

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Activities of Daily Living of Stroke Patients for Intermediate Care of Home Health Care Program in Sub-District Health Promoting Hospital of Mueang District, Suratthani, Questionnaire-Interview Study

Thanissara Limpakornkul, M.D., FRCFPT, Krida Uakridathikarn, M.D. FRCFPT

Department of Social Medicine, Suratthani Hospital, Surat Thani Province, Thailand

Corresponding author :

Thanissara Limpakornkul, M.D.,
Department of Social Medicine,
Suratthani Hospital, 56 Moo 2,
Srivichai Road, Makham Tia,
Mueang Surat Thani District,
Surat Thani 84000, Thailand
Email: mhothaniss@gmail.com

Received: March 13, 2025;

Revised: July 17, 2025;

Accepted: August 20, 2025

ABSTRACT

Background: Post-stroke intermediate care is essential to prevent long-term disability and reduce socio-financial burdens. This study evaluated factors associated with the activities of daily living (ADL) of stroke patients within a home-based intermediate care program.

Method: This descriptive study followed 62 stroke patients discharged from intermediate care in Mueang District, Suratthani, for six months. Barthel Index (BI) Thai version and return to ADL were assessed. Data were analyzed using Chi-Square and multivariate logistic regression.

Result: Among 62 patients (53.23% female, 72.58% ischemic stroke), factors significantly associated with ADL improvement were: pre-rehabilitation BI of 11-19 (aOR = 9.66, 95%CI 1.91-48.78, $p = 0.006$), non-malnutrition (aOR = 6.38, 95%CI 1.17-34.87, $p = 0.032$), and high family relationship levels (aOR = 6.34, 95%CI 1.29-31.30, $p = 0.023$).

Conclusion: Healthcare providers should emphasize the pre-rehabilitation Barthel index, nutritional status, and family relationships when planning patient rehabilitation.

Keywords: stroke, subacute phase, intermediate care, home health care, Barthel index

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการสัมภาษณ์ผ่านแบบสอบถาม

ธณิศา ลิมปกรณกุล, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว, กฤตา เอื้อกฤตาธิการ, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ธณิศา ลิมปกรณกุล, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
56 หมู่ 2 ถ.ศรีวิชัย ต.มะขาม
เตี้ย อ.เมืองสุราษฎร์ธานี
จ.สุราษฎร์ธานี 84000,
ประเทศไทย
Email: mhothaniss@gmail.
com

Received: March 13, 2025;

Revised: July 17, 2025;

Accepted: August 20, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพระยะยาวและลดภาระต่อครอบครัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษานี้เป็นแบบ Cross-sectional study ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขต อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี จำนวน 62 ราย ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 6 เดือน ประเมินโดยใช้ดัชนีบาร์ธेल (Barthel Index: BI) ฉบับภาษาไทย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-Square และ Multivariate logistic regression

ผลการศึกษา: จากกลุ่มตัวอย่าง 62 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.23 และเป็นหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 72.58 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับ BI ก่อนฟื้นฟูปานกลางถึงเล็กน้อย ($BI = 11-19$) ($aOR = 9.662$, $95\%CI 1.913-48.780$, $p = 0.006$), การไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ($aOR = 6.38$, $95\%CI 1.17-34.87$, $p = 0.032$) และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับสูง ($aOR = 6.34$, $95\%CI 1.29-31.30$, $p = 0.023$)

สรุป: บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับคะแนนดัชนีบาร์ธेलก่อนการฟื้นฟู ภาวะโภชนาการ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เพื่อนำมาพิจารณาในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู การดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน ดัชนีบาร์ธेल ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รวมถึงเป็นสาเหตุของความพิการอันดับ 3 ตามข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) ปี 2565 พบผู้ป่วยทั่วโลกกว่า 101 ล้านคน มีผู้ป่วยใหม่ 12.2 ล้านคน (เฉลี่ย 1 รายทุก 3 วินาที) เสียชีวิต 6.5 ล้านคน และกว่า 143 ล้านคนมีความพิการจากโรคนี้¹

รายงานสถิติสาธารณสุขปี 2566 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 349,126 ราย และเสียชีวิต 36,214 ราย โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และส่วนใหญ่เป็นผู้เสียชีวิตอายุต่ำกว่า 70 ปี แนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี เช่นเดียวกับอัตราการเสียชีวิต โดยระหว่างปี 2560-2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ²

ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติและเข้าสู่ระยะกึ่งเฉียบพลันมักยังมีข้อจำกัดทางร่างกาย ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องโดยเฉพาะใน 6 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงเวลาทอง (golden period) ของการฟื้นตัวทางระบบประสาทมีความสำคัญอย่างยิ่ง³ การฟื้นฟูต้องดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ (multi-disciplinary approach) ตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ลดความพิการ และช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ลดอัตราความพิการ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว⁴

การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (intermediate care) ผ่านบริการเยี่ยมบ้านควรได้รับการบริการในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ โดยมีแพทย์และบุคลากรจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Contracted Unit of Primary Care; CUP) หรือ รพ.สต. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน (out-reach program) ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการฟื้นฟู ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (traumatic brain injury) ไหล่สันหลัง (spinal cord injury) และกระดูกสะโพกหัก (hip fracture) ที่พ้นระยะเฉียบพลัน (acute phase) โดยมี Barthel Index ต่ำกว่า

15 หรือมากกว่า 15 แต่มีภาวะบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) การดูแลระยะกลางในชุมชนเน้นฟื้นฟูอย่างเข้มข้นในเดือนแรก (10-15 ชั่วโมง/เดือน) ติดตามต่อเนื่อง 6 เดือน (รูปที่ 1) ข้อดีคือ ผู้ป่วยได้รับบริการโดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ข้อเสียคือ ต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติและผู้ดูแลในการทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของทีมสหวิชาชีพ⁵

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีใช้ระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน หรือ Smart Continuum Of Care: Smart COC เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าระบบการส่งต่อมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่บ้าน 6 เดือน อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ต้องกลายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว (long-term care) หรือเป็นผู้พิการ รวมถึงบางรายที่มีค่า Barthel Index (BI) ลดลง กลายเป็นภาระของครอบครัวและชุมชนหรือเสียชีวิต

จากข้อมูลในโปรแกรม Smart COC พบผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (intermediate care) ทั้งหมดในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2564 และ ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 153 ราย และ 141 ราย ตามลำดับ เป็นกลุ่มหลอดเลือดสมองมากที่สุด 136 ราย และ 111 ราย ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของโอกาสที่ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองและกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ หากได้รับการฟื้นฟูที่ดีในช่วง 6 เดือนแรก จึงสนใจปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาปัจจัยที่ควรส่งเสริม และลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลลบ ให้เกิดการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน ในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

โครงการวิจัยเป็นแบบ questionnaire-based research โดยออกแบบการวิจัยเป็นแบบ cross-sectional study ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลาง แบบดูแลที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นหลักและมีผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมผ่านแบบสอบถาม หลังผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี ที่ไม่ได้ถ่ายโอนไป อบจ. ทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.นิคมขุนทะเล สอน.เฉลิมพระเกียรติ มะขามเตี้ย บางชนะ และปากจำแก้ว และในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ โพหวาย ดอนนก ศรีวิชัย โพธาราส และ อบจ.

โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้าระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้านเพื่อการฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพผ่านโปรแกรม Smart COC (ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 กรกฎาคม 2566) และทางโปรแกรม PRM Referral Network (ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 - 29 กุมภาพันธ์ 2567) คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 62 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)
2. ได้เริ่มการฟื้นฟูในช่วงมิถุนายน พ.ศ. 2566 - มิถุนายน พ.ศ. 2567
3. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารเข้าใจ และตอบแบบสอบถามผ่านการสัมภาษณ์ได้
4. ผู้ป่วยมีความสมัครใจ และยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการยินยอมด้วยวาจาผ่านทางโทรศัพท์ และให้เซ็นยินยอมโดยผ่านตัวแทน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเสียชีวิต
2. ย้ายไปนอกเขต รพ.สต. เขตอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี ก่อนได้รับการฟื้นฟูครบ 6 เดือน
3. ไม่สามารถติดต่อเพื่อสัมภาษณ์ผ่านแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index; BI) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA)

