

Outcomes of Rehabilitation in the Intermediate Phase for Stroke Patients at Nan Hospital¹

Pattarawit Promrak²

Received: 4 November 2024

Accepted: 20 December 2024

Abstract

The objectives of this study are to: 1) study the functional gain of stroke patients following receiving intermediate care services (IMC), using the Barthel Index (BI) to track changes (Δ BI); 2) evaluate the efficiency of intermediate care services (Δ BI / total IMC); and 3) identify factors influencing access to intermediate care services at Nan Hospital. This was a retrospective cohort study, with the population consisting of stroke patients who received acute phase care at Nan Hospital between October 1, 2022, and September 30, 2023, totaling 811 patients. A sample of 240 patients was selected through purposive sampling method, in accordance with inclusion and exclusion criteria. The research instrument included a general and clinical data record form and the Barthel index, a high reliability ($\kappa = 0.88$) and validity tool for assessing activities of daily living. Data was analyzed using descriptive statistics and multivariable logistic regression analysis.

A total of 91 patients completed the rehabilitation program. The result revealed that the average function gain was 5.81 ± 4.12 points, and the average rehabilitation efficiency was 3.07 ± 2.97 points per rehabilitation session. Access to services was negatively impacted by increasing age and residing outside of Muang Nan District.

Keywords: Intermediate care, stroke rehabilitation, accessibility to rehabilitation

¹ Academic Article

² Medical Doctor, Professional Level, Physical Medicine and Rehabilitation department, Nan Hospital,
E-mail: ohm.rehab@gmail.com

ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลน่าน¹

ภัทรวิชญ์ พรหมรักษ์²

บทคัดย่อ

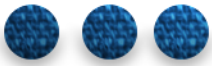
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) โดยใช้การประเมิน Barthel Index (BI) เป็นตัวติดตามการเปลี่ยนแปลง (ΔBI) 2. ศึกษาประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ($\Delta BI / \text{total IMC}$) และ 3. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางที่โรงพยาบาลน่าน การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ประชากรคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในระยยะเฉียบพลันที่โรงพยาบาลน่าน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 811 ราย กลุ่มตัวอย่าง 240 ราย ถูกเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย และ แบบประเมิน Barthel index เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีความน่าเชื่อถือสูง ($K = 0.88$) และมีความเที่ยงตรงสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ

มีผู้ป่วยจำนวน 91 ราย ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครบถ้วน ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของสมรรถภาพอยู่ที่ 5.81 ± 4.12 คะแนน และมีประสิทธิภาพการฟื้นฟูเฉลี่ยอยู่ที่ 3.07 ± 2.97 คะแนนต่อครั้งของการฟื้นฟู การเข้าถึงบริการถูกจำกัดจากปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้นและการอยู่อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองน่าน

คำสำคัญ: การดูแลระยะกลาง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงการฟื้นฟู

¹ บทความวิชาการ

² นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลน่าน อีเมล ohm.rehab@gmail.com



บทนำ

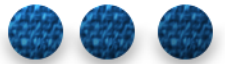
โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตในผู้ใหญ่ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกพบมีผู้ป่วย 12.20 ล้านคน เสียชีวิต 6.55 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Feigin et al, 2019) ส่วนประเทศไทย จากข้อมูลสถิติด้านสุขภาพของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2566) พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 37,802 ราย คิดเป็นอัตราการตาย 58.00 ต่อแสนประชากร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมักมีผลกระทบที่คงเหลืออยู่ มีผลให้เกิดความบกพร่องทางสมรรถภาพทางกาย การรับรู้และสื่อความหมาย ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการทำงานและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยและครอบครัว จากการวิจัย พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพในเวลาที่เหมาะสมต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองเพิ่มขึ้น ลดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kuptniratsaikul et al, 2009) ปัจจุบันมีการบรรจุนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) จากกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายและมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน มุ่งหวังให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนหลังเกิดโรค เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตประจำวัน ช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพสูงสุดของตน (The Ministry of

Public Health, 2019) ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพและทั้งสามารถกลับสู่สังคมได้ โดยมุ่งเน้นในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

เมื่อเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะทำการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาความบกพร่องและความสูญเสียที่เกิดขึ้น ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลฟื้นฟูสภาพ ช่างกายอุปกรณ์ เป็นต้น เพื่อวางแผนการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรูปแบบการรักษา เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากในช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นช่วงระยะเวลาทองที่มีการฟื้นฟูของระบบประสาทได้ดีที่สุด (Golden period) หากพ้นระยะ 6 เดือนแล้ว และผู้ป่วยยังคงมีความบกพร่องหรือความพิการหลงเหลืออยู่ การดูแลจะเปลี่ยนจากการดูแลผู้ป่วยระยะกลางไปสู่การดูแลระยะยาว (Long term care)

สำหรับจังหวัดน่าน ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561 แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องอัตราการครองเตียงสูงในโรงพยาบาลน่าน จึงปรับระบบการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เป็นแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพ (Less intensive rehab program) และการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient rehab program) ทั้งที่โรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน



รวมถึงการให้บริการในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Community/Outreach service) ปัจจุบันหลังจากที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาผ่านพ้นช่วงระยะวิกฤตและถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการนัดติดตามอาการกับอายุรแพทย์ ร่วมกับการตรวจประเมินความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลน่าน แบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้การรักษาและวางแผนบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องโดยสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 24 ครั้งภายใน 6 เดือน (The Ministry of Public Health, 2019) อย่างไรก็ตาม การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลน่านด้วยจำนวนครั้งที่กำหนด อาจมีข้อจำกัดหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางได้อย่างเต็มที่ โดยข้อจำกัดเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ข้อจำกัดเรื่องสิทธิการรักษาหรือเศรษฐกิจฐานะในครอบครัว ระยะทางในการเดินทาง รวมถึงข้อจำกัดในด้านการให้บริการจากโรงพยาบาลหรือข้อจำกัดเรื่องระบบบริการสุขภาพภายในจังหวัด ซึ่งทั้งหมดนี้อาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางได้ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุม เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางได้อย่างเต็มศักยภาพและบรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย

ทั้งนี้ ตั้งแต่เริ่มดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน ยังไม่ได้มีการศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

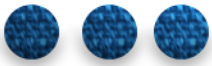
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยศึกษาสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง โดยการใช้การประเมิน Barthel Index เป็นตัวติดตามการเปลี่ยนแปลง ศึกษาประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางที่โรงพยาบาลน่าน เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของโรงพยาบาลน่านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย (Functional gain) คำนวณจากผลต่างระหว่างคะแนน Barthel index (BI) ขณะเริ่มเข้ากระบวนการฟื้นฟูระยะกลาง จนถึงคะแนนสูงสุดหลังเสร็จสิ้นการฟื้นฟูระยะกลาง (ΔBI)
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation efficiency) คำนวณจากของอัตราส่วนระหว่างสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นต่อจำนวนครั้งทั้งหมดที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ($\Delta BI / \text{total IMC}$)
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลน่าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาแบบติดตาม ชนิดเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน - เดือน ตุลาคม 2567



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน่านในระยะเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 (ปีงบประมาณ 2565) จำนวนรวมทั้งสิ้น 811 คน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ 1. มีคะแนน BI แรกรับน้อยกว่า 15 คะแนน หรือ 2. มีคะแนน BI แรกรับมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนแต่ยังมีความบกพร่องชนิดต่าง ๆ ร่วมกันอย่างน้อย 2 ระบบ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคิดจากการคำนวณ two dependent means โดยใช้สูตรข้างอิง (Thadanipon & Rattanasiri, 2021)

$$n = \left[\frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})\sigma}{\Delta} \right]^2$$

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.95$, Δ = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย อ้างอิงจากการศึกษาของรัชณี ทองเสถี (2563) เท่ากับ 9.32, σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อ้างอิงจากการศึกษาของรัชณี ทองเสถี (2563) เท่ากับ 4.65 คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ควรศึกษาในการวิจัยได้ทั้งสิ้นอย่างน้อย 6 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน่านในระยะเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566
2. ได้รับการประเมินคะแนน Barthel index (BI) เมื่อแรกรับในระยะเฉียบพลัน (BI on

admission - BI_{AD}) ก่อนจำหน่ายจากระยะเฉียบพลัน (BI at discharge - BI_S) และได้รับการประเมิน Barthel index ระหว่างติดตามอาการต่อเนื่องที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองจนกระทั่งถูกจำหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง กล่าวคือ เมื่อคะแนน BI เต็ม 20 หรือเมื่อครบ 6 เดือนหลังเริ่มโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

3. มีคะแนน BI แรกรับน้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนแต่ยังมีความบกพร่องชนิดต่าง ๆ เช่น มีปัญหาการกลืน การสื่อสาร การเคลื่อนไหว บกพร่องเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระจากระบบประสาท หรือบกพร่องด้านการรับรู้และความคิดเข้าใจ ร่วมกันอย่างน้อย 2 ระบบ

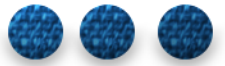
4. มีระยะเวลาตั้งแต่พ้นระยะวิกฤตจากการเกิดโรคจนถึงเวลาที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางไม่เกิน 6 เดือน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบ หรือ ติดตามข้อมูลไม่ได้
2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาระยะเฉียบพลัน
3. ผู้ป่วยที่ญาติต้องการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนที่มีการบันทึกไว้ขณะทำการรักษา ประกอบด้วย



1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ที่อยู่ สหิ
การรักษายาบาล ปัจจัยเสี่ยง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
ตามระดับของ National Institutes of Health
Stroke Scale (NIHSS) ความบกพร่องร่วม คะแนน
Barthel index โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน และ
การเข้ารับบริการเวชกรรมฟื้นฟูในระยะเฉียบพลัน
แบบผู้ป่วยใน

1.3 ข้อมูลการเข้ารับบริการเวชกรรมฟื้นฟู
ระยะกลาง ได้แก่ จำนวนครั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก คะแนน Barthel index
ในช่วงเวลาต่าง ๆ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลา
ที่สิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง และความ
บกพร่องร่วมและความพิการเมื่อสิ้นสุดการฟื้นฟู
สมรรถภาพระยะกลาง

