

ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กฤตติกานต์ พลงาม^{1,*} วราภรณ์ รัชตะวรรณ² และ ปารณีย์ วิสุทธิพันธุ์³

^{1,2} สถาบันราชสุตา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ³คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล kpolngam@gmail.com

วันที่รับต้นฉบับบทความ: 17 กันยายน 2568

วันที่แก้ไขปรับปรุงบทความ: 12 ธันวาคม 2568

วันที่ตอบรับตีพิมพ์บทความ: 12 ธันวาคม 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสัดส่วนการกลับเข้าทำงานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับบริการในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน 132 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน Barthel ADL Index, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Modified Rankin Scale (mRS) และการการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการถดถอยลอจิสติกพหุคูณ ผลการศึกษา พบว่า การกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) กับ ลักษณะอาชีพ ระดับความรุนแรงของโรค การรู้คิด และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน โดยผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพที่เน้นการใช้ความคิด หรืองานในสำนักงาน (White Collar) มีโอกาสกลับเข้าทำงานมากกว่าลักษณะอาชีพที่เน้นการใช้แรงงานทางกายภาพ (Blue Collar) 4.5 เท่า ($P=.003$, $OR=4.495$, 95% $CI=1.643-12.299$ และเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นโอกาสในการกลับเข้าทำงานจะลดลง ($P=.024$, $OR=0.650$, 95% $CI=.447-.945$) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีแนวโน้มกลับเข้าทำงานได้มากกว่าผู้ที่มีความบกพร่อง 3.8 เท่า ($P=.010$, $OR=3.785$, 95% $CI=.1374-10.433$) และหากผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ในระดับสูงก็มีโอกาสในการกลับเข้าทำงานได้มากกว่า 2 เท่า ($p = .003$, $OR = 2.182$, 95% $CI = 1.300-3.662$) ขณะที่ปัจจัยด้านอายุ รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถกลับเข้าทำงานได้ (ร้อยละ 59.1) โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าทำงานได้อยู่ที่ 7.63 เดือน ($S.D. = 5.85$) ข้อค้นพบจากการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของปัจจัยในหลายมิติ ทั้งในด้านบุคคล ภาวะสุขภาพ และบริบทแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพในอนาคต โดยเฉพาะการฟื้นฟูแบบเป็นองค์รวมร่วมกับการบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นการประเมินและพัฒนาศักยภาพในการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทั้งด้านร่างกาย ความสามารถทางการรู้คิด ทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านอาชีพ เพื่อเพิ่มโอกาสการกลับเข้าทำงานและการกลับเข้าสู่บทบาททางสังคมของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน อันจะช่วยลดภาวะพึ่งพิง ยกระดับคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีในระยะยาว

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การกลับเข้าทำงาน กิจกรรมประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

Factors Influencing Returning to Work of Stroke Patients

Kittikan Polngam^{1,*}, Warangkana Ratchatawan², and Paranee Visuttiapun³

^{1,2} Ratchasuda Institute Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, ³Faculty of Public Health Bangkok Thonburi University

*Corresponding Author E-mail: kpolngam@gmail.com

Received: *September 17, 2025*

Revised: *December 12, 2025*

Accepted: *December 12, 2025*

Abstract

This study aimed to investigate the factors associated with and the proportion of return to work among stroke patients. The sample consisted of 132 stroke patients who received rehabilitation services at the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. Data were collected using a general information questionnaire, the Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Modified Rankin Scale (mRS), and Social Support. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple logistic regression. The results revealed that return to work among stroke patients was significantly associated ($p < 0.05$) with occupational type, stroke severity, cognitive function, and the ability to perform activities of daily living. Patients engaged in occupations emphasizing intellectual or office-based tasks (white-Collar) were 4.5 times more likely to return to work compared with those involved in physically demanding jobs (blue-Collar) ($p = .003$, OR = 4.495, 95% CI = 1.643–12.299). Greater stroke severity was associated with a lower likelihood of returning to work ($p = .024$, OR = 0.650, 95% CI = 0.447–0.945). In addition, patients without cognitive impairment were 3.8 times more likely to return to work than those with cognitive deficits ($p = .010$, OR = 3.785, 95% CI = 1.374–10.433), and patients with a higher ability to perform activities of daily living were twice as likely to do so. Overall, 59.1% of participants successfully returned to work. The average duration for patients to return to work was about 7.63 months (SD = 5.85). These findings emphasize the multifactorial nature of return to work after stroke, influenced by personal, health-related, and environmental factors. Understanding these factors is essential for developing holistic and integrated rehabilitation strategies combining physical, cognitive, and vocational rehabilitation to enhance work reintegration, reduce dependency, and improve long-term quality of life among stroke survivors.

