

การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของ

ทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเนือคลอง จังหวัดกระบี่

ณัฐพล เหมทานนท์*

(Received: November 17, 2025 ; Revised: February 12, 2026; Accepted: March 23, 2026)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการติดตาม ดูแล ฟันฟูเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรมีการร่วมมือและออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วย วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลเนือคลอง จังหวัดกระบี่ วิธีวิจัยแบบผสมวิธีด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน การวางแผน การลงมือ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ วิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และวิจัยเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยการคำนวณกรณีทราบจำนวนประชากรและการจับสลากจำนวน 90 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.98 และ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-ranks Test และ McNemar Test ผลการวิจัยโดยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแบบบูรณาการ โรงพยาบาลเนือคลอง จังหวัดกระบี่ (SI Model for Participatory Home Based Stroke Care) และภายหลังการนำไปใช้พบว่า 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นที่ระดับมัธยฐานเท่ากับ 72 (IQR = 65 – 81) $Z = -5.611$ ($p < 0.05$) 2) ภาวะพิการลดลงที่ระดับมัธยฐานเท่ากับ 72 (IQR = 65 - 81) $Z = -8.85$ ($p < 0.05$) 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 98.89 ($p < 0.05$) และ 4) ไม่มีภาวะ Re-admit ร้อยละ 97.78 ($p < 0.05$) สรุปการสร้างเครือข่ายที่เน้นความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างยั่งยืนในบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ : เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ,ทีมหมอครอบครัวและชุมชน

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลเนือคลอง, จังหวัดกระบี่ E-mail: drday2303@gmail.com

Development of a Home-Based Stroke Care Network through Collaboration of Family Physician Teams and the Community, Nuea Khlong Hospital, Krabi Province

Natthaphon Hemthanon*

(Received: November 17, 2025 ; Revised: February 12, 2026; Accepted: March 23, 2026)

Abstract

Stroke patients require continuous monitoring, care, and rehabilitation to ensure an optimal quality of life. This mixed-methods research aimed to develop a home-based stroke care network model through the collaboration of Family Care Teams and the community at Nuea Khlong Hospital, Krabi Province. The study employed a four-stage action process: planning, action, observation, and reflection. Qualitative data were gathered via in-depth interviews and focus groups. Quantitative data were collected from 90 caregivers with at least three months of experience, selected through random drawing. The research instruments demonstrated content validity and reliability scores of 0.98 and 0.99. Data analysis included descriptive statistics, Wilcoxon signed-ranks Test, and McNemar Test. The results led to the development of the "5I Model for Participatory Home-Based Stroke Care." Following implementation: 1) activities of daily living (ADL) scores significantly increased to a median of 72 (IQR = 65–81, $p < 0.05$) 2) disability levels significantly decreased to a median of 72 (IQR = 65–81, $p < 0.05$) 3) patients were free from complications rate reached 98.89% ($p < 0.05$) and 4) the non-readmission rate reached 97.78% ($p < 0.05$). In conclusion, establishing a collaborative network between FCTs and the community effectively enhances home-based care efficiency, reduces complications, and promotes a sustainable quality of life for both patients and caregivers within the local context.

Keyword : Home-based stroke care network / Family physician team community

*Senior Professional Level Medical Doctor, Nuea Khlong Hospital, Krabi Province E-mail: drday2303@gmail.com

