

ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลท่าปลา Effects of Intermediate Phase Rehabilitation Program for Stroke Patients at Thapla Hospital (Received: March 13,2021; Accepted: March 22 ,2021)

สุรรัช มั่นคง¹ พิสมัย นพรัตน์¹ นาทยา ปัญญาคม¹
Sureerak Mankong¹ Phisamai Nopparat¹ Narttaya Panyakom¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลท่าปลา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 40 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาลโดยนักกายภาพบำบัด มีการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 16 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pair - t - test , ONE WAY ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 2) คุณภาพชีวิต ค่าอรรถประโยชน์และสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 3) หลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มผู้ป่วยติดสังคมมีประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 4) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The study aimed to effects of Intermediate phase rehabilitation program in subacute stroke patients. Testing pre and post-activity in daily life score by Barthel Index and quality of life, caregiver knowledge before and after continuous Intermediate Phase Rehabilitation Program. Participants were 40 stroke patients and 40 caregivers of stroke patients. diagnosed with stroke and admitted to Uttaradit hospital. Patients were rehabilitated during admission by the physical therapists. Improving caregiver knowledge was provided by VDO. The therapists transfer the patients to Thapla hospital and follow-up with them for 16 weeks. Descriptive statistics, such as percentage, mean, standard deviation, Pair - t - test, ONE WAY ANOVA. The significant level was set at 0.05.

The results revealed that 1) The ability to perform daily activities of stroke patients after getting better than before were significantly ($p < 0.05$) 2) Quality of life, utility values and health status of cerebrovascular disease patients after entering the rehabilitation program were significantly better than before were significantly ($p < 0.05$) 3) After entering the rehabilitation program, the socially addicted patient group had better rehabilitation effectiveness than the bedridden patients and home patient group were significantly ($p < 0.05$) 4) The ability to care for stroke patients and the satisfaction of caregivers after the rehabilitation program were significantly better than before were significantly ($p < 0.05$)

Keywords: Intermediate phase rehabilitation program, activity in daily life, quality of life, stroke patients

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าปลา



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพออย่างเฉียบพลัน มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดอุดตัน (Ischemic Stroke) หรือแตก (Hemorrhagic Stroke) ส่งผลให้เซลล์สมองสูญเสียหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการอัมพาตบางส่วน มีปัญหาด้านการพูด ความเข้าใจและความจำ ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การอัมพาตโลก (World stroke Organization : WSO) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคนและพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปีโดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป (WSO, 2020) และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากร ปี 2562 พบว่า ประชากร 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรที่มีความเสี่ยงต่อหลอดเลือดสมองที่สามารถป้องกันได้ (WSO, 2020) กระทรวงสาธารณสุข รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2559 และ ปี 2562 โดยปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย ในปี 2562 พบผู้ป่วย 355,671 ราย และผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2563) จากสถิติการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของโรงพยาบาลท่าปลาปีงบประมาณ 2561-2563 มีจำนวนผู้ป่วย 102, 106, 125 ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลท่าปลา, 2563) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์รายโรคพบว่า ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของโรงพยาบาลท่าปลา เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคิด ร้อยละ 96.07, 96.22, 95.16 ของผู้ป่วยทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอาจไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือมีความพิการในระดับที่แตกต่างกัน เนื่องจากสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสมอง ในรายที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยร้อยละ 50 จะมีความพิการอย่างรุนแรงจนไม่

สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อย่างน้อยในระยะ 1 เดือน หลังเกิดอาการ (ยงชัย นิละนนท์, 2553) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้เหมือนบุคคลปกติต้องเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานมีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคมและชุมชน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดต้องปฏิบัติทันทีภายหลังการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือลดความรุนแรงของโรคในระยะ 3 เดือนแรก เป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ปกติ เพราะสามารถกระตุ้นระบบประสาทในเกิดการฟื้นฟูมากที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อน นอกเหนือจากการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยต้องทำกายภาพบำบัดและส่งเสริมความสามารถการเคลื่อนไหวของแขน มือและขา การดูแลจิตใจผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร การติดเชื้อ เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบผสมผสานจากบุคลากรแบบสหสาขาวิชาชีพ

จากผลกระทบบดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงนำแนวคิดการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) มาบรรจุไว้ใน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะกลาง พ.ศ. 2560 เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ร่างกายบางส่วนยังบกพร่องและมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวันให้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลับมาดำเนินชีวิตประจำวันและช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนหลังเกิดโรคหรือภาวะดังกล่าว โดยเน้นการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยกำหนดกลุ่มโรคและสถานะที่ควรได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องในระยะกลาง อาทิ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ และผู้ป่วยบาดเจ็บ

ทางสมอง โดยแบ่งตามลักษณะงานประเภทผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและการบริการในชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำแนวคิดโดยทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1959) ประกอบด้วย 5 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ การดูแลตนเอง (Self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และ ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) โดยมีมโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็น 3 ทฤษฎี คือ 1) การดูแลตนเอง 2) ความบกพร่องในการดูแลตนเอง และ 3) ระบบการพยาบาล เพื่อการรักษาชีวิตและสุขภาพ บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมหรือสอนและชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจและการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมโดยผู้วิจัยสนใจทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1959) ระบบการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระบบ ได้แก่ (1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ (2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory nursing system) ระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย (3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ในระบบนี้ ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกิจกรรมที่ต้องกระทำ โดยการดูแลทั้ง 3

ระบบ ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม พยาบาลให้ความช่วยเหลือกรณีที่บุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Orem, 1959) ได้แก่ 1) การกระทำที่หรือกระทำแทน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสอน 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารักษาที่โรงพยาบาล โดยการสนับสนุนและให้ความรู้ 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การสอนและให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย 2) การสนับสนุน ด้วยการให้ความมั่นใจให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ และ 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย

ด้วยเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย การเพิ่มสมรรถนะด้านร่างกาย จิตใจ การให้ความรู้ที่เหมาะสม และการติดตามสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางพัฒนาคุณภาพการให้บริการและบริหารจัดการ รวมถึงวางแผนพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลท่าปลา ดังนี้

1. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ค่าอรรถประโยชน์และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง
2. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจของผู้ดูแล



ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางระหว่างเดือนตุลาคม 2564–31 มกราคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลท่าปลาและในชุมชน ปี 2563 จำนวน 125 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่า Effect size=.50 ค่า $\alpha = 0.05$ ค่า Power of test = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 ราย เพื่อให้การเกิดผลลัพธ์ (Response rate) ครบถ้วนตามความคาดหวัง ปรับขนาดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง กำหนดอัตราข้อมูลขาดหายไป (Lost) ร้อยละ 15 (จรนิต แก้วกังวล, 2561) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 40 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 40 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบ (Ischemic stroke) และชนิดหลอดเลือดแตก (Hemorrhagic stroke) ที่ภูมิลำเนาในเขตอำเภอท่าปลา ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลศูนย์อุตรดิตถ์ให้เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่ส่งต่อกลับมารับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลท่าปลาและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วย (The Barthel's ADL Index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกประวัติข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าปลา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ก่อนป่วย รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว สิทธิการรักษา วันที่เข้ารับการรักษา วันที่จำหน่าย การวินิจฉัยโรค การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 6 เดือน

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

1.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยของบาร์เธล (Barthel index: BI) พัฒนาโดยมาร์โธนีและบาร์เทล (1965) แปลเป็นภาษาไทยโดยขวลิ แยม่วงษ์ (อ้างใน วาสนา มูลฐิ์ สุปรिता มั่นคง ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2559) ประกอบด้วยดัชนี 10 ด้าน แต่ละด้านประเมินระดับความสามารถ 0–3 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้นบ่งถึงระดับความสามารถมากขึ้น งานวิจัยนี้ใช้เกณฑ์ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามกลุ่มศักยภาพผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2014) ได้แก่ กลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) (0-4 คะแนน) กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (ติดบ้าน) (5-11 คะแนน) และกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ (ติดสังคม) (12 คะแนน ขึ้นไป)

1.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L (The European Quality of Life Measure-5 Domain) ที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Pattanaphesaj J., 2014) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยจันทนา พัฒนเกสัช และมนตร์รัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์ (2557) ซึ่งมีความเที่ยงตรงสำหรับนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เนนทพัทธ์ สนสะอาดจิต และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2558) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บป่วย/อาการไม่สบายตัว และความวิตก

กังวล/ความซึมเศร้า คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา (1 คะแนน) มีปัญหาเล็กน้อย (2 คะแนน) มีปัญหปานกลาง (3 คะแนน) มีปัญหามาก (4 คะแนน) มีปัญหามากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมีค่าระหว่าง 5-25 คะแนน แปรผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตสูง (5-11 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (12-18 คะแนน) คุณภาพชีวิต