Keywords: Stroke Patients, Return to Work, Activity of Daily Living, Cognition

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease, Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางร่างกาย การรับรู้ และการควบคุมระบบประสาท ซึ่งนำไปสู่ความพิการและการสูญเสียสมรรถภาพในระยะยาว (Tsao et al., 2023) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization [WSO], 2022) ระบุว่า มีประชากรทั่วโลกที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 80 ล้านราย และกว่าร้อยละ 22 ของผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียศักยภาพของบุคคลก่อนวัยอันควร และส่งผลกระทบโดยตรงต่อกำลังแรงงานและระบบเศรษฐกิจของประเทศ (Chen et al., 2023)

การกลับเข้าสู่การทำงาน ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากไม่เพียงสะท้อนถึงการฟื้นคืนสมรรถภาพทางกาย แต่ยังมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับคุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจ ความสำเร็จ ความเป็นอิสระ ความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต และสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วย (Arwert et al., 2017; Mok et al., 2023) ในทางกลับกัน การสูญเสียบทบาทในการทำงานอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความเจ็บปวดไม่สบายตัว ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า รู้สึกเป็นภาระที่ต้องพึ่งพิง อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ เช่น การสูญเสียรายได้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว นำไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Bonner et al., 2016)

การทำความเข้าใจปัญหาการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบด้าน ภายใต้กรอบแนวคิดบัญชีจำแนกสากลเพื่อการทำงานที่ ความพิการ และภาวะสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF]) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2001) ซึ่งเสนอให้การประเมินและฟื้นฟูผู้ป่วยควรพิจารณาอย่างครอบคลุม ทั้งในมิติของสมรรถภาพทางกาย การทำกิจกรรม การมีส่วนร่วม ปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ การศึกษาในต่างประเทศที่ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ICF เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Ashley et al., 2019; Olaoye et al., 2021) พบว่า การกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากหลายมิติ ทั้งด้านกายภาพ เช่น ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านสังคมและประชากรศาสตร์ เช่น อายุ ลักษณะอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ (Tay et al., 2023) ตลอดจนสมรรถภาพด้านการรู้คิด (Ashley et al., 2019)

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทย แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงมุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation) เป็นหลัก อาทิ การฟื้นฟูการเคลื่อนไหว การพูดและการกลืน (Neurology Institute of Thailand, 2007) ซึ่งเป็นแนวทางพื้นฐานตามมาตรฐานสากล (Winstein et al., 2016) โดยสะท้อนให้เห็นจากการจัดบริการในสถานพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูด้านกายภาพและระบบประสาท เช่น การกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การฟื้นฟูการพูด ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ (Kuptniratsaikul et al., 2009) ขณะที่การฟื้นฟูด้านอาชีพ (Vocational Rehabilitation) ซึ่งมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้สามารถกลับไปทำงานหรือปรับบทบาททางสังคม ยังคงได้รับความสำคัญในระดับจำกัดหรืออาจยังไม่มีระบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ทั้งนี้ ช่องว่างดังกล่าวส่งผลให้กระบวนการฟื้นฟูไม่ครอบคลุมทุกมิติของการฟื้นคืนสมรรถภาพ ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานของผู้ป่วยวัยทำงาน ที่ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น แต่อาจยังไม่สามารถกลับไปทำงานจริงได้ในชีวิตประจำวัน (Canhete Pereira & Monteiro, 2020)

จากบริบทดังกล่าว นำไปสู่ข้อสงสัยทางวิชาการว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน สามารถกลับเข้าสู่การทำงานได้มากน้อยเพียงใด และปัจจัยใดเป็นตัวกำหนดหรือมีอิทธิพลต่อการกลับเข้าสู่การทำงานของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้การศึกษาที่ผ่านมาจะพบอัตราการกลับเข้าทำงานได้ในระดับหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยทางคลินิก เช่น ความรุนแรงของโรค และระดับการทากิจวัตรประจำวัน ขณะที่ปัจจัยในมิติด้านการรู้คิดและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญตามกรอบแนวคิด ICF ยังได้รับการศึกษาอย่างจำกัด (Kaeobuadi & Osothsinlp, 2022 ; Saringcarinkul & Thimayom, 2014) ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยยังคงมีความจำเป็นทั้งในเชิงวิชาการและปฏิบัติ เพื่อทำความเข้าใจประสิทธิภาพของกระบวนการฟื้นฟูในปัจจุบัน และขยายมุมมองการวิจัยจากทางคลินิกมาสู่การทำความเข้าใจมิติทางด้านบุคคล ภาวะสุขภาพ และบริบทแวดล้อม โดยการศึกษาในประเด็นดังกล่าวจะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางความรู้ รวมทั้งชี้ให้เห็นโอกาสในการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการ ที่เชื่อมโยงระหว่างการฟื้นฟูทางการแพทย์กับการฟื้นฟูอาชีพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมและการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสัดส่วนการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบหรืออุดตันและชนิดแตก ที่มีระยะเวลาการเกิดโรคตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

การกลับเข้าทำงาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพร้อมที่จะกลับไปสู่การปฏิบัติงานอีกครั้ง โดยอาจเป็นการกลับไปทำงานเดิม หรือการกลับไปทำงานใหม่ ซึ่งจะเป็นงานที่ทำในลักษณะเต็มเวลาหรืองานที่ทำเป็นบางเวลาก็ได้