2. แบบประเมิน Barthel index (BI)
เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวันพื้นฐาน 10 ด้านแบบมาตราอันดับ
(Ordinal scale) แต่ละด้านมีคะแนนรวมสูงสุด 1-3
คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน โดยแบ่ง
ระดับการสูญเสียความสามารถเป็น 5 ระดับ คือ
ระดับรุนแรงมาก (BI 0-4), ระดับรุนแรง (BI 5-9),
ระดับปานกลาง (BI 10-14), ระดับน้อย (BI 15-19)
และระดับช่วยเหลือตัวเองได้ (BI 20)
(D'Olhaberriague et al, 1996; Mahoney & Barthel,
1965; Wade & Collin, 1988) โดยคะแนน BI
จะถูกบันทึกโดยพยาบาลแผนกอายุรกรรม
โรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแล

และประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคะแนน BI
จะถูกนำมาใช้ในการคำนวณดังนี้

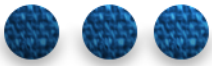
2.1 สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Functional
gain) คำนวณจาก ผลต่างระหว่างคะแนน BI
ขณะเริ่มเข้ากระบวนการฟื้นฟูระยะกลาง (ใช้ค่า
คะแนน BI ขณะเริ่มเข้ากระบวนการฟื้นฟูระยะ
กลางเป็นค่าเดียวกับกับค่าคะแนน BI ก่อนจำหน่าย
จากระยะเฉียบพลัน; BI_S) จนถึงคะแนนสูงสุด
หลังเสร็จสิ้นการฟื้นฟูระยะกลาง (BI_{END})
(Kuptniratsaikul et al, 2016; Pattanasuwanna
& Kuptniratsaikul, 2017; Pattanasuwanna,
2019): $\Delta BI = BI_{END} - BI_S$

2.2 ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ
(Rehabilitation efficiency) คำนวณจากอัตราส่วน
ระหว่างสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นต่อจำนวนครั้งทั้งหมด
ที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางโดยทีม
สหสาขาวิชาชีพ: $\Delta BI / \text{total IMC}$ (Kuptniratsaikul
et al, 2016; Pattanasuwanna, 2019)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล
ทางคลินิกของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะตรวจสอบความ
ครบถ้วนของเวชระเบียนผู้ป่วยทุกราย กรณีที่ข้อมูล
ไม่ครบถ้วนหรือลงข้อมูลผิดพลาด จะไม่ถูกนำมา
วิเคราะห์

2. แบบประเมิน Barthel index เป็นแบบ
ประเมินที่ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวันที่ใช้กันทั่วไปอย่างแพร่หลาย สามารถ
ประเมินได้ง่าย มีความน่าเชื่อถือ (reliability) สูง
โดยมีค่า K values เท่ากับ 0.88 อีกทั้งยังมี



ความเที่ยงตรง (validity) สูงและใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงได้ดี (D'Olhaberriague et al, 1996; Wade & Hower, 1987)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สืบค้นข้อมูลจากระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศของโรงพยาบาล (ProDOC) ด้วยการสืบค้นจากรหัสโรคหลัก (โรคหลอดเลือดสมอง ICD10: I60-69)

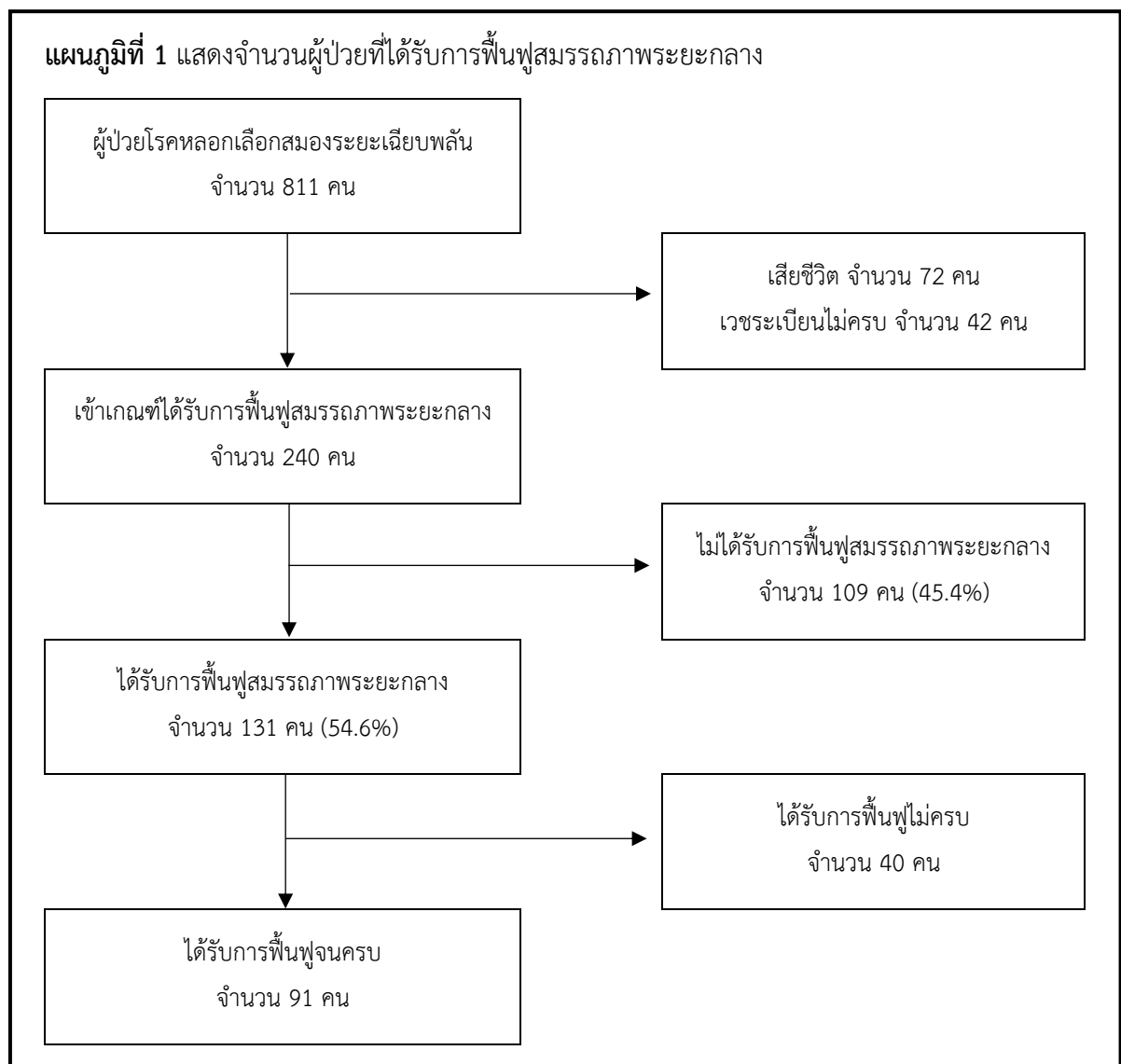
2. เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

