

รายงานวิจัย

Research Articles

ผลลัพธ์การติดตามผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายOutcomes of Patient Follow-up and Factors Affecting Daily Routines of
Stroke Patients after Discharge

ปัญญสุดา ยี่ไถ่* พุทธิพร เกษกมล* สายพิรุณ จันทร์พงษ์*

Panyasuda Yeetho* Putthiphorn Keskamol* Saiphiroon Janphong*

*โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ*Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Bang Pla, Bang Phli, Samut Prakan

Corresponding author e-mail address: noipanyasuda@gmail.com

Received: April 2, 2025

Revised: August 7, 2025

Accepted: November 14, 2025

Abstract

Although there are guidelines for stroke care in Thailand, there are still patients who become disabled and unable to move normally, which affects their work and daily activities. This retrospective research reviewed medical records of stroke patients referred for home-based continuing care to investigate the factors influencing their ability to carry out activities of daily living (ADLs) following hospital discharge. The study sample consisted of stroke patients who were admitted as inpatients and had a Barthel Index score of less than 75 prior to discharge. These patients were referred for continuing care at the Disease Prevention and Health Promotion Unit of Chakri Naruebodindra Medical Institute, Ramathibodi Hospital, between January 1, 2021 and December 31, 2023. A total of 97 patients were included. The results showed that 43 participants (44.3%) were male and 54 (55.7%) were female, with an average age of 72 ± 13.2 years. Regarding disease severity, 48.5% of the participants had a moderate level of comorbidity as measured by the Charlson Comorbidity Index (CCI). Barthel Index scores were assessed at three points: prior to discharge, two weeks post-discharge during home visits, and one-month post-discharge. At the two-week mark, comorbidity severity was found to be significantly associated with ADL performance. However, within one-month post-discharge, gender, age, and comorbidity severity were not found to significantly affect patients' ability to perform activities of daily living.

Keywords: daily routines, stroke patients, after discharge*Buddhachinaraj Med J 2025;42(3): 274-81.*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองนั้นแม้ในประเทศไทยจะมีแนวทางในการดูแลแต่ก็ยังมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะทุพพลภาพไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติส่งผลต่อการทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง การวิจัยแบบย้อนหลังครั้งนี้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งปรึกษาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและมีคะแนน Barthel index น้อยกว่า 75 ก่อนจำหน่ายกลับบ้านที่ได้รับการส่งปรึกษาการดูแลต่อเนื่องที่หน่วยป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรามาริบัติจักรีนฤพดินทร์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 97 ราย ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย 43 ราย (ร้อยละ 44.3) เพศหญิง 54 ราย (ร้อยละ 55.7); อายุเฉลี่ย 72 ปี; มีความรุนแรงของโรคร่วมระดับปานกลางร้อยละ 48.5; คะแนน Barthel Index วันที่ก่อนจำหน่าย, ติดตามที่บ้าน 2 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังจำหน่ายพบว่าที่ 2 สัปดาห์ความรุนแรงของโรคร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยพบว่า เพศ อายุ และความรุนแรงของโรคร่วมไม่ได้ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในช่วงหลังจำหน่ายภายใน 1 เดือน

คำสำคัญ : การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, หลังจำหน่าย

พุทธชินราชเวชสาร 2568;42(3): 274-81.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เกิดจากหลอดเลือดแดงในสมองมีภาวะตีบ แตก หรืออุดตัน ส่งผลให้ร่างกายซีกใดซีกหนึ่งมีอาการอ่อนแรง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ส่งผลต่อการทำงาน รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง นอกจากส่งผลกระทบต่อครอบครัว ตลอดจนผู้ใกล้ชิดและปัญหาทางร่างกายแล้ว ยังมีผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ ภาวะเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตามมา¹⁻² องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบในประเทศกำลังพัฒนามากถึงร้อยละ 80³⁻⁴ สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้รายงานในปีงบประมาณ 2566 ว่าประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 350,934 ราย เสียชีวิต 31,042 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย⁵ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลรามาริบัติจักรีนฤพดินทร์ปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน

157, 228 และ 260 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดปัญหาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู สภาพผู้รอดพ้นจากโรคหลอดเลือดสมองนั้น 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพ ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง รวมทั้งยังมีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น ซึ่งในปัจจุบันพบการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่กำลังรักษาในโรงพยาบาล⁶ และยังพบการศึกษาด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในประเทศและต่างประเทศซึ่งผลลัพธ์แตกต่างกัน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมีโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่รายงานว่า การได้

รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลตนเอง และระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁷ อีกทั้งยังมีรายงานถึงปัจจัยภายนอกอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ผู้ดูแล ลักษณะสังคม สิ่งแวดล้อม ความพร้อมของสถานบริการด้านการแพทย์⁷⁻¹⁰

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการดูแลระยะกลาง (ระยะเวลาอยู่ในช่วง 6 เดือนนับแต่วันที่พ้นภาวะวิกฤติ) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนิยามของการดูแลระยะกลางในคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (guideline intermediate care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกขั้นระยะวิกฤติ (acute phase) และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกาย บางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในโรงพยาบาล จนถึงชุมชนเพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ และการทำกิจวัตรประจำวัน¹¹ โดยแนวทางการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร์ได้ให้ข้อมูลแนวทางการดูแลของผู้ป่วยอย่างองค์รวมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹² และได้ติดตามประเมินการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์และ 1 เดือนในกลุ่มที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การดูแลที่เหมาะสม พบว่าในปี พ.ศ. 2564-2566 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายด้วยคะแนน Barthel Index น้อยกว่า 75 มีจำนวน 19, 33 และ 31 รายตามลำดับ เมื่อติดตามประเมินภายใน 2 สัปดาห์พบว่าคะแนน Barthel Index ดีขึ้น 11, 22 และ 23 รายตามลำดับ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรคร่วม (Charlson comorbidity index: CCI) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ตลอดจนความเกี่ยวข้องของระยะเวลาในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index:

BI) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหากได้ศึกษาเพิ่มเติมมากขึ้นจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนการให้การรักษาผู้ป่วยในแต่ละระยะ ตลอดจนการจัดสวัสดิการ หรือการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากภาครัฐ เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) ครั้งนี้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งปรึกษาการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในหน่วยป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 102 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan¹³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 80.76 โดยเกณฑ์คัดเข้า คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งปรึกษามาที่หน่วยป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนน BI น้อยกว่า 75 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และเกณฑ์คัดออก คือกรณีที่ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลในเวชระเบียนได้ครบถ้วนตามแบบบันทึกงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ผู้ดูแล 2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย (1) โรคประจำตัว (2) วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (3) คะแนนประเมินกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย (4) ผลการติดตามคะแนนประเมินกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์และ 1 เดือน 3) แบบบันทึกประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การกินอาหาร การล้างหน้า การแปรงฟัน การหวีผม การขึ้น-ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ/ห้องส้วม การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การเดินขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ โดยให้

คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ คะแนน 0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้เอง, คะแนน 25-45 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย, คะแนน 50-70 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง, คะแนน 75-79 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบหมด และคะแนน 100 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลระบุรหัส บันทึกคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย (range) ใช้สถิติ repeated measures ANOVA with Bonferroni post-hoc analysis เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน Barthel Index วันที่ก่อนจำหน่าย ติดตามที่บ้าน 2 สัปดาห์ และ 1 เดือนผ่านไป, วิเคราะห์ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (ได้แก่ เพศ, อายุ, ความรุนแรงของโรคร่วม) กับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index) โดยรวมสรุปเป็นกลุ่มที่มี Barthel Index ดีขึ้นหรือไม่ดีโดยใช้ Free-