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease: Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อันเป็นผลมาจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตกหรืออุดตันทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองบางส่วน ⁽¹⁾ โรคนี้สามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) และกลุ่มที่มีการแตกของหลอดเลือดในสมอง (Hemorrhagic stroke) โดยกลุ่มสมองขาดเลือดเป็นชนิดที่พบมากที่สุด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ⁽²⁾ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ⁽³⁻⁴⁾ ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สองของประชากรโลก คิดเป็นร้อยละ 10.2 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยมีอัตราการตายเฉลี่ย 77.5 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านอัตราการป่วยและอัตราการตาย โดยข้อมูลระหว่างปี 2559–2561 พบว่าอัตราการป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนเท่ากับ 399.88, 423.27 และ 471.72 ตามลำดับ ขณะที่อัตราการตายเท่ากับ 45.62, 46.48 และ 42.94 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ รายงานล่าสุดในช่วงปี 2563–2565 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 34,545 ราย (ร้อยละ 52.80), 36,214 ราย (ร้อยละ 55.53) และ 37,802 ราย (ร้อยละ 58.02) ตามลำดับ ⁽⁵⁾ ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและผลกระทบในวงกว้างต่อระบบสุขภาพไทย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับภาวะพิการหรือทุพพลภาพถาวร ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต ⁽⁵⁾ ภาวะทุพพลภาพดังกล่าวไม่เพียงกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งในด้านค่าใช้จ่าย การสูญเสียรายได้ และภาระทางจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด เหนื่อยล้า และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลเอง ⁽⁶⁾ ในระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ไปจนถึงระดับตติยภูมิซึ่งให้บริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยหลังกลับบ้านยังคงเป็นภาระหลักของ “ผู้ดูแลหลัก” ซึ่งมักเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงแรกของการปรับตัวหลังการเจ็บป่วย ผู้ดูแลมักมีความกังวล ขาดความมั่นใจ และยังไม่พร้อมทางด้านความรู้และทักษะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียดและลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเอง ⁽⁸⁾ สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในบริบทพื้นที่อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พบว่าจากข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2564 - 2567 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร 297.81, 289.92, 269.61 , และ 338.82ตามลำดับ และมีอัตราการป่วยตายต่อพันประชากร 0.05, 0.23, 0.15 และ 0.05 ตามลำดับ ⁽⁹⁾ และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังทั้ง 4 ปี ข้างต้น พบว่า 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูและติดตามดูแลที่บ้านครบ 6 เดือน ร้อยละ 100 , 95.12 , 100 และ 92.13 ตามลำดับ 2) ร้อยละของผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่มีภาวะแผลกดทับ ร้อยละ 5.4 , 6.3 , 2.7 และ 3.5 ผู้ป่วยขาดนัดดูอาการต่อเนื่องร้อยละ 40.68 , 39.73 , 30.25 และ 29.21 ตามลำดับ และเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหลังจากที่เคยเป็นมาก่อนแล้ว (Recurrent Stroke) ร้อยละ 23.19, 22.44 , 22.80 และ 20.58 ระบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้านอำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ มีระบบในการดูแลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) โดยผ่านโปรแกรม Smart COC อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ซึ่งเป็นระบบในการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทุกประเภทที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเหนือคลอง โรงพยาบาลเครือข่ายอื่น เพื่อให้ติดตามดูแลที่บ้าน โดยการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุกวันศุกร์ โดยพบปัญหาว่าภาระงานของทีมเยี่ยมบ้านมีมาก การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมีปัญหาทางเทคนิค การติดต่อสื่อสาร จึงทำให้เกิดการปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมและไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตามเป้าหมาย และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการฟื้นฟู และ 2) ระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ

ญาติผู้ดูแล เกิดปัญหาทางสุขภาพร่างกาย จิตใจ และทางด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงตัวผู้ดูแล ด้วย จากการทบทวนผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประเด็นปัญหาในการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังคงมีความท้าทายที่ซับซ้อนทั้งในมิติด้านระบบบริการ ตัวผู้ป่วย และผู้ดูแล ดังเช่น 1) ความไม่ต่อเนื่องของบริการ (Discontinuity of Care): ปัญหาในการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUs) ทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านขาดช่วง 2) ภาวะขาดแคลนบุคลากรเชี่ยวชาญ: ในระดับชุมชนยังขาดนักกายภาพบำบัดและพยาบาลเฉพาะทางที่สามารถให้คำปรึกษาเชิงลึกได้ ทำให้ภาระหนักตกอยู่ที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่อาจมีทักษะไม่เพียงพอ 3) ภาระและความกังวลของผู้ดูแล (Caregiver Burden): ผู้ดูแลมักมีความเครียดสูง ขาดความมั่นใจในการทำหัตถการที่ซับซ้อน (เช่น การดูดเสมหะ หรือการให้อาหารทางสายยาง) และขาดระบบสนับสนุนทางจิตใจจากเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม 4) ช่องว่างในการเข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์: ในพื้นที่ห่างไกลยังคงมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงเตียงปรับระดับ รถเข็น หรือวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญประเด็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือระหว่างทีมหมอครอบครัวและชุมชน จึงได้ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชนในพื้นที่อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพการทำงานของทีม และนำข้อมูลที่ได้ออกมาวางแผนแก้ไขปัญห และสามารถนำองค์ความรู้ทางวิชาการไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

