



Factors Predicting Activities of Daily Living among Patients with Stroke*

Nuntabhorn Tongtem, RN, MNS¹, Wimolrat Puwarawuttiapanit, RN, PhD¹, Sarunya Koositamongkol, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To study the predicting factors including rehabilitation service models, self-management support, income and nutritional status on activities of daily living performance in stroke patients.

Design: Predictive research.

Methods: The participants consisted of 126 ischemic stroke patients who came for follow-up after hospital discharge at neurology clinics, outpatient departments of two hospitals. Data were collected using a demographic questionnaire, the Barthel Index for Activities of Daily Living, Self-management Support Questionnaire and Nutritional Status Form. Multiple linear regression was applied to the data analysis.

Main findings: The results revealed that activity daily living of the participants was at high level ($\bar{X} = 81.59$, $SD = 21.81$) After being discharged from a stroke unit, the rehabilitation service model that the participants had most was out-patient rehabilitation service (38.1%). Overall, self-management support was at moderate level ($\bar{X} = 3.13$, $SD = 0.73$); and nutrition status was indicated as moderate malnutrition ($\bar{X} = 9.24$, $SD = 3.30$). All study factors could together explain 64% of the variance in the activity daily living ($R^2 = .64$); however, only 3 factors including the rehabilitation service model, self-management support, and nutritional status were significant predictors.

Conclusion and recommendations: Healthcare team should promote continuous rehabilitation of each service model until patients with stroke return home. In addition, self-management should be supported by focusing on the patients' involvement in treatment with health team. Their nutritional status should also be assessed and monitored to enable patients with stroke to increase their performance on activity daily living.

Keywords: activities of daily living, nutritional status, rehabilitation, self-management, stroke

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):76-89

Corresponding Author: Associate Professor Wimolrat Puwarawuttiapanit, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University; and this research is partially supported by the Faculty of Graduate Studies and Graduate Studies of Mahidol University Alumni Association

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 3 February 2021 / Revised: 24 April 2021 / Accepted: 17 May 2021



ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

นันทพร ทองเต็ม, พย.ม.¹ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ประ.ด.¹ ศรัณยา โฆสิตะมงคล, ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของรูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันที่มารับการติดตามการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสองแห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามการสนับสนุนการจัดการตนเองและแบบประเมินภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับมาก ($\bar{X} = 81.59$, $SD = 21.81$) ภายหลังได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างได้รับรูปแบบบริการการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยนอกมากที่สุด (ร้อยละ 38.1) ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$, $SD = 0.73$) และมีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง ($\bar{X} = 9.24$, $SD = 3.30$) ปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวร่วมอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 64 ($R^2 = .64$) โดยปัจจัยด้านรูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเองและภาวะโภชนาการ เป็นปัจจัยทำนายอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปและข้อเสนอแนะ: รูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเองและภาวะโภชนาการสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรูปแบบบริการการฟื้นฟูแต่ละรูปแบบอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งกลับบ้าน รวมทั้งให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษากับทีมสุขภาพ และส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยตั้งแต่รับการรักษาและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสภาพ การจัดการตนเอง โรคหลอดเลือดสมอง

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):76-89

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจาก บัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่า บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 3 กุมภาพันธ์ 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 24 เมษายน 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 17 พฤษภาคม 2564



ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease/stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดความพิการในระยะยาวกับผู้ป่วยทั่วโลก¹ ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ล้านคน และในจำนวนนี้รอดชีวิตแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่มากถึง 50 ล้านคน² โดยพบเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) มากที่สุดถึงร้อยละ 80-87 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด³ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลทั้งทางด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1 เสียชีวิตจำนวน 50,000 รายต่อปี และมีความพิการหลงเหลืออยู่ 250,000 รายต่อปี⁴ โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตันมากที่สุดถึงร้อยละ 65.7⁵ ทั้งนี้ความพิการที่หลงเหลืออยู่จะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยในประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยรวม 530,770,877.00 บาทต่อปี⁶

เป้าหมายหลักที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูทั่วโลกคือ การเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living, ADL) โดยเร็วจะช่วยให้การทำงานของสมองในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อฟื้นฟูกลับสภาพได้ดีขึ้น¹ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ระดับปานกลางจนถึงรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลสูงถึงร้อยละ 68-74 ทั้งนี้ความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง⁷ สอดคล้องกับประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมี

ความพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 50 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้เลย คิดเป็นร้อยละ 83.8⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย ทั้งด้านระบบบริการสุขภาพและตัวผู้ป่วย เช่น รูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการ^{6,9-10} การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมกรการใช้บริการสุขภาพของ Andersen¹¹ ซึ่งแนวคิดพฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยรูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเองและรายได้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านสนับสนุน และภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยด้านความต้องการทางสุขภาพที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ด้านรูปแบบบริการการฟื้นฟู พบว่ามีแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันคือ ให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูด้านร่างกายโดยเร็วเพื่อการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยมีรูปแบบบริการการฟื้นฟู 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบบริการการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยใน แบบผู้ป่วยนอก และแบบเยี่ยมบ้าน^{6,12} การศึกษาที่ผ่านมา เน้นการใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคที่เกิดจากสมองและไขสันหลังทำงานผิดปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาล 24 แห่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูทั้ง 3 รูปแบบมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ แต่อย่างไรก็ตามเป็นการศึกษาภาพรวมของผู้ป่วย



4 กลุ่มโรค แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่จะประเมินว่ารูปแบบบริการการฟื้นฟูใด สามารถเพิ่มในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีที่สุด

นอกจากนี้ การวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน¹⁰⁻¹¹ สำหรับประเทศไทยพบว่ยังไม่มีการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้านรายได้ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ และสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน¹⁰ ด้านภาวะโภชนาการพบว่า ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁰ และเป็นปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่าภาวะทุพโภชนาการทำให้ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น¹⁰ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของรายได้และภาวะโภชนาการต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย รูปแบบบริการ การฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการ ผลการศึกษาวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ ภายใต้การคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยที่เป็นปัจเจกบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยด้านรูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมุติฐานการวิจัย

รูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมารับการติดตามการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธบาท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันครั้งแรกมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 2) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปไม่มีความบกพร่องทางารรู้คิด มีการคัดกรองด้านความรู้ความเข้าใจในการจำแนกความบกพร่องการทำหน้าที่ของสมอง โดยมีค่า mini-cog TMPS version อยู่ในระดับ 3-5 คะแนน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.4 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance)



ที่ระดับ .05 การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ใช้ค่าสหสัมพันธ์ขนาดปานกลาง $r = .30$ มาคำนวณค่า $R^2 = .09$ ตามข้อเสนอแนะของ Polit และ Beck¹³ และนำไปคำนวณขนาดอิทธิพลค่า $f^2 = .10$ กำหนดจำนวนตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 126 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาศึกษาในคลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธรักษา โรงพยาบาลละ 63 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมด 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองด้านความรู้ความเข้าใจในการจำแนกความบกพร่องการทำหน้าที่ของสมอง และอาการสมองเสื่อมในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบประเมินจำนวน 4 ชุด รวมทั้งหมดจำนวน 57 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (mini-cog) พัฒนาเพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทวนซ้ำคำ 3 คำ และการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่เวลา 11.10 น. โดยมีรวมตั้งแต่ 0-5 คะแนน แปลผลโดยรวมคะแนนทั้ง 2 ส่วน คือ คะแนน 0-2 คะแนน หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด และคะแนน 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดยผู้วิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 13 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบรายการตรวจสอบและแบบบันทึก ประกอบด้วย 1) อายุ 2) เพศ 3) คะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (จากเวชระเบียน) 4) คะแนนระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(จากเวชระเบียน) 5) ระดับการศึกษา 6) สถานภาพสมรส 7) โรคประจำตัว 8) ลักษณะการอยู่อาศัย 9) สิทธิที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล 10) รายได้ 11) แหล่งที่มาของรายได้ 12) ความพอเพียงของรายได้ 13) รูปแบบบริการการฟื้นฟู และ 14) ระยะเวลา (เป็นจำนวนวัน) จาก admission ถึงวันเก็บข้อมูล

2. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พัฒนาโดย Mahoney และ Barthel¹⁴ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา¹⁵ เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและประสิทธิภาพด้านการเคลื่อนไหว หลังจากได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงจากเตียง 3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหวนั่งยืนเดิน 7) การขึ้นบันได 8) การแต่งตัว 9) การถ่ายอุจจาระ และ 10) การปัสสาวะ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรมแต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 0-15 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็น 5 ระดับ คะแนนช่วงคะแนนต่ำสุดคือ 0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย และคะแนนสูงสุด 100 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเองทั้งหมด

3. แบบสอบถามการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบประเมินการดูแลของโรคเรื้อรัง The Patient Assessment of Chronic Illness Care, PACIC+¹⁶ พัฒนาโดยมีแนวคิดมาจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง¹⁶ เป็นเครื่องมือที่ประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเองจากการรับรู้ของผู้ป่วย แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Zeugfang และคณะ¹⁶ ผู้วิจัยขออนุญาต

ใช้เครื่องมือจากผู้แปล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ด้าน รวม 26 ข้อ โดยมีรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้ 1) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา [ข้อ 1-3] 2) การออกแบบระบบบริการและสนับสนุนการตัดสินใจ [ข้อ 4-6] ข้อ 3) การวางแผนร่วมกัน [ข้อ 7-11] 4) การแก้ปัญหาสุขภาพ [ข้อ 12-15] และ 5) การติดตามผลการรักษาและการประสานงาน [ข้อ 16-20] 6) การประเมิน [ข้อ 1, 15, 20, 21] 7) การให้ข้อมูลคำแนะนำ [ข้อ 4, 6, 9, 19, 24] 8) การตกลงร่วมกัน [ข้อ 2, 3, 7, 8, 25] 9) การให้ความช่วยเหลือ [ข้อ 10, 12, 13, 14, 26] และ 10) การติดตาม [ข้อ 16, 17, 18, 22, 23] มีคะแนนเฉลี่ยรวมทั้งหมด 5 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ช่วงคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 1.00-2.33 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.67-5.00 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองระดับมาก

4. แบบประเมินภาวะโภชนาการ (nutrition alert form) พัฒนาโดย สุรัตน์ โคมินทร์, ธัญวรินทร์ ตั้งเสริมวงศ์ และพลสุข เจนพานิชย์¹⁷ ดัดแปลงจากแบบประเมิน subjective global assessment มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ แบบประเมินนี้ใช้ข้อมูลพื้นฐานของคนไทย เพื่อให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย แบบประเมินนี้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ พบภาวะทุพโภชนาการปานกลาง และมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) นำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินภาวะโภชนาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านพิจารณาทุกแบบสอบถาม ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92, .83 ตามลำดับ และแบบประเมินภาวะโภชนาการใช้ค่าความเชื่อมั่น ระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เท่ากับ .99

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No. IRB-NS2020/537.0701 ลงวันที่ 7 มกราคม 2563 และโรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธบาท เลขที่หนังสือรับรอง IRB No. EC003/2563 ลงวันที่ 29 มกราคม 2563 เมื่อโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธบาท เพื่อขอความอนุเคราะห์พยาบาลประจำหน่วย ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการ พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมระบบประสาท จะแนะนำผู้ป่วยให้พบผู้วิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์เข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระพุทธบาทด้วยตนเองในช่วงเวลา 8.00-12.00 น. โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 60 นาที และบันทึกจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC โดยมีรายละเอียดดังนี้



1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนการจัดการตนเอง และภาวะโภชนาการ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และวิเคราะห์ตัวแปรรูปแบบบริการการฟื้นฟูกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สถิติ one way ANOVA

3) วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา คือ วิเคราะห์อำนาจการทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตัวแปรรูปแบบบริการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ ภาวะโภชนาการต่อความสามารถในการทำกิจวัตร โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (multiple linear regression analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55.6 อายุเฉลี่ย 57.66 ปี (SD = 11.74) โดยช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 41-60 ปี ร้อยละ 49.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.2 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 74.6 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 90.5 ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 69 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดร้อยละ 39.7 รองลงมาคือมีรายได้ 1,000-5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 36.5 และมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 23.8 โดยแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 57.9 ประกอบอาชีพด้วยตนเองร้อยละ 27 โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตนเองมีรายได้พอเพียงและเหลือเก็บมากที่สุดร้อยละ 28.6 กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคประจำตัวอื่นๆ รวมด้วย ร้อยละ 100