สัดส่วนการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง จำนวนหรือร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลับเข้าทำงาน เทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่ทำการศึกษาในช่วงเวลาเดียวกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการปรับตัว โอกาสทางเศรษฐกิจ และลักษณะงานที่แตกต่างกัน ได้แก่ อายุ รายได้ และลักษณะอาชีพ 2) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ หมายถึง ตัวแปรที่สะท้อนถึงผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อสมรรถภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) ปัจจัยด้านบริบทแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่อาจส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน

ลักษณะอาชีพ หมายถึง ประเภทของงานโดยจำแนกตามลักษณะของการทำงาน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคนทำงานคอปขาว (White Collar Employee) หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติงานที่เน้นการใช้ความคิดตรรกะตรอง ใช้แรงงานทางสมองมากกว่าแรงงานทางกาย เช่น พนักงานบัญชี เจ้าหน้าที่สำนักงาน นักวิชาการ

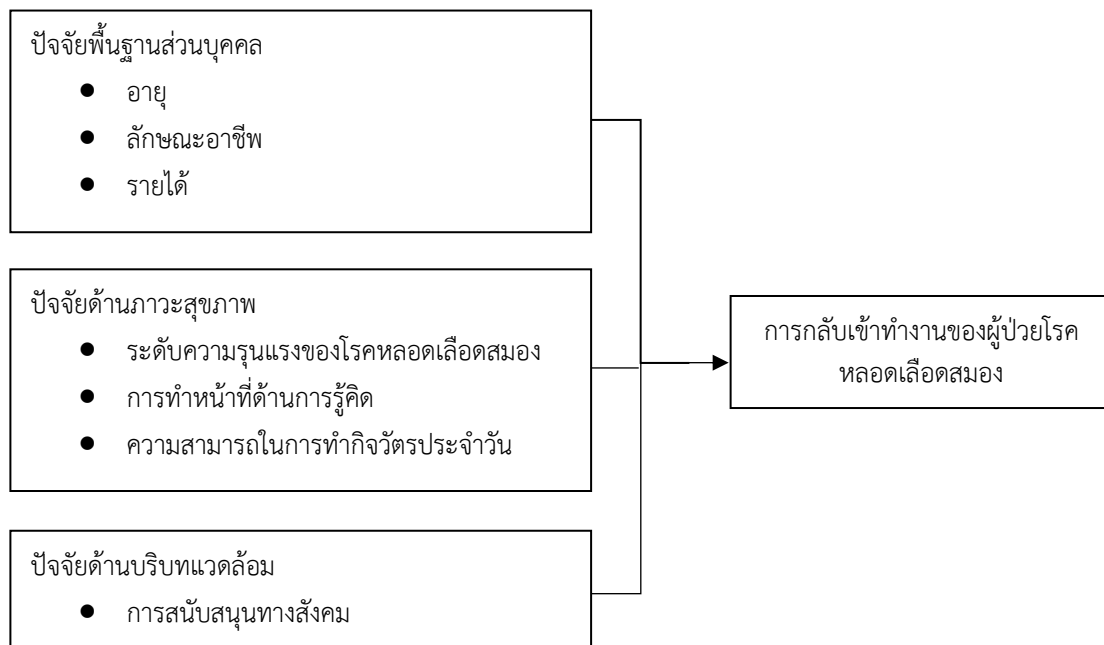
และกลุ่มคนทำงานคอปกน้ำเงิน (Blue Collar Employees) หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติงานในสายโรงงาน เน้นทักษะและความเชี่ยวชาญที่ต้องอาศัยแรงกาย เช่น คนงานก่อสร้าง พนักงานขับรถ พนักงานโรงงาน

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิด ความจำ การรับรู้ ความเข้าใจ สมาธิ จินตนาการ การใช้เหตุผล การวิเคราะห์วางแผน การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของบุคคล ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตัว และการเดินขึ้นลงบันได

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการได้รับความรัก การดูแล ความไว้วางใจ การให้คุณค่า หรือความช่วยเหลือด้านทรัพยากร แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลคำแนะนำ ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของบริการ โดยแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปริมาณ แบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Study)

1. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับบริการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 – มีนาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 132 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จากแพทย์ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการเกิดโรคตั้งแต่ 3 เดือน ไม่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร มีการประกอบอาชีพอยู่ก่อนเกิดการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับ การเก็บข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

2.2 Modified Rankin Scale (mRS) (Sasiwongsakul, 2010) ระดับความรุนแรงของโรค หรือความพิการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน สะท้อนระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่ มีความพิการจนถึงภาวะรุนแรงสูงสุด

2.3 ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL index - Thai version) (Prasat Neurological Institute, 2007) ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 10 หัวข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตัว และการเดินขึ้นลงบันได