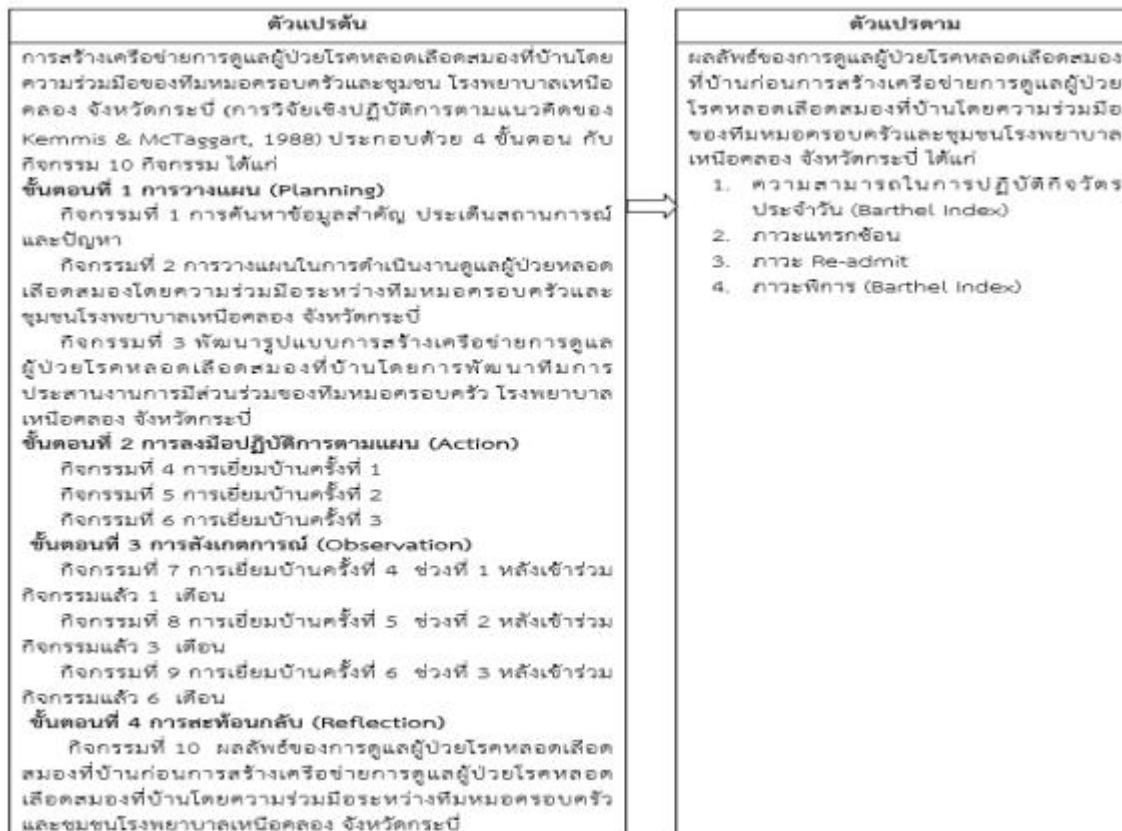
สมมุติฐานวิจัย

ภายหลังการใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พบว่าผู้ป่วย

1. มีค่า BI สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม
2. เกิดภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม
3. เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Re-admit) น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม
4. มีภาวะพิการน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม
5. มีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

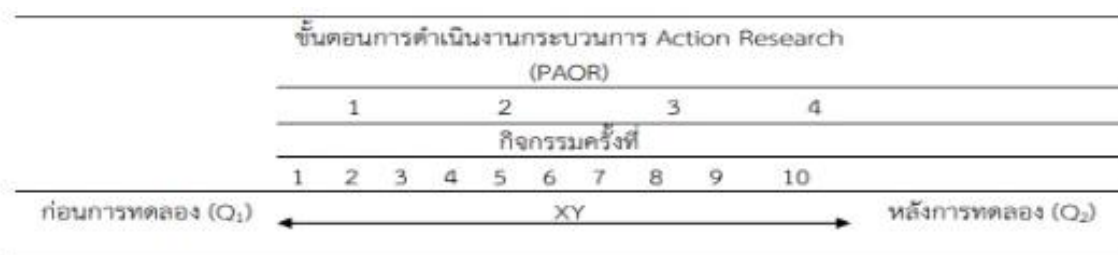
จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ค้นคว้าและวิเคราะห์เกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอ (ภาพที่ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบผสมวิธี รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน PAOR⁽¹²⁾ ได้แก่การวางแผน การลงมือปฏิบัติการตามแผน การสังเกตการณ์ การสะท้อน (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แผนภูมิการทดลอง

Q₁, คือการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านก่อนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน ณ รพ.เหนือคลอง จ.กระบี่

Q₂, คือการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านหลังจากการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมงานครอบครัวและชุมชน รพ.เหนือคลอง จ.กระบี่

XY คือการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมงานครอบครัวและชุมชน รพ.เหนือคลอง จ.กระบี่ ด้วยกระบวนการ Action Research โดยใช้ขั้นตอน PAOR⁽¹²⁾ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) การค้นหาข้อมูลสำคัญ และวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยความร่วมมือของทีมงานครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

กิจกรรมที่ 1 การค้นหาข้อมูลสำคัญ ประเด็นสถานการณ์ และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมงานครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาในบริบทของพื้นที่ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการแก้ปัญหาในประเด็นต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 2 การสนทนากลุ่ม เพื่อนำประเด็นปัญหาในบริบทของพื้นที่ มาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยความร่วมมือของทีมงานครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

กิจกรรมที่ 3 พัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการพัฒนาทีมประสานงานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชนนำความร่วมมือของทีมงานครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ นำใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ตามแผนที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การสร้างความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยชี้แจงรายละเอียดของการลงพื้นที่เยี่ยม และติดตามจำนวน 3 ครั้ง

กิจกรรมที่ 3 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

กิจกรรมที่ 6 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) การเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านก่อนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมงานครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ช่วงที่ 1 ระยะเวลาหลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 1 เดือน ช่วงที่ 2 ระยะเวลาหลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 3 เดือน และช่วงที่ 3 ระยะเวลาหลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 6 เดือน โดยทีมงานครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ และการสร้างองค์ความรู้และความเข้าใจให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วม เพื่อติดผลลัพธ์ ได้แก่ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ค่า Barthel Index) 2) ภาวะแทรกซ้อน 3) ภาวะ Re-admit 4) ภาวะพิการ (ค่า Barthel Index)

