



Contents lists available at ThaiJO

วารสารสหวิทยาการสังคมศาสตร์และการสื่อสาร

INTERDISCIPLINARY SOCIAL SCIENCES AND COMMUNICATION JOURNAL

journal homepage : <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/ISSC>

การประเมินประสิทธิผลบทบาทการนวดไทยแบบราชสำนัก

ต่อคุณภาพชีวิตและพลวัตทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน

อำพล เวหะชาต¹ กุลธนิธ วนรัตน์² ปรัชญ์ชนันท์ พูนเนียม³ นิตาภา อินชัย⁴ และ อนุธิดา ทับมี⁵

Ampon Wehachat, Kunthanit Wanarat, Pratchayanan Poonniam, Nitapa Inchai and Anuthida

Thapmee

¹⁻⁴ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

E-mail: khawhomplug@gmail.com *Corresponding author

Article History

Received; 15-04-2026; Revised;
13-06-2026; Accepted; 20-06-2026
<https://doi.org/10.14456/issc.2026.33>

คำสำคัญ:

ประสิทธิผล; การนวดไทยแบบราชสำนัก;
คุณภาพชีวิต; พลวัตทางสังคม; ผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่ง
เฉียบพลัน; ความปลอดภัย

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคน และพิการถาวรประมาณ 5 ล้านคน ปัจจุบัน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปรากฏการบำบัดด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐานเพิ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยด้านความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต **วัตถุประสงค์ของการวิจัย:** 1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนักต่อระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันระยะกึ่งเฉียบพลัน 2. เพื่อประเมินผลของการนวดไทยแบบราชสำนักต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันระยะกึ่งเฉียบพลันที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3. เพื่อประเมินความปลอดภัยของการนวดไทยแบบราชสำนักโดยรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และข้อมูลด้านความปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันระยะกึ่งเฉียบพลัน **ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยเชิงทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันระยะกึ่งเฉียบพลันรับบริการที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มหลายขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัย คำนวณโปรแกรมสำเร็จรูป จำนวน 124 ราย นำคัดเลือกเข้ากลุ่มตามเกณฑ์ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดมาตรฐาน จำนวน 49 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดมาตรฐานร่วมกับการนวดไทยแบบราชสำนัก จำนวน 75 ราย เก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตหกช่วงเวลาเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Independent sample t-test p-value < .05 **ผลการวิจัย:** เปรียบเทียบสองกลุ่ม พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทั้งสามด้าน พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองลดลง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ด้านความปลอดภัยการนวดราชสำนัก พบว่า หลังการทดลองทั้งสองกลุ่มพบอาการไม่พึงประสงค์ไม่รุนแรง อาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 4.80 วิงเวียนศีรษะและอ่อนเพลีย ร้อยละ 2.40 **สรุป:** การนวด



ไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐานมีผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันระยะกึ่งเฉียบพลันไม่แตกต่างกับการบำบัดมาตรฐาน

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS, ROLE OF ROYAL THAI MASSAGE IN ENHANCING QUALITY OF LIFE, AND ITS SAFETY WITH IN SOCIAL DYNAMICS AMONG SUBACUTE STROKE PATIENTS

Keywords:

Effectiveness; Royal Thai Massage; Quality of Life; Social Dynamics; Subacute Stroke Patients; Safety

ABSTRACT

Introduction: Approximately 6 million deaths and 5 million cases of permanent disability worldwide each year. In recent years, Royal Thai Massage (RTM) has been increasingly integrated with standard rehabilitation to enhance functional recovery, activities of daily living (ADL), and quality of life (QoL) among stroke patients. However, evidence regarding its effectiveness and safety in subacute ischemic stroke remains limited. **Objectives:** (1) To evaluate the effectiveness of Court-type Thai Traditional Massage (CTTM) on stroke severity and activities of daily living in subacute ischemic stroke patients. (2) To assess the impact of CTTM on quality of life among subacute ischemic stroke patients treated in Ministry of Public Health hospitals. (3) To determine the safety of CTTM by documenting adverse events and safety-related outcomes in subacute ischemic stroke patients. **Methods:** An experimental study was conducted among subacute ischemic stroke patients receiving care at Ministry of Public Health hospitals in Thailand. A multistage random sampling method was applied to recruit 124 participants who met the inclusion criteria. Participants were allocated into a control group receiving standard rehabilitation alone ($n = 49$) and an experimental group receiving standard rehabilitation combined with RTM ($n = 75$). Baseline characteristics, stroke severity, ADL performance, and QoL were assessed at six time points. Pre-post intervention comparisons were analyzed using independent sample t-test p -value $< .05$ with a significance level of $p < .05$. **Results:** Between-group comparisons showed no significant differences in improvements in stroke severity, ADL performance, or QoL. However, within-group analyses demonstrated significant improvements in all three outcomes in both groups: stroke severity decreased, ADL performance improved, and QoL increased after the intervention period. Regarding safety, minor adverse events were reported in both groups, including muscle soreness (4.80%), dizziness, and fatigue (2.40%), with no serious complications observed. **Conclusion:** RTM combined with standard rehabilitation produced improvements in stroke severity, ADL performance, and QoL comparable to standard rehabilitation alone in subacute ischemic stroke patients. These findings align with existing evidence indicating no superiority of RTM over standard rehabilitation. Nevertheless, RTM appears safe and may have potential as an adjunctive therapy in stroke rehabilitation. Further studies with larger sample sizes and rigorous designs are recommended to clarify its clinical benefits.

1. บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทอย่างฉับพลัน ซึ่งพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคน และพิการถาวรประมาณ 5 ล้านคน ปัจจุบันการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปรากฏวิธีการบำบัดด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐาน เพื่อเพิ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยด้านความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต (World Health Organization, 2010)^[29] โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทอย่างฉับพลัน โดยมีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอุดตัน ส่งผลให้เนื้อสมองตาย (Taimkao, 2021)^[26] จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่นับตั้งแต่ปี 2563 มีผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น (Chinwattanakul, 2020)^[8] โดยพบอัตราการเกิดโรคในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี และเป็นลำดับ 5 ในคนที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี (Neurological Institute of Thailand, 2024)^[18] หากผู้ป่วยได้รับการรักษาช้า เซลล์สมองจะตายมากขึ้นนำไปสู่ความพิการในระยะยาวหรือเสียชีวิตได้

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมไปมาก เน้นการรักษาในระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะการสลายลิ่มเลือดที่อุดตัน เพื่อให้เลือดสามารถกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดได้เร็วที่สุด (Reperfusion therapy) เพื่อลดขนาดสมองที่ขาดเลือดให้มีขนาดเล็กที่สุดซึ่งประกอบด้วย การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการสอดใส่สายสวนเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันออกรวมถึงการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ซึ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของอาการทางระบบประสาททำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิต สำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (National Stroke Association, 2025)^[17]