man-Halton test/Pearson Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี เลขที่ COA No.MURA2024/723 ลงวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งปรึกษาหน่วยป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในปี พ.ศ. 2564-2566 ทั้งหมด 102 ราย ได้คัดออก 5 รายเนื่องจากเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ คงเหลือจำนวน 97 ราย การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan¹³ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 80.76 จึงศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งปรึกษาฯ ทั้ง 97 ราย ซึ่งเป็นเพศชาย 43 ราย (ร้อยละ 44.3) เพศหญิง 54 ราย (ร้อยละ 55.7) อายุอยู่ในช่วง 36-98 ปี อายุเฉลี่ย 72.02 ปี (SD = 13.26) มีความรุนแรงของโรคร่วมอยู่ที่ระดับปานกลาง 47 ราย (ร้อยละ 48.5) และผู้ดูแลเป็นครอบครัว 90 ราย (ร้อยละ 92.8) ดูรายละเอียดในตารางที่ 1

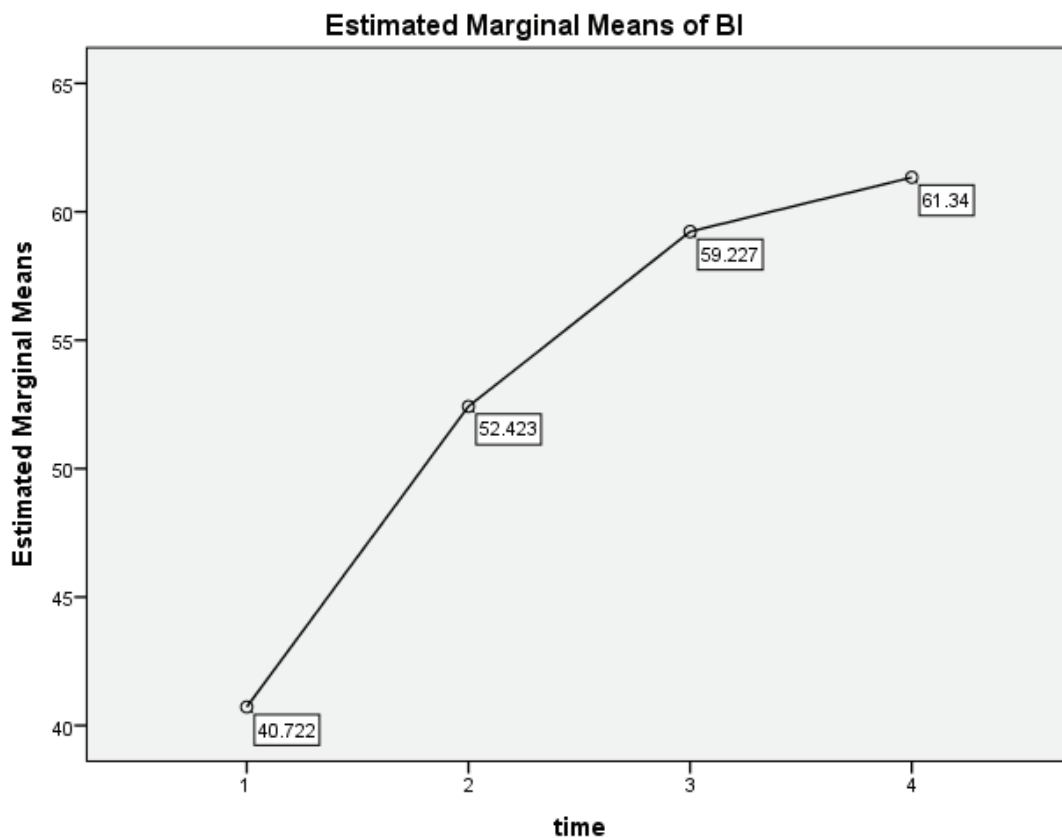
ตารางที่ 1 ข้อมูลบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งปรึกษาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (n = 97)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	43 (44.3)
หญิง	54 (55.7)
อายุ (ปี) : minimum = 36, maximum = 98, (Mean $\pm$ SD) = 72.02 $\pm$ 13.26	
ค่าความรุนแรงของโรค (CCI)	
ไม่มีโรคร่วม (0)	4 (4.1)
มีโรคร่วมน้อย (1-2)	25 (25.8)
มีโรคร่วมปานกลาง (3-4)	47 (48.5)
มีโรคร่วมมาก (> 4)	21 (21.6)
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล	
ครอบครัว	90 (92.8)
ผู้ดูแลว่าจ้าง	7 (7.2)

