



ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ แพทย์ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรค หลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

The outcome of rehabilitation for stroke patients at Ubonratchathani province

สุวารี เทพดารา สมใจ ลือวิเศษไพบูลย์ ลักษณะ ทองมี นิจกานต์ ต้นอ่อนเดช
ปิยพร ไชยกุล สุภาพร ศิริบุรณ์พิพัฒน์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย
อัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา(Descrip-
tive study)และศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 30 คน
รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า
กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 53 เพศหญิงร้อยละ 47 มีอายุเฉลี่ย 62 ปี ระดับการ
ศึกษาจบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 70 อาชีพก่อนเจ็บป่วยคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ
30 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 11 วัน ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉลี่ย 2 ครั้ง
ร้อยละ 70 มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ สำหรับ
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพในครั้งนี้ คือการประเมินด้าน
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน โดยใช้ Barthel Index (BI) ผลการ

งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ศึกษาพบว่าค่า BI เฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากับ 12.5 โดยที่มีผู้ได้ค่า BI เท่ากับ 20 อยู่ถึงร้อยละ 26 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ค่า BI มากกว่า 10 ต่อกลุ่มที่ค่า BI น้อยกว่า 10 คิดเป็นร้อยละ 63 ต่อ 36 (19 ราย : 11 ราย) สำหรับการประเมินด้านความสามารถในการจัดการการดำเนินชีวิต โดยใช้การประเมิน IADL ซึ่งมีคะแนนเต็มเท่ากับ 8 พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ แต่ควรจะมีการพัฒนาระบบของฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกคน เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนมีโอกาสที่จะสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติอีกครั้ง

คำสำหรับ: อัมพาตครึ่งซีก ● การฟื้นฟูสมรรถภาพ

The outcome of rehabilitation for stroke patients at Ubonratchathani province

Suwaree Tepdara, Somjai Luevisadpaibul, Lakana Thongmee,
Nitjagarn Tanundaj, Piyaporn Chaikul, Supaporn Siribulpipattana

Abstract

The purpose of this study was to assess the outcome of rehabilitation for stroke patients at Ubonratchathani province. Thirty hemiplegia from stroke patients or caregiver who could communicate adequately for testing and question. It was a descriptive study and the data were analyzed by descriptive statistics. The outcome of rehabilitation for basic ADL (Activity Daily Living) assessed by Barthel Index showed 2 groups. One group showed BI score more than 10 (63 %) and the other showed score lower than 10 (36 %). The average of BI was 12.5 (SD ± 7.5). The outcome of rehabilitation for reintegration to normal living assessed by IADL (Instrumental Activity Daily Living) showed that the average IADL was 3.7. The outcome of rehabilitation was favorable but it should be greater improving at a higher-level function and satisfaction with reintegration to normal living.

Keyword: stroke ● rehabilitation

บทนำ

ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับต่าง ๆ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาถึงผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อใช้เป็นสิ่งที่บอกถึงประสิทธิภาพการให้บริการ ความก้าวหน้าของการรักษา ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตเมื่อต้องกลับเข้ามาอยู่ในสังคมอีกครั้ง¹⁻⁶

การประเมินผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีหลายวิธี แต่วิธีที่เป็นที่นิยมมักจะทำโดยการประเมินความสามารถทางด้านการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย โดยใช้เครื่องมือในการตรวจประเมินที่กำหนดขึ้น เช่น Barthel Index⁷, Functional Independence Measure(FIM)⁸ เป็นต้น ในประเทศไทยมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาของการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพและการมีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะไม่เพียงพอ จึงทำให้ไม่สามารถทราบได้อย่างแน่ชัดว่าการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีอยู่นั้นเพียงพอหรือไม่ และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี ในแต่ละปีพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยเหล่านี้ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเมื่อพ้นระยะอันตรายแล้วก็ถูกจำหน่ายกลับบ้านอย่างรวดเร็ว ตัวอย่างเช่น ในพ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 1,191 คน ผู้ป่วยเหล่านี้มีจำนวนวันนอนโดยเฉลี่ย 5 วัน⁹ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอาศัยอยู่นอกเขตเมืองที่อยู่ห่างไกล ไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล อีกทั้งยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลและการเดินทางมากขึ้นเมื่อต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ข้อจำกัดของโรงพยาบาลคือไม่มีสถานที่รองรับในการให้ผู้ป่วย

นอนพักรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องใช้เวลานาน ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น ข้อมูลจากงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการด้านการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพในพ.ศ. 2541-2543 จำนวน 438, 566 และ 674 รายตามลำดับ¹⁰ ระบบปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้มักจะเน้นไปที่การสอนโปรแกรมการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ที่บ้านเพราะมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาของการฝึก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเหล่านี้มักขาดการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเนื่องจากระบบการติดตามผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบ และผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเมืองซึ่งมีความลำบากในการเดินทางเข้ามาใช้บริการและยากต่อการที่นักกายภาพบำบัดจะเดินทางออกไปให้บริการ เช่น ในพ.ศ. 2543 มีรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 674 ราย อยู่ในเขตอำเภอเมืองเพียงร้อยละ 14 ส่วนที่เหลือเป็นผู้ป่วยจากต่างอำเภอและต่างจังหวัด¹¹ จำนวนครั้งของการได้รับการรักษามักจะน้อยมากเพียง 1 หรือ 2 ครั้ง ก่อนถูกจำหน่ายกลับ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ยังไม่เคยได้รับการศึกษาว่า การบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับนั้นเพียงพอหรือไม่ และผลการให้บริการเป็นอย่างไร ข้อมูลเหล่านี้จะนำไปสู่การวางแผนในการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ทำการรวบรวม คัดแยก และวิเคราะห์ข้อมูล

ตามลักษณะของข้อมูลแต่ละประเภท โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยอัมพาต/อัมพฤกษ์ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในเดือนตุลาคม 2542 ถึงเดือนกันยายน 2543 และสิ้นสุดการรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว มีที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีและสามารถสื่อสารและทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว นักกายภาพบำบัด หรือนักการทางสาธารณสุขได้ในระหว่างการเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นอัมพาต 2 ข้าง (bilateral hemiplegia) หรือมีพยาธิสภาพที่ระดับ brain stem หรือมีภาวะความเจ็บป่วยหรือความพิการอื่นทางร่างกายร่วมด้วย

2. เป็นอัมพาตครึ่งซีกที่จำแนกไม่ได้ชัดเจนระหว่างพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองกับโรคอื่น

การสัมภาษณ์และการประเมินเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ทำโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้วิจัยเป็นผู้สร้าง โดยมีข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษารายได้ของครอบครัว วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโรคประจำตัวของผู้ป่วย อาการแสดงของผู้ป่วยตลอดจนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล

2. แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและการ

ทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วย^{3,8}

ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินมาตรฐานในการวัดความสามารถที่ทำได้จริง (Actual Functional Performance) โดยพิจารณาจากความสามารถช่วยเหลือตนเองได้/ไม่ได้ (Independence /Dependence) ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ช่วยตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง และทำไม่ได้เลยต้องให้คนอื่นทำให้ทั้งหมด ตามแนวทางของ The Barthel Index (BI) ร่วมกับการประเมินความสามารถในการเตรียมอาหาร (prepare meal) การทำความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องใช้ของตนเองทั้งหมด (washing) การทำความสะอาดบ้านเรือนของตนเองหรือเฉพาะบริเวณที่อยู่อาศัย (cleaning/house keeping) และการออกนอกบ้าน (community ambulation) ซึ่งเป็นความสามารถในการจัดการการดำเนินชีวิตตนเองในสังคม (Instrumental Activities of Daily Living; IADL) ซึ่งแบบทดสอบมาตรฐานนี้ได้ทำการศึกษาและตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงไว้แล้ว^{3,11}

