



ผลของโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

RESULTS OF THE STROKE REHABILITATION PROGRAM IN THE COMMUNITY SUPHANBURI PROVINCE

Received: July 06, 2024

Revised: October 17, 2024

Accepted: November 03, 2024

ปิยากรณ์ พงษ์ประยูร^{1*}, พรรณี บัญชรหัตถกิจ¹, ทศพร ชุศักดิ์¹

Piyaporn Pongprayoon^{1*}, Pannee Banchonhattakit¹, Thassaporn Chusak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 31 คน และกลุ่มทดลอง 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เรล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน โดยการฝังเข็มร่วมกับกายภาพบำบัด จำนวน 10 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดี หลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย โปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนนี้สามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

คำสำคัญ: การฟื้นฟู, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต, โรคหลอดเลือดสมอง

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Phathum Thani Province

*Corresponding author E-mail: Pongprayoon55@gmail.com



Abstract

This research is quasi-experimental. The objective is to study the effects of the stroke rehabilitation program on the ability to perform daily activities, quality of life, and quality of life for patients only. Vascular disease Brain in the community of Suphanburi province. The sample group is 62 stroke patients divided into 31 control and 31 experimental groups. The research tool was the Barthel index assessment of the ability to perform daily activities. Quality of life questionnaire Quality of life questionnaire specific to stroke patients and stroke rehabilitation program Patients were rehabilitated after being discharged from the hospital back to the community. By combining acupuncture and physical therapy for 10 weeks, data were analyzed using mean statistics. Standard deviation and Paired t-test.

The research results found that ability to perform daily activities, quality of life (QQL), and quality of life on stroke patients (SS-QoL), before the experiment, both control and experimental groups had average scores of ability to perform daily activities and quality of life (QQL) at a moderate level, and quality of life only for stroke patients (SS-QoL) was at a good level. After the experiment, it was found that the ability to perform daily activities, quality of life (QQL), and quality of life on stroke patients (SS-QoL) in the experimental group had a higher mean score than before the control group with statistical significance ($p\text{-value} < 0.001$).

Suggestions from research. This community stroke rehabilitation program can be applied in other areas with similar contexts

Keywords: rehabilitation, ability to perform daily activities, quality of life, stroke patients



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Cerebrovascular accident หรือ Stroke) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง แบ่งเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะการเกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก⁽¹⁾ สาเหตุของโรคมาจากอายุที่มากขึ้น การมีโรคประจำตัว และจากปัจจัยอื่นที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ เช่น ความผิดปกติของหลอดเลือด ความเครียด เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตร้อยละ 75 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง และประเทศชาติ⁽²⁾ จากสถิติในปี 2020 ของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association : AHA) พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ล้านคน พบผู้พิการ 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด⁽³⁾ สำหรับประเทศไทยในปี 2560-2564 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31,172 เป็น 36,214 ราย ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองของประเทศ⁽⁴⁾ การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ให้เร็วที่สุดจะเป็นการลดภาวะทุพพลภาพ (Disability) โดยในระยะเวลา 1-3 เดือนแรกหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร่างกายจะมีการฟื้นฟูของระบบประสาทสูงที่สุด และมีการฟื้นตัวของการทำงานที่สูงสุดเช่นกัน เรียกช่วงนี้ว่า “Golden period”⁽⁵⁾ ทั้งนี้ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ภายใน 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะทำให้ Functional recovery เพิ่มขึ้นร้อยละ 48-91 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูทั้งหมด⁽⁶⁾

จังหวัดสุพรรณบุรี จากรายงานประจำปี 2564 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จากการวิเคราะห์สถานการณ์ย้อนหลัง 3 ปี พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562-2564 จากร้อยละ 10.57 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.41 พบว่า อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นเกินเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ คือ น้อยกว่าร้อยละ 7 และผลการดำเนินงานในปี 2565 ที่ผ่านมา พบว่า ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป พบว่า มีเพียงร้อยละ 42.18 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ร้อยละ 60⁽⁷⁾