2.4 Montreal Cognitive Assessment (MOCA – Thai version) (Hemrungsorn, 2011) ใช้สำหรับประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด 11 ด้าน ได้แก่ ด้านความจำ สมาธิ ความตั้งใจ การบริหารจัดการ ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ มิติสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ และการรับรู้สภาวะรอบตัว

2.5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Bualeang (2010) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความต้องการแหล่งของการสนับสนุน จากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ และส่วนที่ 2 ลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลคำแนะนำ ด้านอารมณ์ และ ด้านสิ่งของบริการ มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม มีค่า

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจง และลงชื่อใบยินยอม การเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และทดสอบรายบุคคลโดยผู้วิจัยเอง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบและวิเคราะห์ผลด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแสดงผลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วย สถิติ Chi-square หรือ Fisher's Exact Test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระด้วยสถิติถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p \leq 0.05$ รายงานผลด้วย Adjusted Odds Ratio (OR) และ 95% Confidence Interval (CI)

การรับรองทางจริยธรรม

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ MURA2024/535/ปี2567 และจากสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 67020/ปี 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (68.9%) อายุเฉลี่ย 50.70 ปี (S.D. = 85) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (50.8) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (37.9%) แหล่งรายได้หลักมาจากเงินเดือน (45.5) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทหรือลูกจ้าง (34.1%) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มอาชีพประเภท White Collar (68.2%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันหรือตีบ (61.4%) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 18.64 เดือน (S.D. = 25.76) และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ย 14.39 เดือน (S.D. = 9.74) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ลักษณะประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=132)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	91	68.9
หญิง	41	31.1
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 50.70 ปี, SD = 0.85, Min 29, Max 68)		
20 - 34 ปี	5	3.8
35 - 49 ปี	49	37.1
50 - 59 ปี	53	40.2
60 ปี ขึ้นไป	25	18.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.5
ประถมศึกษา	7	5.3
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	41	31.1
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	67	50.8
สูงกว่าปริญญาตรี	15	11.4
รายได้		
น้อยกว่า 10,000 บาท	50	37
10,001 - 20,000 บาท	18	15.2
20,001 - 30,000 บาท	20	15.6
30,001 - 40,000 บาท	12	9.1
40,001 - 50,000 บาท	9	6.8
มากกว่า 50,000	23	17.4
แหล่งที่มาของรายได้		
บุตร/คู่สมรส/ญาติ	53	40.2
เบี้ยยังชีพ	12	9.1
เงินเดือน	60	45.5
เงินออม	7	5.3
อาชีพ		
เกษตรกร	4	3.0
รับจ้างทั่วไป	18	13.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	38	28.8
พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	45	34.1
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	27	20.5
ลักษณะอาชีพ		
Blue Collar	42	31.8
White Collar	90	68.2
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง		
หลอดเลือดสมองแตก	51	38.6
หลอดเลือดสมองอุดตัน/ตีบ	81	61.4
ระยะเวลาการเกิดโรค (เดือน) $\bar{X}$ = 18.64, SD = 25.76		
ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ (เดือน) $\bar{X}$ = 14.39, SD = 19.74		

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น พบว่า ลักษณะอาชีพ ($p=.000$) รายได้ ($p=.001$) ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($p=.000$) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ($p=.000$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($p=.000$) มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.05$) ขณะที่ปัจจัยทางด้านอายุ ($p=.084$) และการสนับสนุนทางสังคม ($p=.110$) ไม่พบความสัมพันธ์กับการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย (ตารางที่ 2)

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาวิเคราะห์แบบพหุคูณ (Multiple Analysis) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน พบว่า มีเพียง 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ลักษณะอาชีพ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพลักษณะ White Collar มีโอกาสกลับเข้าทำงานมากกว่าอาชีพประเภท Blue Collar 4.5 เท่า ($P=.003$, $OR=4.495$, $95\% CI=1.643-12.299$) และเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นโอกาสในการกลับเข้าทำงานจะลดลง ($P=.024$, $OR=0.650$, $95\% CI=.447-.945$) อีกทั้ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีความบกพร่องทางด้านการทำหน้าที่ด้านรู้คิด มีแนวโน้มกลับเข้าทำงานได้มากกว่าผู้ที่มีความบกพร่อง 3.8 เท่า ($P=.010$, $OR=3.785$, $95\% CI=.1.374-10.433$) และหากผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีก็มีโอกาสในการกลับเข้าทำงานได้มากกว่า 2 เท่า ($p = .003$, $OR = 2.182$, $95\% CI = 1.300-3.662$) ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นของแต่ละตัวแปรกับการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบ Univariate Analysis