การศึกษาในลักษณะนี้จำเป็นต้องมีความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ โดยยินดีให้ความร่วมมือเป็นคำพูด (verbal consent) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอหยุดพักระหว่างการตอบสัมภาษณ์ หรือมีสิทธิในการหยุดให้ความร่วมมือได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องมีเงื่อนไขใด ๆ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยหรือญาติถือเป็นความลับส่วนบุคคลไม่มีการกล่าวอ้างถึงชื่อ-สกุลใด ๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองในช่วงที่ทำการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 674 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง 91 คน เขตต่างอำเภอและเขตต่างจังหวัด 583 คน ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองทั้งหมดนั้นพบว่าเสียชีวิตแล้ว 18 คน ย้ายที่อยู่หรือที่อยู่ที่ไม่พบ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	Mean	SD
1. เพศ				
ชาย/หญิง	16/14	53.3/46.7		
2. อายุ			62	13.6
- ต่ำกว่า 30 ปี	0	0		
- 30 – 39 ปี	3	10		
- 40 – 49 ปี	4	13.3		
- 50 – 59 ปี	1	3.3		
- 60 – 69 ปี	13	43.3		
- 70 ปีขึ้นไป	9	30		
3. ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	21	70		
- มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	7	23.3		
- ปริญญาตรี/สูงกว่า	2	6.6		
3. อาชีพ				
- เกษตรกร	9	30		
- ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	3	10		
- ลูกจ้าง	3	10		
- ค้าขาย/ธุรกิจ	8	26.7		
- แม่บ้าน	7	23.3		
4. ระดับรายได้ของครอบครัว				
- ไม่มีรายได้	3	10		
- 10,000 บาท/เดือนหรือน้อยกว่า	18	60		
- 10,000-30,000 บาท/เดือน	6	20		
- 30,000 บาท/เดือน หรือมากกว่า	3	10		
5. วิธีการ/ผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล				
- จ่ายเอง	1	3.3		
- สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	46.7		
- บัตรสปร.หรือบัตรสังคมสงเคราะห์	8	26.6		

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	Mean	SD
1. การวินิจฉัย				
- CVA*	25	83.3		
- Cerebral infarction	2	6.7		
- ICH**	3	10		
- Cerebral thrombosis	-			
2. ชีพของการอ่อนแรง				
- อัมพาต/อ่อนแรงซีกซ้าย	17	56.7		
- อัมพาต/อ่อนแรงซีกขวา	13	43.3		
3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	30	100	11.4 (วัน)	12.59
- ดึกสามัญ	24	80	3.83 (วัน)	1.7
- ดึกพิเศษ	6	20	26 (วัน)	10.26
4. จำนวนครั้งที่ได้รับการฟื้นฟู	30	100	2.8 (ครั้ง)	4.3
- ดึกสามัญ	24	80	1.1(ครั้ง)	0.4
- ดึกพิเศษ	6	20	10.2 (ครั้ง)	7.1
5. นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ได้รับ				
- ไม่เคยได้รับการผ่าตัด	29	96.7		
- ได้รับการทำ craniotomy	1	3.3		
6. ครั้งที่เกิด				
- ครั้งแรก	30	100		
- เป็นซ้ำ	-			
7. โรคประจำตัว				
- มี ได้แก่				
7.1 DM***	4	13.3		
7.2 HT****	9	30		
7.3 DM*** + HT****	4	13.3		
7.4 DM*** + Heart disease	1	3.3		
7.5 HT**** + Heart disease	1	3.3		
7.6 Heart disease	2	6.7		
- ไม่มี	9	30		
8. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง				
- Infarction	2			
- Hemorrhage without surgery	-	6.7		
- Hemorrhage with surgery	1	3.3		
- Unspecified	27	90		

* = Cerebrovascular Accident ,** = Intracerebral Hemorrhage,

*** = Diabetes Mellitus ,**** = Hypertension

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านการบริการที่ผู้ป่วยเคยได้รับ

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. บริการรักษา/การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับ		
- กายภาพบำบัด	25	83.3
- กิจกรรมบำบัด	2	6.7
- กายอุปกรณ์ ได้แก่ foot sling	1	3.3
- อื่น ๆ เช่น ผึงเข็ม	2	6.7
2. บริการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับ		
- การติดตามผล	1	3.3
- การเยี่ยมบ้าน	5	16.7
- การส่งต่อ	-	-
- ไม่ได้รับ	24	80