CCI: Charlson comorbidity index หมายถึง ความรุนแรงของโรคร่วม

ผลการติดตามคะแนน Barthel Index 4 ครั้ง คือ วันก่อนจำหน่าย, ติดตามที่บ้านภายใน 2 สัปดาห์, 1 เดือน และ 3 เดือนผ่านไปพบว่าค่าคะแนน Barthel Index เฉลี่ยเท่ากับ 40.7, 52.4, 59.2 และ 61.3 ตามลำดับ (ดูรูปที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA with Bonferroni post-hoc analysis พบว่าคะแนน Barthel Index ของวันก่อนจำหน่ายกับติดตามที่บ้าน 2 สัปดาห์, ติดตามเยี่ยมที่บ้าน 2 สัปดาห์กับติดตามที่บ้าน 1 เดือน, ติดตาม

ที่บ้าน 1 เดือนกับวันก่อนจำหน่าย และติดตามที่บ้าน 3 เดือนกับวันก่อนจำหน่าย (mean = 40.7, SE = 2.88), (mean = 52.4, SE = 3.30), (mean = 59.2, SE = 3.48), (mean = 61.3, SE = 3.56) ค่าความแตกต่างเฉลี่ย = 11.7, 95% CI เท่ากับ -16.7, -6.7; ค่าความแตกต่างเฉลี่ย = -6.8, 95% CI เท่ากับ -9.64, -3.96; ค่าความแตกต่างเฉลี่ย = 18.5, 95% CI เท่ากับ -24.1, -12.8; ค่าความแตกต่างเฉลี่ย = 20.61, 95% CI เท่ากับ 14.72, 26.51 ตามลำดับ ดูรูปที่ 1 และตารางที่ 2



รูปที่ 1 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของการติดตามประเมินคะแนน Barthel Index (BI) วันก่อนจำหน่าย, ติดตามที่บ้าน 2 สัปดาห์, 1 เดือน และ 3 เดือน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนน Barthel Index รายคู่ในการติดตามวันก่อนจำหน่าย, ติดตามที่บ้าน 2 สัปดาห์และ 1 เดือน (n = 97)

ระยะเวลาในการติดตามคะแนน Barthel Index		Mean	SE	95% Confidence Interval		p-value ^a
		difference		Lower Bound	Upper Bound	
วันก่อนจำหน่าย	: ติดตามที่บ้าน 2 สัปดาห์	11.70	1.85	-16.70	-6.70	< 0.001
ติดตามที่บ้าน 2 สัปดาห์	: ติดตามที่บ้าน 1 เดือน	-6.80	1.05	-9.64	-3.96	
ติดตามที่บ้าน 1 เดือน	: วันก่อนจำหน่าย	18.50	2.08	-24.12	-12.89	
ติดตามที่บ้าน 3 เดือน	: วันก่อนจำหน่าย	20.61	2.18	14.72	26.51	

SE: Standard Error

^aRepeated measures ANOVA with Bonferroni post-hoc analysis

ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันในช่วงหลัง
จำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์พบว่ามีความรุนแรง
ของโรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการใช้ชีวิต

ประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$) ดังข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์ ($n = 97$)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	Barthel Index ภายใน 2 สัปดาห์			
	เท่าเดิม	ดีขึ้น	แย่ลง	
เพศ				0.063 ^a
ชาย	5 (23.8)	31 (47.7)	7 (63.6)	
หญิง	16 (76.2)	34 (52.3)	4 (36.4)	
อายุ (ปี)				0.324 ^b
30-60	4 (19.0)	13 (20.0)	0	
61-100	17 (81.0)	52 (80.0)	11 (100.0)	
ความรุนแรงของโรคร่วม (CCI)				0.024 ^b
ไม่มีโรคร่วม (0)	0	4 (6.2)	0	
มีโรคร่วมน้อย (1-2)	8 (38.1)	17 (26.2)	0	
มีโรคร่วมปานกลาง (3-4)	12 (57.1)	30 (46.2)	5 (45.5)	
มีโรคร่วมมาก (> 4)	1 (4.8)	14 (21.5)	6 (54.5)	