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยวิธีฝังเข็มรักษาในระยะหลังจากพ้นวิกฤตภายใน 3 เดือน ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จึงควรนำมาใช้เป็นวิธีบำบัดเสริม เป็นการฟื้นฟูโดยใช้ร่วมกับการรักษาหลักตามมาตรฐาน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด⁽⁸⁾ และพบว่า กายภาพบำบัดร่วมกับการฝังเข็มสามารถเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เมื่อเปรียบเทียบกับการทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว⁽⁹⁾

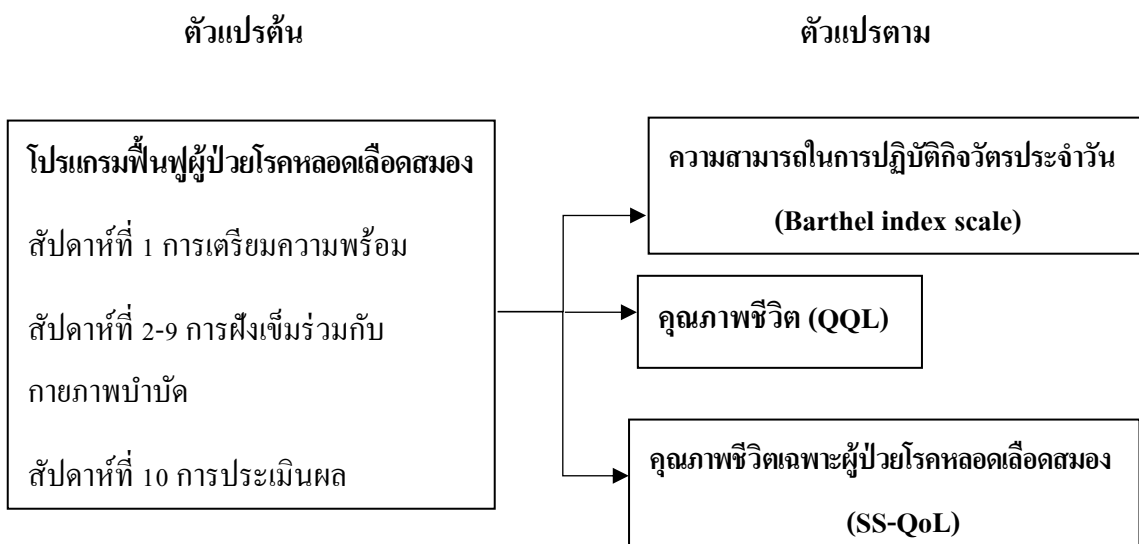


จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในบทบาทแพทย์แผนจีนที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนทราบถึงปัญหาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถนำศาสตร์การฝังเข็มที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยดังกล่าว มาเป็นแนวทางในการประยุกต์สร้างโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมประกอบด้วย 10 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาวิจัยใกล้เคียงของเอี่ยมพร สุ่มมาตย์ (2564) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มอิสระต่อกัน⁽¹⁰⁾ ดังนี้

$$n/gr = \frac{2(z_\alpha + z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

กำหนดให้

z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น

95 % ดังนั้น $z_\alpha = 1.64$

z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่กำหนดให้ power of test = 80 ดังนั้น $z_\beta = 0.84$

μ_1, μ_2 = ค่าเฉลี่ยกลุ่มศึกษา 1, กลุ่มศึกษา 2

σ^2 = ความแปรปรวน

แทนค่าในสูตรได้ $n = 30.97$ ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 31 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้กลุ่มละ 31 คน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกิจกรรมจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-65 ปี จังหวัดสุพรรณบุรี มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ไม่เคยได้รับการกายภาพบำบัดและไม่เคยได้รับการฝังเข็มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถอ่านออกเขียนได้ และไม่มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกคือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรมการมีเครื่องกระตุ้นหัวใจ แพ้เข็มที่เป็นโลหะ การได้รับยาละลายลิ่มเลือดเป็นประจำ และ