ปัจจัย	จำนวน คน	กลับเข้า ทำงานได้ (ร้อยละ) n=79	กลับเข้า ทำงานไม่ได้ (ร้อยละ) n=53	p-value
อายุ				
20 - 34 ปี	5	3 (40)	2 (60)	
35 - 49 ปี	49	27 (55.1)	22 (44.9)	
50 - 59 ปี	53	35 (66.0)	18 (34.0)	
60 ปี ขึ้นไป	25	14 (56.0)	11 (44.0)	.084
ลักษณะอาชีพ				
Blue Collar	38	11 (28.9)	27 (71.1)	
White Collar	94	68 (72.3)	26 (27.7)	.000*
รายได้				
น้อยกว่า 10,000 บาท	50	23 (46.0)	27 (54.0)	
10,001 - 20,000 บาท	18	8 (44.4)	10 (55.6)	
20,001 - 30,000 บาท	20	17 (85.0)	3 (15.0)	
30,001 - 40,000 บาท	12	8 (66.7)	4 (33.3)	
40,001 - 50,000 บาท	9	7 (77.8)	2 (22.2)	
มากกว่า 50,000	23	16 (69.6)	7 (30.4)	.001*
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง				
ระดับ 0 ไม่มีความผิดปกติเลย	7	5 (71.4)	2 (28.6)	
ระดับ 1 ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง	52	37 (71.2)	15 (28.8)	
ระดับ 2 มีความผิดปกติเล็กน้อย	12	11 (91.7)	1 (8.3)	
ระดับ 3 มีความผิดปกติปานกลาง	29	23 (79.3)	6 (20.7)	
ระดับ 4 มีความผิดปกติมาก	28	3 (10.7)	25 (89.3)	
ระดับ 5 มีความผิดปกติรุนแรง	4	0	4 (100.0)	.000*
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด				
บกพร่อง	40	13 (32.5)	27 (67.5)	
ไม่บกพร่อง	92	66 (71.7)	26 (28.3)	.000*
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน				
ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลย	1	0	1(100.0)	
ทำกิจกรรมได้เล็กน้อย	8	0	1(100.0)	
ทำกิจกรรมได้ปานกลาง	27	8 (29.6)	19 (70.4)	
ทำกิจกรรมได้มาก	32	23 (71.9)	9 (28.1)	
ทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมด	64	48 (75.0)	16 (25.0)	.000*
การสนับสนุนทางสังคม				
ระดับปานกลาง	32	17 (53.1)	15 (46.9)	
ระดับสูง	100	62 (62.0)	38 (38.0)	.110

*p < 0.05

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดยการวิเคราะห์แบบ Multivariate Analysis

ปัจจัย	B	SE	p-value	OR
อายุ	-.142	.291	.627	.868
ลักษณะอาชีพ	1.503	.514	.003*	4.495
รายได้	.052	.128	.685	1.053
ระดับความรุนแรงของโรค	-.430	.191	.024*	.650
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	1.331	.517	.010*	3.785
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	.780	.264	.003*	2.182
การสนับสนุนทางสังคม	.683	.543	.209	1.979

OR: odd ratio, CI; confidence interval, p < 0.05

สัดส่วนการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถกลับเข้าทำงานได้ (59.1%) โดยส่วนใหญ่เป็นการทำงานตำแหน่งหรือลักษณะเดิมในสถานที่ทำงานเดิม (50.6%) ขณะที่จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวันลดลง (60.8%) และความถี่ในการทำงานต่อสัปดาห์คงเดิม (53.2%) ทั้งนี้ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับเข้าทำงานได้หลังเกิดการเจ็บป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 7.63 เดือน (S.D. 85) โดยระยะเวลาที่น้อยที่สุดคือ 2 เดือน และมากที่สุดคือ 24 เดือน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัดส่วนและลักษณะการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การกลับเข้าทำงาน		
สามารถกลับเข้าทำงานได้	79	59.8
ไม่สามารถกลับเข้าทำงานได้	53	40.2
การเปลี่ยนแปลงตำแหน่ง/ลักษณะงาน		
ทำงานตำแหน่ง/ลักษณะเดิม ในสถานที่ทำงานเดิม	40	50.6
ทำงานตำแหน่ง/ลักษณะเดิม ในสถานที่ทำงานใหม่	3	3.8
ทำงานตำแหน่ง/ลักษณะใหม่ ในสถานที่ทำงานเดิม	24	30.4
ทำงานตำแหน่ง/ลักษณะใหม่ ในสถานที่ทำงานใหม่	12	15.2
จำนวนชั่วโมงในการทำงาน/วัน		
ลดลง	48	60.8
เท่าเดิม	31	39.2
จำนวนวันในการทำงาน/สัปดาห์		
ลดลง	37	46.8
เท่าเดิม	42	53.2
ระยะเวลาในการกลับเข้าทำงาน		
$\bar{X}$ = 7.63 เดือน S.D. = 5.85 Min 2, Max 24 เดือน		