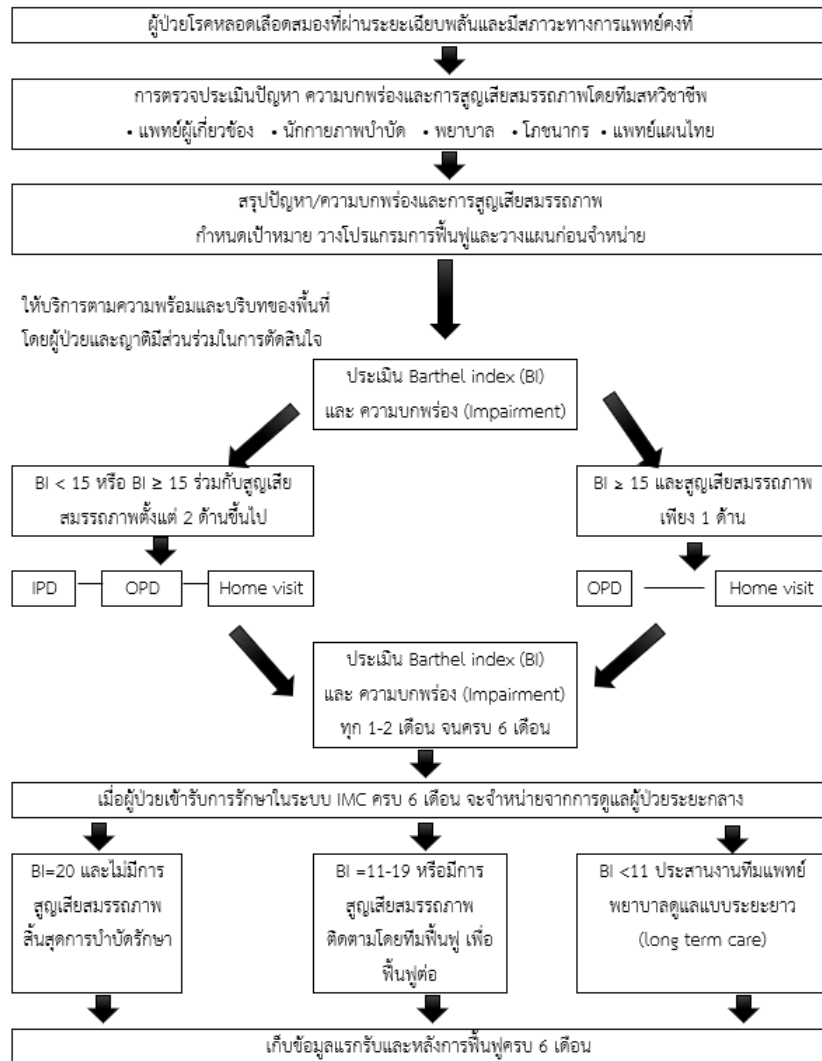
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านครอบครัว สภาพแวดล้อม และสังคม ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านครอบครัว ตอนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตอนที่ 3 แบบสอบถามถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสุขภาพจิต

ส่วนที่ 4 ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 - 29 กุมภาพันธ์ 2567 โดยดำเนินการสัมภาษณ์หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 6 เดือน ซึ่งมีระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลสัมภาษณ์ระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 - สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์หาผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมด้วยวาจาและให้เซ็นยินยอมผ่านตัวแทน จากนั้นจึงสัมภาษณ์ผู้ป่วยผ่านแบบสอบถาม เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป



รูปที่ 1. แนวทางการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Stata for Windows วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบสัดส่วนด้วยสถิติ Chi-squared test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (intermediate care; IMC) โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิเคราะห์พหุสัมพันธ์แบบถดถอย (Multivariate logistic regression) นำเสนอค่า odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (95%CI)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รับรองเลขที่ REC

66-0036 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการใช้ชื่อผู้ป่วยและการเก็บรักษาข้อมูลในรูปแบบเอกสารและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่จำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้วิจัย

ผลการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคล

หลังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 62 ราย ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 6 เดือน เพศหญิงร้อยละ 53.23 เพศชาย ร้อยละ 46.77 อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.23 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 27.42 มัธยมศึกษา ร้อยละ 25.81 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 82.26 มีคู่สมรสให้การดูแล ร้อยละ 70.97 และใช้ยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 69.35 (ตารางที่ 1)

แบ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ปกติ (BI = 20) จำนวน 18 ราย และผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูจำนวน 44 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน

พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ให้การดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา และประวัติการใช้ยา ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูล (n = 62)	BI = 20 (n = 18)	BI < 20 (n = 44)	รวม	p-value
เพศ				
ชาย	8 (44.44)	21 (47.73)	29 (46.77)	0.814
หญิง	10 (55.56)	23 (52.27)	33 (53.23)	
อายุ (ปี)				
< 60	12 (66.67)	21 (47.73)	33 (53.23)	0.175
≥ 60	6 (33.33)	23 (52.27)	29 (46.77)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1 (5.56)	6 (13.64)	7 (11.29)	0.110
ประถมศึกษา	6 (33.33)	11 (25.00)	17 (27.42)	
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	2 (11.11)	14 (31.82)	16 (25.81)	
อนุปริญญา	4 (22.22)	10 (22.73)	14 (22.58)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5 (27.78)	3 (6.82)	8 (12.90)	
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (38.89)	10 (22.73)	17 (27.42)	0.148
ข้าราชการ	9 (50.00)	14 (31.82)	23 (37.10)	
เกษตรกร	1 (5.56)	12 (27.27)	13 (20.97)	
รับจ้างทั่วไป	1 (5.56)	6 (13.64)	7 (11.29)	
ค้าขาย	0 (0.00)	2 (4.55)	2 (3.23)	
รายได้				
เพียงพอ	16 (88.89)	35 (79.55)	51 (82.26)	0.382
ไม่เพียงพอ	2 (11.11)	9 (20.45)	11 (17.74)	
ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย				
คู่สมรส	12 (66.67)	32 (72.73)	44 (70.97)	0.700
ลูก	2 (11.11)	6 (13.64)	8 (12.90)	
ญาติ	4 (22.22)	6 (13.64)	10 (16.13)	
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบบุหรี่	14 (77.78)	36 (81.82)	50 (80.65)	0.935
เคยสูบและหยุดสูบ	3 (16.67)	6 (13.64)	9 (14.52)	
ยังสูบบุหรี่อยู่	1 (5.56)	2 (4.55)	3 (4.84)	
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่เคยดื่มสุรา	14 (77.78)	35 (79.55)	49 (79.03)	0.770
เคยดื่มและหยุดดื่มแล้ว	4 (22.22)	8 (18.18)	12 (19.35)	
ยังดื่มสุราอยู่	0 (0.00)	1 (2.27)	1 (1.61)	
ประวัติการใช้ยา				
ไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	3 (16.67)	9 (20.45)	12 (19.35)	0.939
ใช้ยาบ้าง	2 (11.11)	5 (11.36)	7 (11.29)	
ใช้ยาสม่ำเสมอ	13 (72.22)	30 (68.18)	43 (69.35)	

BI, Barthel index; BI = 20 คือ ผู้ป่วยที่สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

ตารางที่ 2. ข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูล	BI = 20	BI < 20	รวม	p-value
โรคหลอดเลือดสมอง				
หลอดเลือดสมองตีบ	15 (83.33)	30 (68.18)	45 (72.58)	0.225
หลอดเลือดสมองแตก	3 (16.67)	14 (31.82)	17 (27.42)	
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)				
Mild impairment (1-4)	12 (66.67)	11 (25.00)	23 (37.10)	0.002*
Moderate impairment (5-15)	6 (33.33)	33 (75.00)	39 (62.90)	
Barthel index ก่อนฟื้นฟู				
ระดับรุนแรง (BI < 11)	0 (0.00)	6 (13.64)	6 (9.68)	0.069
ระดับปานกลาง (BI = 11-14)	8 (44.44)	9 (20.45)	17 (27.42)	
ระดับเล็กน้อย (BI = 15-19)	10 (55.56)	29 (65.91)	39 (62.90)	
ภาวะขาดสารอาหาร				
ปกติ	13 (72.22)	20 (45.45)	33 (53.23)	0.099
เสี่ยง	3 (16.67)	20 (45.45)	23 (37.10)	
ขาดสารอาหาร	2 (11.11)	4 (9.09)	6 (9.68)	

BI, Barthel index; BI = 20 คือ ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

ข้อมูลด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 72.58 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ระดับ moderate impairment (5-15) ร้อยละ 62.90 BI ก่อนฟื้นฟูระดับเล็กน้อย (BI = 15-19) ร้อยละ 62.90 ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 53.23 (ตารางที่ 2)

และพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ก่อนฟื้นฟูแตกต่างกัน ($p = 0.002$) แต่ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง BI ก่อนฟื้นฟู และภาวะขาดสารอาหาร ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ข้อมูลด้านครอบครัว สังคม และความเชื่อ