CCI: Charlson comorbidity index หมายถึง ความรุนแรงของโรคร่วม

^aPearson's test, ^bFreeman-Halton test

สำหรับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันใน
ช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านพบว่าเพศ อายุ และ
ความรุนแรงของโรคร่วมไม่ได้ส่งผลต่อความสามารถ

ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ดังแสดงในตาราง
ที่ 4

ตารางที่ 4 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยภายใน 1 เดือน

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)			p-value ^a
	Barthel Index ภายใน 2 สัปดาห์			
	เท่าเดิม	ดีขึ้น	แย่ลง	
เพศ				0.300
ชาย	15 (35.7)	26 (52.0)	2 (40.0)	
หญิง	27 (64.3)	24 (48.0)	3 (60.0)	
อายุ (ปี)				0.540
30-60	9 (21.4)	7 (14.0)	1 (20.0)	
61-100	33 (78.6)	43 (86.0)	4 (80.0)	
ความรุนแรงของโรคร่วม (CCI)				0.670
ไม่มีโรคร่วม (0)	2 (4.8)	2 (4.0)	0	
มีโรคร่วมน้อย (1-2)	12 (28.6)	12 (24.0)	1 (20.0)	
มีโรคร่วมปานกลาง (3-4)	17 (40.5)	28 (56.0)	2 (40.0)	
มีโรคร่วมมาก (> 4)	11 (26.2)	8 (16.0)	2 (40.0)	

^aFreeman-Halton test

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านระยะเวลาในการติดตามการฟื้นฟูสภาพการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อคะแนน Barthel Index โดยการติดตามประเมินคะแนน Barthel Index ทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ วันที่ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน กลับบ้านได้ 2 สัปดาห์ กลับบ้านได้ 1 เดือน และกลับบ้านได้ 3 เดือนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้านพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นน้อยหรือเท่าเดิมในกลุ่มตัวอย่างที่รายงานการติดตามหลังกลับไปอยู่ที่บ้านนานกว่า 3 เดือน ซึ่งอนุมานได้ว่าการติดตามที่เข้มข้นหรือโปรแกรมที่ต้องการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูที่ควรให้ก่อน 3 เดือนแรก รวมถึงระยะเวลาการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านให้คุ้มค่าคุ้มทุนในช่วง 1 เดือนแรก ที่ผู้ป่วยกลับบ้าน เพราะเป็นช่วงแรกที่จะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูได้เร็วขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเร็ว¹⁴

จากผลการศึกษานี้ถึงแม้จะพบว่าปัจจัยที่ได้ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรคร่วมไม่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในช่วงการติดตาม 1 เดือนเมื่อกลับไปบ้าน โดยไม่เกี่ยวข้องกัน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของวีระชัย จิตภักดีและคณะ¹⁵ ที่ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยหลายด้าน เช่น เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ผู้ดูแล หรือปัจจัยทางด้านการแพทย์ ไม่มีผลต่อการฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน โดยไม่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งมีข้อเสนอแนะในการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการศึกษาในช่วงการติดตามภายใน 2 สัปดาห์ เมื่อกลับไปบ้านพบว่าปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคร่วมเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องจากในช่วงแรก

ของการเจ็บป่วยผู้ป่วยมีความพยายามอยากหายหรือมีความพยายามในการฟื้นฟู เป็นไปตามผลการศึกษเกี่ยวกับความหวังในการฟื้นฟูช่วงแรกของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือนคะแนนความหวังเฉลี่ยเท่ากับ 42.13 สูงกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่ยาวนานกว่า 6 เดือนเล็กน้อย (คะแนนความหวังเท่ากับ 41.85) แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะทำให้การพยายามฟื้นตัวลดลง¹⁶ ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคร่วมเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในช่วงการติดตามภายใน 2 สัปดาห์แรกนั้นอาจจะมีผลมาจากผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมีความพยายามที่จะฟื้นฟูให้ได้มากที่สุดในช่วงการเจ็บป่วยระยะแรก อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบเพียงตัวแปรที่เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในช่วงการติดตามภายใน 2 สัปดาห์ เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังอาจมีข้อจำกัดด้านข้อมูล เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการดูแลของผู้ดูแล รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการฟื้นฟูที่บ้าน ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรมที่ควรให้เหมาะสมกับระยะเวลาฟื้นฟูที่แตกต่างกันในกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคร่วมเพิ่มเติม