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพในกลุ่ม White Collar มีแนวโน้มกลับเข้าทำงานได้มากกว่ากลุ่มอาชีพ Blue Collar สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่รายงานว่าผู้ป่วยที่ทำงานด้านสำนักงานหรืองานที่ต้องใช้แรงกายน้อย มักสามารถกลับเข้าสู่การทำงานได้เร็วกว่า (Kaeobuadi & Osothsinlp, 2022) เนื่องจากลักษณะงาน สามารถปรับรูปแบบหรือขอบเขตการทำงานได้ง่าย และข้อจำกัดทางกายภาพมีผลกระทบต่อการทำงานน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับงานในกลุ่ม Blue Collar ที่มักจะเป็นงานที่ใช้แรงกายค่อนข้างมาก และอาจไม่ได้อยู่เฉพาะในสำนักงาน ทำให้การปรับรูปแบบการทำงานค่อนข้างทำได้ยาก ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกายภาพหลงเหลืออยู่ (Olaoye et al., 2021)

ในด้านความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงของโรคสูงมีโอกาสมากกลับเข้าทำงานลดลง สอดคล้องกับหลักฐานการวิจัยในหลายประเทศ (Ashley et al., 2019; Teasell et al., 2020) ที่ชี้ว่า ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสะท้อนถึงความสามารถทางร่างกายและการฟื้นตัวของผู้ป่วย ส่งผลต่อโอกาสมากกลับเข้าทำงานได้เร็ว ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการประเมินและติดตามความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพ เนื่องจากจะช่วยให้ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพประเมินความเสียหายทางสมองและข้อจำกัดทางกายภาพของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ ทำให้สามารถกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูที่สอดคล้องกับสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการทำงาน รวมถึงวางแผนการกลับเข้าทำงานได้ สอดคล้องกับศักยภาพของผู้ป่วย เช่น การกลับไปประกอบอาชีพเดิม การปรับเปลี่ยนลักษณะงาน หรือการฝึกอาชีพใหม่

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดมีโอกาสมากกลับเข้าทำงานมากกว่าผู้ที่มีความบกพร่อง ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวคิดของ Fridet et al. (2015) ที่ระบุว่าความสามารถทางสติปัญญาเป็นอุปสรรคสำคัญในการกลับเข้าทำงาน ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านความคิด ความจำ สมาธิ หรือการวางแผน อาจไม่สามารถทำหน้าที่ที่ซับซ้อนในที่ทำงานได้ และอาจไม่สามารถเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ เพื่อปรับตัวให้เข้ากับลักษณะงานที่เปลี่ยนไป ผลการศึกษานี้จึงตอกย้ำถึงความสำคัญของปัจจัยทางสมองที่ไม่ใช่แค่ปัจจัยทางกายภาพเพียงอย่างเดียวในการกลับเข้าสู่บทบาทการทำงานของผู้ป่วย ซึ่งถึงแม้ว่าร่างกายผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้ดี แต่หากมีความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดก็อาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในงานที่ต้องใช้การคิดวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องและซับซ้อน ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินและการฟื้นฟูความสามารถด้านการรู้คิดควบคู่ไปกับการฟื้นฟูร่างกาย โดยมุ่งเน้นเพื่อแก้ไขความบกพร่องสำคัญ เช่น การบริหารจัดการ สมาธิ ความจำ และเชื่อมโยงกับความต้องการเฉพาะด้านในแต่ละงานอย่างเป็นระบบ

ในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมีโอกาสมากกลับเข้าสู่การทำงานมากกว่า 2 เท่า สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Wipahut et al. (2023) ที่ระบุว่า การทำกิจวัตรประจำวันมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์การกลับไปทำงาน เนื่องจากเป็นความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นของบุคคล ทั้งนี้ หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันได้ ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนขึ้น เช่น การทำงานและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนั้น การฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจึงเป็นเป้าหมายเบื้องต้นที่จำเป็นต้องบรรลุก่อนที่จะตั้งเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานต่อไป

สำหรับอายุ รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่พบความสัมพันธ์กับการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้ว่าอายุจะถูกคาดหวังว่าเกี่ยวข้องกับการทำงานและศักยภาพ

ในการกลับไปทำงาน แต่ผลการศึกษานี้ก็กลับไม่พบความแตกต่างของการกลับเข้าทำงานระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มอายุที่ต่างกัน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Kaebuadi and Osothsinlp (2022) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Tay et al. (2023) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยอายุน้อยมีแนวโน้มกลับไปทำงานได้มากกว่า เนื่องจากสัมพันธ์กับความสามารถในการฟื้นตัวที่เร็ว และความยืดหยุ่นในการปรับตัวในการทำงานที่มากกว่า ทั้งนี้ ความขัดแย้งดังกล่าวอาจสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง บริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม หรือระบบบริการสุขภาพ เช่นเดียวกับ ปัจจัยด้านรายได้และการสนับสนุนทางสังคม ที่ถึงแม้ไม่พบความสัมพันธ์ในผลลัพธ์ครั้งนี้ แต่ปัจจัยดังกล่าวอาจมีบทบาทเป็นปัจจัยร่วมหรือมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการกลับไปทำงานของผู้ป่วย โดยรายได้ เป็นตัวสะท้อนฐานะทางเศรษฐกิจซึ่งอาจสัมพันธ์กับโอกาสการเข้าถึงบริการฟื้นฟู การตัดสินใจกลับเข้าทำงาน แรงจูงใจในการทำงาน หรือการปรับสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสมกับศักยภาพ (Glader et al., 2017) ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวช่วยทางอ้อมที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความบกพร่องหรืออุปสรรคทางกายภาพและจิตใจได้ดีขึ้น เช่น ความเชื่อมั่น กำลังใจ และความพยายามในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อกลับเข้าสู่การทำงาน ดังนั้นจึงควรพิจารณาอย่างรอบด้านในการวางแผนฟื้นฟูและสนับสนุนการกลับเข้าทำงานในอนาคต

