

ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ชนิษฐา เล็กสมบุญ*
 * วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสกลนคร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันก่อนเข้ารับการรักษาและติดตามหลังการเข้ารับการรักษาในผู้ป่วย 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 147 คน ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกหลอดเลือดสมอง โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Komogorov- Smirnov Repeated Measures ANOVA ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 67.76 อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 28.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.5 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.47 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL index ในเดือนที่ 1 เท่ากับ 71.22 ± 34.42 เดือนที่ 2 เท่ากับ 76.26 ± 32.76 เดือนที่ 3 เท่ากับ 78.37 ± 31.42 เดือนที่ 4 เท่ากับ 79.90 ± 30.32 เดือนที่ 5 เท่ากับ 80.51 ± 30.31 และเดือนที่ 6 เท่ากับ 80.88 ± 30.87 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ในทุกเดือน และเมื่อพิจารณาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 23.03 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ช็อคติดหรือช็อคหลุด ร้อยละ 14.29 ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันของคลินิกหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลกมลาไสย สามารถพัฒนาคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน, การดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน

* โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Corresponding author: Khanittiya Leksomboon Email: khanit.lek@gmail.com

Received 10/10/2022

Revised 09/11/2022

Accepted 06/12/2022

EFFECTIVENESS OF CARE FOR PATIENTS WITH SUBACUTE STROKE, KAMALASAI DISTRICT, KALASIN

*Khanittiya Leksomboon**

ABSTRACT

This study was a retrospective study. The object evaluated the effectiveness of the intermediate care program in Kamalasai District, Kalasin Province. The study examined the change in Barthel ADL score before rehabilitation and followed up after six months among a total of 147 patients in stroke clinic. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Komogorov-Smirnov, and Repeated Measures ANOVA. The results showed that 67.76% of the sample were male, 28.6% were aged 61 to 70, and 43.5% had an underlying disease. In 39.47% of cases, hypertension was the most prevalent underlying condition. In comparison to the mean score, the Barthel ADL index in the 1st month was 71.22 ± 34.42 , the 2nd month was 76.26 ± 32.76 , the 3rd month was 78.37 ± 31.42 , the 4th month was 79.90 ± 30.32 , the 5th month was 80.51 ± 30.31 , and the 6th month was 80.88 ± 30.87 , respectively, showing a statistically significant rise (P-value 0.001) per month. 23.03% of patients were reported to have problems. At 14.29%, joint stiffness or dislocation was the most frequent complication. As a result, the Kamalasai Hospital's intermediate care program for stroke patients has potentially improved the Barthel ADL score.

Keywords: Subacute stroke, Intermediate care, Rehabilitation, Barthel ADL index

*Kamalasai Hospital, Kamalasai district, Kalasin province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง พบได้บ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก¹ ในประเทศที่พัฒนาแล้วโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3² จากรายงานองค์การอนามัยโลกพบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า³ ข้อมูลจากองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) ได้ทำนายไว้ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคน จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ⁴

จากรายงานการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับหนึ่งในประชากรหญิง และเป็นอันดับสองในประชากรชาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง^{5,6} ทั้งนี้ยังพบว่า ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาในเวลาที่กำหนดไม่ทันท่วงที่⁷ และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมี

ความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะหลงเหลืออยู่ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและการใช้ชีวิตในสังคม และหากไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเข้าโรงพยาบาลอีกครั้ง ก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพิ่มภาระของครอบครัวและสังคมในการดูแลผู้ป่วย¹

สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) จะเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟู มีโอกาสรับบริการครบอย่างต่อเนื่อง ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมได้มากที่สุด ในช่วงเวลาที่มีการฟื้นตัวเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย²

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) จึงมีความสำคัญอย่างมาก และกลายมาเป็น service plan อีกสาขาหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเติมเต็มช่องว่างการให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติ (Acute phase) และมีอาการคงที่ แต่ยังบกพร่องทางร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดย

ทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน¹ และยังเป็นการช่วยเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลสำหรับการดูแลแบบระยะยาว (Long term care)

โรงพยาบาลกมลาไสย เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1 ขนาด 120 เตียง มีความโดดเด่นในการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และแพทย์แผนจีน ซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันในชุมชน ในรูปแบบของโฮมสคูล และตั้งแต่ เมษายน 2562 เป็นต้นมา ได้มีการจัดตั้งคลินิกหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันในรูปแบบผู้ป่วยนอก และได้มีการจัดตั้งการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันแบบผู้ป่วยในตามนโยบาย service plan intermediate care ทำให้ปัจจุบันสามารถดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันได้แบบครบวงจร ตั้งแต่ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันในการเพิ่มความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยขาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยขาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกมลาไสย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาถึงผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันในการเพิ่มความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Bathel ADL index) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยขาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยขาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective study โดยใช้ข้อมูลที่มีการจัดเก็บในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 สิงหาคม 2565 จำนวน 176 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเพื่อศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2562- 31 ธันวาคม 2564 มีการบันทึกเวชระเบียนที่สมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 171 คน

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 6 ครั้ง แล้วเสียชีวิต (11 คน)

2. ขาดนัดหรือติดต่อกไม่ได้ (7 คน)

3. มีนัดบริการที่คลินิกอื่น (6 คน)

ทำการศึกษาในประชากรที่ผ่าน
เกณฑ์การคัดเลือก จำนวนทั้งสิ้น 147 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแล
ผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย
ได้แก่ ชนิดของ กลุ่มโรค (Ischemic,
Hemorrhagic) กำลังการเคลื่อนไหวของแขน
ขา (Weakness) การกลืนลำบาก (Dysphagia)
การสื่อสารลำบาก (Aphasia)
ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ส่วนที่ 3 กระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่
ได้รับระหว่างการรักษา ได้แก่ กิจกรรมการ
ให้บริการด้วยทีมสหวิชาชีพ เช่น การทำ
กายภาพบำบัด การแพทย์แผนไทย และ
การแพทย์แผนจีน เป็นต้น

ส่วนที่ 4 ภาวะแทรกซ้อน
(Complication) ที่พบระหว่างการบำบัดฟื้นฟู
ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่ง
เฉียบพลัน ประกอบด้วย คะแนน
ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน
(Bathel ADL index) ก่อนและหลังการบำบัด
ฟื้นฟู โดยเป็นการประเมินความสามารถ
ทั้งหมด 10 ด้าน คะแนนน้อยสุดในแต่ละด้าน
เท่ากับ 0 มากที่สุดในแต่ละด้านอยู่ที่ 5, 10
หรือ 15 ขึ้นอยู่กับหัวข้อคะแนน รวมสูงสุด

เท่ากับ 100 คะแนน การแปลผล ดังนี้
กำหนดให้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 55
คะแนน คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมี
การแบ่งย่อยเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยติดเตียง
(0-20 คะแนน) และผู้ป่วยติดบ้าน (21-55
คะแนน) ส่วนผู้ป่วยที่ได้คะแนน 60-100
คะแนน คือ ผู้ป่วยที่พึ่งตนเองได้ หรือติด
สังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ, 2559)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Komogorov-Smirnov, Repeated Measures
ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่
KLS.REC55/2565

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็น
เพศชาย ร้อยละ 67.76 เพศหญิง ร้อยละ
33.3 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ
28.6 ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 25.2 และช่วง
อายุ 71-80 ปี ร้อยละ 23.8 มีโรคประจำตัว
ร้อยละ 43.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.5
โดยที่โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรค
ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.47

โรคเบาหวาน ร้อยละ 17.1 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 13.16 ชนิดของกลุ่มโรคที่เจ็บป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 91.2 และโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 8.5 พบปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 63.3 ปัญหาด้านการสื่อสาร ร้อยละ 21.1 และปัญหาด้านการกลืนลำบาก ร้อยละ 17.7