ในระยะฟื้นฟูผู้ป่วยอาจประสบปัญหา เช่น ความบกพร่องในการสื่อสาร อาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก การสูญเสียการทรงตัว ความผิดปกติในการมองเห็น ปัญหาการเคี้ยวและการกลืนรวมถึงการขับถ่ายผิดปกติ (Sukjit, 2024)^[24] ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะสมองบวม ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก แผลกดทับ และภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษานานขึ้นและมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่าย ดังนั้น การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันทั่วถึง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Chueluecha, 2012)^[9] สำหรับการนวดไทยแบบราชสำนักอาจเป็นหนึ่งในทางเลือกของการวางแผนฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันได้ การนวดไทยแบบราชสำนักจัดเป็นศาสตร์และศิลป์ชนิดหนึ่งที่มีปัจจุบันมีการนำมาบูรณาการร่วมกับการรักษามาตรฐานสำหรับฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Foundation for the Restoration and Promotion of Traditional Thai Medicine, 2005)^[11] กระบวนการรักษาและการบำบัดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การดูลักษณะทั่วไป การจับชีพจร การวัดส้นเท้า การทดสอบกำลัง และการเคลื่อนไหวของขา ได้แก่ การกระดกนิ้วเท้าขึ้น-ลง การกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง การทดสอบแรงถีบปลายเท้าการตั้งเข่าทั้งสองข้าง การทดสอบกำลังข้อสะโพก การทดสอบกำลังและการเคลื่อนไหวของแขน ได้แก่ การคว่ำ-หงายมือ การกำ-เหยียดนิ้วมือ การทดสอบกำลังแรงบีบนิ้วมือ การตั้งคอก การกระดกข้อมือขึ้น-ลง การชูแขนชิดหู และการทดสอบกำลังดึงแขน 3 จังหวะ (Chanachai, 2022)^[5]

ด้านการรักษาด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักผู้ป่วยจะได้รับ 1) การนวดพื้นฐานขา กดจุดสัญญาณข้อเท้า คลายหลังเท้า และเปิดประตูลมเท้า 2) นวดพื้นฐานหลังและจุดสัญญาณหลัง 3) นวดพื้นฐานบ่า 4) นวดพื้นฐานขาด้านนอกและกดจุดสัญญาณขาด้านนอก 5) นวดพื้นฐานขาด้านในและกดจุดสัญญาณขาด้านใน 6) นวดพื้นฐานแขนด้านในและกดจุดสัญญาณแขนด้านใน 7) นวดพื้นฐานแขนด้านนอกและกดจุดสัญญาณแขนด้านนอก 8) นวดพื้นฐานท้องท่าแหวกและท่า ناب และกดจุดสัญญาณท้อง

9) กดจุดสัญญาณหัวใจ 10) แนวเส้นโค้งคอ และ 11) นวดสัญญาณศีรษะด้านหน้าและสัญญาณศีรษะด้านหลัง (Chanachai, 2022)^[5] ผลการทบทวนวรรณกรรม ด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยของการนวดไทยแบบราชสำนักในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน พบว่า การนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการรักษามาตรฐานสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ระยะกึ่งเฉียบพลันให้มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งการนวดไทยที่ถูกวิธีไม่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Lyden, 2017)^[16] ผลการวิจัยนี้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า ผลการวิจัยเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนางานวิจัยส่งเสริมการใช้การนวดไทยแบบราชสำนักเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนักต่อระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันระยะกึ่งเฉียบพลัน
2. เพื่อประเมินผลของการนวดไทยแบบราชสำนักต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันระยะกึ่งเฉียบพลันที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อประเมินความปลอดภัยของการนวดไทยแบบราชสำนักโดยรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และข้อมูลด้านความปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันระยะกึ่งเฉียบพลัน

3. สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดมาตรฐานร่วมกับการนวดไทยแบบราชสำนักจะมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมาตรฐานเพียงอย่างเดียว

4. การทบทวนวรรณกรรม

การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยโครงสร้างบริการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน (Acute) ระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute) และเรื้อรัง (Chronic) แต่ละระยะมีเป้าหมาย มีทีมสหวิชาชีพ และรูปแบบบริการที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่งระยะกึ่งเฉียบพลัน คือ หัวใจสำคัญที่สุดของการฟื้นตัว เพราะเป็นช่วงที่สมองมีศักยภาพสูงสุดในการปรับตัว (neuroplasticity) ดังนั้นการเข้าถึงบริการฟื้นฟูจึงเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยอย่างแท้จริง แต่ละระยะมีการอธิบายไว้ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase รวมระยะเวลา 7 วัน) มีเป้าหมายหลักคือช่วยชีวิต ป้องกันความเสียหายของสมองเพิ่มเติม และเริ่มฟื้นฟูเบื้องต้น มีบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ตามคลินิก Stroke Unit ICU เป็นต้น ประกอบด้วย การรักษาเฉียบพลัน เช่น thrombolysis thrombectomy การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ กลืนลำบาก การเริ่มฟื้นฟูเร็ว (Early Mobilization) ภายใน 24 - 48 ชม. และการประเมินพื้นฐาน: NIHSS, GCS, กลืน, ADL เบื้องต้น เน้นการเริ่มฟื้นฟูเร็วช่วยลดความพิการและเพิ่มโอกาสกลับมาเดินได้ ระยะที่ 2 ระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute Phase) มีระยะเวลา 2 สัปดาห์-3 เดือน หรือเรียกว่า ช่วงเวลาทองของการฟื้นตัว (Golden Window of Recovery) เป็นช่วงที่สมองมี neuroplasticity สูงที่สุด การฟื้นฟูที่เข้มข้นและต่อเนื่องจะให้ผลดีที่สุด เป้าหมายหลักคือ ฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับมาใกล้เคียงก่อนป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว ส่งเสริมการกลับไปทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และเตรียมความพร้อมสำหรับการกลับบ้านและการดูแลระยะยาว ในรูปแบบกายภาพบำบัด (PT) การเดิน ทรงตัว กล้ามเนื้อ กิจกรรมบำบัด (OT) การทำกิจวัตรประจำวัน การใช้แขน-มือ การฟื้นฟูการพูด/การกลืน (SLT) การนำเอาศาสตร์แพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือกมาใช้ เช่น