ระดับต่ำ (19 -25 คะแนน) คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L นำมาคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ โดยค่าอรรถประโยชน์ มีค่าตั้งแต่ 0-1 ซึ่ง 0 หมายถึง เสียชีวิต และ 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด แปรผลตามตารางค่าสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย (มนทรัตน์ ธารเจริญทรัพย์, 2556) ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์

มิติทางสุขภาพ	ระดับความรุนแรง				
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหาเล็กน้อย	มีปัญหาปานกลาง	มีปัญหามาก	มีปัญหามากที่สุด
การเคลื่อนไหว	0	0.056	0.114	0.231	0.307
การดูแลตนเอง	0	0.033	0.108	0.225	0.254
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	0	0.043	0.075	0.165	0.207
อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	0	0.040	0.068	0.233	0.233
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	0	0.032	0.097	0.202	0.249

ส่วนที่ 2 แบบวัดสุขภาพทางตรงด้วยสเกลที่มีค่าตั้งแต่ 0 – 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพแย่มากที่สุด และ 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด

1.4 แบบสอบถามความสามารถของครอบครัวต่อการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกต้องเสมอ (5 คะแนน) ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ (4 คะแนน) ถูกต้องปานกลาง (3 คะแนน) ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ (2 คะแนน) ถูกต้องน้อยมาก (1 คะแนน) ไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ (0 คะแนน) คะแนนความสามารถของครอบครัวต่อการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมีค่าตั้งแต่ 0-35 คะแนน แปรผลคะแนนด้วยค่าพิสัย 3 ระดับ คือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่ำ (0-12 คะแนน) ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยปานกลาง (13-24 คะแนน) ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูง (25-35 คะแนน)

1.5 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถของ

ครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคองของกองการพยาบาล (2562) จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ไม่พึงพอใจ (0 คะแนน) คะแนนความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยมีค่าตั้งแต่ 0-50 คะแนน แปรผลคะแนนด้วยค่าพิสัย 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจต่ำ (0-17 คะแนน) ความพึงพอใจปานกลาง (18-34 คะแนน) ความพึงพอใจสูง (35-50 คะแนน)

2. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลท่าปลา จำนวน 16 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและดัดแปลงใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1959) ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติแล้ว แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูจน 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 วัน ผู้ป่วยนอกได้รับการฟื้นฟู 45 นาที/ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์

และการบริการในชุมชนได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ทั้ง 3 กลุ่ม ได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฝึกทักษะผู้ป่วย การฝึกทักษะผู้ดูแลในการใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายยางกระเพาะอาหาร การจัดเตรียมอาหารผู้ป่วย การดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยบันทึกประวัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบดัชนีบาร์เธล (Barthel index: BI) ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L (The European Quality of Life Measure-5 Domain)

2. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวางแผนให้การฟื้นฟูสภาพตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายโดยนักกายภาพบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

1. จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยตามความต้องการและความจำเป็นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ

2. นักกายภาพบำบัดฝึกทักษะการออกกำลังกายแขนและขา เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดกล้ามเนื้อเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัว การเคลื่อนย้าย การเดินขึ้นลงบันได ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเภทผู้ป่วยในได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ วันละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และเยี่ยมบ้านครั้งแรก 1 สัปดาห์หลังผู้ป่วยกลับบ้าน ถ้าผู้ป่วยมีความพร้อมนัดมาทำ

กายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลท่าปลา หลังจากนั้นติดตามทุก 1 เดือน

2.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเภทผู้ป่วยนอกได้รับการฟื้นฟู 45 นาที/ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยมีความพร้อมนัดมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลท่าปลา ติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน พร้อมประเมิน-การดูแลแบบชุมชน ติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน พร้อมประเมิน

3. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน

4. โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและญาติ เพื่อสอบถามสภาพผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการทดลอง

1. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบดัชนีบาร์เธล (Barthel index: BI) ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L (The European Quality of Life Measure-5 Domain)

2. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวางแผนให้การฟื้นฟูสภาพตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายโดยนักกายภาพบำบัด

3. ประเมินความสามารถการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ one-way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เพศชาย ร้อยละ 57.5 เพศหญิง ร้อยละ 42.5 กลุ่มอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 35.0 อายุเฉลี่ย 66.15 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.5 การศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.0 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67.50 ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 85.00 รับบริการแบบผู้ป่วยนอก 4-6 ครั้ง ร้อยละ 45.0 มารับบริการผู้ป่วยในเฉลี่ย 0.28 ครั้ง ค่าใช้จ่ายการรับบริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ย

3,857.78 บาท ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในเฉลี่ย 2,348.89 บาท ได้รับการวินิจฉัยเป็น Hemorrhagic stroke ร้อยละ 65.00 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบติดบ้าน ร้อยละ 65.00 รองลงมา คือ ติดเตียง ร้อยละ 27.50 คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 55.00 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 42.50

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) และคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
คะแนน BI แรกรับ	6.53	3.36	0	14
คะแนน BI สุดท้าย	12.80	5.50	0	20
ค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Functional gain, ΔBI)	6.28	5.78	- 4.00	17
ประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation effectiveness) ($\Delta BI / (BI \text{ max} - BIA) \times 100$)	85.09	32.62	- 0.01	100

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแรกรับมีค่า BI ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน ค่าเฉลี่ย 6.53 คะแนน ค่า BI สุดท้าย ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน ค่าเฉลี่ย 12.80 คะแนน ค่า

สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (ΔBI) คะแนนต่ำสุด - 4.00 สูงสุด 17 คะแนน ค่าเฉลี่ย 6.28 คะแนน ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพมีค่าต่ำสุด -0.01 ค่าสูงสุด 100 ค่าเฉลี่ย 85.09

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าอัตราประโยชน์ และสภาวะสุขภาพ (VAS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ค่าอัตราประโยชน์				
ก่อนเข้าโปรแกรม	0.2255	0.2067	-0.1721	0.8680
หลังเข้าโปรแกรม	0.6322	0.3082	0.0216	0.9440
สภาวะสุขภาพ (VAS)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	26.53	10.97	10.00	55.00
หลังเข้าโปรแกรม	67.40	26.18	5.00	95.00

จากตารางที่ 3 ค่าอัตราประโยชน์ก่อนเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพมีค่าเฉลี่ย 0.2255 หลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพมีค่าเฉลี่ย 0.6322 สภาวะสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ มีค่าเฉลี่ย 26.53 หลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพมีค่าเฉลี่ย 67.40

3. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อน (BIA) และหลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะตั้งแต่เดือนที่ 1 ถึง เดือนที่ 4 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อน (BIA) และหลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟู

สมรรถภาพระยะตั้งแต่เดือนที่ 1 ถึง เดือนที่ 4

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
เดือนที่ 1	6.53	3.36	8.70	4.09	4.265	.000 *
เดือนที่ 2	6.53	3.36	10.15	4.13	5.203	.000 *
เดือนที่ 3	6.53	3.36	11.75	5.00	6.706	.000 *
เดือนที่ 4	6.53	3.36	12.80	5.00	6.869	.000 *

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยตั้งแต่เดือน 1, 2, 3 และ

เดือนที่ 4 ดีกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าอรรถประโยชน์และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ

รายการ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ค่าอรรถประโยชน์	0.2255	0.2066	0.6322	0.3082	10.61	.000 *
สภาวะสุขภาพ	26.53	10.97	67.40	26.18	10.74	.000 *

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าอรรถประโยชน์และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้า

รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญที่ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Functional gain, Δ BI) และประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation effectiveness) กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกเริ่ม (BIA) (n=40)

รายการ	SS	MS	df	F	p-value
สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Functional gain, Δ BI)					
ระหว่างกลุ่ม	744.119	372.060	2	24.677	.000 **
ภายในกลุ่ม	557.856	15.077	37		
ประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation effectiveness)					
ระหว่างกลุ่ม	6558.093	3279.046	2	3.472	.0042 *
ภายในกลุ่ม	34944.820	944.455	37		

* $p < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกเริ่มที่แตกต่างกันทำให้สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Functional gain, Δ BI) ของกลุ่มติดสังคมสูงกว่ากลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกเริ่มที่แตกต่างกันทำให้ประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มติดสังคมสูงกว่ากลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ

	ก่อนเข้าโปรแกรม			หลังเข้าโปรแกรม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ		
ความสามารถของผู้ดูแล	16.63	3.58	ปานกลาง	24.43	4.55	มาก	22.57	.000 *
ความพึงพอใจของผู้ดูแล	23.75	.87	ปานกลาง	39.75	1.05	มาก	21.34	.000 *

