ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลอุทัยธานี: การศึกษาแบบย้อนหลัง 5 ปี

Outcomes of Stroke Rehabilitation in Intermediate Care at Uthai Thani Hospital: A 5-Year Retrospective Study

คณินณ์ เศรษฐไพศาล, พ.บ.
Khanin Settapaisal, M.D.

Abstract

Objective: To evaluate the functional outcomes of stroke rehabilitation in an intermediate care setting at Uthai Thani Hospital over a 5-year period.

Methods: This retrospective study included 761 stroke patients who received inpatient rehabilitation between October 2019 and October 2024. Patient characteristics and clinical outcomes were analyzed using descriptive statistics. Changes in functional status were assessed using the Barthel Index at admission and discharge. Paired t-test was used to compare pre- and post-rehabilitation scores, and one-way ANOVA was used to compare outcomes among different baseline functional groups.

Results: Most patients were male (59.1%) with a mean age of 65.6 years. The Barthel Index scores significantly improved after rehabilitation compared with baseline (p-value <0.01). The mean functional gain was 2.5 points (95% CI: 2.3–2.7). Rehabilitation effectiveness was 20.3%, and rehabilitation efficiency was 0.3. Patients with moderate baseline functional status demonstrated greater improvement compared with other groups.

Conclusions: Intermediate care rehabilitation significantly improves functional outcomes in stroke patients, particularly in those with moderate baseline disability. These findings support the role of intermediate care in enhancing functional recovery and independence.

Keywords: Stroke, Rehabilitation, Intermediate Care, Activities of Daily Living

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลอุทัยธานี ในช่วงระยะเวลา 5 ปี

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 761 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired T-test และ One-way ANOVA

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 59.1 อายุเฉลี่ย 65.6 ปี คะแนน Barthel Index หลังการฟื้นฟูสูงกว่าก่อนการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) โดยมีค่าการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพเฉลี่ย 2.5 คะแนน ประสิทธิผลของการฟื้นฟูเฉลี่ยร้อยละ 20.3 และประสิทธิภาพของการฟื้นฟูเฉลี่ย 0.3

สรุป: การฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสามารถเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, ดัชนีบาร์เธล

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นรูปแบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลกับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ลดความพิการ และเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็น

วันที่รับ (received) 23 เมษายน 2569
วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 สิงหาคม 2569
วันที่ตอบรับ (accepted) 31 สิงหาคม 2569
Published online ahead of print 7 กันยายน 2569

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี
Department of Rehabilitation, Uthai Thani Hospital, Uthai Thani

Corresponding Author: คณินณ์ เศรษฐไพศาล
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี
Email: knotkhanin@gmail.com
doi: .....

สาเหตุสำคัญของความพิการในระยะยาว การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัวและลดภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วย

ในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติแต่ยังคงมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของระบบบริการดังกล่าว

โรงพยาบาลอุทัยธานีได้ดำเนินการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางมาอย่างต่อเนื่อง และได้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการติดตามผลลัพธ์ของการรักษา อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพในบริบทระดับพื้นที่ที่มีจำกัด

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลอุทัยธานี ในช่วงระยะเวลา 5 ปี โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธล (Barthel Index) รวมทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เขตสุขภาพที่ 3 ของโรงพยาบาลอุทัยธานี การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ UTH-IRB2025/3103

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 (I60–I64) และเข้ารับการรักษาในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลอุทัยธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 761 ราย ที่มีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากประชากรทั้งหมด (Total population) จึงไม่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

1. ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตามรหัส ICD-10 I60–I64
3. ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
4. มีข้อมูลคะแนน Barthel Index ทั้งวันรับเข้าและวันจำหน่ายครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1. ผู้ป่วย Recurrent Stroke ในช่วงเวลาศึกษา
2. ผู้ป่วยที่มี Severe Cognitive Impairment จนไม่สามารถประเมิน Barthel Index ได้
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูครบตามแผน การรักษา
4. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่าง Admission
5. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 761 ราย ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและไม่มีข้อใดเข้ากับเกณฑ์การคัดออก โดยการศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากประชากรทั้งหมด (Total population) จึงไม่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และประเภทของโรค
2. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้ Barthel Index (BI) ฉบับ 0–20 คะแนน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคะแนนที่สูงกว่าหมายถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ดีกว่า
3. ระบบฐานข้อมูลการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เขตสุขภาพที่ 3

โดยแบ่งระดับความสามารถตามคะแนน Barthel Index แรกรับเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ Severe Dependency (0–4 คะแนน), Moderate Dependency (5–11 คะแนน) และ Mild Dependency (≥12 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลอุทัยธานี โดยคัดเลือกข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนด ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก และคะแนนดัชนีบาร์เธลในวันรับเข้า (Barthel Index at admission; BIA) และวันจำหน่าย (Barthel Index at discharge; BID)

จากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพ (Functional gain; ΔBI) ΔBI = BID – BIA
2. ประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation effectiveness) Rehabilitation Effectiveness = [(BID – BIA) / (20 – BIA)] × 100

3. ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation efficiency) Rehabilitation Efficiency = (BID – BIA) / Length of stay

โดยกำหนดให้คะแนน Barthel Index สูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีบาร์เธลก่อนและหลังการฟื้นฟู ใช้สถิติ Paired T-test และรายงานค่า Mean Difference พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence interval)

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มระดับคะแนน Barthel Index แรกรับ ใช้สถิติ One-way ANOVA และทดสอบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni Correction

มีการทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลด้วยวิธี Kolmogorov–Smirnov โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อมูลคะแนน Barthel Index มีการแจกแจงแบบปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Parametric Tests ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยจำนวน 761 รายเข้าร่วมการศึกษา ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 450 ราย (ร้อยละ 59.1) และเพศหญิง 311 ราย (ร้อยละ 40.9) มีอายุเฉลี่ย 65.6 ± 13.4 ปี และมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.0 ± 8.3 วัน

เมื่อจำแนกตามประเภทของโรคตามรหัส ICD-10 พบว่าโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ Cerebral Infarction (I63) จำนวน 316 ราย (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือ Stroke, Not Specified as Hemorrhage or Infarction (I64) จำนวน 283 ราย (ร้อยละ 37.2) ส่วน Intracerebral Hemorrhage (I61) พบ 99 ราย (ร้อยละ 13.0) Subarachnoid Hemorrhage (I60) จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 6.6) และ Other Nontraumatic Intracranial Hemorrhage (I62) จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 1.7)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา (n = 761)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ± SD / จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	450 (59.1)
หญิง	311 (40.9)
อายุ (ปี)	65.6±13.4
ระยะเวลานอน รพ. (LOS) (วัน)	11.0±8.3
ประเภทโรค	
I60: Subarachnoid hemorrhage	50 (6.6)
I61: Intracerebral hemorrhage	99 (13.0)
I62: Other nontraumatic intracranial hemorrhage	13 (1.7)
I63: Cerebral infarction	316 (41.5)
I64: Stroke, not specified as hemorrhage or infarction	283 (37.2)

การเปรียบเทียบคะแนนดัชนีบาร์เธลก่อนและหลังการฟื้นฟูแสดงในตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการฟื้นฟูสูงกว่าก่อนการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) โดยมีค่าการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเท่ากับ 2.5 ± 2.7 คะแนน (95% CI: 2.3 ถึง 2.7)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนดัชนีบาร์เธลระหว่างวันรับเข้าและวันจำหน่าย

BIA admission	BID discharge	Mean difference	95%CI	p-value
5.0±4.7	7.5±5.9	2.5±2.7	2.3 to 2.7	<0.01