ชาวไทย ประคบสมุนไพร (ในบางกรณีช่วยลดเกร็งและปวด) การประเมินข้ออย่างเป็นระบบ โดย Barthel Index FIM EQ-5D-5L การบริการฟื้นฟูในชุมชน (CBR) หรือ การใช้ Home program และการฝึกผู้ดูแล ซึ่งการเข้าถึงบริการในระยะนี้จึงสำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นช่วงที่สมองตอบสนองต่อการฝึกได้ดีที่สุด การฟื้นฟูที่ไม่เพียงพอในช่วงนี้มีค่าเท่ากับความพิการถาวรสูงขึ้น ซึ่งมีงานวิจัยยืนยันว่าการฟื้นฟูเข้มข้นใน 3 เดือนแรกเพิ่มโอกาสกลับมาเดิน ทำงาน และใช้ชีวิตได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และลดภาระผู้ดูแลและค่าใช้จ่ายระยะยาวของระบบสุขภาพ และระยะที่ 3 ระยะเรื้อรัง (Chronic Phase) มีประมาณ 3 เดือนขึ้นไป เป้าหมายหลัก ได้แก่ คงสภาพ ลดการเสื่อมถอย และเพิ่มคุณภาพชีวิต เป็นต้น โดยมีรูปแบบบริการมีลักษณะ การฟื้นฟูต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก การใช้เทคโนโลยี เช่น robotic rehab, virtual reality การฟื้นฟูในชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น เกร็ง ปวดไหล่ ชี้นิ้ว เป็นต้น ซึ่งมีความสำคัญของการเข้าถึงบริการฟื้นฟูในทุกระยะการเข้าถึงบริการหมายถึงความสามารถของผู้ป่วยในการได้รับบริการที่จำเป็นอย่างครบถ้วน ทันเวลา ต่อเนื่อง และเหมาะสมกับความต้องการโดยผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดความพิการถาวร ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ลดภาระผู้ดูแล และลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว (Wasti et al., 2021^[28]; Garcia-et al., 2019^[12]; World Health Organization, 2013)^[29]

ระบบบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง โครงสร้าง กระบวนการ และความสัมพันธ์เชิงสังคมที่ประกอบกันเป็นกลไกในการจัดการบริการสุขภาพให้ประชาชน โดยครอบคลุมทั้งองค์กร บุคลากร ทรัพยากร กระบวนการจัดการ การบริหารจัดการ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ-ผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะยาวอย่างมีคุณภาพ เท่าเทียม และปลอดภัย ในมุมมองเชิงสังคมศาสตร์ ระบบบริการสุขภาพยังหมายถึง พลวัตทางสังคม ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการ อำนาจ ความคาดหวัง บทบาท และความหมายทางสังคม ที่กำกับการเข้าถึงบริการ บริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อ ที่มีผลต่อการยอมรับและการใช้บริการ ซึ่งความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพและความไว้วางใจ ในระบบสุขภาพในบริบทโรคหลอดเลือดสมอง ระบบบริการสุขภาพครอบคลุมตั้งแต่การดูแลระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และการเข้าถึงบริการฟื้นฟู เช่น กายภาพบำบัด เวชกรรมฟื้นฟู และการแพทย์แผนไทย (Carod, 2009)^[4] สำหรับระบบบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ประกอบด้วย 1) บริการในโรงพยาบาล (Inpatient Rehabilitation) มีบริการในโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)/ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การฟื้นฟูการพูด/การกลืน การประเมินซ้ำเป็นระยะ (BI, FIM, EQ-5D-5L) และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน 2) บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Rehabilitation) มีบริการโปรแกรมฟื้นฟูต่อเนื่อง การติดตามอาการและปรับแผนฟื้นฟู และการจัดการภาวะแทรกซ้อน เช่น เกร็ง ปวดไหล่ 3) บริการปฐมภูมิและชุมชน (Primary Care & CBR) มีการจัดการบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/โรงพยาบาลชุมชน(รพ.ชุมชน) บริการการเยี่ยมบ้าน การฝึกอบรมเพื่อขยายผู้ดูแล (Care Giver) ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) และการฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพในชุมชน 4) บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย การนวดไทย การนวดราชสำนัก และการประคบสมุนไพร มีส่วนช่วยลดเกร็ง เพิ่มการเคลื่อนไหวในบางราย 5) การฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านระบบสื่อสารทางไกล (Tele-rehabilitation) ได้แก่ การติดตามผ่านวิดีโอ การดำเนินโปรแกรมฝึกที่บ้านเพื่อลดอุปสรรคด้านระยะทาง (Wasti et al., 2021^[28]; Garcia et al., 2019^[12]; World Health Organization, 2013^[29]; Langhorne et al., 2011)^[15] สามารถสรุปได้ว่า ระบบบริการสุขภาพคือ กลไกเชิงโครงสร้างและสังคมที่ประกอบด้วยองค์กร บุคลากร ทรัพยากร และกระบวนการจัดการบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันได้รับ และจากผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษา: ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ขาที่อ่อนแรง คะแนน BI, FMA-motor, และ NIHSS-T ก่อนการรักษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษา 3 เดือน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ต่างมีคะแนน BI, FMA-motor เพิ่มขึ้น และมีคะแนน NIHSS-T ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนของแบบประเมินทั้ง 3 เดือน ก่อนและหลัง

การรักษา พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในทุกแบบประเมิน (Sutthikittipatrisawat, 2024)^[25]

นโยบายแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน นโยบายด้านการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในระยะกึ่งเฉียบพลัน (2 สัปดาห์-3 เดือน) ซึ่งเป็นช่วงที่สมองมีศักยภาพในการฟื้นตัวสูงที่สุด การบูรณาการบริการแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย การนวดราชสำนัก การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร ช่วยเสริมการฟื้นฟูของการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างมีนัยสำคัญ มีความสำคัญ ดังนี้

1) การรักษาช่วยลดความพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิต งานวิจัยไทยพบว่า การนวดไทย การกดจุดแบบราชสำนัก และการใช้สมุนไพรสามารถลดอาการเกร็ง เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว ลดอาการชา อ่อนแรง ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน และเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูในระยะกึ่งเฉียบพลันที่ต้องการการกระตุ้นระบบประสาทและกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง

2) การบริการที่เข้าถึงง่ายในระบบปฐมภูมิและชุมชน นโยบายแพทย์แผนไทยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาลชุมชน คลินิกแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้านที่ผ่านการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งส่งผลดี ลดภาระค่าเดินทางและเพิ่มความต่อเนื่องของการฟื้นฟู ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในช่วงเวลาหลังพ้นภาวะอันตรายเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังคงอยู่ในช่วงที่สมองมีศักยภาพในการฟื้นตัวสูงที่สุด (subacute phase)

3) การสนับสนุนการฟื้นฟูแบบบูรณาการ (Integrative Rehabilitation) มีลักษณะการแพทย์แผนไทยถูกบูรณาการร่วมกับกายภาพบำบัด ได้แก่ การนวดไทยกับกายภาพบำบัด การประคบสมุนไพรกับการยืดเหยียด การอบสมุนไพรกับการฝึกเดิน ทำให้เห็นว่าการผสมผสานให้ผลลัพธ์ที่ปลอดภัย เพิ่มความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นตัวในระยะกึ่งเฉียบพลัน