หลังการฟื้นฟูพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างกัน ($p = 0.008$) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง ร้อยละ 77.78 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูต่อมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง ร้อยละ 40.91 ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการ ควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับด้านศาสนา และจิตวิญญาณ ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ข้อมูลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ ข้อมูลด้านสุขภาพจิต

ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูสภาพร่างกายก่อนกลับบ้าน จำนวนครั้งเยี่ยมบ้าน ความถี่การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ภาวะเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน

เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษาวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression) พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Barthel index ก่อนฟื้นฟูระดับปานกลางถึงเล็กน้อย ($aOR=9.66$, 95%CI 1.91- 48.78, $p=0.006$) ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ($aOR=6.38$, 95%CI 1.17- 34.87, $p=0.032$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ระดับสูง ($aOR=6.34$, 95%CI 1.29- 31.30, $p=0.023$) (ตารางที่ 5 และ 6)

ตารางที่ 3. ข้อมูลด้านครอบครัว สังคม และความเชื่อ

ข้อมูล	BI = 20	BI < 20	รวม	p-value
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และสภาพแวดล้อมของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
ระดับต่ำ	4 (22.22)	26 (59.09)	30 (48.39)	0.008*
ระดับสูง	14 (77.78)	18 (40.91)	32 (51.61)	
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ระดับต่ำ	4 (22.22)	9 (20.45)	13 (20.97)	0.877
ระดับสูง	14 (77.78)	35 (79.55)	49 (79.03)	
ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา				
ระดับต่ำ	8 (44.44)	28 (63.64)	36 (58.06)	0.165
ระดับสูง	10 (55.56)	16 (36.36)	26 (41.94)	
ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการ ควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย				
ระดับต่ำ	5 (27.78)	22 (50.00)	27 (43.55)	0.109
ระดับสูง	13 (72.22)	22 (50.00)	35 (56.45)	
ความเชื่อเกี่ยวกับด้านศาสนา และจิตวิญญาณ				
ระดับต่ำ	5 (27.78)	11 (25.00)	16 (25.81)	0.821
ระดับสูง	13 (72.22)	33 (75.00)	46 (74.19)	

BI, Barthel index; BI = 20 คือ ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

ตารางที่ 4. ข้อมูลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ ข้อมูลด้านสุขภาพจิต

ข้อมูล	BI = 20	BI < 20	รวม	p-value
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูสภาพร่างกายก่อนกลับบ้าน				
ไม่ได้รับ/รับไม่เข้าใจ	6 (33.33)	18 (40.91)	24 (38.71)	0.578
รับเข้าใจ	12 (66.67)	26 (59.09)	38 (61.29)	
ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูสภาพร่างกายก่อนกลับบ้าน				
ไม่ได้รับ/รับไม่เข้าใจ	4 (22.22)	17 (38.64)	21 (33.87)	0.215
รับเข้าใจ	14 (77.78)	27 (61.36)	41 (66.13)	
จำนวนครั้งเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพรวมถึงการเยี่ยมทาง telemedi- cine ภายใน 6 เดือน				
2-5 ครั้ง	6 (33.33)	20 (45.45)	26 (41.94)	0.380
6-9 ครั้ง	12 (66.67)	24 (54.55)	36 (58.06)	
ผู้ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลัก				
ตนเอง	4 (22.22)	9 (20.45)	13 (20.97)	0.800
คู่สมรส	8 (44.44)	26 (59.09)	34 (54.84)	
ลูก	2 (11.11)	4 (9.09)	6 (9.68)	
ญาติ	3 (16.67)	4 (9.09)	7 (11.29)	
บุคลากรการแพทย์	1 (5.56)	1 (2.27)	2 (3.23)	
ความถี่การฟื้นฟูสภาพร่างกาย				
ทุกวัน	11 (61.11)	24 (54.55)	35 (56.45)	0.851
3-5 วันต่ออาทิตย์	4 (22.22)	10 (22.73)	14 (22.58)	
น้อยกว่า 3 วันต่ออาทิตย์	3 (16.67)	10 (22.73)	13 (20.97)	
ภาวะเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง				
ไม่พบ	16 (88.89)	40 (90.91)	56 (90.32)	0.807
พบ	2 (11.11)	4 (9.09)	6 (9.68)	

BI, Barthel index; BI = 20 คือ ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