ในส่วนของสัดส่วนการกลับเข้าทำงาน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถกลับเข้าทำงานได้ ผลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Ashley et al. (2019) ที่รายงานว่า สัดส่วนการกลับไปทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ ร้อยละ 28-88 ขึ้นอยู่กับลักษณะของประชากร กลุ่มอาชีพ ระบบฟื้นฟูในแต่ละประเทศ รวมถึงนโยบายด้านการจ้างงาน ทั้งนี้ การกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการกลับเข้าทำงานในตำแหน่งหรือลักษณะงานเดิม ในสถานที่ทำงานเดิม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความคุ้นเคยในลักษณะการทำงานและสภาพแวดล้อม ที่จะช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการปรับตัวและการกลับไปทำงานอีกครั้ง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน สาเหตุอาจมาจากข้อจำกัดทางด้านสุขภาพที่ส่งผลให้ประสิทธิภาพหรือความทนทานในการทำงานลดลง (Leary et al., 2020) และเมื่อพิจารณาระยะเวลาในการกลับเข้าทำงานจะเห็นถึงความแปรผันของระยะเวลาในพื้นตัวระหว่างบุคคล ทั้งผู้ป่วยที่สามารถฟื้นตัวและกลับเข้าสู่บทบาทการทำงานได้อย่างเร็ว และกลุ่มที่ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพยาวนาน สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศที่รายงานว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่สามารถกลับมาทำงานได้ภายใน 3-6 เดือน หลังเกิดโรค (Hartke et al., 2011) และบางส่วนกลับมาทำงานได้หลังจากผ่านไป 1-2 ปี (Westerlind et al., 2020) ทั้งนี้ การเข้าใจถึงลักษณะและช่วงเวลาการกลับเข้าทำงานอย่างจะช่วยให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถวางแผนการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับความคาดหวังและศักยภาพของผู้ป่วยระยะยาว และสามารถประสานงานกับนายจ้างและผู้เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพมาก

จากที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่า การกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายมิติ ทั้งลักษณะประชากรศาสตร์ ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพ และบริบทแวดล้อม ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีคุณค่าในเชิงระบบ เนื่องจากไม่เพียงช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมเท่านั้น แต่ยังสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพในบริบทไทยปัจจุบัน โดยเฉพาะในแง่ของการฟื้นคืนสมรรถภาพทางกายที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานและดำรงบทบาททางสังคมได้อีกครั้ง และชี้ให้เห็นโอกาสในการพัฒนาระบบการฟื้นฟูแบบบูรณาการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยวัยทำงานได้อย่างเหมาะสม การบูรณาการดังกล่าวอาจรวมถึง การประเมินความพร้อมในการกลับเข้าทำงานตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการฟื้นฟู การประเมินและฟื้นฟูสมรรถนะการรู้คิดควบคู่กับการฟื้นฟูทางกาย การจัดโปรแกรมฝึกทักษะการทำงานจำลองที่สอดคล้องกับ

ลักษณะอาชีพ ตลอดจนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล หน่วยงานแรงงาน และสถานประกอบการ เพื่อสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมการทำงานและบทบาทของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับศักยภาพที่เหลืออยู่ แนวทางการพัฒนาดังกล่าวไม่เพียงช่วยเพิ่มโอกาสการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย แต่ยังส่งเสริมสมรรถภาพของผู้ป่วยให้สามารถกลับเข้าสู่บทบาททางสังคมได้อย่างมั่นคง อันจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต ลดภาวะพึ่งพิง ลดภาระทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคม รวมถึงสนับสนุนความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลดำเนินการเฉพาะที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ซึ่งเป็นหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะทางระดับตติยภูมิ ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงอาจไม่สามารถสรุปหรือขยายผลไปยังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทอื่นได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมที่มีระยะเวลาเกิดโรคที่ 3 เดือนขึ้นไป อาจยังไม่สะท้อนศักยภาพในการกลับเข้าทำงานอย่างแท้จริง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจยังอยู่ในช่วงของการฟื้นตัวระยะต้น ดังนั้น ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเกิดโรคนานขึ้น เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างแม่นยำและสะท้อนประสิทธิภาพของระบบฟื้นฟูในระยะยาวมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Arwert, H. J., Schults, M., Meesters, J. J. L., Wolterbeek, R., Boiten, J., & Vliet Vlieland, T. (2017). Return to work 2-5 years after stroke: A cross sectional study in a hospital-based population. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(2), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9651-4>
- Ashley, K. D., Lee, L. T., & Heaton, K. (2019). Return to work among stroke survivors. *Workplace Health & Safety*, 67(2), 87–94. <https://doi.org/10.1177/2165079918812483>
- Bonner, B., Pillai, R., Sarma, P. S., Lipska, K. J., Pandian, J., & Sylaja, P. N. (2016). Factors predictive of return to work after stroke in patients with mild-moderate disability in India. *Eur J Neurol*, 23(3), 548–553. <https://doi.org/10.1111/ene.12887>
- Bualeang, A. (2010). *Factors related to quality of life among older adults recovering from a stroke* [Master's thesis, Mahidol University]. ThaiLIS.
- Canhete Pereira, R. M., & Monteiro, I. (2020). Vocational rehabilitation and return to work: integrative review. *Revista brasileira de medicina do trabalho : publicacao oficial da Associacao Nacional de Medicina do Trabalho-ANAMT*, 17(3), 441–455. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190350>
- Chen, S., Wang, T., Wang, Q., Liu, Q., Li, W., & Wei, X. (2023). Global, regional, and national economic consequences of stroke. *Stroke*, 54(9), 2320–2327. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.123.043131>
- Fride, Y., Adamit, T., Maeir, A., Ben Assayag, E., Bornstein, N. M., Korczyn, A. D., & Katz, N. (2015). What are the correlates of cognition and participation to return to work after first ever mild stroke? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 22(5), 317–325. <https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000013>