กิจกรรมที่ 7 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ช่วงที่ 1 หลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 1 เดือน

กิจกรรมที่ 8 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 ช่วงที่ 2 หลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 3 เดือน

กิจกรรมที่ 9 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 ช่วงที่ 3 หลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) ประเมินการดำเนินงานทั้ง 3 ขั้นตอน 9 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 10 สรุปขั้นตอนพัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านผ่านกระบวนการ Action Research โดยใช้ขั้นตอน PAOR (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแบบบูรณาการ
โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 10 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนจำนวน 5 ราย ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง

1.2 การสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 12 คน ประกอบด้วย 1) ทีมหมอครอบครัวของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ จำนวน 3 คน 2) ผู้นำชุมชนจำนวน 3 คน 3) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 3 คน และ 4) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 3 คน ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

2.1. ประชากร คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนจำนวน 105 ราย

2.2. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนจำนวน 90 ราย โดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ⁽¹³⁾ และการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก ⁽¹⁴⁾

การกำหนดเกณฑ์การรับและปฏิเสธกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การรับกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน คือบิดา มารดา สามีภรรยา บุตร หรือเครือญาติพี่น้อง ที่ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน และสามารถพูดอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และได้รับการฝึกปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจาก รพ. ที่เข้ารับการรักษาก่อนหน้า

1.2 ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน นั้นจะต้องมีความยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางการวิจัยที่ผู้วิจัยได้อธิบายแล้วด้วยความเต็มใจ ตลอดระยะเวลาการวิจัย

1.3 ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต้องอยู่ในระยะจำหน่ายออกจาก รพ. และกลับไปพักที่บ้าน และอยู่ในทะเบียนการติดตามดูแลที่มียามบ้านของ รพ. เหนือคลอง จ. กระบี่

1.4 ทีมหมอครอบครัว คือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักสุขภาพจิต หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับหมายในการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน ที่กำหนดหน้าที่ให้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติงานประจำ รพ. เหนือคลอง จ. กระบี่ หรือมีคำสั่งให้ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ ในช่วงเวลาทำการศึกษาวิจัย

1.5 ผู้นำชุมชน คือผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลของหมู่บ้านนั้นๆ ที่ปฏิบัติงานหรือมีคำสั่งให้ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ ในช่วงเวลาทำการศึกษาวิจัย

1.6 ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น คือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หรือหัวหน้ากองสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติดูแลในเรื่องเกี่ยวกับสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานหรือมีคำสั่งให้ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ ในช่วงเวลาทำการศึกษาวิจัย

2. เกณฑ์การปฏิเสธกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

2.1 ผู้ดูแลที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นเพียงผู้ดูแลชั่วคราวในช่วงเวลาสั้น

2.2 มีปัญหาในการสื่อสารหรือมีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือจิตเวชที่ยังไม่ได้รับการควบคุม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์

2.3 ผู้ดูแลที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล หรือถอนตัวจากการวิจัย ในระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูล

2.4 ผู้ดูแลที่อยู่ระหว่างสถานการณ์พิเศษ เช่น ภาวะสูญเสียผู้ป่วยในช่วงเวลาการวิจัย

2.5 กลุ่มที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้วิจัยหรือเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Structure In-Depth Interview) มีแนวคำถามสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ตอน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 3) ประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4) บทบาทของเครือข่ายการดูแล (ทีมหมอครอบครัวและชุมชน) และ 5) ความต้องการและมุมมองต่อคุณภาพชีวิต และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนจำนวน 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2) ภูมิหลังของผู้ดูแลผู้ป่วย 3) ความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย 4) ทศนคติต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) การรับมือกับภาระในการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูล

สำคัญ ประเด็นสถานการณ์ และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของทีมงานครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาในบริบทของพื้นที่ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการ

1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus group) ประกอบด้วย 1) ทีมหมอบรรลุของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ 2) ผู้นำชุมชนจำนวน 3) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อนำประเด็นปัญหาในบริบทของพื้นที่มาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยการสร้างความร่วมมือระหว่างทีมหมอบรรลุและชุมชนโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยมีเป้าหมายผลลัพธ์ครอบคลุมหัวข้อจำนวน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) ภาวะแทรกซ้อน 3) ภาวะ Re-admit 4) ภาวะพิการ

2. การวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือด เป็นแบบตรวจสอบรายการ 2) แบบวัดทัศนคติของผู้ดูแล 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย: EQ-5D-5L หรือ WHOQOL-BREF และ 4) การประสานมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว ทีมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2.2 แบบบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน⁽¹⁵⁾ ได้แก่

2.2.1. ด้านข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ตอน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) เป้าหมายการดูแล 3) แผนการดูแลแบบองค์รวม 4) สรุปแผนการดูแล 5) แผนการติดตามและเยี่ยมบ้าน และ 6) ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล

2.2.2. ด้านผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) ภาวะแทรกซ้อน 3) ภาวะ Re-admit 4) ภาวะพิการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามลักษณะที่กำหนดไว้และประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ระยะเวลาติดตามประเมินผลและระยะสิ้นสุดของการวิจัย