โรครวม 5 อันดับแรกที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง และหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 84.9, 61.1, 32.5, 8.7 และ 7.9 ตามลำดับ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 62.94$, SD = 23.59) โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากร้อยละ 42.1 รองลงมาคือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลางร้อยละ 40.5 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีระดับความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อย (0-2 คะแนน) ร้อยละ 100

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมในวันที่เก็บข้อมูล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 81.59$, SD = 21.81) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากร้อยละ 42.8 รองลงมาคือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 33.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

รูปแบบบริการการฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแบบผู้ป่วยนอกมากที่สุดร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ รูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบเยี่ยมบ้านร้อยละ 31.7 และรูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในร้อยละ 30.2 ดังแสดงในตารางที่ 1

การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$, SD = 0.73) เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับการสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 57.1 การสนับสนุนการจัดการตนเองอยู่ในระดับมากร้อยละ 24.6 และการสนับสนุนการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 18.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับทุพโภชนาการปานกลาง ($\bar{X} = 9.24$, SD = 3.30) โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพโภชนาการปานกลางร้อยละ 73 และมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงร้อยละ 27 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติพรรณนาของปัจจัยทำนายที่ศึกษา (N = 126)

	พิสัย	Min-Max	$\bar{X}$ (SD)	n (%)
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน			81.59 (21.81)	
- ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	0-20	0-20		4 (3.2)
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	25-45	25-45		7 (5.6)
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	50-70	50-70		19 (15.1)
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก	75-95	75-95		54 (42.8)
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด	100	100		42 (33.3)
รูปแบบบริการการฟื้นฟู				
- แบบผู้ป่วยใน				38 (30.2)
- แบบผู้ป่วยนอก				48 (38.1)
- แบบเยี่ยมบ้าน				40 (31.7)
การสนับสนุนการจัดการตนเอง			3.13 (0.73)	
- ระดับน้อย	1.00-2.33	1.50-2.31		23 (18.3)
- ระดับปานกลาง	2.34-3.66	2.35-3.65		72 (57.1)
- ระดับมาก	3.67-5.00	3.67-5.00		31 (24.6)
ระดับของภาวะโภชนาการ			9.24 (3.30)	
- ทุพโภชนาการปานกลาง	6-10	6-9		92 (73.0)
- ทุพโภชนาการรุนแรง	≥ 11	11-19		34 (27.0)

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .55, p < .01$) ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = -.65, p < .01$) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างรายได้และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ ภาวะโภชนาการและ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง (N = 126)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การสนับสนุนการจัดการตนเอง	1			
2. รายได้ ¹	.27**	1		
3. ภาวะโภชนาการ	-.41**	-.28**	1	
4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	.55**	.41**	-.65**	1

¹ Spearman, ** $p < .01$, * $p < .05$

ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร รูปแบบบริการการฟื้นฟูกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ one way ANOVA พบว่ารูปแบบบริการการฟื้นฟูมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2,123)} = 48.12, p < .01$) และรูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($\bar{X} = 96.46, SD = 5.36$) สูงกว่าแบบผู้ป่วยใน ($\bar{X} = 83.42, SD = 14.57$) และแบบเยี่ยมบ้าน ($\bar{X} = 62.00, SD = 24.88$) โดยพบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของรูปแบบบริการการฟื้นฟูทั้ง 3 รูปแบบ ในแต่ละคู่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญ .05 ดังนั้น รูปแบบบริการการฟื้นฟู

แบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน ($p < .01$) รูปแบบบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกกับแบบเยี่ยมบ้าน ($p < .01$) รูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในกับแบบเยี่ยมบ้าน ($p < .01$)

ผลการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณ โดยวิธีนำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าสมการถดถอยพร้อมกัน พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 64 ($R^2 = .64$) โดยพบว่า รูปแบบบริการการฟื้นฟู (รูปแบบบริการผู้ป่วยนอก) ภาวะโภชนาการ รูปแบบบริการ (รูปแบบบริการผู้ป่วยใน) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง ($\beta = .49, -.43, .27, .14, p < .01$) ตามลำดับ เป็นตัวแปรทำนาย ยกเว้นรายได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของรูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง รายได้ และภาวะโภชนาการ ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 126$)

ตัวแปร	b	SE(b)	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่	80.81	8.20		9.86	.001	64.57, 97.05
รูปแบบบริการการฟื้นฟู						
เยี่ยมบ้าน	Reference					
ผู้ป่วยนอก	21.89	3.66	.49	5.99	.001	14.64, 29.13
ผู้ป่วยใน	12.88	3.36	.27	3.83	.001	6.22, 19.53
การสนับสนุนการจัดการตนเอง	.16	.08	.14	2.02	.046	.003, .32
รายได้						
รายได้ 1,000-5,000 บาท	Reference					
รายได้น้อยกว่า 1,000 บาท	2.17	3.38	.04	.64	.523	-4.53, 8.86
รายได้มากกว่า 5,000 บาท	3.55	2.83	.08	1.25	.212	-2.05, 9.15
ภาวะโภชนาการ	-2.85	.41	-.43	-6.90	.001	-3.66, -2.03

$R^2 = .64, \text{adjust } R^2 = .62$



การอภิปรายผล

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของวันที่เก็บข้อมูล มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 81.59$, $SD = 21.81$) ทั้งนี้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากสมองมีการฟื้นตัวตามธรรมชาติหลังจากที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม สมองยุบมวลลง ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง¹⁸ ร่วมกับการฟื้นตัวของสมอง ที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการฟื้นฟูในรูปแบบบริการ การฟื้นฟูต่างๆ จากทีมสุขภาพตั้งแต่ผ่านพ้นภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและต่อเนื่อง จนกระทั่งกลับบ้าน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับรูปแบบบริการ การฟื้นฟูในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่วันที่รับการรักษา ในโรงพยาบาลจนถึงวันที่เก็บข้อมูลพบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ย เท่ากับ 108.13 วัน $SD = 54.07$ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การฟื้นตัวของสมองจากการได้รับการฟื้นฟูจะได้ผลดีที่สุด จะเกิดในช่วงระยะ 3 เดือนแรกหลังเกิดโรค และจะฟื้นตัวลดลง หลังจาก 6 เดือนไปแล้ว ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูในช่วงนี้ จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้¹⁸

รูปแบบบริการการฟื้นฟู จากผลการวิจัยนี้พบว่า รูปแบบบริการการฟื้นฟูทั้ง 3 รูปแบบมีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสามารถทำนายความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ จะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า ทุกรูปแบบบริการการฟื้นฟู ทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการเยี่ยมบ้านนั้น ส่งผลให้ระดับความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)^{12,19-20} ในขณะเดียวกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า รูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก สามารถร่วมทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุด รองลงมาคือ รูปแบบการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยใน เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 รูปแบบ เปรียบเทียบกัน กับรูปแบบการฟื้นฟูแบบเยี่ยมบ้านสอดคล้องกับการศึกษา ของ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ⁶ ที่พบว่ารูปแบบบริการ การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกส่งผลให้คะแนนความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากที่สุด แต่ขัดแย้งกับการศึกษา ของ López-Liria และคณะ²¹ ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง รูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกกับแบบเยี่ยมบ้านพบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้ง 2 รูปแบบ ไม่แตกต่างกัน ($p = .21$) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ บริการฟื้นฟูทั้ง 2 รูปแบบได้รับการฟื้นฟูจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ ที่ใกล้เคียงกันคือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่า แนวทางหรือความถี่ในการฟื้นฟูของแต่ละรูปแบบบริการ การฟื้นฟูที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท อาจส่งผลต่อระดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มารับ รูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ร้อยละ 64.6 ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน และแบบเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ปานกลาง ร้อยละ 50 กับ 42.5 ตามลำดับ จึงส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกฟื้นตัวได้เร็วขึ้น กว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการรูปแบบอื่น จากผลการศึกษา ในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับการบริการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยตนเองทั้งหมดสูงถึงร้อยละ 60.4 สอดคล้องกับการศึกษา