มีความผิดปกติจากการแข็งตัวของเลือด มีการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการอื่น เช่น การนวดแผนไทย การนึ่งแก้อ้อ แม่เหล็กไฟฟ้า เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. โปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 10 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลใน ระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถข้ามผ่านระยะของความเจ็บป่วยอย่างราบรื่น และให้การดูแลจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่การดูแลใหม่ โดยรูปแบบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ร่วมกันในการวางแผนฟื้นฟูผู้ป่วย ออกเยี่ยมบ้าน ให้บริการฟื้นฟูด้วยการกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัดร่วมกับการฝังเข็มโดยแพทย์แผนจีน (ผู้วิจัย) โดยการประเมินคะแนน (Barthel index scale) ก่อนการฟื้นฟู การฝังเข็ม ประกอบด้วย การใช้จุดฝังเข็มขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของร่างกายผู้ป่วย กระตุ้นเข็มด้วยเครื่องกระตุ้นไฟฟ้ากำลังไฟ 15 โวลต์ นาน 20 นาที จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน (จำนวน 12 ครั้งใน 1 เดือน) และในเดือนที่ 2 จะนัดผู้ป่วยมาฝังเข็ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน (จำนวน 8 ครั้งใน 1 เดือน) รวมผู้ป่วยจะได้รับการฝังเข็มจำนวน 2 เดือน จำนวน 20 ครั้ง เท่ากับ 1 คอร์ส หลังรักษาจนครบคอร์ส ติดตามผลการรักษา โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index scale) กายภาพบำบัด ประกอบด้วย การบริหารร่างกายและการใช้เครื่องมือทางกายภาพชนิดต่างๆ ตามความบกพร่องของร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละคน ใช้เวลาครั้งละ 30-60 นาที เป็นเวลา 1 ครั้ง/สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกประวัติข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษา ในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะแทรกซ้อน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็น โรคหลอดเลือดสมอง คะแนน (ADL) ที่ประเมินครั้งแรก ผู้ดูแล ความต้องการการดูแล การเข้าถึง สถานบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บาร์ธลินเดก⁽¹²⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา (2550) และมีผู้นำไปใช้กันอย่างสากล ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [IOC]) เท่ากับ 1 ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็น 4 ระดับ มีการแปลผลดังนี้ 1-4 คะแนน หมายถึง พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ 5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ส่วนใหญ่พึ่งพาผู้อื่น 9-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 12-20 คะแนน พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence [IOC]) เท่ากับ 0.99 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย (Thai-SS-QoL-12) แบบวัดประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence [IOC]) เท่ากับ 0.96 แบบวัดดังกล่าวพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ผู้วิจัยได้แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ออกเป็น 5 ระดับ โดยคัดแปลงการแปลผลค่าคะแนนตามการรับรู้ของ Best & Khan (2006)⁽¹³⁾ ใช้หลักเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยในการให้คะแนน และความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 แสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 แสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 แสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 แสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 แสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยได้ค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 0.93 คุณภาพชีวิต (QOL) เท่ากับ 0.96 และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) เท่ากับ 0.97 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QOL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QOL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ รหัสโครงการวิจัย REC No. 0055/2566 เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2566 โดยยึดหลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และหลักยุติธรรมตามหลักการพื้นฐานสามประการด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ตามข้อเสนอในรายงานเบลมอนต์ (Belmont Report)⁽¹⁴⁾

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.5 อายุเฉลี่ย 69.2 ปี ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 61 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีผู้ดูแล มีความต้องการการดูแลสุขภาพ และเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 100

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.5 อายุเฉลี่ย 65.5 ปี ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 81 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีผู้ดูแล มีความต้องการการดูแลสุขภาพ และเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 100

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QOL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิต (QOL) อยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดี กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QOL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	Mean±S.D.	ระดับ	Mean±S.D.	ระดับ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	12.45±5.26	ดี	15.00±5.15	ดี
คุณภาพชีวิต (QOL)	67.67±22.49	ปานกลาง	77.42±20.06	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL)	44.83±13.73	ดี	28.96±9.26	ปานกลาง



ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QOL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QOL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง Mean±S.D.	หลังทดลอง Mean±S.D.	t	95%CI of the different		p-value
				Lower	Upper	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	15.00±5.15	18.03±2.33	-3.77	-4.67	-1.39	<0.001
คุณภาพชีวิต (QOL)	79.74±20.98	94.09±18.09	-19.26	-18.44	-14.90	<0.001
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL)	28.96±9.26	39.03±13.66	18.43	9.55	11.93	<0.001