4) ช่วยลดโอกาสเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อน โดยแนวทางแพทย์แผนไทยเน้น การปรับสมดุลธาตุ การส่งเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรม เช่น อาหาร ออกกำลังกายแบบถูกวิธี การทำสมาธิบำบัด การบริหารกายจิต เป็นต้น ซึ่งช่วยลดปัจจัยเสี่ยง เช่น ความเครียด ความดันสูง และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้ลดโอกาสเกิดโรคซ้ำได้ (Kamalashiran et al., 2024)^[14]

5) ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายระดับชาติด้านการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกระดับมีบริการแพทย์แผนไทยมีการพัฒนามาตรฐานบริการ การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ เช่น ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สังกัดกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นต้น (Tikham, 2024^[27]; Kamalashiran et al., 2024^[14]; Langhorne et al., 2011)^[15]

คุณภาพชีวิตเชิงสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน หมายถึง มิติของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีบทบาทในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันมักเผชิญข้อจำกัดจากอัมพาต การพูดลำบาก ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้การออกไปพบปะผู้คน การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และการกลับไปทำบทบาทเดิมลดลง คุณภาพชีวิตเชิงสังคมจึงไม่ได้ขึ้นกับสมรรถภาพทางกายเพียงอย่างเดียวแต่สัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ (Erler et al., 201)^[10] ซึ่งคุณภาพชีวิตเชิงสังคม (Social Quality of Life) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการกลับมามีบทบาททางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และกิจกรรมที่เคยทำก่อนป่วย ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์-3 เดือนหลังเกิดโรคผู้ป่วยมักเผชิญข้อจำกัดหลายด้าน เช่น การเคลื่อนไหวไม่คล่อง การสื่อสารบกพร่อง ความมั่นใจลดลง ความวิตกกังวล

หรือซึมเศร้า และการพึ่งพาผู้อื่นสูง เหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการกลับเข้าสู่สังคม โดยมีตัวบ่งชี้ คือ 1) เป็นตัวชี้วัดการฟื้นตัวที่สำคัญ ไม่ใช่แค่ด้านร่างกาย สอดคล้องกับงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตเชิงสังคมดีขึ้น ได้แก่ ฟื้นตัวเร็วกว่า มีแรงจูงใจในการทำกายภาพมากขึ้น ลดภาวะซึมเศร้าและความโดดเดี่ยวทางสังคม (Bártlová et al., 2022)^[2] 2) ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี เช่น ครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน ผู้ป่วยมีแนวโน้มทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดีขึ้นลดการพึ่งพาผู้อื่น เพิ่มความมั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตจริง 3) เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (HRQoL) โดย คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 1-3 เดือนแรกหลังกลับบ้าน แต่จะชะลอตัวหลัง 3 เดือน หากไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ (Butsing et al., 2025)^[3] ดังนั้น ระยะกึ่งเฉียบพลันคือช่วงเวลาที่ต้องให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูด้านสังคมควบคู่กับด้านร่างกาย 4) ลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและความโดดเดี่ยว ผู้ป่วย stroke มักมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นตัว การสนับสนุนทางสังคมที่ดีช่วยลดความเสี่ยงนี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ และ 5) ส่งผลต่อผลลัพธ์ระยะยาวคุณภาพชีวิตเชิงสังคมที่ดีในช่วงเวลาหลังพ้นภาวะอันตรายเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมองแต่ยังอยู่ในช่วงที่สมองมีศักยภาพในการฟื้นตัวสูงที่สุด (subacute phase) สามารถทำนายผลลัพธ์ด้านร่างกาย จิตใจ และการกลับไปทำงานในระยะยาวได้ดี (Nichols-Larsen et al., 2005)^[20] และจากผลการการศึกษาพบว่า ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในด้านพื้นผิวและโครงสร้างทางกายวิภาคของจุดสัญญาณหลัก (Major Signal Points: MaSPs) ระหว่างด้านซ้ายและด้านขวาของร่างกาย จุดสัญญาณหลัก 3 จุดบริเวณคอถูกแสดงให้เห็นว่าแยกออกจากตำแหน่งของหลอดเลือดแดงคาโรติดร่วม (common carotid arteries) อย่างชัดเจน การไหลเวียนโลหิต (Blood Flow: BF) ของ MaSPs บริเวณคอเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและทันทีหลังการกดเป็นเวลา 30 วินาที และในบริเวณแขนหลังการกด 60 วินาที ($p < 0.001$) อุณหภูมิผิวหนัง (Skin Temperature: ST) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและทันทีหลังการกดเป็นเวลา 300 วินาที ($p < 0.001$) ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง BF และ ST ในจุดสัญญาณหลักใด ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนวดจุดสัญญาณหลัก (MaSP massage) มุ่งเน้นไปที่กล้ามเนื้อเป็นหลัก MaSPs สามารถทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของ BF และ ST อย่างมีนัยสำคัญ แต่เป็นเพียงระยะสั้น งานวิจัยเพิ่มเติมจึงถูกเสนอให้ดำเนินการเพื่อระบุการเปลี่ยนแปลงของ BF และ ST ในทุกจุดสัญญาณหลักหลังการนวดจริง รวมถึงผลทางสรีรวิทยาอื่น ๆ ของการนวด (Plakornkul et al., 2016)^[22]

การฟื้นฟูในชุมชนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูผู้ป่วยอาจประสบปัญหาต่าง ๆ เช่น ความบกพร่องในการสื่อสาร อาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก การสูญเสียการทรงตัว ความผิดปกติในการมองเห็น ปัญหาการเคี้ยวและการกลืนรวมถึงการขับถ่ายผิดปกติ (Sukjit, 2024)^[24] ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะสมองบวม ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก แผลกดทับ และภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานานขึ้นและมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่าย ดังนั้น การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันทั่วทั้งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Chueluecha, 2012)^[9] สำหรับศาสตร์การแพทย์แผนไทย นวดไทยแบบราชสำนักอาจเป็นหนึ่งในทางเลือกของการวางแผนฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันได้ การนวดไทยแบบราชสำนักจัดเป็นศาสตร์และศิลป์ชนิดหนึ่งที่ปัจจุบันมีการนำมาบูรณาการร่วมกับการรักษามาตรฐานสำหรับฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Foundation for the Restoration and Promotion of Traditional Thai Medicine, 2005)^[11] กระบวนการรักษาและการบำบัดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การดูลักษณะทั่วไป การจับชีพจร การวัดเส้นเท้า การทดสอบกำลัง และการเคลื่อนไหวของขา ได้แก่ การกระดกนิ้วเท้าขึ้น-ลง การกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง การทดสอบแรงถีบปลายเท้าการตั้งเข่าทั้งสองข้าง การทดสอบกำลังข้อสะโพก การทดสอบกำลังและการเคลื่อนไหวของแขน ได้แก่ การคว่ำ-หงายมือ การกำ-เหยียดนิ้วมือ การทดสอบกำลังแรงบีบนิ้วมือ การตั้งศอก การกระดกข้อมือขึ้น-ลง การขูแขนชิดหู และการทดสอบกำลังดึงแขน 3 จังหวะ (Chanachai, 2022)^[5]