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล (n= 147)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	66.7
หญิง	49	33.3
กลุ่มอายุ (minimum = 36, maximum 92, Std.Deviation 11.76, Mean 65.31)		
30-40 ปี	3	2.0
41-50 ปี	11	7.5
51-60 ปี	37	25.2
61-70 ปี	42	28.6
71-80 ปี	35	23.8
80 ปีขึ้นไป	19	12.9
โรคประจำตัว		
มี	83	43.5
ไม่มี	64	56.5
การวินิจฉัยโรคประจำตัว (ตอบได้หลายข้อ)		
- โรคความดันโลหิตสูง	60	39.47
- โรคเบาหวาน	26	17.1
- ไขมันในเลือดสูง	20	13.16
- โรคไตวายเรื้อรัง	6	3.95
- โรคหลอดเลือดสมอง	11	7.24
- โรคหัวใจ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผ่น้ำหัวใจรั่ว	7	4.61
- โรคอื่นๆ	16	10.53
ชนิดของกลุ่มโรค		
Hemorrhage stroke	13	8.8
Ischemic stroke	134	91.2
ปัญหาที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว	93	63.3
- ปัญหาด้านการสื่อสาร	31	21.1
- ปัญหาด้านการกลืนลำบาก	26	17.7

2. เปรียบเทียบ ระดับคะแนน Bathel ADL index ก่อนการดูแล และการติดตาม 1,2,3,4,5 และ 6 เดือน

ผู้ป่วยแรกรับก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟู จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีคะแนน Bathel ADL index 0-20 ร้อยละ 27.9 กลุ่มที่มีคะแนน Bathel ADL index 25-55 ร้อยละ 17.70 และกลุ่มที่มีคะแนน Bathel ADL

index 60-100 ร้อยละ 54.4 หลังจากที่ได้เข้ารับการรักษาฟื้นฟูครบ 6 เดือน พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีคะแนน Bathel ADL index 0-20 ร้อยละ 10.9 กลุ่มที่มีคะแนน Bathel ADL index 25-55 ร้อยละ 8.2 และกลุ่มที่มีคะแนน Bathel ADL index 60-100 ร้อยละ 81.0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ระดับคะแนน Bathel ADL index ก่อนการดูแล และการติดตาม 1,2,3,4,5 และ 6 เดือน

การติดตาม	0-20 จำนวน (ร้อยละ)	25-55 จำนวน (ร้อยละ)	60-100 จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟู	41 (27.90)	26 (17.70)	80 (54.40)
F/U 1 เดือน	22 (15.00)	24 (16.30)	101(68.70)
F/U 2 เดือน	16 (10.90)	23 (15.60)	1082. (73.50)
F/U 3 เดือน	14 (9.50)	18 (12.20)	115 (78.20)
F/U 4 เดือน	13 (8.80)	15 (10.20)	119 (81.00)
F/U 5 เดือน	15 (10.20)	12 (8.20)	120 (81.60)
F/U 6 เดือน	16 (10.90)	12 (8.20)	119 (81.00)

3. เปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนน Bathel ADL index ก่อนการดูแล และการติดตาม 1,2,3,4,5 และ 6 เดือน

คะแนน Bathel ADL index ในเดือนที่ 1 เท่ากับ 71.22 ± 34.42 คะแนน เดือนที่ 2 เท่ากับ 76.26 ± 32.76 คะแนน เดือนที่ 3

เท่ากับ 78.37 ± 31.42 คะแนน เดือนที่ 4 เท่ากับ 79.90 ± 30.32 คะแนน เดือนที่ 5 เท่ากับ 80.51 ± 30.31 คะแนน และเดือนที่ 6 เท่ากับ 80.88 ± 30.87 คะแนน ตามลำดับ โดยมีค่า P-value อยู่ที่ <0.001