สรุปผลการวิจัย

- ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
- ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต (QOL) พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
- ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่ม ทดลองสูงขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เป็นผลมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการฝังเข็มร่วมกับกายภาพบำบัดทำให้มีการปรับปรุง การทำงานของระบบประสาท กระตุ้นสมอง สามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้น มากกว่าการกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของพุงศักดิ์ สุจิตวัฒนศักดิ์ การฝังเข็มร่วมกับการทำกายภาพบำบัด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผลการรักษาที่ดีกว่าในเรื่องคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว และในกิจกรรมของโปรแกรมจะถูกนำมาใช้ผู้ป่วยในระยะหลังพ้นวิกฤตภายใน 3-6 เดือน ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และเพิ่มการทำงานของเอนไซม์ต้านอนุมูลอิสระ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้⁽¹⁵⁾

ผลการวิจัย พบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (QOL) คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองสูงขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลจากการได้รับโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการฝังเข็มร่วมกับกายภาพบำบัดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข⁽¹⁶⁾ ผลที่ได้รับจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของชานานันท์ ประดิษฐ์บาทูภา, วิลาวัลย์ เดิมกลิ่นจันทร์ การฝังเข็มช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการนำผลการศึกษานี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน โดยทีมแพทย์ พยาบาลร่วมกันประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะปกติก่อนใช้โปรแกรม จึงจะสามารถใช้โปรแกรมนี้ได้ และติดตามประเมินผลในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน
2. ควรมีการพัฒนางานวิจัยในอนาคตโดยการเพิ่มแพทย์แผนไทยเข้าไปในโปรแกรม เพื่อพัฒนาศักยภาพในการฟื้นฟูผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ ได้รับความกรุณาจากผู้บริหารงานชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนทุกท่านที่สนับสนุน ขอขอบคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี



เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ป้องกันได้. [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/odpc12/news.php?news=10006&deptcode=>
2. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สถาบัน ; 2556.
3. American Heart Association. AHA guidelines update for CPR and ECC. [Internet]. 2021 [Cited 2022 Dec 15]. Available from: <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. Cramer SC. Repairing the human brain after stroke: I. Mechanisms of spontaneous recovery. Ann Neurol 2008; 63(3): 272-87.
6. Hyndman D, Pickering RM, Ashburn A. The influence of attention deficits on functional recovery post stroke during the first 12 months after discharge from hospital. Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry 2008; 79(6): 656-663.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานประจำปี ปีงบประมาณ 2564. สุพรรณบุรี: สำนักงาน; 2564.
8. Wang J, Pei J, Khiati D, Fu Q, Cui X, Song Y, et al. Acupuncture treatment on the motor area of the scalp for motor dysfunction in patients with ischemic stroke: study protocol for a randomized controlled trial. National Library of Medicine 2017; 18(1): 1-11.
9. เอี่ยมพร สุ่มมาตย์, อุมภิกา ซองเหล็กนอก. ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสภาพโดยการกายภาพบำบัดร่วมกับการฝังเข็มต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2564; 29(2): 260-270.
10. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2551.
11. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heartfailure: A randomized, controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society 2004; 52(5): 675-684.



12. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland state medical Journal 1965; 14(1): 56-61.
13. Post MW, Boosman H, van Zandvoort MM, Passier PE, Rinkel GJ, Visser-Meily JM. Development and validation of a short version of the stroke specific quality of life scale. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2011; 82(3): 283-286.
14. ธาดา สืบหลินวงศ์, พรณน แหะ มไหสวริยา, สุธิ พานิชกุล. แนวทางจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
15. พยุงศักดิ์ สุจิตวัฒนศักดิ์. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยวิธีฝังเข็มรักษา. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์ 2564; 36(1): 89-100.
16. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: ร้านพิมพ์ทอง; 2563.
17. ชานานันท์ ประดิษฐ์บาทูกา, วิลาวัลย์ เดิมกลิ่นจันทร์. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือกโดย การฝังเข็มศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์ และ สังคมศาสตร์) 2564; 13(25): 25-36.