การเปรียบเทียบคะแนนดัชนีบาร์เธลก่อนและหลังการฟื้นฟูแสดงในตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการฟื้นฟูสูงกว่าก่อนการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) โดยมีค่าการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเท่ากับ 2.5 ± 2.7 คะแนน (95% CI: 2.3 ถึง 2.7)

เมื่อจำแนกผลลัพธ์ของการฟื้นฟูตามระดับคะแนนดัชนีบาร์เธลแรกรับ (BIA) พบว่าค่าการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพ ประสิทธิผลของการฟื้นฟู และประสิทธิภาพของการฟื้นฟูแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) โดยกลุ่มที่มีคะแนนแรกรับระดับปานกลาง (BIA 5–11) มีค่าการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพสูงที่สุดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพจำแนกตามระดับคะแนนดัชนีบาร์เธลแรกรับ

Outcome	All (n=761)	BIA 0-4 (n=391)	BIA 5-11 (n=277)	BIA≥12 (n=93)	*p*-value
Functional gain (ΔBI = BID – BIA)	2.5±2.7	1.8±2.5	3.3±2.7	2.8±2.0	<0.01
Rehabilitation effectiveness (%)	20.3±23.8	10.0±14.1	27.1±22.7	43.2±34.5	<0.01
Rehabilitation efficiency (ΔBI / LOS)	0.3±0.3	0.2±0.3	0.4±0.4	0.4±0.4	<0.01
LOS	11.0±8.3	12.3±9.4	10.1±7.4	8.1±3.4	<0.01

ผลการวิเคราะห์ Post-hoc ด้วยวิธี Bonferroni Correction ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มระดับปานกลาง (BIA 5–11) มีค่า Functional Gain สูงที่สุด ขณะที่กลุ่ม BIA ≥12 มีค่า Rehabilitation Effectiveness สูงที่สุด

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสามารถเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าคะแนนดัชนีบาร์เธลหลังการฟื้นฟูสูงกว่าก่อนการฟื้นฟู ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของการฟื้นฟูแบบสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[11,12]

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pattanasuwanna และ Kuptniratsaikul ที่รายงานว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในช่วยเพิ่มคะแนน Barthel Index ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ[8] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Langhorne และคณะ ซึ่งพบว่าการฟื้นฟูโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยเพิ่ม Functional Recovery และลดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว[11]

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่ากลุ่มที่มีระดับสมรรถภาพปานกลางมีค่าการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพสูงที่สุด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีศักยภาพในการฟื้นตัว (Recovery potential) และ Neuroplasticity ที่เพียงพอต่อการตอบสนองต่อการฟื้นฟู[13] ขณะที่กลุ่มที่มีสมรรถภาพต่ำอาจมีข้อจำกัดจากความรุนแรงของโรค และกลุ่มที่มีสมรรถภาพสูงอาจได้รับผลกระทบจาก Ceiling Effect ของ Barthel Index

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพมีแนวโน้มสัมพันธ์กับระยะเวลานอนโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่าในกลุ่มที่มีประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสูงกว่า อาจสะท้อนถึงศักยภาพในการฟื้นตัวที่ดีกว่าและการตอบสนองต่อโปรแกรมฟื้นฟูที่รวดเร็วกว่า ทั้งนี้ การจัดโปรแกรมฟื้นฟูอย่างเข้มข้นในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมอาจมีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่ม Functional Recovery ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[14,15] กับผลลัพธ์ด้าน Functional Outcome[10,14]

ผลการศึกษานี้อาจมีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของ Intermediate Care โดยเฉพาะการออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูที่เหมาะสมกับระดับสมรรถภาพของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรด้าน Rehabilitation ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของข้อมูล และไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนเริ่มฟื้นฟู (Onset-to-rehabilitation time) และโรคร่วมสำคัญ (Comorbidities) ซึ่งอาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพและอาจเป็นปัจจัยกวนในการวิเคราะห์ผลลัพธ์