ข้อมูลที่น่าเสนอนี้สรุปได้ว่าความรุนแรงของโรคร่วมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายในช่วงการติดตามภายใน 2 สัปดาห์แรก ดังนั้นสามารถนำข้อมูลนี้ไปสนับสนุนการสร้างโปรแกรมที่เข้มข้นต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการติดตามเยี่ยมที่ไม่จำเป็นอย่างยาวนาน

เอกสารอ้างอิง

- Phrai-in P, Perkdetch B, Leelawattanakul P. Development of a care model for stroke patients during rehabilitation. *J Thai Nurse Midwife Counc* 2022;37(4):73–94.
- Saksri W, Thananupaphaisan S. Physical therapy manual for hemiplegia patients. Bangkok, Thailand: Amarin Health; 2009.
- World Health Organization. World Stroke Day 2022 [Internet]. 2022 Oct 29 [cited 2024 Aug 3]. Available from: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>
- World Health Organization. Over 1 in 3 people affected by neurological conditions, the leading cause of illness and disability worldwide [Internet]. 2024 Mar 14 [cited 2024 Aug 3]. Available from: <https://www.who.int/news/item/14-03-2024-over-1-in-3-people-affected-by-neurological-conditions-the-leading-cause-of-illness-and-disability-worldwide>
- Ministry of Public Health. Health data center [Internet]. [cited 2024 Aug 3]. Available from: <https://www.moph.go.th/>
- Wongsa D, Soivong P, Chaiard J. Quality of life among stroke persons within six months post diagnosis. *Nurs J CMU* 2018; 45(2):40–50.
- Prombun N, Abdullakasim P, Maharachpong N. Factors affecting the activities of daily living among stroke patients in the community, Chachoengsao Province. *Res Dev Health Syst J* [Internet]. 2025 May 3 [cited 2025 Aug 6];18(1):191–204.
- Amphol S, Puanfai S, Thaisawat S, Mitta P. Effects of an intermediate care in stroke patients by home health care, Chiang Mai Neurological Hospital. *Lanna Public Health J* 2023;19(2):44–57.
- Gu X, Zeng M, Cui Y, Fu J, Li Y, Yao Y, et al. Aquatic strength training improves postural stability and walking function in stroke patients. *Physiother Theory Pract* 2023;39(8):1626–35.
- Neurological Institute of Thailand. Best practice in stroke management [Internet]. 2019 [cited 2025 Aug 6]. Available from: https://nit.go.th/cpg_cnpj
- Yimsiri S. Factors related to outcomes of rehabilitation of stroke patients in Muang Mahasarakham District, Mahasarakham Province. *Mahasarakham Hosp J* 2024; 21(2):90–100.
- Pongprayoon P, Banchonhattakit P, Chusak T. Results of the stroke rehabilitation program in the community, Suphanburi Province. *Res Dev Health Syst J* 2024; 17(3):201–12.
- Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607–10.
- Rapolienė J, Endzelytė E, Jasevičienė I, Savickas R. Stroke patients' motivation influence on the effectiveness of occupational therapy. *Rehabil Res Pract* 2018; 2018:9367942. doi: 10.1155/2018/9367942
- Jitpugdee W, Suntibenchakul S, Piravej K. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in home-care stroke patients: Effects on motor recovery and functional ability. *Chulalongkorn Med J* 2017;61(2):233–47.
- Srirung W, Puwarawuttipanit W, Koosita-mongkol S. Factors influencing self-management behaviors among ischemic stroke patients. *Nurs Sci J Thai* 2022; 40(2):108–23.