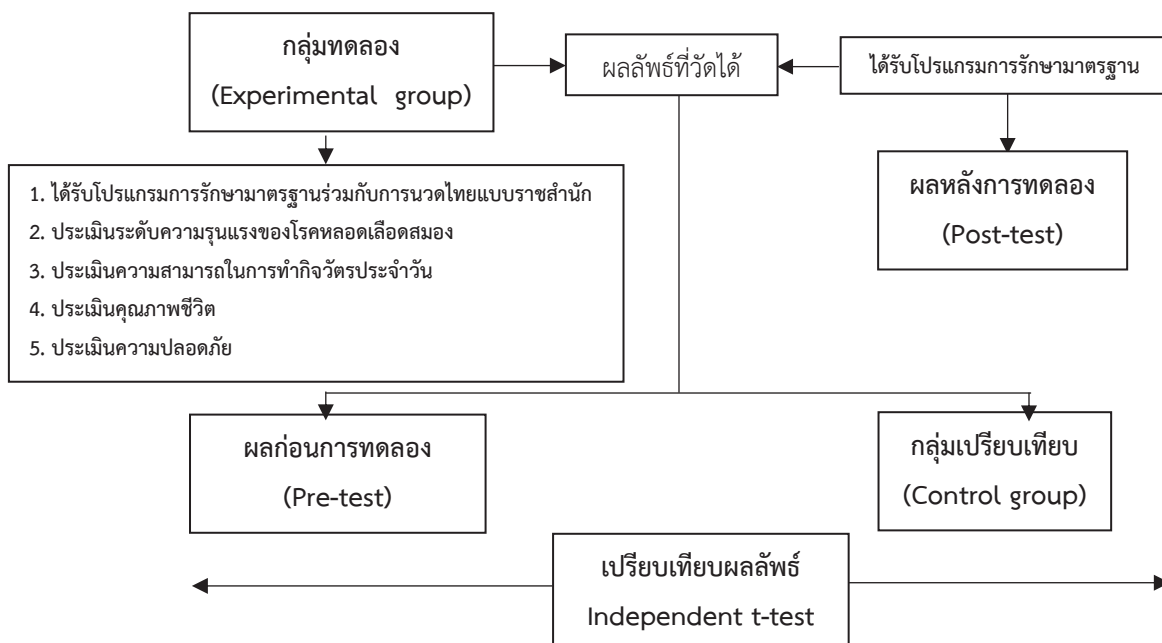
กลไกทางสรีรวิทยาและระบบประสาทของการนวดไทยแบบราชสำนักต่อการฟื้นตัวของสมอง (Neuroplasticity) หรือการไหลเวียนโลหิตและระบบกล้ามเนื้อ การไหลเวียนโลหิต (Blood Flow) พบว่าการกดจุดสัญญาณหลัก (Major Signal Points, MaSPs)

บริเวณคอ ไหล่ และแขน ทำให้ การไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้นทันที ภายใน 30–60 วินาทีหลังการกดส่งผลให้ ออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงสมองและกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสมองและการซ่อมแซมเนื้อเยื่ออุณหภูมิผิวหนัง (Skin Temperature) หลังการกดจุด 300 วินาที พบว่าอุณหภูมิผิวหนังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงการกระตุ้นการไหลเวียนเลือดและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติระบบกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal System) MaSPs ส่วนใหญ่สัมพันธ์กับกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น พบว่า การกดช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อมีผลต่อการลดอาการปวด เพิ่มความยืดหยุ่น และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายได้เร็วขึ้น และการปรับตัวของสมอง (Neuroplasticity) การเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและการกระตุ้นระบบประสาทรับสัมผัส (sensory stimulation) จากการนวด อาจช่วยกระตุ้น การสร้างเส้นใยประสาทใหม่ (synaptogenesis) และการปรับตัวของวงจรประสาท (cortical reorganization) ทำให้ฟื้นตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Plakornkul et al., 2016)^[22]

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1

ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย



6. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยกลุ่มควบคุม คือ ได้รับการรักษามาตรฐาน และกลุ่มทดลอง คือ ได้รับการรักษามาตรฐานร่วมกับการนวดไทยแบบราชสำนัก โดยแพทย์แผนไทย และ/หรือ แพทย์แผนไทยประยุกต์ วัดผลก่อนได้รับการรักษา (วันที่ 0) ติดตามผลครั้งที่ 1 เริ่มวันที่ 7 ติดตามผลครั้งที่ 2 วันที่ 14 ติดตามผลครั้งที่ 3 วันที่ 21 ติดตามผลครั้งที่ 4 วันที่ 28 และติดตามผลครั้งที่ 5 วันที่ 84 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดยโสธร จังหวัดหนองคาย และจังหวัดปราจีนบุรี โดยมีรายละเอียดของวัสดุและวิธีการศึกษา ดังนี้

การรักษามาตรฐาน ผู้ป่วยจะได้รับ (1) ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) โดยให้ยา aspirin 160 – 300 มิลลิกรัมต่อวัน ภายใน 48 ชั่วโมง ยกเว้น Large infarct with midline shift หรือกรณีแพ้ยา aspirin อาจพิจารณาให้ยาด้านเกล็ด

เลือดตัวอื่น เช่น cilostazol 200 มิลลิกรัมต่อวันร่วมกับการฟื้นฟูร่างกายโดยการกายภาพบำบัดจากนักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล (National Stroke Association, 2025)^[17]

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตัน ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร ที่จังหวัดหนองคาย และจังหวัดปราจีนบุรี จำนวนมาที่สุดสามจังหวัดตามลำดับ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (Ngamjarus et al., 2016)^[19] ตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 63 ราย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการถอนตัวออกจากวิจัย (คาดว่าจะมีสัดส่วนอยู่ที่ ร้อยละ 20) จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้จำนวนกลุ่มละ 75 ราย รวม 150 ราย แล้วจัดกลุ่ม 2 กลุ่ม กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) สอดคล้องตามระเบียบวิธีวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์

ประกอบด้วย เพศ อายุ BMI เป็นต้น ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (โดยใช้แบบประเมิน National Institute of Health Stroke Scale; NIHSS) Apichai et al. (2020)^[1] ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (โดยใช้แบบประเมิน The Barthel Index of Activities of Daily Living; ADL) (Pipatsrisawat, 2024)^[21] ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ส่วนที่ 4 ข้อมูลคุณภาพชีวิต (โดยใช้แบบประเมิน The EuroQoL Group's 5-dimension, 5-level; EQ-5D-5L) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านความปลอดภัย ประกอบด้วยแบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับการรักษา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เลขที่ 12-2561 รับรองเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 แต่เนื่องจากก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย โดยการตีพิมพ์ในปี 2569 เป็นผลจากการติดตามผลและวิเคราะห์ข้อมูลระยะยาวตามแผนการวิจัยที่ได้รับอนุมัติ

7. ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์

จากข้อมูลด้านประชากรศาสตร์กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 75 ราย ไม่สามารถติดต่อได้เกิน 14 วัน และได้มีการติดตามซ้ำอีกครั้งภายใน 7 วันถัดไป ไม่สามารถติดต่อได้จำนวน 26 คน ดังนั้นกลุ่มควบคุม จำนวน 49 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 75 ราย รวมทั้งสิ้น 124 ราย โดยพบผลการศึกษาดังนี้

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.22 มีอายุเฉลี่ย 59.93 ± 8.70 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย 25.02 ± 3.80 กิโลกรัม/เมตร² มีระยะเวลาที่มีอาการจนถึงวันที่รักษาเฉลี่ย 17.08 ± 5.40 วัน เป็นโรคแบบอัมพฤกษ์ ร้อยละ 81.63 มีอาการมากกว่า 1 ตำแหน่ง ร้อยละ 81.63 จำแนกเป็นข้างซ้าย ร้อยละ 48.98 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงเท่ากัน ร้อยละ 38.78 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 61.22 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.10

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 49.33 มีอายุเฉลี่ย 58.47 ± 10.60 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย 24.95 ± 3.70 กิโลกรัม/เมตร² มีอาการจนถึงวันที่รักษาเฉลี่ย 19.21 ± 7.40 วัน เป็นโรคแบบอัมพฤกษ์ ร้อยละ 84.00 มีอาการมากกว่า 1 ตำแหน่ง ร้อยละ 84.00 เป็นข้างขวา ร้อยละ 41.33 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 65.34 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 45.34 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1

แสดงข้อมูลอาสาสมัครร่วมการวิจัย (n = 124)

ข้อมูลลักษณะประชากร (Demographic information)		กลุ่มควบคุม (n=49)		กลุ่มทดลอง (n=75)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	30	61.22	37	49.33
	หญิง	19	38.78	38	50.67
อายุ (ปี)		$\bar{X} = 59.93$	SD = 8.70	$\bar{X} = 58.47$	SD = 10.6
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)		$\bar{X} = 25.02$	SD = 3.80	$\bar{X} = 24.95$	SD = 3.70
ระยะเวลาตั้งแต่วันที่เริ่มมีอาการครั้งแรก- จนถึงวันที่ได้รับการรักษา		$\bar{X} = 17.08$	SD = 5.40	$\bar{X} = 19.21$	SD = 7.40
ประเภทของโรค (Type of disease)					
อาการอ่อนแรงของร่างกาย- ซีกใดซีกหนึ่ง (Hemiparesis)		40	81.63	63	84.00
อัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย- (Hemiplegia)		9	18.37	12	16.00
บริเวณของร่างกายที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ (Symptom location)					
แขน (Arms)		1	2.04	1	1.33
ขา (Legs)		-	-	2	2.67
ใบหน้า (Face)		8	16.33	9	12.00
มีอาการเกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง- ของร่างกาย (More than one location)		40	81.63	63	84.00
ด้านของร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากอาการหรือความผิดปกติ (Affected side)					
ข้างซ้าย (Left)		24	48.98	29	38.67
ข้างขวา (Right)		17	34.70	31	41.33
ทั้งสองข้าง (Both sides)		8	16.32	15	20.00
โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อนเกิดเหตุการณ์ปัจจุบัน					
ความดันโลหิตสูง*		19	38.78	45	60.00
เบาหวาน*		13	26.53	29	38.67
กลุ่มโรคหลอดเลือด		1	2.04	2	2.67
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*		19	38.78	34	45.33
อื่น ๆ ไม่ระบุ		17	34.69	12	16.00
ประวัติการสูบบุหรี่					
ปัจจุบันสูบบุหรี่		10	20.41	13	17.33
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว		9	18.37	13	17.33
ไม่เคยสูบบุหรี่		30	61.22	49	65.34
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์					
ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ		13	26.53	10	33.33
เคยดื่มแอลกอฮอล์		9	18.37	16	21.33
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์		27	55.10	49	45.34

หมายเหตุ: * อาจเกิดมากกว่าหนึ่งภาวะได้



ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแห่งสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institute of Health Stroke Scale, Thai version; NIHSS-T)

ผลการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดมาตรฐานและกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐานด้วย NIHSS-T พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองลดลงไม่แตกต่างกัน ($t\text{-test} = 2.01$, $p\text{-value} = 0.351$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2

แสดงระดับการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($n=124$)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง ($\bar{X} \pm SD$)	หลังการทดลอง ($\bar{X} \pm SD$)	df	t-test	p-value
กลุ่มควบคุม	3.26 $\pm$ 3.48	1.34 $\pm$ 2.62	48	2.01	0.351
กลุ่มทดลอง	3.46 $\pm$ 2.90	1.40 $\pm$ 2.87	74		

* $p\text{-value} < .05$

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ผลการเปรียบเทียบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีการทำการกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยดัชนีการทำการกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่ม ก่อนดำเนินการ และครั้งที่ 1-5 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน และพบว่า ระดับความสามารถกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงวันภายในกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3

แสดงระดับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแต่ละช่วงวัน ($n=124$)

ช่วงวัน	กลุ่มตัวอย่าง	ความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน ($\bar{X} \pm SD$)	df	t-test	p-value
ก่อนดำเนินการ (วันที่ 0)	กลุ่มควบคุม	16.12 $\pm$ 5.92	48	3.61	0.612
	กลุ่มทดลอง	16.61 $\pm$ 4.85	74		
ติดตามผลครั้งที่ 1 (วันที่ 7)	กลุ่มควบคุม	16.79 $\pm$ 5.55	48	2.34	0.324
	กลุ่มทดลอง	17.68 $\pm$ 4.27	74		
ติดตามผลครั้งที่ 2 (วันที่ 14)	กลุ่มควบคุม	17.12 $\pm$ 5.08	48	2.12	0.162
	กลุ่มทดลอง	18.21 $\pm$ 3.61	74		
ติดตามผลครั้งที่ 3 (วันที่ 21)	กลุ่มควบคุม	17.48 $\pm$ 4.84	48	2.14	0.104
	กลุ่มทดลอง	18.68 $\pm$ 3.15	74		
ติดตามผลครั้งที่ 4 (วันที่ 28)	กลุ่มควบคุม	17.89 $\pm$ 4.48	48	2.13	0.213
	กลุ่มทดลอง	18.74 $\pm$ 3.12	74		
ติดตามผลครั้งที่ 5 (วันที่ 84)	กลุ่มควบคุม	18.79 $\pm$ 3.65	48	2.16	0.196
	กลุ่มทดลอง	19.41 $\pm$ 1.60	74		

* $p\text{-value} < .05$

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตมาตรฐานสากล (The EuroQoL Group's 5-dimension)