ระยะที่ 2 ดำเนินงาน PAOR 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผนเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นการลงมือปฏิบัติการตามแผน การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านก่อนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือระหว่างทีมหมอบรรลุและชุมชน รพ.เหนือคลอง จ.กระบี่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks Test และ McNemar Test โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ได้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น (Thematic Analysis) และตีความเชิงบริบท การสังเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายหรือแนวทาง

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสเลขที่ SCPHYLIRB-2568/527 วันที่ 23 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวเป็นหลัก โดยเฉพาะคู่สมรสหรือลูก ซึ่งช่วยดูแลด้านอาหาร การให้ยา และการพาไปกายภาพบำบัด ทั้งยังได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมหมอครอบครัว พยาบาล และ อสม. อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการกำลังใจและการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านอุปกรณ์กายภาพบำบัดและสิ่งแวดล้อมในบ้าน เช่น เตียงไม่เหมาะสม พื้นที่คับแคบหรือไม่มีอุปกรณ์ช่วยออกกำลังกายที่จำเป็น รวมถึงปัญหาการเดินทางไปโรงพยาบาลและการขาดผู้ช่วยในการดูแลบางช่วงเวลา ผู้ป่วยบางรายยังมีความต้องการเพิ่มเติม เช่น การฝึกพูดและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 2 ประสพการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสพการณ์เริ่มต้นด้วยความรู้สึกลึ้นหวัง เครียด หรือท้อแท้จากการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและการพูด แต่เมื่อได้รับการดูแลและกำลังใจจากครอบครัว ทีมหมอครอบครัว พยาบาล และ อสม. รวมถึงการเข้ารับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เช่น การกายภาพบำบัดและการฝึกพูด ทำให้เกิดความหวังและแรงจูงใจในการต่อสู้กับโรคมะเร็งมากขึ้น หลายคนมองว่าประสพการณ์การเจ็บป่วยเป็นบทเรียนสำคัญที่ช่วยให้ปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีทัศนคติเชิงบวกต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเอง

ประเด็นที่ 3 บทบาทของเครือข่ายการดูแลของทีมนหมอครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยทุกคนรับรู้ถึงบทบาทสำคัญของทีมนหมอครอบครัวและเครือข่ายชุมชนในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมนหมอครอบครัว พยาบาล นักกายภาพบำบัด และอสม. ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ทั้งการเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจใน การดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ได้รับกำลังใจ และไม่รู้สึกลดเดี่ยวในระหว่างการรักษา ทีมนหมอ ครอบครัวยังมีบทบาทเสมือน “เพื่อนและครูสุขภาพ” ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งของเครือข่ายการดูแลสุขภาพ

ประเด็นที่ 4 ความต้องการและมุมมองต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ยังมีความต้องการเพิ่มเติมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและการฟื้นฟูที่บ้าน ทั้งในด้านอุปกรณ์และบริการสนับสนุน เช่น การจัดหาอุปกรณ์กายภาพราคาอย่างหรือระบบยืมคืนจาก รพ.สต. การมีรถรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล การจัดพื้นที่หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย รวมถึงการเข้าถึงบริการนักบำบัดการพูดถึงบ้านอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายยังเสนอให้มี “ชมรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน” เพื่อเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนประสพการณ์และให้กำลังใจกันเอง ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการทั้งด้านกายภาพ การบริการ และการสนับสนุนทางสังคม

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นที่ 1. ภูมิหลังของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวใกล้ชิด โดยเฉพาะคู่สมรสและบุตร ซึ่งมักได้รับบทบาทการดูแลหลักตั้งแต่ผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล ทั้งในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การให้อาหาร อาบน้ำ เปลี่ยนท่าเพื่อป้องกันแผลกดทับ ไปจนถึงการพาผู้ป่วยออกกำลังกายหรือกายภาพบำบัด ผู้ดูแลบางรายต้องแบ่งเวลาในการทำงานกับการดูแลผู้ป่วย ขณะที่บางรายเป็นผู้ดูแลเต็มเวลา ทำหน้าที่ประสานกับทีมหมอครอบครัวและติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด ภูมิหลังดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญเป็นเสาหลักของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งในมิติของการดูแลทางกาย ใจ และการประสานงาน