ที่พบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่ประเมินครั้งแรก สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 9.67, 95\%CI = 1.58, 59.34$)⁸

การสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .55, p < .05$) และสามารถร่วมทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .14, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (โดยรวม) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แต่ละด้านมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยในด้านของการฟื้นฟูสภาพ ข้อที่มีระดับคะแนนรายข้อสูง คือ การได้รับการฟื้นฟูจากบุคลากรเฉพาะทางด้านอื่นๆ นอกจากแพทย์ เช่น นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ทีมฟื้นฟูมาช่วยดูแลรักษาสุขภาพ การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด โภชนาการ มีคะแนนอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผลลัพธ์ที่ดีในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสภาพเป็นมิติที่ประสบความสำเร็จที่สุด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายในการรักษาด้วยตนเองส่งผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 4.56; 95\%CI = 2.73, 7.64, p < .05$)²² จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกัน

และมีการวางแผนการในรักษาร่วมกับทีมบุคลากรทางสุขภาพ จะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น แต่ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมินการได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการช่วยเหลือและการวางแผนเป้าหมายร่วมกันมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 และ 2.99 ($SD = 0.70, SD = 0.78$) ตามลำดับ ดังนั้นทีมบุคลากรทางสุขภาพควรเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองในด้านการช่วยเหลือและการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ($p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ในผลการศึกษาครั้งนี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาของ Pei และคณะ¹⁰ ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับรายได้ในมิติของความพอเพียงของรายได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้พอเพียงมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษารายได้ในมิติที่เป็นตัวเงินของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบริบทที่อาจมีความแตกต่าง จะเห็นได้ว่าสิทธิที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 69 ทำให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยและอาจได้รับการเข้าถึงบริการระบบสุขภาพมากขึ้น รวมถึงสังคมไทยเป็นสังคมขยาย ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่มีคุณค่าเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และได้รับการดูแลจากบุตรหลาน ดังนั้นรายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอาจพึ่งพารายได้จากครอบครัว จะเห็นว่า ถึงแม้ตนเองจะมีรายได้น้อยแต่ก็ยังมีการครอบครัวช่วยเหลือเกื้อกูลอำนวยความสะดวกทำให้รายได้ที่มีน้อยพอเพียง²³



ภาวะโภชนาการ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.65, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.43, p < .05$) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับทุพโภชนาการปานกลางร้อยละ 73 ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะทุพโภชนาการจะทำให้การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองล่าช้า และส่งผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบ และสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁰ และการศึกษาของตรีธัญ ศรีวิเชียร²⁵ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพโภชนาการกับสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังพบว่าภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบบริการการฟื้นฟู การสนับสนุนการจัดการตนเอง และภาวะโภชนาการสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูในรูปแบบบริการการฟื้นฟูต่างๆ และควรปรับการจัดบริการสุขภาพของรูปแบบบริการการฟื้นฟูแบบเยี่ยมบ้าน ให้มีกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพิ่มขึ้น และส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

2) ควรให้การสนับสนุนการจัดการตนเองทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดภาวะพึ่งพาอาศัย โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษา การวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ระหว่างทีมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน

3) ควรส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ตั้งแต่รับการรักษา และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

ด้านการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดรูปแบบบริการการฟื้นฟูแต่ละรูปแบบว่ามีความเหมาะสมกับบริบท และลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงรูปแบบบริการที่เหมาะสม และส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

2) ควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาวที่ระยะเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินอำนาจการทำนายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

References

1. Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, Nichols E, Alam T, Abate D, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2018;16(5):439-58. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30034-1.
2. World Stroke Organization. Up again after stroke [Internet]. Geneva: World stroke Organization; 2018



