Stroke Rehabilitation Assessment of Movement Thai version (STREAM-TH): Translation with reliability and concurrent validity study. SWU Physical Therapy 2018;40(1): 93-111. (in Thai)
10. Sumakon U, Boontad M. Development of Intermediate Care Model With Participation of Network in Sapphaya Hospital, Chainat Province. Journal of Environmental Education Medical and Health 2025;10(1): 138-47. (in Thai)
11. Yotnak P, Longlalerng C. Stroke Patients' Experiences after inpatient stroke intermediate care Rehabilitation at Chiang Mai Neurological Hospital: Qualitative Research. J Raj Pracha Samasai Institute 2025;9(1): 18-29. (in Thai)

12. Phanchum P. Development of a model rehabilitation care for mid-term patients (Intermediate Care) Ubonratchathani Province. Journal of Health and Environmental Education 2024; 9(1): 309-18. (in Thai)
13. Siriprapapol S, Panprasert S, Didsaprae S. Development of a Care System for Hemorrhagic Stroke Patients from Hypertension at Somdetphraphutthaloetla Hospital, Thailand. Journal of Health Science 2022; 31(2): 353-64. (in Thai)
14. Chansri P, Samrannet W, Kor-issaranuphab N. Empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients. Journal of MCU Nakhondhat. 2021;8(11):112-25. (in Thai)
15. Jeakpoo O. Development of an Intermediate Care Model for Stroke Patients in Urban Areas. [A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2021: 153 pages. (in Thai)
16. Bamrunghthin N, Sunongbua A. Effectiveness Continuing of Care in Community among Intermediate Care of Stroke Patients, Mueang Chaiyaphum District. Chaiyaphum Medical Journal 2023; 43: 59-73. (in Thai)
17. Katedee P, Poma A, Surawan J. Development of Intermediate care model for Stroke Inpatients with participation of caregivers and multidisciplinary team in Nam Phong Hospital Khon Kaen Province. J Environ Community Health. 2025;10(1):129-40. (in Thai)
18. Siriyong W. Prevalence of Stroke and Stroke Risk Factors in Kanchanadit Hospital. Reg 11 Med J 2018;32: 863-70. (in Thai)
19. Chitchutrakul T, Piamtem T, Maimao P. Outcomes of Rehabilitation and Factors Associated with Functional Gain in Intermediate Care of Stroke Patients, Damnoen Saduak District, Ratchaburi Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life 2024;4(1): 35-46. (in Thai)