ประเด็นที่ 2 ความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความรู้สึกหลากหลาย ทั้งความเหนื่อย ความเครียด ความสับสน และความท้อแท้ในช่วงเริ่มต้นของการดูแล แต่เมื่อเห็นพัฒนาการของผู้ป่วยดีขึ้นหรือสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ก็เกิดความรู้สึกภูมิใจและมีกำลังใจที่จะดูแลต่อไป ความรัก ความผูกพัน และความรับผิดชอบในบทบาทของตนเองเป็นแรงผลักดันสำคัญให้ผู้ดูแลอดทน แม้จะต้องเผชิญกับความยากลำบากและมองว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่และเป็นส่วนหนึ่งของความรักในครอบครัว แม้เหนื่อยแต่เต็มใจที่จะทำอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 3 ทักษะการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทักษะการดูแลเชิงบวกต่อผู้ป่วย โดยมองว่าผู้ป่วยยังคงมีคุณค่าและศักยภาพ แม้จะมีข้อจำกัดทางร่างกายจากโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังคงแสดงความพยายาม ความมีวินัย และจิตใจที่เข้มแข็ง ผู้ดูแลเชื่อว่าหากได้รับการฟื้นฟูและกำลังใจอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยจะสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยจึงเป็นแรงผลักดันสำคัญให้ผู้ดูแลตั้งใจและมีความหวังในการดูแลต่อไป ซึ่งสะท้อนถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เข้มแข็งและมุมมองที่ให้เกิดดีผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่ยังสามารถพัฒนาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ประเด็นที่ 4 การรับมือกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่างมีวิธีการปรับตัวและรับมือกับการดูแลในรูปแบบที่หลากหลาย โดยใช้ทั้งการจัดการเวลา การหาความรู้และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ผู้ดูแลบางรายเลือกแบ่งเวลาให้ตนเองได้พักผ่อนหรือทำกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด เช่น พูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือทำสวน ขณะที่บางรายใช้วิธีหาความรู้เพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ตหรือปรึกษาทีมสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การได้รับการสนับสนุนจาก อสม. และทีมหมอครอบครัวช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และทำให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนถึงการปรับตัวเชิงบวก

ประเด็นที่ 5 ปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ถึงปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคต่อการดูแลอย่างชัดเจน ปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากทีมหมอครอบครัว พยาบาล นักกายภาพ และ อสม. รวมถึงการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคหลายด้าน เช่น ขาดอุปกรณ์กายภาพที่เพียงพอ พื้นที่บ้านคับแคบ

1.3 การสนทนากลุ่ม

จากการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยกระบวนการสนทนากลุ่มโดยเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถสรุปภาพรวมของประเด็นสถานการณ์ และปัญหาในการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของโมเดล 5 ด้าน (5I Model)

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. Integration (การบูรณาการข้อมูลและบริการ)	จัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยร่วมระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ อสม. เพื่อการติดตามต่อเนื่อง
2. Involvement (การมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น)	ผู้นำชุมชนและ อปท. เข้ามามีบทบาทร่วมในแผนดูแลฟื้นฟูและจัดสรรทรัพยากร

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของโมเดล 5 ด้าน (5I Model) (ต่อ)

องค์ประกอบ	รายละเอียด
3. Intervention (การดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน)	ทีมหมอครอบครัวลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ร่วมกับนักกายภาพ อสม. และอาสาดูแลผู้ป่วย เพื่อฟื้นฟูตามสภาพ
4. Information (การให้ความรู้และพัฒนาทักษะ)	จัดอบรมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการฟื้นฟู ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนและการใช้เครื่องช่วย
5. Improvement (การติดตามและประเมินผลลัพธ์)	ประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด: Barthel Index, ภาวะแทรกซ้อน, Re-admit, ภาวะพิการ, คุณภาพชีวิต

2. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

2.1 ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 90)

ลำดับ	รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	62	68.9
	หญิง	28	31.1
2	อายุ (ปี)		
	น้อยกว่า 30 ปี	10	11.1
	ระหว่าง 31-50 ปี	21	23.3
3	ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วย		
	บิดา/มารดา	41	45.5
	สามี/ภรรยา	38	42.2
	ญาติ	12	13.3
4	ระยะเวลาที่ป่วย		
	น้อยกว่า 3 ปี	33	36.4
	ระหว่าง 4-6 ปี	39	43.3
	มากกว่า 6 ปี	18	20.0
5	ประวัติโรคประจำตัว		
	โรคเบาหวาน	20	22.2
	โรคความดัน	45	50.0
	ไม่มีประวัติโรคประจำตัว	25	27.8

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนใหญ่เพศชายจำนวน 62 คน (ร้อยละ 68.9) อายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 59 คน (ร้อยละ 25.6) มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยการเป็นบิดา/มารดาจำนวน 41 คน (ร้อยละ 45.5) ระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง 4-6 ปี จำนวน 39 คน (ร้อยละ 43.3) และมีประวัติโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 45 คน (ร้อยละ 50.0)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 90)

ลำดับ	รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	40	44.4
	หญิง	50	55.6
2	อายุ (ปี)		
	น้อยกว่า 30 ปี	25	27.8
	ระหว่าง 31-50 ปี	49	54.4
	มากกว่า 50 ปี	16	17.8
3	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
	บิดา/มารดา	5	5.6
	สามี/ภรรยา	38	42.2
	บุตร	35	38.9
	ญาติ	12	13.3
4	ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
	น้อยกว่า 3 ปี	33	36.4
	ระหว่าง 4-6 ปี	39	43.3
	มากกว่า 6 ปี	18	20.0
5	รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
	น้อยกว่า 15,000 บาท	31	34.4
	15,001-30,000 บาท	42	46.7
	มากกว่า 30,000 บาท	17	18.9
6	งานประจำของผู้ดูแลผู้ป่วย		
	มีงานประจำ	44	48.9
	ไม่มีงานประจำ	46	51.1
7	เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่		
	เคย	34	37.8
	ไม่เคย	56	62.2

