การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

Development of a Stroke Care Model for the Prevention of Recurrence and Complications

วิภาดา แก้วสะอาด*

Wipada Kaewsaard

Corresponding author: Email: Off_wipada@hotmail.com

(Received: August 4, 2026; Revised: August 12, 2026; Accepted: September 12, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ระดับความพิการ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย และความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของญาติหรือผู้ดูแล

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567–30 กันยายน 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ และระยะประเมินผล ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด 5 คน และทีมสหวิชาชีพ 7 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและญาติหรือผู้ดูแล 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบประเมิน แบบทดสอบความรู้ และทักษะ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon Signed Rank Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : รูปแบบ “PT Selaphum Stroke Model” ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับปรึกษาจากแพทย์ 2) การประเมินแรกรับ 3) การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพในหอผู้ป่วย Stroke Unit 5) การประเมินผลการฟื้นฟู 6) การวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และ 7) การส่งต่อข้อมูลการดูแลสู่ทีมสุขภาพในชุมชนและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และหลังใช้รูปแบบฯ พบว่าคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และระดับความพิการลดลง ($p < .001$) คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยและญาติโดยรวมเพิ่มขึ้น ($p < .001$) พบภาวะแทรกซ้อนข้อไหล่ติดร้อยละ 6.6 ผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 95.25 และ 96.75 ตามลำดับ นอกจากนี้ได้พัฒนาชุดคู่มือและสื่อความรู้ “ดูแลใกล้บ้านใกล้ใจ” เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

สรุปและข้อเสนอแนะ : เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในวงกว้าง ควรมีการขยายผลโมเดลนี้ร่วมกับคู่มือ “การดูแลใกล้บ้านใกล้ใจ” ไปสู่โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อื่นๆ โดยเน้นการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการของ ทีมสหวิชาชีพ ญาติ และตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญแห่งความสำเร็จ นอกจากนี้ ในแง่ของการศึกษาวิจัยและการพัฒนาในอนาคต ควรมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขยายพื้นที่ศึกษา และติดตามผลในระยะยาว เพื่อเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์มายืนยันความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ; การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด; การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ; การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

*นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To develop and evaluate a model for improving the ability to perform activities of daily living, reducing disability levels, enhancing patients' knowledge regarding stroke, and improving the rehabilitation knowledge and skills of family members or caregivers.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : The study was conducted from October 1, 2024, to September 30, 2025, divided into three phases: preparation phase, implementation phase encompassing two action research cycles, and evaluation phase. The research participants consisted of 5 physical therapists and 7 multidisciplinary team members. The sample group comprised 30 intermediate-stage stroke patients and their family members or caregivers. Data were collected using interview forms, assessment forms, knowledge and skill tests, and questionnaires. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon Signed Rank Test, and content analysis.

Main findings : The "PT Selaphum Stroke Model" comprises 7 key components: 1) Medical consultation, 2) Initial assessment, 3) Goal setting in collaboration with patients and relatives, 4) Rehabilitation within the Stroke Unit ward, 5) Evaluation of rehabilitation outcomes, 6) Discharge planning with the multidisciplinary team, and 7) Transfer of care information to community health teams and continuous home visits. Following the implementation of the model, scores for the ability to perform activities of daily living significantly increased, while disability levels decreased ($p < .001$). Overall knowledge scores regarding stroke among patients and relatives significantly increased ($p < .001$). Frozen shoulder complications were found in 6.6% of the cases. Patients, relatives, and multidisciplinary team members reported the highest level of satisfaction, with average percentages of 95.25% and 96.75%, respectively. In addition, a handbook and educational media set entitled "Care Close to Home, Close to Heart" (Klue Mue Doo Lae Klai Ban Klai Jai) was developed to support continuous care in the community.