- Glader, E. L., Jonsson, B., Norrving, B., & Eriksson, M. (2017). Socioeconomic factors' effect on return to work after first stroke. *Acta Neurologica Scandinavica*, 135(6), 608–613.
- Hartke, R. J., Trierweiler, R., & Bode, R. (2011). Critical factors related to return to work after stroke: A qualitative study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), 341–351.
- Hemrungroj, S. (2011). *Montreal cognitive assessment (MoCA) Thai version 2007*.
http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCATest-Thai.pdf
- Kaeobuadi, W., & Osothsinlp, S. (2022). Return to Work and Associated Factors of Patients Diagnosed with Stroke in Nopparat Rajathanee Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 12(1), 116–131.
- Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Massakulpan, P., Permsirivanich, W., & Kuptniratsaikul, P. S. (2009). Inpatient rehabilitation services for patients after stroke in Thailand: a multi-centre study. *Journal of rehabilitation medicine*, 41(8), 684–686.
<https://doi.org/10.2340/16501977-0399>
- Leary, S., Hurford, J., & Shanahan, N. (2020). An expert opinion: Vocational rehabilitation after stroke. *Advances in Clinical Neuroscience and Rehabilitation*.
<https://doi.org/10.47795/OEAP6518>
- Mok, K. T., Loei, H. C., Chan, Y. F., Chia, K. J., Ee, G. K., & Lim, W. J. (2023). Addressing mood and fatigue in return-to-work programmes after stroke: a systematic review. *Frontiers in Neurology*, 14, 1145705.
- Neurology Institute of Thailand. (2007). *Guidelines for stroke rehabilitation*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- Olaoye, O. A., Soeker, S. M., & Anthea, R. (2021). Predictors of return to work among stroke survivors in south-west Nigeria. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 34(1), 13–22.
- Prasat Neurological Institute. (2007). *Guideline for the rehabilitation of stroke patients*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- Saringcarinkul, T., & Thimayom, P. (2014). Return to work of stroke patients after receiving treatment at the Prasat Neurological Institute. *Journal of Health Systems Research*, 8(2), 156–166.
- Sasiwongsakul, N. (2010). *Quality of life of stroke patients who received thrombolytic drugs 2551-2* [Unpublished research report]. Faculty of Medicine, Chiang Mai University.
- Tay, S. S., Visperas, C. A., Tan, M. M., Chew, T. L., & Koh, X. H. (2023). Factors predicting return to work after inpatient stroke rehabilitation: A retrospective follow-up study. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 5(1), 100253
- Teasell, R., Hussein, N., Iruthayarajah, J., Saikaley, M., Longval, M., & Viana, R. (2020). *Stroke rehabilitation clinician handbook*. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation.

- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Alonso, A., Beaton, A. Z., Bittencourt, M. S., ... & Martin, S. S. (2023). Heart disease and stroke statistics—2023 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 147(8), e93–e621.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
- Westerlind, E., Persson, H. C., Eriksson, M., Norrving, B., & Sunnerhagen, K. S. (2020). Return to work after stroke: A Swedish nationwide registry-based study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 141(1), 56-64.
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98–e169.
- Wipahut, K., Chaiear, N., Boonjaraspinyo, S., Kongbunkiat, K., Tiamkao, S., & Soonthornvinit, W. (2023). Proportion of Non-severe Ischemic Stroke Patients Returning to Work. *Biomedical Sciences and Clinical Medicine*, 62(2), 52-62.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health ICF*. <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- World Stroke Organization. (2022). *Global stroke fact sheet 2022*. World Stroke Organization. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf