



การพัฒนาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ด้วยกระบวนการทางกายภาพบำบัด

PHYSICAL THERAPY DEVELOPMENT OF AN INTERMEDIATE CARE MODEL FOR STROKE : CHIANG YUEN MODEL

Received: November 21, 2024

Revised: January 12, 2025

Accepted: January 31, 2025

ณัชชวกร เกตุศิริ^{1*}, ภัศราภรณ์ จวบบุญ²

Natchawakorn Ketsiri^{1*}, Passaraporn Juaboon²

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการชั้นนี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 31 ราย คำนวณโดยใช้ G-power แทนค่าตัวแปร โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่สอดคล้องกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และศึกษาผลของการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยกระบวนการทางกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการฟื้นฟูด้วยโปรแกรมทางกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจง และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 6 เดือน ทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลพบว่า คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัด มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p\text{-value} = 0.00$ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด มีส่วนช่วยให้คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ สามารถนำโปรแกรมกายภาพบำบัด และระบบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะกลาง, กายภาพบำบัด, การฟื้นฟู, โรคหลอดเลือดสมอง

¹ กายภาพบำบัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

Physical Therapy, Chiangyuen Hospital, Maha Sarakham Province

² การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

Thai Traditional and Medicine, Chiangyuen Hospital, Maha Sarakham Province

*Corresponding author E-mail: natchawakorn.ksr@gmail.com



Abstract

This research is an action research. The sample group consisted of 31 stroke patients with the aim to study and develop a care process for intermediate stroke patients. A G-Power program base was used to analyze the relevant research. The sample group received rehabilitation with a specific physical therapy program and was followed up with a physical therapist at home for 6 months. The samples were assessed with a score assessment of daily living ability and self-help ability before and after receiving the rehabilitation program. Descriptive statistics and paired t-test statistics were used to analyze this study.

The result showed that the base line between two groups was not different. The score of daily living ability and self-help ability of the samples were significant at $p\text{-value} = 0.00$. This indicates that the specific physical therapy rehabilitation program does help improve the daily living ability and self-help ability. It also indicates appropriate and comprehensive physical therapy services will have a positive effect on the patient's quality of life in the future.

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

Keywords: intermediate care, stroke, physical therapy, rehabilitation



บทนำ

อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาสถิติย้อนหลังพบว่า ตั้งแต่ปี 2560-2565 มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 77 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน ปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 88 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในขณะที่เดียวกันจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับอัตราการเกิดโรคเช่นกัน โดยในปี 2560-2565 มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยทั้งประเทศ จำนวนร้อยละ 8.9 ปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 11.6 และปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.8 ตามลำดับ⁽¹⁾ สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในอำเภอเชียงยืน พบว่า ปี 2564 จำนวน 32 ราย ปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 36 ราย และปี 2566 จำนวน 71 ราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น การเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ด้านการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากได้รับการรักษาที่รวดเร็วสามารถลดอัตราการพิการ และเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bett และคณะ⁽²⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยล้มเลือดอุดตันในสมอง หากได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมง สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ถึง 0.56 เท่า และจากการศึกษาของ Thasanapoonchai D⁽³⁾ พบว่า หากผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชม. สามารถลดภาวะทุพพลภาพได้มากถึง 1.5- 2.5 เท่านอกจากนี้ การฟื้นฟูและการรักษาทางกายภาพบำบัด เป็นสิ่งที่มีจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการศึกษาของ Cifu และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะ acute phase และได้รับการฟื้นฟูตามระบบอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการติดตามตั้งแต่ระยะ acute phase ดังนั้นการกายภาพบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในไทย เป็นแนวทางการฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ โดยเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งถูกจำหน่าย และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูต่อเนื่อง โดยหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูคือการใช้กระบวนการทางกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องอาศัยความรู้และความชำนาญของนักกายภาพบำบัด แต่เนื่องด้วยทรัพยากรบุคคลที่มีจำกัด ทำให้หลายพื้นที่ที่นักกายภาพบำบัดไม่สามารถติดตามฟื้นฟูภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ อำเภอเชียงยืนเป็นอำเภอขนาดเล็ก มีโรงพยาบาลเชียงยืนเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ มีทีมสหวิชาชีพที่พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดำเนินงานที่ผ่านมา ยังขาดการประสานงาน และขาดการวางแผนการทำงานร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างรวดเร็วและทั่วถึง ในด้านกายภาพบำบัดยังขาดการวางแผนที่เฉพาะเจาะจงในการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ และขาดการติดตามเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และโปรแกรมกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้หลักการ motor re-learning ฝึกการ