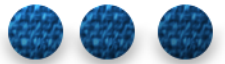
3. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยมีการคำนวณและวิเคราะห์ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพดังนี้

3.1. สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Functional gain)

3.2. ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation efficiency)

3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง





การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
2. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการรายงานข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ความบกพร่องร่วม คะแนนสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นความถี่ และร้อยละต่อจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด และข้อมูลเชิงปริมาณเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ใช้ multivariable logistic regression analysis เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการได้เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ทั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เอกสารรับรองเลขที่ Nan Hos. REC No.028/2567

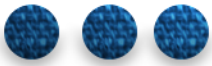
ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 ที่โรงพยาบาลน่านจำนวนรวมทั้งสิ้น 240 คน จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาระยะเฉียบพลันที่โรงพยาบาลน่าน ในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 811 คน แบ่งเป็นผู้ที่เข้าเกณฑ์จากคะแนน Barthel index < 15 จำนวน 230 คน และผู้ที่เข้าเกณฑ์จากคะแนน Barthel index ≥ 15 ร่วมกับมี multiple impairment 2 ด้าน จำนวน 10 คน

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง อยู่ในช่วงอายุ 31-99 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 66.70 ปี โดยพบสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะสมองขาดเลือด จำนวน 141 คน (ร้อยละ 71.20) และจากภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 69 คน (ร้อยละ 28.80) เป็นเพศชาย 139 คน (ร้อยละ 57.90) เพศหญิง 101 คน (ร้อยละ 38.90) เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สถานที่เกิดอาการอยู่ในเขตอำเภอเมือง 52 คน (ร้อยละ 21.70) ต่างอำเภอ 187 คน (ร้อยละ 77.90) และต่างจังหวัด 1 คน (ร้อยละ 0.40) มีโรคประจำตัวอยู่เดิม 197 คน (ร้อยละ 82.10) โดยพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 71.30 เบาหวานร้อยละ 51.00 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 88.00 และหัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 49.00 ทั้งนี้ มีผู้ป่วยมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน 54 คน (ร้อยละ 22.50) เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 75 คน (ร้อยละ 31.30) ได้แก่ สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 20.40 และร้อยละ 30.00 ตามลำดับระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลช่วงระยะเฉียบพลันเฉลี่ย 7.10 ± 6.50 วัน เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล 57 คน (ร้อยละ 23.80) ได้แก่ มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 23 คน (ร้อยละ 9.60) ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ 20 คน (ร้อยละ 8.30) มีภาวะหายใจล้มเหลว 17 คน (ร้อยละ 7.10) ภาวะเพื่อสับสน 17 คน (ร้อยละ 7.10) ติดเชื้อในกระแสเลือด 10 คน (ร้อยละ 4.20) แผลกดทับ 2 คน (ร้อยละ 0.80) และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 คน (ร้อยละ 0.40)

เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้คะแนน NIHSS ในวันที่จำหน่าย

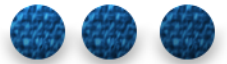


ผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ mild impairment (1-4) 75 คน moderate impairment (5-15) 140 คน Moderate-severe (16-20) 16 คน และ severe impairment (21-42) คิดเป็น ร้อยละ 31.30, 58.30, 6.70, และ 3.80 ตามลำดับ ความบกพร่องร่วมที่พบขณะจำหน่ายผู้ป่วยจาก โรงพยาบาล พบว่ามี ความบกพร่องด้านการกลืน