ตารางที่ 3 ความแปรปรวนคะแนน Bathel ADL index ก่อนการดูแลและและการติดตาม
1,2,3,4,5 และ 6 เดือน โดยใช้ Repeated Measure ANOVA

คะแนน Bathel ADL index	Mean (SD)	SS	df	MS	F- test	P-value
ก่อนฟื้นฟู	58.84(39.69)	23.76 ^a	2.09 ^a	11.32 ^a	46.981 ^a	<0.001 ^a
F/U 1 เดือน	71.22(34.42)					
F/U 2 เดือน	76.26(32.76)					
F/U 3 เดือน	78.37(31.42)					
F/U 4 เดือน	79.90(30.32)					
F/U 5 เดือน	80.51(30.31)					
F/U 6 เดือน	80.88(30.87)					

รายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geiser, SS=Sum of Square, Df= Degree of Freedom, MS = Mean Square

4. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา (n=147)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา พบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 76.97 มี

ภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 23.03 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ข้อติดหรือข้อหลุด ร้อยละ 14.29 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.16 และอื่นๆ ร้อยละ 2.72

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา (n=147)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	113	76.87
มีภาวะแทรกซ้อน	34	23.13
- ปอดติดเชื้อ	2	1.36
- ผลกดทับ	3	2.04
- ข้อติดหรือข้อหลุด	21	14.29
- ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	1	0.68
- โรคซึมเศร้า	12	8.16
- อื่นๆ	4	2.72

วิจารณ์ (Discussions)

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงคะแนน Bathel ADL index โดยเปรียบเทียบแรกรับก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟูและติดตามทุก 1 เดือนจนครบ 6 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน Bathel ADL index มีแนวโน้มสูงขึ้นในทุก ๆ เดือนอย่างมีนัยสำคัญ^{8,9} ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐม ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน Bathel ADL index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยการที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในการเพิ่มความสามารถของการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่¹¹ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษาแบบ prospective multicenter cohort study ในโรงพยาบาลจำนวน 14 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งพบว่าประสิทธิภาพในการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹² ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้บริการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันของคลินิกหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลกมลลาไสย มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับโรงพยาบาลแห่งอื่น แม้ในระยะเดือนที่ 6 จะมีการเปลี่ยนกลุ่ม

คะแนนของผู้ป่วยที่มี Bathel index 60-100 ไปอยู่กลุ่ม 0-20 จำนวน 1 คน เนื่องจากผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ แต่ก็ไม่ได้ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนน Bathel ADL index เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อพิจารณาถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคะแนน Bathel ADL index พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 23.03 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิชามญชุ์ สุวรรณฉัตร ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 18.84¹¹ และที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 20.1 เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการบำบัดรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยใน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ข้อติดหรือข้อหลุด ร้อยละ 14.29 รองลงมาคือ โรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.16 แต่ภาวะปอดติดเชื้อที่พบร้อยละ 1.36 และภาวะอื่น ๆ เช่น การกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือนแรก ที่พบร้อยละ 2.72^{13,14} เป็นภาวะที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคะแนน Bathel ADL index อย่างมาก โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษามักพบในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุและมี Bathel ADL index ที่ค่อนข้างต่ำ ดังนั้น การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูพัฒนาคะแนน Bathel ADL index ให้ได้สูงสุดในช่วงเวลาที่จำกัด¹⁵

ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผล การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกึ่ง เฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลกมลาไสย พบว่ามีการพัฒนาของคะแนน Bathel ADL index ไปในทางที่ดีขึ้น ในแต่ละเดือนอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การพัฒนาศักยภาพการบำบัดฟื้นฟู โดยส่งเสริมให้มีนักกิจกรรมบำบัด และส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพมากยิ่งขึ้น ได้แก่ แพทย์แผนไทย และแพทย์แผนจีน
2. การวางแผนในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **World Stroke Campaign**. [online] 2016 [cited 2022 July 20]. Available from <http://www.world-stroke.org/advacacy/world-stroke-campaign>.
2. Health Service System Development Subcommittee Sub-Acute Transitional Care Branch. **Guideline for intermediate**