อีกทั้ง การประเมินผลลัพธ์ใช้เพียงดัชนีบาร์เธล ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมมิติด้านคุณภาพชีวิต การฟื้นตัวทางระบบประสาท หรือผลลัพธ์ด้าน Participation ในระยะยาว ดังนั้น การศึกษาในอนาคตควรมีการเก็บข้อมูลด้าน Stroke Severity และ Clinical Covariates เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การศึกษาในอนาคตควรมีการติดตามผลลัพธ์ระยะยาวหลังจำหน่าย เช่น Quality of life, Community Reintegration และ Readmission Rate รวมทั้งควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ Multivariable Analysis เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวางแผนการฟื้นฟูเฉพาะราย

สรุป

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลอุทัยธานีสามารถเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพเริ่มต้นปานกลาง ซึ่งมีแนวโน้มตอบสนองต่อการฟื้นฟูได้ดีที่สุด

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในการเชื่อมต่อการดูแลและส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟู

สมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ในอนาคต

ซึ่งจากที่ได้กล่าวมาจะพบว่าระบบ Intermediate Care มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างระยะเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากความพิการระยะยาว เพิ่มความสามารถในการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และอาจช่วยลดภาระของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในระยะยาว[1-4]

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลอุทัยธานีทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เขตสุขภาพที่ 3 ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Melis RJF, Olde Rikkert MGM, Parker SG, van Eijken MI. What is intermediate care? BMJ. 2004;329(7462):360-1.
2. Pearson M, Hunt H, Cooper C, Shepperd S, Pawson R, Anderson R. Providing effective and preferred care closer to home: a realist review of intermediate care. Health Soc Care Community. 2015;23(6):577-93. Doi:10.1111/hsc.12183.
3. Pencheon D. Intermediate care: appealing and logical, but still in need of evaluation. BMJ. 2002;324(7350):1347-8. Doi:10.1136/bmj.324.7350.1347.
4. Millar AN, Hughes CM, Passmore AP, Ryan C. Intermediate care: the role of medicines management. Drugs Aging. 2014;31(1):21-31. Doi:10.1007/s40266-013-0133-5.
5. Mayhew L, Lawrence D. The costs and service implications of substituting intermediate care for acute hospital care. Health Serv Manage Res. 2006;19(2):80-93. Doi:10.1258/095148406776829077.
6. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Guideline for Intermediate Care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง; 2562.
7. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2565.
8. Pattanasuwanna P, Kuptniratsaikul V. Inpatient rehabilitation outcomes in patients with stroke at Thailand's largest tertiary referral center: a 5-year retrospective study. J Sci Res Stud. 2017;4:208-16.
9. Chen C, Koh GC, Naidoo N, Cheong A, Fong NP, Tan YV, et al. Trends in length of stay, functional outcomes, and discharge destination stratified by disease type for inpatient rehabilitation in Singapore community hospitals from 1996 to 2005. Arch Phys Med Rehabil. 2013;94(7):1342-51.e4. Doi:10.1016/j.apmr.2013.01.006.
10. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Efficiency, effectiveness, and duration of stroke rehabilitation. Stroke. 1990;21(2):241-6. Doi:10.1161/01.STR.21.2.241.
11. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. Lancet. 2011;377(9778):1693-702. Doi:10.1016/S0140-6736(11)60325-5.
12. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(9):CD000197. Doi:10.1002/14651858.CD000197.pub3.
13. Kleim JA, Jones TA. Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage. J Speech Lang Hear Res. 2008;51(1):S225-S239. Doi:10.1044/1092-4388(2008/018).
14. Kwakkel G, Kollen BJ, Wagenaar RC. Long term effects of intensity of upper and lower limb training after stroke: a randomised trial. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002;72(4):473-9. Doi:10.1136/jnnp.72.4.473.
15. Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Vive-Larsen J, Støier M, Olsen TS. Outcome and time course of recovery in stroke. Part I: Outcome. The Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil. 1995;76(5):399-405.