ตารางที่ 5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน

ตัวแปร (N = 62)	Univariate Model		
	OR	95%CI	p-value
อายุ ≥60 ปี	0.46	0.15-1.43	0.179
NIHSS: Mild Impairment (1-4)	6.00	1.82-19.80	0.003*
BI ก่อนฟื้นฟูระดับปานกลางถึงเล็กน้อย	7.80	2.26-26.86	0.001*
ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร	3.12	0.95-10.25	0.061
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ระดับสูง	5.06	1.43-17.88	0.012*
แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง	0.90	0.24-3.41	0.877
ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา ระดับสูง	2.19	0.72-6.67	0.169
ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการการเจ็บป่วย ระดับสูง	2.6	0.79-8.54	0.115
ความเชื่อด้านศาสนา ระดับสูง	0.87	0.25-2.98	0.821
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟู	1.38	0.44-4.37	0.579
ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟู	2.20	0.62-7.82	0.221
เยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ 6-9 ครั้ง	1.67	0.53-5.24	0.382

BI, Barthel index; BI = 20 คือ ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

ตารางที่ 6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษามาวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (multiple logistic regression)

ตัวแปร (N62)	Multivariate Model		
	aOR	95%CI	p-value
NIHSS: Mild Impairment (1-4)	4.23	0.97- 18.53	0.056
BI ก่อนฟื้นฟูระดับปานกลางถึงเล็กน้อย	9.66	1.91- 48.78	0.006*
ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร	6.38	1.17- 34.87	0.032*
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ระดับสูง	6.34	1.29- 31.30	0.023*

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับ Barthel Index ก่อนการฟื้นฟูภาวะโภชนาการ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

ผู้ป่วยที่มี BI ระดับปานกลางถึงเล็กน้อย (BI = 11-19) มีโอกาสฟื้นฟูได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มี BI < 11 ถึง 9.66 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกณฐา ตัญดา และคณะ⁷ อย่างไรก็ตาม การใช้ Barthel Index เพียงอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุมกิจกรรมที่มีความซับซ้อน จึงอาจประเมิน IADL ร่วมด้วย เพื่อให้เห็นข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น โดย Ghaffari และคณะพบว่า BADL มีความ

สัมพันธ์กับ IADL และเป็นปัจจัยทำนายสำคัญของความสามารถด้าน IADL ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁸

ด้านภาวะโภชนาการ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะขาดสารอาหารมีโอกาสฟื้นฟูได้ดีขึ้น 6.38 เท่า สอดคล้องกับงานวิจัยของนันทพร ทองเต็ม⁹ และ Liu et al.¹⁰ ซึ่งพบว่าภาวะทุพโภชนาการสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายและการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง ดังนั้น การคัดกรองและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจึงมีความสำคัญต่อการฟื้นฟู

สำหรับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีมีโอกาสฟื้นฟูสูงกว่า 6.34 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนพร สายตรี¹¹ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการ

ดูแลและการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการฟื้นฟู ดังนั้น ครอบครัวและผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

แม้หลายการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูหรือทำกายภาพบำบัดบ่อยครั้งช่วยให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น แต่การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน อาจเนื่องจากผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูมากมีความรุนแรงของโรครุนแรงกว่า หรือผู้ดูแลอาจขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูที่เหมาะสม

จำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพก็ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน อาจเกิดจากข้อจำกัดในการเยี่ยมบ้าน เช่น ความไม่สะดวกของผู้ป่วยหรือครอบครัว และข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (tele-medicine) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ เพศ ภาวะแทรกซ้อน โรคประจำตัว⁷ อายุ ระดับการศึกษา สภาพครอบครัว ตำแหน่งของรอยโรค และกำลังกล้ามเนื้อแขนขาภายหลังเกิดโรค¹¹ การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้นักวิชาการทางการแพทย์สามารถวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลได้เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมภาวะโภชนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ทีมสหวิชาชีพควรให้ความสำคัญกับ Barthel index ก่อนฟื้นฟู ภาวะขาดสารอาหาร และสัมพันธภาพในครอบครัว และจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย สนับสนุนการจัดการตนเองทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดภาวะพึ่งพา โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษา การวางแผนเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน

2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านการประเมินความพร้อมเชิงระบบ (เช่น ความสัมพันธ์

ในครอบครัวก่อนและหลังการดูแล IMC) ซึ่งเป็นประเด็นที่งานวิจัยนี้เสนอเพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติเดิม โดยเสนอให้มีเครื่องมือหรือแนวทางการประเมินครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและติดตามผลในระยะ IMC หลังจำหน่าย

3. ควรส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ตั้งแต่วินิจฉัยรักษา และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

4. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดรูปแบบบริการการฟื้นฟูแต่ละรูปแบบว่ามีความเหมาะสมกับบริบท และลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงรูปแบบบริการที่เหมาะสม และส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

5. ควรดำเนินการศึกษาแบบ multi-setting study โดยมีการเปรียบเทียบผลการฟื้นฟูในบริบทต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน การดูแลที่บ้าน เพื่อประเมินว่าแต่ละรูปแบบเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มใดมากที่สุด และส่งเสริมการประสานงานกับชุมชน อปท. และภาคีเครือข่าย เช่น อสม. รพ.สต. องค์กรท้องถิ่น เพื่อสร้างระบบการฟื้นฟูแบบยั่งยืนในชุมชน โดยเน้นการเสริมศักยภาพผู้ดูแล การติดตามภาวะโภชนาการ และการประเมินสภาพครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การศึกษานี้มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบการดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยมีผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และใช้การประเมินตามมาตรฐานของสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งแนะนำให้ฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 วัน⁶

ผลการวิเคราะห์ด้วย Chi-square test พบว่า ผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมีแนวโน้มฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ระดับ Barthel Index (BI) ก่อนการฟื้นฟู ภาวะโภชนาการ และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยผู้ป่วยที่มี BI ระดับปานกลางถึงเล็กน้อย (BI = 11–19) มีโอกาสฟื้นฟูได้ดีกว่าผู้ที่มี BI < 11 จำนวน 9.66 เท่า ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะขาดสารอาหารมีโอกาสฟื้นฟูได้ดีขึ้น 6.38 เท่า และผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมีโอกาสฟื้นฟูได้ดีกว่า 6.34 เท่า

อย่างไรก็ตาม ความถี่ในการฟื้นฟูและจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับผลการฟื้นฟู

โดยสรุป ระดับความสามารถก่อนการฟื้นฟู ภาวะโภชนาการ และสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับการประเมินสมรรถภาพ การป้องกันภาวะทุพโภชนาการ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Highlight

1. Barthel Index ก่อนฟื้นฟูสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้าน ADL
2. ภาวะโภชนาการที่ดีสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของ ADL
3. สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีสนับสนุนการฟื้นตัวของ ADL

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยความสะดวกให้เข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ได้ให้คำปรึกษาตลอดการทำการวิจัย และชี้แนะแนวทางทุกขั้นตอนในการทำวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2022 [Internet] [cited 2023 Feb 10]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566 Together we are Greater Than Stroke [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=37914&news_views=4068&utm_source=chatgpt.com
3. วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์, ขวัญประชา เขียงไชยสกุลไทย, นภาพร สามภักดิ์, ชัชวาลย์ สนธิกุล. จำนวนชั่วโมงกายภาพบำบัดที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน. วารสารกายภาพบำบัด 2565;44:1-11.
4. จามจุรีย์ เลิศจันทร์. โครงการพัฒนาระบบบริการ การบริหารฟื้นฟูผู้ป่วย ระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://thesecsi.net/SECSICMU/r_pdf/r2.pdf
5. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
6. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2559.
7. กณฐา ดุ้ยดา, พัทธพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนางค์ชัยเชื้อ, ทศนีย์ รวีวรกุล. ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31(พิเศษ):28-42.
8. Ghaffari A, Rostami HR, Akbarfahimi M. Predictors of instrumental activities of daily living performance in patients with stroke. Occup Ther Int. 2021;2021:6675680. PubMed PMID: 33727902
9. นันทพร ทองเต็ม, วิมลรัตน์ ภูวราชฉินพานิช, ศรัณยา คูสิดามงคล. ปัจจัยที่ทำนายกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์แห่งประเทศไทย 2565;40:76-89.
10. Liu J, Dong J, Guo J. The effects of nutrition supplement on rehabilitation for patients with stroke: analysis based on 16 randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2022;101(37):e29651. PubMed PMID: 36123946
11. รัตนพร สายตรี, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 5:1-13.