ตารางที่ 4 ผลการประเมินกิจกรรม ADL ด้วย Barthel Index (แยกประเมินเป็นรายข้อ)

กิจกรรม ADL ที่ประเมิน	เต็ม	ผลลัพธ์เฉลี่ย	SD
1. การรับประทานอาหาร	2	1.5	0.7
2. การเคลื่อนย้ายตัวเองจากรถนั่งไปยังเตียงและจากเตียงไปที่รถ รวมทั้งการลุกนั่งบนเตียง	3	1.9	1.2
3. การทำความสะอาดร่างกาย (ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด ทาแป้ง)	1	0.7	0.4
4. การใช้ห้องส้วม (ถอด-ใส่เสื้อผ้า ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำ หรือกดชักโครก)	2	1.1	0.8
5. การอาบน้ำด้วยตนเอง	1	0.5	0.5
6. การแต่งตัว (สวมและถอดเสื้อผ้า)	2	1	0.8
7. การเดินบนพื้นราบ/ การใช้รถเข็น	3	1.6	1.3
8. การขึ้น-ลงบันได	2	1.1	0.9
9. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	2	1.4	0.7
10. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ	2	1.4	0.7
คะแนนรวมที่ได้เฉลี่ย	20	12.5	7.5

ตารางที่ 4 – Adapted from F. I. Mahoney & D W. Barthel (1965) Functional Evaluation the Barthel Index. Marland State. Medical Journal 14, 61-65.³

ตารางที่ 5 ผลการประเมินด้วยกิจกรรม IADL (แยกประเมินเป็นรายข้อ)

กิจกรรม IADL	เต็ม	ผลลัพธ์เฉลี่ย	SD
1. การเตรียมอาหาร	2	0.9	0.8
2. การทำความสะอาดเสื้อผ้า/เครื่องใช้	2	0.9	0.8
3. การทำความสะอาดบ้าน/บริเวณที่อยู่อาศัย	2	0.9	0.8
4. การออกนอกบ้าน	2	1	0.9
คะแนนรวมที่ได้เฉลี่ย	8	3.7	3.2

ตารางที่ 6 ผลการประเมินด้วย Barthel Index (BI)

คะแนน BI	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
20	8	26.6
19	2	6.7
18	2	6.7
17	1	3.3
16	2	6.7
15	1	3.3
14	1	3.3
13	1	3.3
12	-	-
11	1	3.3
10	-	-
9	3	10
8	-	-
7	1	3.3
6	0	-
5	1	3.3
4	1	3.3
3	2	6.7
2	-	-
1	-	-
0	3	10
รวม	30	100

ผู้ป่วย 1 คน ที่อยู่ไม่ชัดเจนและไม่พบที่อยู่อีก 42 คน ดังนั้น ผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีทั้งสิ้น 30 คน โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแสดงไว้ในตารางที่ 1 และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการบริการที่เคยได้รับของผู้ป่วยแสดงไว้ในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 4 และ 5 แสดงถึงผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งประเมินโดยใช้ค่า BI และค่า IADL

ตารางที่ 6 แสดงถึงค่าคะแนน BI จำแนกเป็นกลุ่มตามคะแนนที่ประเมินได้

วิจารณ์และสรุปผล

เมื่อแจกแจงลักษณะข้อมูลของค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า ค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 12.5 โดยมีผู้ป่วยที่ได้คะแนนประเมินเต็ม 20 คิดเป็นร้อยละ 26.6 (8 ราย) จากค่าคะแนน BI นี้สามารถแยกผู้ป่วยได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรกมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมากหรือได้ค่าคะแนน BI มากกว่า 10 ภายหลังที่ถูกจำหน่ายกลับ อีกกลุ่มไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้ค่าคะแนน BI ต่ำกว่า 10 ภายหลังถูกจำหน่ายกลับ ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มแรกนั้นมีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่สองคิดเป็นร้อยละ 63.3 ต่อ ร้อยละ 36.7 (19 ราย : 11 ราย) นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรมคะแนน BI ค่อนข้างสูงมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นซึ่งอาจจะเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแรงจูงใจที่ต้องช่วยเหลือตนเองมากกว่ากลุ่มอื่น สำหรับข้อสังเกตที่พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีค่าคะแนน BI สูงแม้ว่าจะมีจำนวนวันที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยมากนั้น ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนที่เกี่ยวข้องมากขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์พบว่ามักจะเป็นผลจากการทำการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องโดยญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านและเป็นความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตนเองให้ได้เร็วที่สุด