100 คน (ร้อยละ 41.70) บกพร่องด้านการสื่อสาร 177 คน (ร้อยละ 73.80) บกพร่องด้านการ เคลื่อนไหว 235 คน (ร้อยละ 97.90) บกพร่อง ด้านการรับรู้ และความคิดเข้าใจ 31 คน (ร้อยละ 12.90) โดยไม่มีผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง เรื่องการขับถ่าย/ขับปัสสาวะบกพร่องจากระบบ ประสาท (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าเกณฑ์ควรได้รับการฟื้นฟูระยะกลาง (n = 240)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	139	57.90
หญิง	101	42.10
อายุ (ปี)		
mean ± SD	66.70 ± 13.40	
ที่อยู่		
ในเขตอำเภอเมือง	52	21.70
นอกเขตอำเภอเมือง	188	78.30
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)		
Minor (1-4)	75	31.30
Moderate (5-15)	140	58.30
Moderate-severe (16-20)	16	6.70
Severe (21-42)	9	3.80
ความบกพร่องร่วม		
Swallowing problem	100	41.70
Communication problem	177	73.80
Mobility problem	235	97.90
Cognitive and perception problem	31	12.90
Bowel and bladder problem	0	0.00
โรคร่วม		
HT	171	71.30
DM	51	21.30



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าเกณฑ์ควรได้รับการฟื้นฟูระยะกลาง (n = 240) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม		
DLP	88	36.70
AF	49	20.40
Old CVA	54	22.50
ปัจจัยเสี่ยง		
สูบบุหรี่	49	20.40
ดื่มแอลกอฮอล์	67	30.00

ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพ

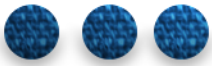
จากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางจำนวน 240 คน หลังจำหน่ายออกจากระยะเฉียบพลันมีผู้ป่วยที่มาติดตามอาการหลังจำหน่ายที่คลินิกหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลน่านและเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางจำนวน 131 คน (ร้อยละ 54.60) ได้รับการดูแลบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก

เฉลี่ย 2.80 ± 2.70 ครั้ง ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องจนคะแนน BI ครบ 20 หรือครบ 6 เดือนมีจำนวน 91 คน (ร้อยละ 69.50) ระยะเวลาในเข้ารับการฟื้นฟูจนสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางเฉลี่ย 4.40 ± 2.20 เดือน และมีผู้ป่วยที่คะแนน BI เต็ม 20 ก่อน 6 เดือนจำนวน 35 คน (ร้อยละ 38.50)

ตารางที่ 2 สมรรถภาพที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางครบถ้วน (n = 240)

ข้อมูล	mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	df	t	p-value
BI ขณะเริ่มเข้าสู่การฟื้นฟูระยะกลาง (BI _S)	9.68	3.57	0.51	90	13.47*	< 0.01
BI หลังได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางครบถ้วน (BI _{END})	15.49	4.84	0.37			

หมายเหตุ * Significant level at p-value < 0.05



เมื่อพิจารณาคะแนน BI พบว่า คะแนน BI แรกรับในระยะเฉียบพลัน (BIAD) เฉลี่ย เท่ากับ 6.67 ± 3.26 คะแนน ขณะที่คะแนน BI เมื่อเริ่มเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (BIS) เฉลี่ย เท่ากับ 9.68 ± 3.57 คะแนน และคะแนน BI หลังสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (BIEND) เฉลี่ย เท่ากับ 15.49 ± 4.84 คะแนน (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาคะแนนผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่า มีค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นหลังครบการฟื้นฟูระยะกลาง (Δ BI) เฉลี่ย เท่ากับ 5.81 ± 4.12 คะแนน และค่าประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ย เท่ากับ 3.07 ± 2.97 คะแนนต่อครั้ง

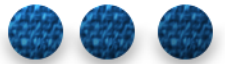
เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางด้วย multivariable logistic regression analysis โดยควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องทั้งหมด (Exploratory modelling strategy) ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค โรครประจำตัว ระดับการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความบกพร่องร่วม พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะ

กลางอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น และการมีที่อยู่อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองน่าน โดยมี odds ratio เป็น 0.97 และ 0.46 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางมีผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูระยะกลางไม่ครบถ้วนจำนวน 40 คน (ร้อยละ 30.50) โดยมีระยะรักษาฟื้นฟูระยะกลางเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 ± 1.30 เดือน สาเหตุของการฟื้นฟูระยะกลางไม่ครบถ้วนเกิดจากการขาดการติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง 11 คน มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองแต่ไม่ได้มาตามนัดพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 20 คน ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 1 คน เสียชีวิต 4 คน ถูกส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน 3 คนและโรงพยาบาลนอกจังหวัด 1 คน ทั้งนี้ มีรายงานภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการฟื้นฟูระยะกลางจำนวน 18 คน (ร้อยละ 13.80) แบ่งเป็น เกิดแผลกดทับ 11 คน หกล้ม 2 คน ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 2 คน ปอดติดเชื้อ 1 คน ข้อติด 1 คน