- [cited 2019 May 4]. Available from: <http://worldstrokeorganization.blogspot.com/2018/09/up-again-after-stroke.html>.
3. Barthels D, Das H. Current advances in ischemic stroke research and therapies. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis.* 2020;1866(4):165260. doi: 10.1016/j.bbadis.2018.09.012.
 4. The Royal College of Physicians of Thailand. The Royal College of Physicians has revealed that stroke is the first leading cause of death among Thais [Internet]. Bangkok: The Royal College of Physicians of Thailand; 2019 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://www.registration-master.net/rcpt-people/content/4>. (in Thai).
 5. Yingkijsthavorn A, Harnphadungkit K. Quality of life in stroke patients at outpatient rehabilitation clinic, Siriraj Hospital. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine.* 2020;30(3):123-8.
 6. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W, Zungsontiporn C. Rehabilitation service development for sub-acute and non-acute patients under universal coverage scheme in Thailand. *Journal of Health Science.* 2015;24(3): 493-509. (in Thai).
 7. Hesamzadeh A, Dalvandi A, Maddah SB, Khoshknab MF, Ahmadi F, Arfa NM. Family caregivers' experience of activities of daily living handling in older adult with stroke: a qualitative research in the Iranian context. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(3):515-26. doi: 10.1111/scs.12365.
 8. Tuida K, Kerdmongkol P, Amnatsatsue K, Rawiworrakul T. Factors predicting activities of daily living among stroke patients in Bangkok metropolitan. *Journal of Public Health Nursing.* 2017;31 Special:10-6. (in Thai).
 9. Parke HL, Epiphaniou E, Pearce G, Taylor SJC, Sheikh A, Griffiths CJ, et al. Self-management support interventions for stroke survivors: a systematic meta-review. *PLoS One.* 2015;10(7): e0131448. doi: 10.1371/journal.pone.0131448.
 10. Pei L, Zang X-Y, Wang Y, Chai Q-W, Wang J-Y, Sun C-Y, et al. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *Int J Afr Nurs Sci.* 2016;3(1): 29-34. doi: 10.1016/j.ijnss.2016.01.002.
 11. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1)1-10.
 12. Rasmussen RS, Ostergaard A, Kjaer P, Skeris A, Skou C, Christoffersen J, et al. Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: a randomised controlled trial. *Clin Rehabil.* 2016;30(3):225-36. doi: 10.1177/0269215515575165.
 13. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017. 814 p.



14. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
15. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. Bangkok: Department of Medical Services; 2007. 76 p. (in Thai).
16. Zeugfang D, Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Aramrattana A, Wensing M, Szecsenyi J, et al. Translation and validation of the PACIC+ questionnaire: the Thai version. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):123. doi: 10.1186/s12875-018-0801-y.
17. Komindr S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2013;22(4):516-21. doi: 10.6133/apjcn.2013.22.4.06.
18. Cramer SC. Treatments to promote neural repair after stroke. *J Stroke*. 2018;20(1):57-70. doi: 10.5853/jos.2017.02796.
19. Pattanasuwanna P. Outcomes of intermediate phase post-stroke inpatient rehabilitation in community hospital. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*. 2019;29(1):8-13. (in Thai).
20. Rice D, Janzen S, McIntyre A, Vermeer J, Britt E, Teasell R. Comprehensive outpatient rehabilitation program: hospital-based stroke outpatient rehabilitation. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016; 25(5): 1158-64. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis. 2016.02.007.
21. López-Liria R, Vega-Ramírez FA, Rocamora-Pérez P, Aguilar-Parra JM, Padilla-Góngora D. Comparison of two post-stroke rehabilitation programs: a follow-up study among primary versus specialized health care. *PLoS One*. 2016;11(11): e0166242. doi: 10.1371/journal.pone.0166242.
22. Fryer CE, Luker JA, McDonnell MN, Hillier SL. Self-management programmes for quality of life in people with stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 2016(8): CD010442. doi: 10.1002/14651858.CD010442.pub2.
23. Ubonwan K, Pongkaew A, Sanghuachang W, Kunpinit K. Factors predicting the happiness of community-dwelling older adults with chronic diseases. *Journal of Public Health*. 2018;48(2):244-55. (in Thai).
24. Leszczak J, Czenczek-Lewandowska E, Przysada G, Wyszynska J, Weres A, Baran J, et al. Diet after stroke and its impact on the components of body mass and functional fitness-a 4-month observation. *Nutrients*. 2019;11(6):1227. doi: 10.3390/nu11061227.
25. Sriwichian T. A study of the nutritional status and the factors relating to malnutrition status of the elderly receiving health service from Pompet community medical center. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2016;6(2):119-30. (in Thai).