เพื่อลดภาระของครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักอยู่ในเขตเมืองรอบนอก ส่วนผลลัพธ์ด้านความสามารถในการจัดการการดำเนินชีวิตซึ่งประเมินด้วยกิจกรรม IADL ผลลัพธ์เฉลี่ยที่ได้จะเท่ากับ 3.7 จากการสัมภาษณ์พบว่าอาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากสภาพความเจ็บป่วยที่ญาติและคนส่วนใหญ่มักจะมองว่าไม่มีความสามารถที่จะทำกิจกรรม IADL ได้ด้วยตนเอง จึงทำให้ญาติหรือผู้ดูแลมักจะเป็นผู้ทำกิจกรรมเหล่านี้แทนผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุซึ่งปกติแล้วไม่ได้ทำกิจกรรมเหล่านี้ ข้อสรุปในเรื่องนี้จึงควรต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนไทยหรือวัฒนธรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อผู้สูงวัยในครอบครัว สำหรับข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้คือ ไม่สามารถระบุตำแหน่งความรุนแรง หรือลักษณะของพยาธิสภาพได้อย่างชัดเจนเนื่องจากไม่มีการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วยนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพมากน้อยเพียงใดซึ่งเป็นประเด็นที่อาจจะใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่ควรจะได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพได้แก่ การรักษารักษาอื่นที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มและมีการส่งต่อในส่วนของการติดตามผลหรือการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณศูนย์สิทธิสตรีเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติที่ได้สนับสนุนด้านงบประมาณและค่าใช้จ่ายในการจัดทำงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Craig Anderson, Sally Rubenach, Cliona Ni

- Mhurchu, Michael Clark, Carol Spencer, Adrian Winsor. Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial. *Stroke*. 2000;31:1024-31.
2. M.Prabhaker Reddy, Vinay Reddy. Stroke Rehabilitation. *Am Fam Physician*. 1997;55(5):1742-8,1754-6.
 3. Bernard Gibbon, Vicki Little RGN. Improving Stroke Care Through Action Research. *J Clin Nurs*. 1995; 4(2):93-100.
 4. ญัฐ กมรประวัติและคณะ. แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ strategic plan for health research;2541.
 5. กองระบาศาวิชา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2541.กรุงเทพมหานคร : องค์การทหารผ่านศึก ;2542.
 6. Nancy E. Mayo, Sharon Wood-Dauphinee, Robert Cote, David Gayton, Joseph Carlton, Joanne Buttery, Robyn Tamblyn. There's No Place Like Home:An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke. *Stroke*. 2000;31:1016-23.
 7. Carl V Granger, Byron B. Hamilton, Glen E.Gresham, Andrew A.Kramer. The Stroke Rehabilitation Outcome Study : Part II. Relative Merits of the Total Barthel Index Score and a Four-item Subscore in Predicting Patient Outcomes. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998 ; 70(2): 100-3.
 8. Susan E. Bennett, James L. Karnes. Neurological Disabilities:Assessment and Treatment. Philadelphia:Lippincott;1998.
 9. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. สถิติรายงานประจำปี 2543. อุบลราชธานี : อุบลกิจออฟเซตการพิมพ์ ; 2543.
 - 10.สถิติข้อมูลงานกายภาพบำบัดปี 2541-43. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี;2541-3.
 11. Bert Spilker. Quality of life Assessment in Clinical Trials. Newyork:Raven Press; 1990.