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (n = 240)

ปัจจัย	B	SE	p-value	OR	95%CI
เพศหญิง	-0.06	0.27	0.83	0.94	0.53-1.65
อายุที่เพิ่มขึ้น (ปี)	-0.03	0.01	0.00*	0.97	0.94-0.99
อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองน่าน	-0.79	0.16	0.02*	0.46	0.23-0.90
มีโรครประจำตัว	-0.45	0.26	0.26	0.64	0.29-1.40
สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับน้อย	-0.09	0.20	0.68	0.91	0.59-1.41
Swallowing problem	-0.49	0.24	0.21	0.62	0.29-1.31



ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (n = 240) (ต่อ)

ปัจจัย	B	SE	p-value	OR	95%CI
Communication problem	0.49	0.57	0.162	1.63	0.82-3.24
Mobility problem	-0.46	0.63	0.641	0.63	0.09-4.41
Cognitive and perception problem	0.05	0.49	0.919	1.05	0.42-2.61
Constant	4.19	104.10	0.008	65.84	
Nagelkerke R Square = 0.07					

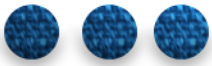
หมายเหตุ * Significant level at p-value < 0.05, derived from logistic regression analysis

บทวิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น โดยค่า BI ขณะเริ่มเข้าสู่การฟื้นฟูระยะกลาง (BIS) อยู่ที่ 9.68 ± 3.57 คะแนน และคะแนนหลังได้รับการฟื้นฟูจนครบ (BIEND) เพิ่มขึ้นเป็น 15.49 ± 4.84 คะแนน โดยมีค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (ΔBI) เฉลี่ย 5.81 ± 4.12 คะแนน มีค่าประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ย 3.07 ± 2.97 คะแนนต่อครั้ง ทั้งนี้ พบว่าการมีอายุที่เพิ่มขึ้นและการอาศัยนอกเขตอำเภอเมืองน่านเป็นปัจจัยเชิงลบที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางอย่างครบถ้วนจะมีการเพิ่มขึ้นของคะแนน BI เฉลี่ย 5.81 ± 4.12 คะแนน (เพิ่มขึ้นจาก 9.68 ± 3.57 เป็น 15.49 ± 4.84 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบพหุสถาบันในโรงพยาบาล 14 แห่งในประเทศไทย (Kuptniratsaikul et al., 2016) รวมถึงการศึกษา

ของรัชณี ทองเสก (2563) ณ โรงพยาบาลท่าศาลา และการศึกษาของ Yanyong (2023) ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งต่างก็พบคะแนน ΔBI เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ แต่ละการศึกษามีจำนวน คะแนน ΔBI ที่เพิ่มขึ้นแตกต่างกัน โดยพบ คะแนน BI เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.10 ± 3.50 , 9.32 ± 4.65 และ 4.77 ± 2.26 คะแนนตามลำดับ และมีคะแนนหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็น 11.70 ± 5.50 , 16.60 ± 0.70 และ 15.77 ± 3.19 คะแนนตามลำดับ ความแตกต่างของคะแนน BI ที่เพิ่มขึ้นและคะแนน BI หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างการศึกษานี้และการศึกษาที่กล่าวถึงข้างต้นอาจเป็นผลจากความแตกต่างหลาย ๆ ประเด็น กล่าวคือ แต่ละการศึกษามีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ที่ต่างกัน ทำให้มีความแตกต่างของคะแนน BI ตั้งแต่เริ่มต้นคือ 7.60 ± 4.70 (Kuptniratsaikul et al, 2016), 7.43 ± 0.67 (รัชณี ทองเสก, 2563) และ 11.00 ± 3.58 (Yanyong, 2023) คะแนนตามลำดับ รวมไปถึงรูปแบบการฝึกที่ต่างกัน กล่าวคือ การศึกษาของ Kuptniratsaikul et al. (2016) ที่พบคะแนน BI หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยกว่า



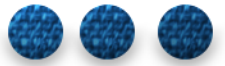
มีการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน มีระยะวันนอนเฉลี่ยเพียง 27.90 ± 17.30 วัน ซึ่งค่าสมรรถภาพอาจเพิ่มสูงขึ้นกว่านี้หากมีการติดตามต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ขณะที่การศึกษาของรัชณีทองเสถี (2563) ที่พบคะแนน BI หลังการฝึกสูงกว่า มีการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองร่วมด้วย และมีจำนวนครั้งของการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 7.70 ± 6.93 มากกว่าการศึกษานี้ที่มีค่าเฉลี่ย 2.80 ± 2.70 ครั้ง ซึ่งการฝึกจำนวนครั้งที่มากกว่าอาจส่งผลโดยตรงให้คะแนน BI หลังการฟื้นฟูสูงขึ้น (Pattanasuwanna, 2019) เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่าการฝึกกายภาพบำบัด 10-15 ชั่วโมง/ราย จะสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นหากการศึกษานี้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยจำนวนชั่วโมงที่มากขึ้น อาจจะทำให้ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพสูงขึ้นได้ (วาริสาทรัพย์ประดิษฐ์ และคณะ, 2565)