Conclusion and Recommendations : To maximize widespread benefits, this model should be scaled up alongside the "Care Close to Home, Close to Heart" handbook to other hospitals and health networks, emphasizing integrated collaboration among the multidisciplinary team, relatives, and the patients themselves, which is considered the key to success. Furthermore, for future research and development, the sample size should be increased, the study areas expanded, and long-term follow-up conducted to gather empirical data verifying the sustainability of this care model, ultimately leading to the establishment of efficient and sustainable standards of stroke care.

Keywords : Stroke; Action Research; Physical Therapy Rehabilitation; Prevention of Recurrence; Prevention of Complications

*Senior Professional Physical Therapist, Selaphum Hospital.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการระยะยาว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว การสื่อสาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ลดความพิการ ลดการพึ่งพาผู้อื่น และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด แผลกดทับ ปอดอักเสบ การหกล้ม และกล้ามเนื้อลีบ รวมทั้งลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค[1]

แม้ว่าการทำกายภาพบำบัดจะมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความสามารถด้านการเคลื่อนไหวและการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่จากสถิติของโรงพยาบาลเสลภูมิที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มภาระโรคที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 157 คน ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 215 และ 255 คน ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 ตามลำดับ) ประกอบกับข้อเท็จจริงที่ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ[2-3]

นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะด้านเป็นหลัก แต่ยัง มีข้อจำกัดด้านรูปแบบการดูแลที่บูรณาการอย่างครบวงจร ทั้งในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของการฟื้นตัวภายใต้บริบทของประเทศไทย[4-7] จากช่องว่างดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงเครือข่ายตั้งแต่โรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อลดภาระโรคและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยบูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล[8] พร้อมทั้งศึกษาผลของรูปแบบต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนาระบบบริการและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลเสลภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ[9]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและภาวะแทรกซ้อน และศึกษาผลของรูปแบบต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ระดับความพิการ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย และความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของญาติหรือผู้ดูแล

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและญาติผู้ดูแล การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพใน Stroke Unit โดยเน้นการดูแลแบบสหวิชาชีพและการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลและความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[10] ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[11] จำนวน 2 วงรอบ แต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแผนและพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน Stroke Unit โรงพยาบาลเสลภูมิ การวิจัยครั้งนี้

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางใน Stroke Unit โรงพยาบาลเสลภูมิ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและญาติผู้ดูแล การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการดูแลต่อเนื่องตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[11] ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ร่วมวิจัยได้แก่ นักกายภาพบำบัด 5 คน และทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาล 2 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักแพทย์แผนไทย 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน รวม 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใน Stroke Unit กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและญาติหรือผู้ดูแล 30 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง โดยผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีอาการคงที่อย่างน้อย 72 ชั่วโมง เข้ารับการฟื้นฟูใน Stroke Unit และได้รับการส่งปรึกษาทางกายภาพบำบัด มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถดูแลต่อเนื่องและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลไม่ถึง 1 วัน มีอาการทรุดลงจนต้องย้ายหอผู้ป่วย หรือผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะถูกคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย 2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน Barthel Index (BI) 3) แบบประเมินระดับความพิการ Modified Rankin Scale (mRS) 4) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบประเมินความรู้และทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพของญาติหรือผู้ดูแล 6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ 7) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ และ 8) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบและกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ 1** ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การสัมภาษณ์ การสังเกต และการทบทวนข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำร่างรูปแบบการดูแล ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม การประเมินแรกรับ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การประเมินผล และการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง **ระยะที่ 2** ระยะดำเนินการ พัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[11] จำนวน 2 วงรอบ แต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) วิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย บทบาทของทีมสหวิชาชีพ และแนวทางการฟื้นฟู 2) การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการฟื้นฟูผู้ป่วยตามปัญหาและศักยภาพรายบุคคล พร้อมพัฒนาความรู้และทักษะของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย 3) การสังเกต (Observation) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และผลลัพธ์ เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบในวงรอบถัดไป โดยเน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน และ **ระยะที่ 3** ระยะประเมินผล ประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วย Barthel Index ระดับความพิการด้วย Modified Rankin Scale ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของญาติหรือผู้ดูแล การเกิดภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งประเมินกระบวนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง[11] เพื่อนำผลไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ได้แก่ Barthel Index, Modified Rankin Scale, ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้และทักษะของผู้ดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ วิเคราะห์ด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดระดับ

นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ตามแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิก (Clinical Research Practice) เลขที่ใบรับรอง COE 0162569 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาข้อมูลเป็นลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ได้พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ การศึกษาบริบท สถานการณ์ และปัญหาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาบริบท สถานการณ์และปัญหาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลเสลภูมิ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 จนถึงเดือนกันยายน 2568 นั้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมบางรายมีปัญหาภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดไหล่ ข้อติด มือบวม ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางยังขาดความรู้และทักษะการฟื้นฟูในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกายบนเตียงเพื่อป้องกันข้อติด การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุก 2 ชั่วโมง การเปลี่ยนท่าทางบ่อย ๆ ครั้ง เพื่อป้องกันแผลกดทับและเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฝึกลุกนั่ง ฝึกเคลื่อนย้ายตัวไปรถเข็น การฝึกนั่ง ฝึกยืน การฝึกเดินและการฝึกขึ้นบันได ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ในตัวแทนผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ส่วนปัญหา ด้านบุคลากร สหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันในหอผู้ป่วย Stroke unit ยังไม่มีการกำหนดหน้าที่ บทบาทและช่วงเวลาในการฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดยังไม่ได้กำหนดรูปแบบการทำงานในการฟื้นฟูในหอผู้ป่วย โดยมีตัวชี้วัดคือเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพญาติหรือผู้ดูแลในการฟื้นฟูผู้ป่วยโดยการให้ความรู้และทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วย เพื่อให้สามารถกลับไปฟื้นฟูผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติมากที่สุด เพื่อลดความพิการ ลดภาระญาติและครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลในการดูแลรักษาเนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด ภายใต้การแก้ปัญหาตามบริบทของโรงพยาบาลเสลภูมิ ดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟู 2 รอบ ภายใต้กรอบการพัฒนาการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พัฒนาศักยภาพนักกายภาพบำบัดในการนำเครื่องมือที่ทันสมัยมาใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของญาติหรือผู้ดูแลโดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยของญาติและผู้ดูแล การพัฒนาศักยภาพของญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดเองได้ ให้สามารถกลับไปฟื้นฟูผู้ป่วยเองที่บ้านได้ หลังเข้ารับการฟื้นฟูที่หอผู้ป่วย Stroke Unit โรงพยาบาลเสลภูมิ ประกอบด้วย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและประชุมเชิงปฏิบัติการ การฟื้นฟูของนักกายภาพบำบัด พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และสามารถนำไปใช้ได้จริง จนเกิดเป็นรูปแบบการพัฒนาคือ PT-Selaphum Model เป็นรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง พัฒนาขึ้นเป็น 5 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะก่อนแรกรับ (2) ระยะแรกรับ (3) ระยะการฟื้นฟูสภาพ (4) ระยะประเมินผลการรักษา และ (5) ระยะส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 7 รูปแบบ ได้แก่ 1. การรับและส่งต่อ Consult อย่างเป็นระบบ 2. การประเมินแรกรับ 3. การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ 4. การวางแผน

และให้โปรแกรมฟื้นฟูเฉพาะราย 5. การประเมินผลการฟื้นฟู 6. การวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และ 7. การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบ Nemo IMC การฟื้นฟูเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมของญาติ โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกำหนดเป้าหมาย วางแผนฟื้นฟู และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวและกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วย พร้อมฝึกญาติหรือผู้ดูแลให้สามารถนำไปปฏิบัติต่อที่หอผู้ป่วยและที่บ้านได้