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนใหญ่เพศหญิงจำนวน 50 คน (ร้อยละ 55.6) อายุระหว่าง 31-50 ปี จำนวน 49 คน (ร้อยละ 54.4) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยการเป็นสามี/ภรรยาจำนวน 38 คน (ร้อยละ 42.2) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยระหว่าง 4-6 ปี จำนวน 39 คน (ร้อยละ 43.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 15,001-30,000 บาท จำนวน 42 คน (ร้อยละ 46.7) ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีงานประจำจำนวน 46 คน (ร้อยละ 51.1) และผู้ดูแลผู้ป่วยไม่เคยไม่เคยได้รับการอบรมจำนวน 56 คน (ร้อยละ 62.2)

2.2 ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 90)

ตัวแปรที่ศึกษา		จำนวน (n = 90)		
		$\bar{x}$	SD	การแปลผล
1	ฉันรู้สึกมีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอย่างเต็มที่	3.77	0.83	มาก
2	ฉันมีความสามารถเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน	3.84	0.98	มาก
3	ฉันรู้สึกเครียดจากภาระการดูแลผู้ป่วย	3.64	0.72	มาก
4	ฉันสามารถขอความช่วยเหลือจากทีมหมอบรรคับหรือชุมชนได้เมื่อจำเป็น	3.73	0.75	มาก
5	ฉันได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	3.68	0.84	มาก
6	การดูแลผู้ป่วยทำให้ฉันเสียโอกาสในเรื่องอื่น ๆ ในชีวิต	3.81	0.81	มาก
7	ฉันรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย	3.73	0.76	มาก
8	ฉันได้รับการสนับสนุนทางใจจากคนรอบข้าง	3.76	0.75	มาก
รวม		3.75	0.81	มาก

ตารางที่ 4 พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก มีค่าเฉลี่ย 3.75 (SD = 0.81) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ 2 ฉันมีความสามารถเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันมีความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก มีค่าเฉลี่ย 3.84 (SD = 0.98)

2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 90)

ตัวแปรที่ศึกษา		จำนวน (n = 90)		
		$\bar{x}$	SD	การแปลผล
1	การเคลื่อนไหว	3.80	0.75	มาก
2	การดูแลตนเอง	3.84	0.84	มาก
3	การทำกิจกรรมประจำวัน	3.74	0.72	มาก
4	ความเจ็บปวด/ไม่สบาย	3.77	0.85	มาก
5	ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า	3.78	0.82	มาก
รวม		3.79	0.80	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก มีค่าเฉลี่ย 3.79 (SD = 0.81) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ 2 การดูแลตนเองมีความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากมีค่าเฉลี่ย 3.84 (SD = 0.80)

2.4 การประสานมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรคับและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสานมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน (n = 90)

ตัวแปรที่ศึกษา		จำนวน (n = 90)		
		$\bar{x}$	SD	การแปลผล
1	ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	3.88	0.80	มาก
2	ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอความต้องการในส่วนที่ท่านรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	3.74	0.89	มาก
3	ท่านได้ร่วมคิด และเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อแก้ไขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	3.84	0.75	มาก
4	เมื่อมีการประชุมเสนอแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ท่านได้เข้าประชุมอย่างน้อยเพียงใด	3.78	0.85	มาก
5	ทุกคนในทีมได้ให้ท่านตัดสินใจในบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งเป็นบทบาทในการทำงานของท่านอย่างน้อยเพียงใด	3.78	0.88	มาก
รวม		3.80	0.83	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ				
1	ท่านได้เข้าร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงานบทบาท หรือกิจกรรมที่วางแผนไว้	3.64	0.72	มาก
2	ท่านได้ร่วมการปฏิบัติงานตามแผนอย่างสม่ำเสมอ	3.73	0.75	มาก
3	ท่านได้แสดงความสามารถของตนเองอย่างอิสระในการปฏิบัติตามแผน	3.74	0.82	มาก
4	ท่านรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการมีส่วนร่วมสนับสนุนทรัพยากร และช่วยการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย	3.77	0.85	มาก
5	ท่านได้มีส่วนร่วมประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.78	0.88	มาก
รวม		3.73	0.80	มาก

ตารางที่ 6 พบว่าการประสานมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว ทีมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากมีค่าเฉลี่ย 3.80 (SD = 0.83) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ 1 ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากมีค่าเฉลี่ย 3.88 (SD = 0.80) และด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการมีความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากมีค่าเฉลี่ย 3.73 (SD = 0.80) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ 5 ท่านได้มีส่วนร่วมประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากมีค่าเฉลี่ย 3.78 (SD = 0.88)

2.5 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยรูปแบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมงานครอบครัวและชุมชน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการทดลอง 6 เดือน ด้วย “โมเดลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแบบบูรณาการ(Integrated Home-Based Stroke Care Model: IHSCM)” (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยรูปแบบการสร้างสรรค์เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง (n = 90)