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนสิ้นสุดระยะกลางของการศึกษานี้ มีระยะเวลาเฉลี่ย 4.40 ± 2.20 เดือน พบว่าใกล้เคียงกับการศึกษาของรัชณีทองเสถี (2563) ที่มีระยะเวลาเฉลี่ย 4.41 ± 1.80 เดือน แต่การศึกษานี้มีประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation efficiency) อยู่ที่ 3.07 ± 2.97 คะแนน/ครั้ง ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Kuptniratsaikul et al. (2016) และรัชณีทองเสถี (2563) ที่มีค่า 0.23 ± 0.31 และ 0.41 ± 0.26 ตามลำดับ ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากจำนวนครั้งการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของการศึกษานี้ที่มีจำนวนน้อยกว่า เนื่องจากการศึกษาแรกเป็นการศึกษาแบบผู้ป่วยในที่สามารถฝึกได้จำนวนครั้งมากแม้จะใช้

ระยะเวลาสั้น และการศึกษาที่สองผู้ป่วยสามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้จำนวนครั้งมากกว่าการศึกษานี้ อีกทั้งการศึกษานี้มีข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบถ้วนเพียงร้อยละ 69.50 ของผู้ที่ได้เข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางทั้งหมด และมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 16.00 ที่มีคะแนน BI เต็ม 20 ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาติดตามอาการ จึงอาจทำให้ค่าเฉลี่ย ΔBI ต่อครั้งในการฝึกสูงกว่าสองการศึกษาข้างต้น

ความบกพร่องที่พบขณะจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหลังการรักษาระยะเฉียบพลัน มีการบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสารถึงร้อยละ 97.90 และ 73.80 ตามลำดับ ซึ่งผลลัพธ์สูงกว่าการศึกษาที่เคยมีการศึกษามาก่อน (Lawrence et al, 2001) เป็นผลเนื่องจากการศึกษานี้เป็นศึกษาเฉพาะผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน BI < 15 หรือกลุ่มที่ตรวจพบความบกพร่องมากกว่า 1 ระบบ ซึ่งต่างกับการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาอุบัติการณ์ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทุกราย มีข้อสังเกตว่า ถึงแม้จะมีการบันทึกข้อมูลเหล่านี้ในเวชระเบียนแต่ยังมีปัญหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเนื่องจากมีความบกพร่องมากกว่า 1 ระบบ แต่ไม่ถูกส่งต่อมาพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากแพทย์เจ้าของไข้ไม่ได้บันทึกความบกพร่องนั้นว่าเป็นปัญหาอย่างชัดเจน ทำให้มีการตกหล่นเรื่องข้อมูลในวันที่มาติดตามนัดที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและไม่ถูกส่งต่อมาพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 13.50 ที่ไม่ได้พบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูด้วยสาเหตุนี้

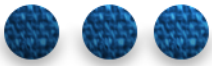
ผลการศึกษานี้ พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 13.80 ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง พบว่าต่ำกว่าเล็กน้อย



เมื่อเทียบกับการศึกษาของรัชณี ทองเสถียร (2563) และ Pattanasuwanna (2019) ที่มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 14.70 และ 20.10 ตามลำดับ ทั้งนี้คาดว่าอาจเกิดจากโรคประจำตัวหรือการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่เหมือนกัน อาจมีผู้ป่วยที่ติดตามภาวะแทรกซ้อนไม่ได้ หรือได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น ทำให้ข้อมูลที่ได้มีน้อยกว่าความเป็นจริง ในด้านการเข้าถึงระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง พบว่า ยังมีผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสได้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางถึงร้อยละ 45.40 และขาดนัดระหว่างได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางร้อยละ 8.40 รวมถึงจำนวนครั้งของการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของโรงพยาบาลน่านยังทำได้น้อยกว่าการศึกษาอื่นที่กล่าวถึงข้างต้น แสดงถึงการมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง อาจเกิดจากบริบทของบริการทางสาธารณสุขที่มีข้อจำกัด เช่น จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวนนักกายภาพบำบัด การขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ระยะห่างระหว่างโรงพยาบาลน่านและภูมิภาคอื่นๆของผู้ป่วย เป็นต้น สัมพันธ์กับผลการศึกษานี้ที่พบว่า การมีที่อยู่อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองน่านเป็นปัจจัยเชิงลบที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ของรัชชวรรณ สุขเสถียร (2557) แต่ไม่พบว่า ความบกพร่องร่วมส่งผลต่อการเข้ารับการฟื้นฟูระยะกลาง ต่างจากการศึกษาของรัชชวรรณ สุขเสถียร (2557) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการศึกษาของรัชชวรรณ สุขเสถียร (2557) นั้นเป็นการศึกษาเฉพาะการเข้าถึงบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในเท่านั้น นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า การมี

อายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางลดลง ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จะมีความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobilization Syndrome) มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Coletta & Murphy, 1992) โดยกลุ่มอาการดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดการถดถอยของสภาพร่างกายได้เร็ว เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความลำบากในการเข้าถึงการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มศักยภาพในช่วงระยะเวลาทอง (Golden period) ซึ่งควรอยู่ภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการศึกษาชนิดเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน และไม่สามารถติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยนอกเขตอำเภอเมืองได้ รวมถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างยังไม่เพียงพอในการวิเคราะห์แยกผลลัพธ์แต่ละกลุ่มการสูญเสียความสามารถ นอกจากนี้ยังมีการติดตามผลลัพธ์เพียงแค่คะแนน BI เป็นหลัก ซึ่งบ่งบอกเพียงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ยังขาดการติดตามข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น กำลั้งกล้ามเนื้อ Brunstrom recovery อาการกล้ามเนื้อหดเกร็ง นอกจากนี้ ยังควรเพิ่มรายละเอียดข้อมูลความบกพร่องแต่ละด้านที่ซึ่งสามารถแจกแจงความรุนแรงลงได้อีกหลายระดับ เช่น ความรุนแรงของการพูดไม่ชัด การเคลื่อนไหว เป็นต้น รวมถึงข้อมูลในมิติอื่น เช่น มิติทางด้านสังคม จิตใจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม



ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล วางแผนการสร้างระบบติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง และการสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาต่อไปในอนาคต เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงและผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในจังหวัดน่านสมบูรณ์มากขึ้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าต่อไปในอนาคต

สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลน่านที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางจนครบถ้วน มีสมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการได้รับการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญ ความสามารถในการเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางยังมีข้อจำกัด โดยการมีอายุที่เพิ่มขึ้นและการมีที่อยู่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองน่านเป็นปัจจัยเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.นพ.สินธิป พัฒนาคูหา อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับคำปรึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

รัชณี ทองเสถียร. (2563). ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าศาลาจังหวัดนครศรีธรรมราช. *มหาสาร*, นครศรีธรรมราชเวชสาร, 4(1), 1-9.

รัชวรรณ สุขเสถียร. (2557). การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 24(2), 37-43.

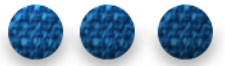
วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์, ขวัญประชา เขียวไสยสกุลไทย, นำพร สามิภักดิ์, & ชัชวลัย สนธิกุล. (2565). จำนวนชั่วโมงกายภาพบำบัดที่ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน. *วารสารกายภาพบำบัด*, 44(1), 1-1.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). ข้อมูลตัวชี้วัดสังคม https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3511&filename=PageSocial

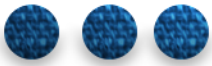
Coletta, E. M., & Murphy, J. B. (1992). The complications of immobility in the elderly stroke patient. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 5(4), 389-397.

D'Olhaberriague, L., Litvan, I., Mitsias, P., & Mansbach, H. H. (1996). A reappraisal of reliability and validity studies in stroke. *Stroke*, 27(12), 2331-2336. <https://doi.org/10.1161/01.STR.27.12.2331>

Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG,



- Abbasifard M, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abedi V, Abualhasan A. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*, 20(10), 795–820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00260-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00260-0)
- Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Dajpratham, P., & Piravej, K. (2009). Main outcomes of stroke rehabilitation: A multi-center study in Thailand. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 54–58. <https://doi.org/10.2340/16501977-0272>
- Kuptniratsaikul V, Wattanapan P, Wathanadilokul U, Sukonthamarn K, Lukkanapichonchut P, Ingkasuthi K, Massakulpan P, Klaphajone J, Suethanapornkul S, Tunwattanapong P, Laksanakorn W. (2016). The effectiveness and efficacy of inpatient rehabilitation services in Thailand: A prospective multicenter study. *Rehabilitation Process and Outcome*, 5, 13–18. <https://doi.org/10.1177/2235042X16660703>
- Lawrence, E. S., Coshall, C., Dundas, R., Stewart, J., Rudd, A. G., & Howard, R. (2001). Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. *Stroke*, 32(6), 1279–1284. <https://doi.org/10.1161/01.STR.32.6.1279>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*.
- Pattanasuwanna, P., & Kuptniratsaikul, V. (2017). Inpatient rehabilitation outcomes in patients with stroke at Thailand’s largest tertiary referral center: A 5-year retrospective study. *Journal of Science Research Studies*, 4(8), 208–216.
- Pattanasuwanna, P. (2019). Outcomes of intermediate phase post-stroke inpatient rehabilitation in community hospitals. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*, 29(1), 8–13.



- Thadanipon, K., & Rattanasiri, S. (2021, September 22). Sample size estimation I. College of Public Health Sciences, Mahidol University.
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ceb/sites/default/files/public/pdf/ACADEMIC/2021/Epi/RACE625/11.%20Sample%20size%20estimation%20I%202021-09-22.pdf>
- The Ministry of Public Health. (2019). Guideline for intermediate care.
<http://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/01/10-Guideline-for-Intermediate-Care.pdf>
- Wade, D. T., & Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability? *International Disability Studies*, 10(2), 64–67.
<https://doi.org/10.3109/09638288809164105>
- Wade, D. T., & Hower, R. L. (1987). Functional abilities after stroke: Measurement, natural history and prognosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 50(2), 177-182.
- Yanyong, K. (2023). Cost-effectiveness of intensive intermediate care rehabilitation for stroke patients in Nopparat Rajathanee Hospital: A retrospective observational study. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*, 33(3), 149–153.