* p < .05

จากตารางที่ 7 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพร่างกายดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเริ่มเห็นประสิทธิผลตั้งแต่เดือนแรกหลังเข้าโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา มุลฐิ สุปรินดา มั่นคง ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศิริรัตน์ ธิลาจารย์ (2559) ที่พบว่า ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจ 1 เดือน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับผลการศึกษาของธัญลักษณ์ ขวัญสุนิห์ (2560) ที่พบว่า การพัฒนาระบบ Sub-acute rehabilitation ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยที่มีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังจำหน่ายมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น จากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการฟื้นฟูสภาพทันทีอย่างเป็นระบบ

หลังพ้นภาวะวิกฤตและควรทำอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและที่บ้าน จะส่งผลให้มีโอกาสฟื้นตัวสูง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการได้มากที่สุด

2. ด้านสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Functional gain, ΔBI) หลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มผู้ป่วยติดสังคมมีสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่วัดความสามารถที่เพิ่มขึ้นกับศักยภาพสูงสุดในการพัฒนาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านและกลุ่มผู้ป่วยติดสังคมมีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเตียง สอดคล้องกับการศึกษาของภัสรี พัฒนสุวรรณ (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อแรกเริ่มมีค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าทุกกลุ่ม อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงสามารถเปลี่ยนระดับการช่วยเหลือตัวเองจากติดเตียงเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน แต่ผู้ป่วยกลุ่มติดสังคมมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเมื่อแรกเริ่มดีที่สุดและสมรรถภาพเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดและน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถสูงเมื่อแรกเริ่มนั้นย่อมมีโอกาสในการเพิ่มความสามารถได้น้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความสามารถน้อยอยู่แต่เดิม (potential for improvement = $BI_{max} - BI_A$) ทั้งนี้ ประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นการกำหนดความสามารถของผู้ป่วยจึงหรือบอกถึงความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพยังมีข้อจำกัดการคำนวณประสิทธิผลซึ่งเป็นการวัดความสามารถที่เกิดขึ้นจริงเมื่อเทียบกับโอกาสในการพัฒนาของผู้ป่วยแต่ละราย จะสามารถช่วยให้การเปรียบเทียบผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มมีความเท่าเทียมกันมากขึ้น



3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพมีค่าอรรถประโยชน์และสถานะสุขภาพแตกต่างกัน โดยค่าอรรถประโยชน์และสถานะสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม กล่าวคือ ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจารวี คณิตาภักษ์, ทศพร คำผลศิริ และ ลินจง โปธิบาล (2563) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม เช่นเดียวกับการศึกษาของปนัดดา ยาสุด และพจิมาศ กิตติปัญญางาม (2564) ที่ศึกษาเชิงวิเคราะห์ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยวัดคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ 5D 5L ฉบับภาษาไทยก่อนและหลังผ่าตัด 12 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับคำปรึกษาเพื่อเตรียมตัวทางกายภาพบำบัดก่อนผ่าตัดจากแพทย์หรือพยาบาลเจ้าของไข้ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และให้โปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและติดตามในระยะผู้ป่วยนอกตามการนัดหมายของแพทย์เจ้าของไข้ จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าอรรถประโยชน์ของ EQ 5D 5L และค่าคุณภาพชีวิตจากที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (VAS) เพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกมิติและค่าอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่า การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหรือพัฒนาระบบการบริการเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การเยี่ยมบ้าน โดยใช้สื่อการสอน วิดีโอทัศน์ การโทรศัพท์เพื่อติดตามอาการผู้ป่วย ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยมีสมรรถภาพร่างกายที่ดีจะสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของสวรินทร์

หงษ์สร้อย วัลภา คุณทรงเกียรติ และเขมรดี มาสิงห์บุญ (2556) ที่พบว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดระยะเวลา 1 เดือน มีคะแนนความสามารถในการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของนันทกาญจน์ ปักชียุพาพิน ศิริโพธิ์งาม สุปรีดา มั่นคง และสิริรัตน์ ลีลาจรัส (2016) ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล ทำให้ความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1959) ด้วยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลการวิจัยที่สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ คือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1959) สามารถนำมาใช้ในโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ จะเห็นว่าเป้าหมายสำคัญของการดูแลภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนก่อนป่วย หรือตามศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากอาศัยการฟื้นฟูของระบบประสาท การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยเมื่อกลับมารักษาตัวที่บ้าน ผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ญาติ

ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ดังนั้นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงควรได้รับการดูแลไปพร้อมกับผู้ป่วยด้วย

5. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ดีวก่อนเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทยาญจน์ ปักชียุพาพิน ศิริโพธิ์งาม สุปรีดา มั่นคง และสิริรัตน์ ลีลาจรัส (2016) ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลความเครียด การปรับตัว โดยใช้กรอบแนวคิดของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ ทำให้ความพึงพอใจของผู้ดูแลในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างจากการศึกษาของพิราลักษณ์ ลากหลาย ศุภร วงศ์ทัญญู และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2017) ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แม้ว่าความพึงพอใจไม่ใช่ดัชนีที่ใช้วัดและประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่จะละเลยไม่ได้ ต้องประเมินต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พึงพาผู้อื่นน้อยลงและพึงพอใจมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลทางอ้อมในการช่วยลดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ลดความเครียด วิตกกังวลและช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้นและมีความพึงพอใจมากขึ้นด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบเครือข่ายบริการ ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงระดับชุมชน การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความรุนแรงของโรคและภาระของผู้ดูแล เพื่อปรับกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. ผลการวิจัยนำมาประกอบการเรียนรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. ผลการวิจัยนำมาเป็นข้อมูลกำหนดนโยบายและการวางแผนโครงการ เกี่ยวกับการดูแล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์เสรี นพรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าปลา ที่กรุณาชี้แนะให้คำปรึกษางานวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.นภดล เลื่อนนักรบ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม อาจารย์พิศิษฐ์ พวงนาค ข้าราชการบำนาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมืองานวิจัยนี้ จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). จำนวนและอัตราป่วย/ตาย ปี 2559-2562 . ค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2564, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลท่าปลา. (2561-2563). สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์.
- จรณ์ิต แก้วกั้ว. (2561) ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคลินิก. ใน พรณี ปิตสุทธิธรรม, ชยันต์ พิเชียรสุนทร บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา พัฒนภัส และมนตร์ธม์ ถาวรเจริญ. (2557). แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย. ค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2564, จาก <http://www.hitap.net/upload/2014/11>
- จารวี คณิตาภิรักษ์ ทศพร คำ ผลศิริ และลินจง โปธิบาล. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร, 47(1), 222-230.
- ัญลักษณ์ ขวัญสนธิ. (2560). ผลการพัฒนาระบบฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute rehabilitation) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี .วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31(4), 723-732.
- พิรลักษณ์ ลาภหลาย สุภาภรณ์ น้ำใจดี และมารศรี ปิ่นสุวรรณ. (2562). ผลของรูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตต่อความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28 (2), 286-296.
- ภัสรี พัฒนสุวรรณ. (2561). ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับชุมชน. ASEAN J Rehabil , 29(1), 8-13.
- นนทพัทธ สันสะอาดจิต และพรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2558). ความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 59(5), 489 – 501.
- นันทกาญจน์ ปักชี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปริดา มั่นคง และ สิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2016). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. Rama Nurs J, 22(1), 65-80.
- มนตร์ธม์ ถาวรเจริญทรัพย์. การวัดค่าอรรถประโยชน์. ในอุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, บรรณาธิการ. (2556). คู่มือการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ : วัชรินทร์พี.พี.2557.
- ยงชัย นิละนนท์. (2553). อัมพฤกษ์อัมพาตโรคเรื้อรังที่ต้องดูแล. ค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2564. จาก www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=707
- วาสนา มูลธิ, สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล, 31(1), 95-110.
- สวรินทร์ หงษ์สร้อย, วไลยา คุณทรงเกียรติ และ เขมรติ มาสิงบุญ. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด. วารสารการพัฒนารวมและคุณภาพชีวิต; 1(1):77-89.
- Mahoney FI, Barthel DW. (1965). Functional evaluation. The barthel index. Maryland State Med J, 14, 61-5. Ministry of Public Health. (2018). Intermediate care policy. Retrieved October 15, 2021, from: <http://r8way.moph.go.th/r8wayadmin>. (in Thai).
- Orem, D. E. (1959). Guides for developing curricula for the education of practical nurses. Washington, DC: Government Printing Office.
- Pattanaphesaj J. (2014). Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University.(Full paper)
- World Stroke Organization: (WSO). (2020). Learn about stroke. Retrieved December 11, 2021, from <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters/learn-about-stroke>.