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลันควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมโดยเฉพาะในระยะ 6 เดือนแรกหลังมีอาการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการฟื้นตัวของผู้ป่วย ซึ่งการได้รับการฟื้นฟูในคลินิกหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง สามารถพัฒนาคะแนน Bathel ADL index ให้ดีขึ้นได้ และควรเฝ้ามีการระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีคะแนน Bathel ADL index ค่อนข้างต่ำ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลกมลาไสย ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่ให้การช่วยเหลือในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นวิทยาทาน จนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

- care [online] 2019 [cited 2022 July 20]. Available from: <https://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/01/10-Guideline-for-Intermediate-Care.pdf>. [in Thai].
3. Working Group for the Development of Subacute Patient Care Project Rehabilitation) 2015-2016 Association

- of Rehabilitation Medicine of Thailand 2016. **Implementation of subacute rehabilitation and implementation lessons learned.** [online] 2017 [cited 2022 July 20] . Available from: <https://www.rehabmed.or.th/files/boook.pdf>. [in Thai].
4. Word stroke organization. **Gap on access to quality stroke care.** [online] 2022 [cited 2022 Nov. 1]. Available from: <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/world-stroke-organization-tackle-gaps-in-access-to-quality-stroke-care>
 5. Sukonsakul M, Wongin W. Factor associated with timeliness of new case stroke treatment in community hospitals Surat thani province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kaen University** 2022; 10(1): 95-106. [in Thai].
 6. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischemic and intracerebral hemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): A case-control study. **Lancet** 2019; 376(6735): 112-123.
 7. Chamnanpong P, Piyabanditkul L. Stroke prevention in hypertensive patients in Suburban community. **Community Health Development Quarterly, Khon Kaen University** 2016; 4(3): 325-340. [in Thai].
 8. Forster A, Young J, Nixon J, Kalra L, Smithard D, Patel A, et.al. A cluster randomized controlled trial of a structured training program for caregivers of inpatients after stroke (TRACS) . **International Journal of Stroke** 2012; 7(1): 94-99.
 9. McGaghie WC, Miller GE, Sajid AW, Telder TV. **Competency- based curriculum development in medical education.** [online] 2019 [cited 2022 July. 1] . Available from: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_68.pdf.
 10. Deadpratam P, Menapan R, Janton P. Reliability of the Thai version of the Barthel Assessment in patients with cerebral palsy. **ASEAN journal of rehabilitation medicine** 2018; 16(1): 1-9.
 11. Suwanchat P, pansuwan P, Jiraponcharean V. Outcomes of intermediate care program for enhancing the ability to perform daily

- activities in stroke patients. Spinal cord injury patients and patients with head injuries in Saraphibowonpattana Hospital, Chiang Mai Province. **Lanna Public Health Journal** 2019; 31: 723-732.
12. Kunsanit T, Outcome of Sub-acute rehabilitation in community hospital. **ASEAN journal of rehabilitation medicine** 2019; 29(1): 8-13.
13. Pattanasuwanna P. Outcomes of Intermediate Phase Post- stroke Inpatient Rehabilitation in Community Hospital. **ASEAN journal of Rehabilitation Medicine** 2019; 29(1): 8-13.
14. Kuptniratsaikul V, Wattanapan P, Wathanadilokul U, Sukonthamarn K, Lukkanapichonchut P, Ingkasuthi K, et al. The effectiveness and efficiency of inpatient rehabilitation services in Thailand: a prospective multicenter study. **Rehabilitation Process and Outcome** 2016; 5: 13-18.
15. Vichathai C, Srithamrongsawat S, Riewpaiboon W, Kongsawat S, Thumroj N, Aemnoi P, et al. Service and unit cost of medical rehabilitation of intermediate care under Health Insurance. Nonthaburi: **Health Systems Research Institute**; 2009. [in Thai].