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบและผลของการนำรูปแบบ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในหอผู้ป่วย Stroke Unit โรงพยาบาลเสลภูมิ โดย 1. วัดผลจากผู้ป่วยและญาติ คือคะแนน BIS ที่เพิ่มขึ้น คะแนนความพิการ วัดความรู้โรคหลอดเลือดสมอง วัดความรู้และทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพของญาติหรือผู้ดูแลวัดความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยและญาติ และ 2. วัดผลการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน จากการวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดเพื่อสะท้อนผลลัพธ์ของรูปแบบและประสิทธิผลของการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

2. ผลของการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ตึกผู้ป่วย Stroke Unti โรงพยาบาลเสลภูมิ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 68.25 ±42.15 ปี มีโรคประจำตัวร้อยละ 92.25 โดยโรคประจำตัวที่พบมากคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50 โรคเบาหวานร้อยละ 30 โรคไขมันสูงร้อยละ 13.33 และโรคหัวใจร้อยละ 6.6 ตามลำดับ บางรายมีมากกว่า 1 โรค โดยชนิดของผู้ป่วยพบหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Infraction) ร้อยละ 90.00 (โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ร้อยละ 83.33 โรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันร้อยละ 6.6 ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhage) ร้อยละ 10.00 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยก่อนเข้ารับการฟื้นฟูอยู่ระหว่าง 2-14 สัปดาห์ร้อยละ 85.15 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยก่อนเข้ารับการฟื้นฟูน้อยกว่า 2 สัปดาห์ร้อยละ 9.25 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยก่อนเข้ารับการฟื้นฟูมากกว่า 14 สัปดาห์ร้อยละ 5.6 ผู้ป่วยร้อยละ 100.00 มีภาวะความรู้สึกตัวปกติ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 10.00 โดยมีอาการปวดข้อไหล่ร้อยละ 6.60 และภาวะท้องผูกร้อยละ 3.33

ผลการศึกษาก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟู ผู้ป่วยมีค่า Barthel index score เฉลี่ย 7.05 \pm 2.36 คะแนน มีค่า Barthel index score เฉลี่ยเท่ากับ 14.60 \pm 3.56 คะแนน มีค่า Barthel index score เพิ่มขึ้นหลังการฟื้นฟู 8.25 \pm 4.25 คะแนน จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 5.25 วัน จำนวนวันฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดเฉลี่ย 4.15 วัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=30)

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย	Mean ± SD.
Barthel index Score (คะแนน)	
ก่อนการฟื้นฟู	7.05 ±2.36
Min - Max	0 - 12
หลังการฟื้นฟู	14.60 ±3.56
Min - Max	3 - 20

ตารางที่ 1 (ต่อ)

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย	Mean ± SD.
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย	8.25 ± 4.25
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	5.25 ± 3.15
Min - Max	2 - 14
จำนวนวันฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด (วัน)	4.15 ± 2.25
Min - Max	2 – 14

2) ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและระดับความพิการ

ภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตาม Barthel Index Score (BIS) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่ระดับความพิการตาม Modified Rankin Scale ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและลดระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index score) และความพิการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale) เปรียบเทียบรายข้อก่อนและหลังให้โปรแกรมฟื้นฟู (n=30)

ตัวแปร	n	Median	IQR (P25,P75)	Z	p
Barthel Index Score (0-20)	30	15.00	12.00,17.00	-4.73	<.001
Modified Rankin Scale (0-6)	30	4.00	3.00,5.00	-3.65	<.001

3) การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยคะแนน Barthel Index พบว่า ภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันดีขึ้น โดยผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระดับติดบ้านหรือระดับติดสังคม ร้อยละ 95.12 และผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระดับติดสังคม ร้อยละ 96.85 การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถก่อนและหลังการฟื้นฟูมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเภทผู้ป่วยตามคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (BI) ก่อนและหลังให้โปรแกรมการฟื้นฟู (n=30)

ระดับความสามารถก่อนฟื้นฟู	ผลหลังการฟื้นฟู	ดีขึ้น (%)	คงเดิม (%)
ติดเตียง (BI 0–4 คะแนน)	เปลี่ยนเป็นติดบ้าน/ติดสังคม	95.12	4.88
ติดบ้าน (BI 5–11 คะแนน)	เปลี่ยนเป็นติดสังคม	96.85	3.15