เรียนรู้ของสมองซ้ำๆ ในรูปแบบปกติ เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและทั่วถึง อีกทั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจงอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
2. เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจงต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁽⁵⁾ ประกอบด้วย การดำเนินการ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) : ประชุมทีมวิจัยหาแนวทางในดำเนินงาน ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาคู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางและจัดทำแผนฟื้นฟู 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) : จัดทำแผนการรักษา และออกเยี่ยมบ้านตามแผน โดยให้บริการฟื้นฟูด้วยวิธีกายภาพบำบัด 3) สังเกตการณ์ (Observation) : ประเมินคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย Barthel index , ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้วยแบบประเมิน (Palliative Performance Scale) ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมชนและประเมินเดือนระยะเวลา 6 เดือน 4) สะท้อนกลับ (Reflection) : สะท้อนกลับกระบวนการและปัญหาที่พบในการดำเนินงานต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และอาสาสมัครสาธารณสุข นำข้อมูลมาปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานรวมการพัฒนาทั้งระบบ 3 วงรอบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยชิ้นนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ตั้งแต่ ตุลาคม 2566-มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มจับสลาก จำนวน 31 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power กำหนดค่า effect size = 0.8, ค่า $\alpha = 0.05$, ค่า power = 0.9 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 คน และเพื่อป้องกันการผิดพลาดได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 จึงมีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 31 คน ทำการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

- เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 2) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเชียงใหม่ 3) มีคะแนน Barthel index < 15



เกณฑ์การคัดออก เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหรือย้ายภูมิลำเนาออกจากอำเภอเชียงใหม่ และไม่สามารถเข้าร่วมรับการรักษาทางกายภาพบำบัดตามระยะเวลาที่กำหนดได้

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดยศึกษาจากเวชระเบียน ข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ร่วมกับสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาล เกษัชกร จิตวิทยา นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองท้องถิ่น ได้แก่ ฝ่ายบริการสาธารณสุข ตัวแทนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเชียงใหม่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาระบบการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลาง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามคุณสมบัติ โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยจัดทำ discharge plan ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบของอำเภอเชียงใหม่
2. จัดทำแผนและแนวทางในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังถูกจำหน่าย โดยติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน-1 ปี ขึ้นกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และจัดทำระบบส่งต่อข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใน (IPD) จนกระทั่งเป็นผู้ป่วยนอก (OPD) โดยเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์ และ Google sheets ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประจำพื้นที่ของผู้ป่วยนั้นๆ

3. ให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยการกายภาพบำบัดพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหลัก ใช้เวลา 30 นาทีต่อครั้ง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และรับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อติดตามผู้ป่วย แก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยจัดโครงการอบรมให้ความรู้และเพิ่มทักษะการติดตาม และการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

ระยะที่ 3 การสะท้อนผลลัพท์จากการดำเนินการในระยะที่ 2

โดยการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการ นำมาพัฒนาปรับปรุงกระบวนการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมากยิ่งขึ้น โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำมาพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเฉพาะเจาะจง ดังนี้

- 1) การจัดทำทางกระตุ้นกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว
- 2) กระตุ้นการเคลื่อนไหวด้วยเทคนิค Sensory and Motor relearning
- 3) Essential movement function training
- 4) Passive ROM
- 5) สอนการเคลื่อนไหวบนเตียง



6) ฝึกการเคลื่อนย้ายตัว

7) กระตุ้นการทรงตัวในท่านั่ง ทำขึ้น และทำเดิน ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย

8) การเดินด้วยไม้เท้าพยุงเดิน

จากนั้นได้ประเมินค่า Barthel index และค่า Palliative Performance Scale บันทึกข้อมูลเก็บไว้
ระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการดำเนินงานตามการพัฒนา โดยติดตามตัวชี้วัดเป็นจำนวนผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลติดตามการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากจำหน่าย และ
ค่าความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale) รวมถึงค่าความสามารถ
ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ตามรูปที่ 1 จากนั้นประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน
ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

- ประเมินผลด้านระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ประเมินผลแนวทางปฏิบัติในการรักษาทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกประวัติข้อมูลพื้นฐานที่มารับการรักษาที่
งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเชียงใหม่

2. แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยประเมินจากแบบ
ประเมินดัชนีบาร์เซล (Barthel index) ที่ปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ⁽⁶⁾ จาก Barthel
ADL Index ของ Mahoney และ Barthel⁽⁷⁾ เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน (Barthel index) มี 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม
แปรงฟัน โกนหนวด 3) การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่
ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุม
การขับถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน (การแปลผล 0-4
คะแนน ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์, 5-8 คะแนน ภาวะพึ่งพารุนแรง, 9-11 คะแนน ภาวะพึ่งพาปานกลาง
และ 12-20 คะแนน ไม่เป็นที่พึ่งพา)

3. แบบประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale)⁽⁸⁾
การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง Palliative Performance Scale (PPS) ประเมินตาม
5 หัวข้อหลัก 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2) กิจกรรมและความรุนแรงของโรค 3) การดูแล
ตนเอง 4) การรับประทานอาหาร 5) ระดับความรู้สึกตัว โดยแบ่งออกเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ระดับ PPS
100% -0% แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ 1) ระยะคงที่ มีค่า PPS = 70- 100 % 2) ระยะเปลี่ยนผ่าน
มีค่า PPS = 40-60 % 3) ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่า PPS = 0- 30%

4. แนวปฏิบัติการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำหลักการที่มีอยู่
แล้วมาประยุกต์ใช้แบบเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย โปรแกรมฟื้นฟูกายภาพบำบัด



1) การจัดท่า 2) กระตุ้นการเคลื่อนไหวผู้ป่วยด้วยเทคนิค Sensory and motor relearning 3) Essential movement function training 4) Passive ROM 5) สอนการเคลื่อนไหวบนเตียง 6) ฝึกการเคลื่อนย้ายตัว 7) กระตุ้นการทรงตัวในท่านั่ง ทำยืน และทำเดิน ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย 8) การเดินด้วยไม้เท้าพยุงเดิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและระยะสุดท้าย จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.95

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกัน จำนวน 10 คน แล้วนำปัญหาอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว
 2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด ด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ อนุมัติผ่านจริยธรรมการวิจัย เลขที่ CY 2/2566 ลงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยได้สรุปการวิจัยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง และปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างวิจัย

ผลการวิจัย

1. ด้านการพัฒนา 1) เกิดคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงใหม่ ภาคท้องถิ่น โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข 2) เกิดอาสาสมัครดูแลและติดตามผู้ป่วย อันเป็นผลมาจากการจัดอบรมและเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นอีกหนึ่งกลไกที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่ครอบคลุม 3) เกิดระบบการส่งต่อ



ข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องจากผู้เกี่ยวข้อง 4) เกิดแนวปฏิบัติทางกายภาพบำบัดต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่ชัดเจนและครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยที่สามารถช่วยพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยได้ 5) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 100

2. ด้านผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 31 คน ที่ได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดมีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 ราย

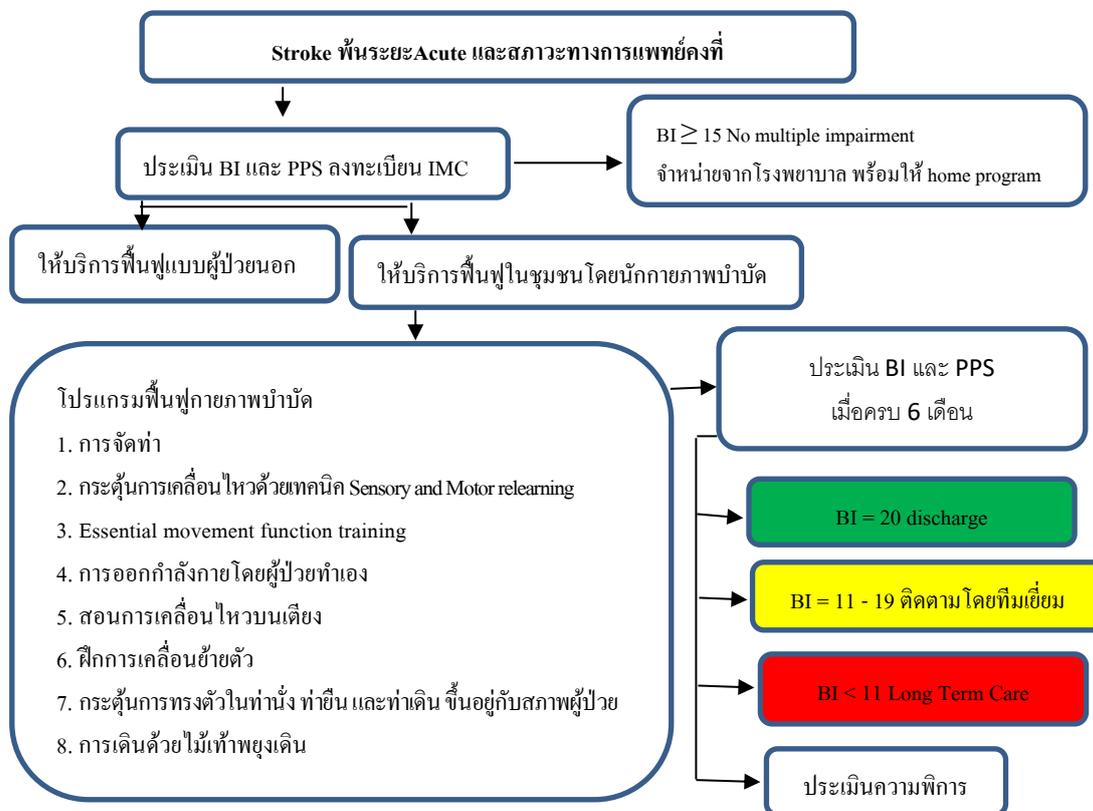
ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	14	45
หญิง	17	55
รวม	31	100
2. อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	3	9.6
40-50 ปี	16	51.6
50-60 ปี	8	25.8
60 ปีขึ้นไป	4	13
รวม	31	100
3. ประเภทของอาการหลอดเลือดสมอง		
หลอดเลือดตีบ-ตัน	28	90.3
หลอดเลือดแตก	3	9.7
รวม	31	100

หลังกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจง เป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงค่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel index) และระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale) เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด

ข้อมูล	mean	Std deviation	Sig
- ค่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	11.806	3.859	0.00
- ค่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	52.581	11.538	0.00



รูปที่ 1 แสดงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเชียงใหม่

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง หลังได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจง ภายใน 6 เดือน มีค่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น $p\text{-value} = 0.000$ และระดับ



ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ลดลงที่ $p\text{-value} = 0.000$ เช่นกัน

2. การร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ มีการส่งต่อข้อมูล ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ครอบคลุม

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัย เป็นประชากรในเขตรับผิดชอบของอำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ภายหลังถูกจำหน่ายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ และได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยร้อยละ 30 มีค่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น ผู้ป่วยร้อยละ 70 ยังมีภาวะพึ่งพิง จึงต้องมีการทบทวนแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมกับปัญหาผู้ป่วยกลุ่มนี้ และภายหลัง 6 เดือนหลังเข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยร้อยละ 100 มีค่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น ทั้งหมดสอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ ฌรัฐเศรษฐ์ มณีนากร⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า ช่วงระยะเวลาที่ดีที่สุดในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภายในระยะเวลา 6 เดือน นับตั้งแต่เกิดโรค

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ ได้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งถูกจำหน่ายและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยการร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เกิดเป็นกลไกในการติดตามข้อมูลและความสามารถของผู้ป่วยหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลแบบบูรณาการตั้งแต่เริ่มเป็นโรค จนกระทั่งกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน ส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจรงค์ ศรีสุระ⁽¹⁰⁾ ที่ว่าการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรทำอย่างสม่ำเสมอ โดยในช่วง 4 เดือนแรกจะเป็นช่วงที่ค่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันจะพัฒนาได้อย่างรวดเร็วที่สุด การศึกษาของ วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม และเสถียรพงษ์ ศิวินา⁽¹¹⁾ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า รูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสมกับบริบท และพื้นที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติแล้วส่งผลให้บรรลุเป้าหมายช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น⁽⁴⁾ การศึกษาของ ศิริพร เผ่าภูธร⁽¹²⁾ พบว่า หลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ เขมภักดิ์ เจริญสุขศิริ และสิริพิชญ์ เจริญสุขศิริ⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ดังนั้น การจัด



แนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพของ เฟียงเพ็ญ บุญมาธรรม⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ในทุกระดับของการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอย่างยั่งยืน