ผลการเปรียบเทียบประเมินคุณภาพชีวิตมาตรฐานสากล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมาตรฐานสากลระหว่างกลุ่ม

ก่อนดำเนินการ และครั้งที่ 1-5 ไม่มีความแตกต่างกัน และพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมาตรฐานสากลกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงวันภายในกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4

แสดงระดับการประเมินคุณภาพชีวิตมาตรฐานสากลแต่ละช่วงวัน (n=124)

ช่วงวัน	กลุ่มตัวอย่าง	คุณภาพชีวิตมาตรฐานสากล แต่ละช่วงวัน ($\bar{X} \pm SD$)	df	t-test	p-value
ก่อนดำเนินการ (วันที่ 0)	กลุ่มควบคุม	0.67 $\pm$ 0.33	48	3.23	0.332
	กลุ่มทดลอง	0.72 $\pm$ 0.27	74		
ติดตามผลครั้งที่ 1 (วันที่ 7)	กลุ่มควบคุม	0.74 $\pm$ 0.31	48	2.14	0.216
	กลุ่มทดลอง	0.80 $\pm$ 0.23	74		
ติดตามผลครั้งที่ 2 (วันที่ 14)	กลุ่มควบคุม	0.78 $\pm$ 0.29	48	2.43	0.174
	กลุ่มทดลอง	0.84 $\pm$ 0.20	74		
ติดตามผลครั้งที่ 3 (วันที่ 21)	กลุ่มควบคุม	0.80 $\pm$ 0.27	48	2.16	0.177
	กลุ่มทดลอง	0.86 $\pm$ 0.19	74		
ติดตามผลครั้งที่ 4 (วันที่ 28)	กลุ่มควบคุม	0.86 $\pm$ 0.22	48	3.62	0.541
	กลุ่มทดลอง	0.88 $\pm$ 0.21	74		
ติดตามผลครั้งที่ 5 (วันที่ 84)	กลุ่มควบคุม	0.91 $\pm$ 0.17	48	3.41	0.662
	กลุ่มทดลอง	0.92 $\pm$ 0.17	74		

* $p\text{-value} < .05$

ส่วนที่ 5 ความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์หลังการนวดแบบราชสำนัก

ความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์หลังการนวดแบบราชสำนัก พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรงทั้งสองกลุ่ม กลุ่มควบคุม พบอาการวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 2.04 อาการชา ร้อยละ 2.04 กลุ่มทดลอง พบอาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 8.00 อาการวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 2.66 และอ่อนเพลีย ร้อยละ 1.33 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5

แสดงจำนวน ร้อยละความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์หลังการนวดแบบราชสำนัก (n=124)

ความปลอดภัยรายงานอาการ ไม่พึงประสงค์หลังได้รับการรักษา	กลุ่มควบคุม (n=49)		กลุ่มทดลอง (n=75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปวดกล้ามเนื้อ	-	-	6	8.00
อาการวิงเวียนศีรษะ	1	2.04	2	2.66
อาการชา	1	2.04	-	-
อาการอ่อนเพลีย	-	-	1	1.33

8. อภิปรายผล

การนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐานให้ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันระยะกึ่งเฉียบพลันไม่แตกต่างจากการบำบัดมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ที่ไม่พบหลักฐานว่าการนวดไทยร่วมกับการฟื้นฟูมาตรฐานให้ผลดีกว่าการฟื้นฟูมาตรฐานอย่างเดียว เมื่อพิจารณาค่าคะแนน NIHSS-T พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในกลุ่ม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

(Chartsuwan, 2017)^[6] และการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐาน จึงให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างจากการบำบัดมาตรฐานเพียงอย่างเดียว (Chanachai, 2022)^[5]

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดมาตรฐานเพียงอย่างเดียว มีค่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการเปรียบเทียบประสิทธิผลของกายภาพบำบัดเดี่ยวกับกายภาพบำบัดร่วมการนวดไทยในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Poursingkaew, 2024)^[23] โดยพบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาร่วมมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการรักษา และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อค้นพบดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการให้บริการแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในบริบทหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (Chiang Rai Prachanukroh Hospital, n.d.)^[17] ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L พบว่า หลังได้รับการนวดไทยและการประคบสมุนไพรต่อเนื่อง 6 เดือน ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการฟื้นฟูมาตรฐาน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นหลังการรักษาร่วมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ (Jongkoldee et al., 2022)^[13] ด้านความปลอดภัยพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาการไม่พึงประสงค์ แต่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดมาตรฐานเพียงอย่างเดียวมีอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม อาการที่พบเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการนวดที่รุนแรงและสามารถจัดการได้ด้วยมาตรการพื้นฐาน เช่น ผู้ที่มีอาการวิงเวียนศีรษะได้รับคำแนะนำให้นั่งพัก หายใจลึก และดื่มน้ำจนกว่าอาการจะดีขึ้น ผู้ที่มีอาการชาหรืออ่อนเพลียได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและพักผ่อนเพิ่มเติม ซึ่งอาการมักหายได้เองในระยะสั้น ผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังการนวดได้รับคำแนะนำให้ประคบอุ่น ลดกิจกรรมที่ใช้แรงใน 24 ชั่วโมงแรก และดื่มน้ำเพียงพอ โดยอาการปวดมักทุเลาภายใน 1-3 วัน ทั้งนี้ไม่มีผู้เข้าร่วมรายใดจำเป็นต้องหยุดการรักษา ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของโรงพยาบาลยโสธร ที่ประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันระยะกึ่งเฉียบพลัน ซึ่งรายงานว่ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบส่วนใหญ่เป็นอาการปวดบริเวณที่นวดและเป็นอาการชั่วคราว จึงยืนยันความจำเป็นของการติดตามอาการไม่พึงประสงค์อย่างเป็นระบบเมื่อให้บริการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษาในครั้งนี้แม้ภายในกลุ่มจะพบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในด้านความรุนแรงของโรค (NIHSS) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคุณภาพชีวิต(EQ-5D-5L)แต่การศึกษาในครั้งนี้ไม่ปรากฏหลักฐานที่แสดงว่าการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐานจะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ดีกว่าการบำบัดมาตรฐานอย่างเดียว จึงควรมีการศึกษาต่อยกกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและติดตามผลการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐานในระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผลและความปลอดภัยอย่างชัดเจนและเป็นระบบในอนาคต (Plakornkul et al., 2016)^[22]; Yasothon Hospital, n.d.)^[30]

9. องค์ความรู้ใหม่

การนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการบำบัดมาตรฐานมีศักยภาพช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันระยะกึ่งเฉียบพลันได้ใกล้เคียงกับการบำบัดมาตรฐานเพียงอย่างเดียว แต่การศึกษายังมีข้อจำกัดด้านจำนวนตัวอย่างและจำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ ≤ 15 คะแนน (NIHSS) จึงควรศึกษาต่อในกลุ่มที่มีความรุนแรงหลากหลายขึ้นเพื่อยืนยันผลลัพธ์ สำหรับด้านความปลอดภัย ควรติดตามอาการไม่พึงประสงค์หลังการนวดและดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของทีมแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูได้อย่างปลอดภัย

10. ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานสนับสนุนประสิทธิผลและความปลอดภัยของการนวดไทยแบบราชสำนัก ร่วมกับการบำบัดมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันระยะกึ่งเฉียบพลัน และควรมีการวิจัยทางคลินิกแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลลัพธ์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการบูรณาการการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร การอบ หรือการประคบ โดยใช้เครื่องมือวัดที่มีมาตรฐานและความเที่ยงตรงสูง เพื่อประเมินศักยภาพในการเสริมประสิทธิผลการฟื้นฟูและเพิ่มความแม่นยำของผลการวิจัย

REFERENCES

- [1] Apichai, S., Chinchai, P., Dhippayom, J., & Munkhetvit, P. (2020). A new assessment of activities of daily living for Thai stroke patients. *Chiang Mai University Journal of Natural Sciences*, 19(2), 176–190.
- [2] Bárťlová, S., Šedová, L., Havierníková, L., Hudáčková, A., Dolák, F., & Sadílek, P. (2022). Quality of life of post-stroke patients. *Neuroendocrinology Letters*, 43(1), 55–62.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.532176>
- [3] Butsing, N., Voss, J. G., Keandoungchun, J., Thongniran, N., & Griffin, M. T. (2025). Changes of health-related quality of life within 6 months after stroke by clinical and sociodemographic factors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 34(1), 107–115.
- [4] Carod-Artal, F. J., & Egidio, J. A. (2009). Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke*, 40(3), 747–754.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.532176>
- [5] Chanachai, W. (2022). Effectiveness and safety of royal massage in the rehabilitation of patients with subacute ischemic stroke in the Public Health Service Unit, Yasothon. *Sanpasitthiprasong Medical Journal*, 48(1), 13–20.
- [6] Chartsuwan, J., Peanpadungrat, P., Itharat, A., & Panichakarn, N. (2017). Comparative study on efficacy of physiotherapy and physiotherapy combined with Thai massage on rehabilitation outcome and quality of life of ischemic stroke patients with hemiplegia. *Thammasat Medical Journal*, 17(3), 356–364.
- [7] Chiang Rai Prachanukroh Hospital. (n.d.). Outcomes of Thai traditional medicine services in subacute stroke patients within primary care settings: Quality of life assessment using EQ-5D-5L after six months of Court-type Thai massage and herbal compress therapy [Research report].
- [8] Chinwattanakul, S. (2020). *Ischemic, hemorrhagic, or obstructive stroke the sooner you recognize it, the higher the chance of survival. Samitivej Hospital.*
<https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/โรคหลอดเลือดสมอง>
- [9] Chueluecha, C. (2012). Rehabilitation in stroke. *Thai Medical Journal*, 12(1), 97–111.
- [10] Erler, K. S., Sullivan, V., Mckinnon, S., & Inzana, R. (2019). Social support as a predictor of community participation after stroke. *Frontiers in Neurology*, 10(3), 1011.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01011>
- [11] Foundation for the Restoration and Promotion of Traditional Thai Medicine, Ayurvedic School. (2005). *Thai traditional manual therapy (Royal Thai massage)*. Phikhanes Printing Center.
- [12] García-Rudolph, A., Wright, M. A., & Opisso, E. (2019). Subacute stroke physical rehabilitation evidence in ADL outcomes: A systematic review. *Medicine*, 98(8), Article e14501.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014501>

- [13] Jongkoldee, W., Darunsawat, C., Chaowpeerapong, T., Suwannatrai, S., Harnphadungki, K., & Akarasereenon, P. (2022). Case series: The effect of Court-type Thai traditional massage and ho herbal compression combined with standard rehabilitation treatment in stroke patients. *Siriraj Medical Bulletin*, 15(1), 5–11.
- [14] Kamalashiran, C., Muengtaweeponsa, S., Limudomoporn, M., Kaeokoket, Y., Eaimworawutthikul, W., Sriyakul, K., & Tungsukruthai, P. (2024). Traditional Thai massage steps development in acute ischemic stroke patients. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 14(4), 380-388. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2024.05.003>
- [15] Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). *Stroke rehabilitation*. The Lancet.
- [16] Lyden, P. (2017). Using the National Institutes of Health Stroke Scale. *Stroke*, 48(2), 513–519. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.015434>
- [17] National Stroke Association. (2017). *Effects of stroke*.
- [18] Neurological Institute of Thailand. (2024). *Clinical practice guidelines for ischemic stroke*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- [19] Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., & McNeil, E. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160–170.
- [20] Nichols-Larsen, D. S., Clark, P. C., Zeringue, A., Greenspan, A., & Blanton, S. (2005). Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke*, 36(7), 1479–1484. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000170706.13595.4f>
- [21] Pipatsrisawat, S. (2024). Effectiveness of combined traditional Thai massage and conventional rehabilitation on activities of daily living in intermediate phase of stroke patients: A pilot study. *Medical Journal*, 43(3), 333–344.
- [22] Plakornkul, V., Vannabhum, M., Viravud, Y., Roongruangchai, J., Mutirangura, P., Akarasereenont, P., & Laohapand, T. (2016). The effects of the court-type Thai traditional massage on anatomical relations, blood flow, and skin temperature of the neck, shoulder, and arm. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(3), 363. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1282-y>
- [23] Poursingkaew, T. (2024). The effect of Thai traditional medicine in stroke patients with intermediate care at primary care unit Chiangrai Prachanukroh Hospital. *Chiangrai Medical Journal*, 16(2), 63–74.
- [24] Sukjit, O. (2024). The effectiveness of the transitional stroke care program from the hospital to the home. *ASEAN Journal of Health and Social Development*, 2(2), 167–178.
- [25] Sutthikittipipatrisawat, S. (2024). Effectiveness of Thai massage combined with standard rehabilitation on activities of daily living in patients with subacute stroke: A pilot study. *Journal of Medicine Region 4–5*, 43(3), 333-344.
- [26] Taimkao, S. (2021). Stroke situation. *Thai Journal of Neurology*, 37(4), 54–60.
- [27] Tikham, S., & Songthap, A. (2024). Stroke treatment based on Thai traditional medicine approaches. *Journal of Southern Technology*, 15(2), 123–131.

- [28] Wasti, S. A., Surya, N., Stephan, K. M., & Owolabi, M. (2021). *Healthcare settings for rehabilitation after stroke*. In T. Platz (Ed.). Springer.
- [29] World Health Organization. (2013). *Stroke rehabilitation: Prevention and management of complications and discharge planning*.
- [30] Yasothon Hospital. (n.d.). *A study on the effectiveness and safety of Court-type Thai Traditional Massage in the rehabilitation of subacute ischemic stroke patients in public health service units*. Yasothon Province [Research report].