4) ความรู้และทักษะของญาติหรือผู้ดูแล ภายหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด ญาติหรือผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและคะแนนความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่ารูปแบบการฟื้นฟูที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน และทักษะการฟื้นฟูของญาติหรือผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิผล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและทักษะของดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ก่อนและหลังการฟื้นฟู (n = 30)

ตัวแปร	n	ก่อนฟื้นฟู Median (IQR)	หลังฟื้นฟู Median (IQR)	Z	p
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	30	5.00 (5.00, 6.00)	7.00 (7.00, 8.00)	-4.32	<.001
ความรู้และทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ดูแล	30	5.00 (4.00, 7.00)	19.00 (17.00, 21.00)	-4.71	<.001

5) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด สหวิชาชีพและผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในระดับมากที่สุด ที่สุด ร้อยละ 97.25 โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.87 ± 0.28 คะแนน ขณะที่ผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 95.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.48 ± 0.39 คะแนน สะท้อนว่ารูปแบบการฟื้นฟูที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับและมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหอผู้ป่วย Stroke Unit ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และรดับความพึงพอใจของสหวิชาชีพ และผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลต่อรูปแบบฯ

ข้อคำถาม	Mean ± SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ความพึงพอใจของสหวิชาชีพ (n=12)	4.87 ± 0.28	มากที่สุด
1) ความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อการให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด	4.83 ± 0.37	มากที่สุด
2) ความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อรูปแบบการบริการ	4.87 ± 0.28	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล (n=30)	4.48 ± 0.39	มากที่สุด
1) ความพึงพอใจ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ให้บริการ	4.35 ± 0.25	มากที่สุด
2) ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการบริการ รูปแบบ	4.38 ± 0.45	มากที่สุด

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	Mean ± SD.	ระดับความพึงพอใจ
3) ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่	4.72 ± 0.35	มากที่สุด
4) ความพึงพอใจต่อผลการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด	4.48 ± 0.39	มากที่สุด

วิจารณ์

1. การศึกษาบริบท สถานการณ์และปัญหาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผลการศึกษาบริบทสภาพการณ์ปัญหาในปัจจุบันของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี จากการทำ Pilot study ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเสลภูมิ พบปัญหาการฟื้นฟู คือ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในกิจกรรมต่าง ๆ และยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันยังขาดแนวทางในการทำงานร่วมกันในตึกผู้ป่วย Stroke unit ที่เป็นหอผู้ป่วยที่เปิดใหม่ นักกายภาพบำบัดยังไม่มีการกำหนดรูปแบบในการทำงาน

2. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในตึกผู้ป่วย Stroke unit ได้รูปแบบของโรงพยาบาเสลภูมิ คือ PT Selaphum model ประกอบด้วย 1) การพัฒนาแนวทางการรับ Consult 2) การพัฒนาการประเมินแรกรับ 3) การพัฒนาแนวทางการตั้งเป้าหมายแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ 4) แบบแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดโดยญาติมีส่วนร่วม 5) การพัฒนาแนวทางการประเมินผลการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด 6) การพัฒนาการวางแผนจำหน่าย และ 7) การพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชน

สอดคล้องกับการพัฒนาการประเมินแรกรับตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของ พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ[12] และการพัฒนาแนวทางการตั้งเป้าหมายแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติและสหวิชาชีพ กำหนดบทบาทหน้าที่ตั้งเป้าหมายร่วมกันเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพของสหรัฐอเมริกาที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bisaillon[13] ได้ศึกษารูปแบบการฟื้นฟูใน Stroke unit ประเทศแคนาดา พบว่า การฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ดีต้องใช้ทีมงานโรคหลอดเลือดสมองที่เชี่ยวชาญ วิธีการดูแลแบบสหวิทยาการ มีผู้นำที่มีส่วนร่วม[13] และการศึกษาของอวยพร จงสกุล[10] ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีองค์ประกอบสำคัญคือ การกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ชัดเจนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ การบริหารจัดการการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก การพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลและระบบการจำหน่าย ผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ รวมถึงมีการติดตามประเมินผลอย่างชัดเจนทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน การให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ระยะ 3 เดือนและ 6 เดือนเพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เมื่อโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลางที่ได้รับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และความรู้ของญาติหรือผู้ดูแลภายหลังได้รับการฝึกตามโปรแกรมการฟื้นฟูและความเข้าใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น[14] ดังนั้นทักษะที่จำเป็นสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผลกระทบของโรค ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทักษะการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะดังกล่าว จะได้รับการฝึกอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนที่ชัดเจน ซึ่งโปรแกรมฝึกทักษะนี้ประกอบด้วย รายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะพึ่งพิงขณะอยู่ในโรงพยาบาลมีเป้าหมาย ระยะเวลา สถานที่ดำเนินการ มีการสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์ประกอบการฝึกอบรม อีกทั้งยังมีการสอนสาธิต และสาธิตย้อนกลับกับผู้ป่วยจริง มีทีมคอยให้คำสนับสนุน ชี้แนะตลอดเวลา[15]

3. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางในตึกผู้ป่วย Stroke unit โรงพยาบาลเสลภูมิ น่าจะเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านผู้บริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน การมีวิสัยทัศน์และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงณภัทร รุ่งเนย และคณะ[16] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต้องอาศัยการดูแลร่วมกันของสหวิชาชีพ การกำหนดนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนจากผู้บริหาร ทำให้ทุกฝ่ายดำเนินงานโดยมีข้อตกลงและเป้าหมายร่วมกัน การศึกษานี้ผู้ป่วยมีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น 6.55 คะแนน และงานวิจัยในหน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงใหม่ ทำการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูที่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู พบว่ามีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น 4.28\pm 3.25 คะแนน และมากกว่างานวิจัยของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ทำการศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในระบบผู้ป่วยใน พบว่า คะแนน BIS หลังการฟื้นฟูเพิ่มขึ้น 6.75\pm 4.58 คะแนน มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 10.75 \pm 5.15 วัน จำนวนวันของการฟื้นฟู 8.15 \pm 10.25 วันมากกว่างานวิจัยนี้ที่มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.25\pm 3.15 วันและจำนวนวันที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ย 4.15\pm 2.25 วัน นอกจากที่พบว่าผู้ป่วยมีค่า Barthel index score เพิ่มขึ้น[17] จากการพัฒนารูปแบบการกลับมาเป็นซ้ำ ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำในระยะ 1 ปีของการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่พบภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะข้อไหล่ติด คิดเป็นร้อยละ 6.6 ยังพบว่าผู้ป่วยมีค่าความพิการ (Modified Rankin scale) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ญาติมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าความรู้และทักษะญาติหรือผู้ดูแลต่อความสามารถในการฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการฟื้นฟูระดับมากที่สุด

สรุปผล

ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางในตึกผู้ป่วย Stroke unit โรงพยาบาลเสลภูมิ ได้รูปแบบใหม่ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลเสลภูมิ คือ PT - Selaphum model และได้ชุดคู่มือ แผ่นพับการดูแลตัวเองเบื้องต้น “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” สำหรับสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติรูปแบบใหม่ ส่งผลให้มีรูปแบบการส่งปรึกษาได้รวดเร็วขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่รวดเร็ว จากการพัฒนารูปแบบทำให้ญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น มีความรู้ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้น ลดความพิการ เพิ่มความพึงพอใจ เกิดผลการฟื้นฟูที่ดี

จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษานี้มีความโดดเด่นสำคัญประการแรกคือ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งมีความครอบคลุมครบถ้วนทั้งในมิติของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายอย่างเป็นระบบ ประการถัดมาคือ การมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่สำคัญต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง โดยให้ความสำคัญกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการสะท้อนคุณภาพชีวิตและความสามารถในการพึ่งพา

ตนเองของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรตำนึงถึง โดยในด้านกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลานั้น รูปแบบการศึกษาได้มุ่งเน้นเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ส่งผลให้การนำผลการศึกษาไปอ้างอิงยังกลุ่มผู้ป่วยระยะเฉียบพลันหรือระยะเรื้อรังมีขอบเขตที่จำกัด นอกจากนี้ ระยะเวลาในการติดตามผลอาจยังไม่เพียงพอสำหรับการประเมินการเกิดโรคซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจปรากฏขึ้นในระยะยาว ประการสุดท้าย การศึกษาต้องเผชิญกับปัจจัยร่วมหลายด้านที่ควบคุมได้ยาก เช่น โรคร่วมของผู้ป่วย การใช้ยา พฤติกรรมสุขภาพ ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว ตลอดจนปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ล้วนอาจมีอิทธิพลและส่งผลต่อผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพได้

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากผลการดำเนินงานและความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อเสนอแนะประการแรกคือ การนำรูปแบบการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดนี้ไปประยุกต์ใช้และขยายผลในวงกว้าง เพื่อใช้ในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

สำหรับข้อเสนอแนะประการถัดมาในด้านการศึกษาวิจัยและการติดตามผล ควรมีการ ขยายระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ยาวนานขึ้น เป็นระยะเวลา 3 ปี การติดตามผลในระยะยาวเช่นนี้จะช่วยให้สามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในมิติของการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว ซึ่งจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์อันทรงคุณค่าในการยืนยันความยั่งยืนและประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ สำหรับการให้คำแนะนำในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอบคุณนักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเสลภูมิ ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมทำงานในตึก Stroke unit โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ส่งเสริมในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2562.
2. งานแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเสลภูมิ. เอกสารประกอบการตรวจราชการครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2565. ร้อยเอ็ด: งานแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเสลภูมิ; 2565.
3. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Clinical practice guideline for stroke rehabilitation. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2563.
4. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565.
5. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย; 2566.
6. พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพยรัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา ริ้วทอง, พรทิพย์พา ธิมายอม, พรพิมล วิเชียรไพศาล. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2559.
7. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2566.

8. นงลักษณ์ ศรีสุข, ปรีดา อารยาวิชานนท์. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2564;39(2):45–58.
9. Bisaillon S, Douloff C, Leblanc K, Pageau N, Selchen D, Woloshyn N. Bringing innovation to stroke care: development of a comprehensive stroke unit. Axone 2004;25(4):12.
10. อวยพร จงสกุล. รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. ว. แพทย์เขต 4-5. 2563;39(3):454-71.
11. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Reader. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1990.
12. พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพยรัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา ริ้วทอง, พรทิพย์พา ธิมายอม, พรพิมล วิเชียรไพศาล. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2559.
13. Bisaillon S, Douloff C, Leblanc K, Pageau N, Selchen D, Woloshyn N. Bringing innovation to stroke care: development of a comprehensive stroke unit. Axone 2004;25(4):12.
14. ภัทราวรรณ พลเพิ่ม. ประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยฟื้นฟูระยะกลางเมื่อเปรียบเทียบกับการฟื้นฟูแบบเดิมที่โรงพยาบาลระดับชุมชน. ว.เชียงรายเวชสาร. 2565;14(2):1–16.
15. เสาวลักษณ์ กองนิล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2557;4(1):90-97.
16. นงณภัทร รุ่งเนย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข. ว.วิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(1):81-101.
17. Wattanapan P, Lukkanapichonchut P, Massakulpan P, Suethanapornkul S, Kuptniratsaikul V. Effectiveness of stroke rehabilitation compared between intensive and nonintensive rehabilitation protocol: a multicenter study. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2020;29(6):104809.