จากการศึกษา พบว่า ภายหลังจาก 6 เดือน ผู้ป่วยมีค่าความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale) และค่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแนวปฏิบัติทางกายภาพบำบัดพัฒนาครอบคลุมด้านการฝึกการเคลื่อนไหว การทรงตัว การทำกิจวัตรประจำวัน โดยกระตุ้นผ่านทั้ง sensory และ motor input ในระยะเวลาที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiaowei Chen⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า sensory input มีผลต่อการทำ motor function เพราะเป็นแทรกแรกที่ส่งสัญญาณจากสภาพแวดล้อมภายนอกเข้าสู่ระบบสมองส่วนกลาง เพื่อให้สมองวิเคราะห์และประมวลผลและสั่งการให้ร่างกายตอบสนองกลับ และจากการศึกษาของ Mouawad และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาเรื่องการฝึกผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ด้วยเทคนิค wii-base พบเห็นไปในทางเดียวกันว่า การพัฒนาความสามารถในการทำฟังก์ชันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้ผลดี เมื่อมีการพัฒนาทั้ง sensory และ motor ในระยะเวลาและความถี่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ นกหนู, จุฑามาศ ทองบุญ และมณีนภพ บกสวัสดิ์⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ในการทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า การให้โปรแกรมความรู้และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเมื่อหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้สามารถเพิ่มความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติได้ การศึกษาของรัชฎลักษณ์ ขวัญสนิท⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การพัฒนาระบบ sub-acute rehabilitation ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังจำหน่ายมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่าย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นรูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในพื้นที่อื่นได้ ปรับใช้ตามบริบทสภาพของพื้นที่
2. ผลการวิจัยนำมาเป็นข้อมูลกำหนดคน โยบาย และวางแผน โครงการ เกี่ยวกับการดูแลการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยได้ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูระยะกลาง



3. โรงพยาบาลที่รับผิดชอบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางควรกำหนดความถี่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มากขึ้น และกำหนดแนวทางการให้ความรู้เรื่องกระบวนการฟื้นฟูตัวและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจต่อการนำไปปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมัลลิกา ภิรมย์บุญ นักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลนาเชือก ในการวิเคราะห์ทางสถิติ ให้คำปรึกษาในการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ขอขอบคุณชาทัส สวัสดิกุล นักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณภัศราภรณ์ จวบบุญ แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเชียงใหม่ ที่ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ขอขอบคุณทีม IMC ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงใหม่ และกลุ่มตัวอย่างวิจัยทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณชยกร เกตุสิริ และครอบครัวที่คอยห่วงใยให้การสนับสนุน และเสริมสร้างกำลังใจ ทำให้การทำวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of disease control. Division of Non - Communicable Diseases. Ministry of Public Health. [Internet]. Thaincd.com. [cited 2022 May 23]. Available from: <http://thaincd.com/2016/mission/documents>
2. Betts KA, Hurley D, Song J, Sajeev G, Guo J, Du EX, et al. Real-world outcomes of acute ischemic stroke treatment with intravenous recombinant tissue plasminogen activator. J Stroke Cerebrovasc Dis [Internet]. 2017 [cited 2022 May 16]; 26(9):1996–2003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28689999>
3. Thasanapoonchai D. Stroke signs of the risk of paralysis. [Internet]. 2017 [cited 2022 May 23]. Available from: <http://www.sikarin.com/content/detail/131/stroke>
4. Cifu D., Stewart D.G. Factors affecting functional outcome after stroke: A critical review of rehabilitation interventions. Arch. Phys. Med. Rehabil 1999;80:S35–S39. doi: 10.1016/S0003-9993(99)90101-6.
5. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner (3rd ed.). Geelong: Deakin University; 1988.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541: 85-6.



7. Mouawad MR, Doust CG, Max MD, et al. Wii-based movement therapy to promote improved upper extremity function post-stroke: a pilot study. *J Rehabil Med* 2011; 43: 527-33.
8. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th>
9. ณัฐเศรษฐ มณีมนากร. เวชศาสตร์ฟื้นฟู: ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง. *ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา*; 2551: 30-6.
10. เบญจรงค์ ศรีสุระ. กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* 2562; 16(3): 72-82.
11. วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม, เสถียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนารูปแบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) จากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2565; 2: 119-32.
12. ศิริพร เผ่าภูธร. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2566; 1: 311-23.
13. เขมภักดิ์ เจริญสุขศิริ, ลีริพิชญ์ เจริญสุขศิริ. คุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. *Journal of Associated Medical Sciences* 2560; 3: 516-24.
14. เพียงเพ็ญ บุญมาธรรม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติดอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2566; 8: 37-41.
15. Xiaowei Chen, Fuqian Liu, Zhaohong Yan, Shihuan Cheng, Xunchan Liu, He Li, Zhenlan Li, Therapeutic effects of sensory input training on motor function rehabilitation after stroke, *Medicine* 2018 Nov 30; 97(48): e13387.
16. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 61-65.
17. สายใจ นกหนู, จุฑามาศ ทองบุญ, มณีภรย์ บกสวัสดิ์. การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ในการทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2560; 31: 667-76
18. ธัญลักษณ์ ขวัญสนิท. ผลการพัฒนาระบบฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute rehabilitation) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2560; 31: 723-32.