	กลุ่มตัวอย่าง (n=90)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
ค่า Barthel Index		
พึ่งพิงมาก	6 (6.67)	5 (5.56)
พึ่งพิงปานกลาง	69 (76.67)	61 (67.78)
พึ่งพิงน้อยหรือเกือบอิสระ	15 (16.66)	24 (26.66)
	Mean=2.110, SD=0.472	Mean=2.212, SD=0.526
ภาวะแทรกซ้อน		
มี	4 (4.44)	1 (1.11)
ไม่มี	86 (95.56)	89 (98.89)
	Mean=1.955, SD=0.206	Mean=1.998, SD=0.105
ภาวะ Re-admit		
กลับเข้ารับรักษา (Yes)	8 (8.89)	2 (2.22)
ไม่กลับเข้ารับรักษา (No)	82 (91.11)	88 (97.78)
	Mean=1.911, SD=0.258	Mean=1.978, SD=0.147
ภาวะพิการ		
พิการน้อย / อิสระมาก	6 (6.67)	5 (5.56)
พิการปานกลาง	69 (76.67)	61 (67.78)
พิการเล็กน้อย/เกือบอิสระ	15 (16.66)	24 (26.66)
	Mean=2.110, SD=0.472	Mean=2.212, SD=0.526

จากตารางที่ 6 ก่อนการทดลอง 1) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยค่า Barthel Index มีค่าเฉลี่ยรวม 2.110 (SD=0.472) โดยผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง (Moderate dependence) มากที่สุดจำนวน 69 คน (ร้อยละ 76.67) 2) ภาวะแทรกซ้อนมีค่าเฉลี่ยรวม 1.955 (SD=0.206) โดยผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดจำนวน 86 คน (ร้อยละ 95.56) 3) ภาวะ Re-admit มีค่าเฉลี่ยรวม 1.911 (SD=0.258) โดยผู้ป่วยไม่กลับเข้ารับการรักษาจำนวน 82 คน (ร้อยละ 91.11) และ 4) ภาวะพิการด้วยค่า Barthel Index มีค่าเฉลี่ยรวม 2.110 (SD=0.472) โดยผู้ป่วยมีภาวะพิการปานกลาง (Moderate dependence) มากที่สุดจำนวน 69 คน (ร้อยละ 76.67)

หลังการทดลอง 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยค่า Barthel Index มีค่าเฉลี่ยรวม 2.212 (SD=0.526) โดยผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง (Moderate dependence) มากที่สุดจำนวน 61 คน (ร้อยละ 76.67) 2) ภาวะแทรกซ้อนมีค่าเฉลี่ยรวม 1.998 (SD=0.105) โดยผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดจำนวน 89 คน (ร้อยละ 98.89) 3) ภาวะ Re-admit มีค่าเฉลี่ยรวม 1.978 (SD=0.147) โดยผู้ป่วยไม่กลับเข้ารับการรักษา จำนวน 88 คน (ร้อยละ 97.78) และ 4) ภาวะพิการด้วยค่า Barthel Index มีค่าเฉลี่ยรวม 2.212 (SD=0.526) โดยผู้ป่วยมีภาวะพิการปานกลาง (Moderate dependence) มากที่สุดจำนวน 61 คน (ร้อยละ 67.78)

2.6 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยรูปแบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วย “โมเดลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแบบบูรณาการ (Integrated Home-Based Stroke Care Model: IHSCM) (ตารางที่ 7-8)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะพิการ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยรูปแบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ (n = 90)

ประเด็น	n	Median	SD	IQR	Z	p-value
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน						
ก่อนทดลอง	90	45	1.012	31-58	-5.611 ^a	<0.05
หลังทดลอง	90	72	0.926	65-81		
ก่อนทดลอง	90	40	1.311	31-58	-8.85 ^a	<0.05
หลังทดลอง	90	72	1.605	65-81		

^a หมายเหตุ: Z แสดงถึงค่าสถิติจาก Wilcoxon Signed-Rank Test, p < 0.05

ตารางที่ 7 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่ามีระดับคะแนนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มขึ้นโดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 72 (IQR = 65 - 81) ค่า Z = -5.611 (p < 0.05) และภาวะพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 72 (IQR = 65 - 81) ค่า Z = -8.85 (p < 0.05)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการมีภาวะแทรกซ้อน และภาวะ Re-admit ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยรูปแบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ (n = 90)

ประเด็น	การวัดผล		p-value
	มี	ไม่มี	
ภาวะแทรกซ้อน			
ก่อนการทดลอง	4 (4.44)	86 (95.56)	<0.05 ^b
หลังการทดลอง	1 (1.11)	89 (98.89)	
ภาวะ Re-admit			
ก่อนการทดลอง	8 (8.89)	82 (91.11)	<0.05 ^b
หลังการทดลอง	2 (2.22)	88 (97.78)	

^b มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar Test)

ตารางที่ 8 ภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีส่วนร่วมการไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นร้อยละ 98.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และภาวะ Re-admit จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีส่วนร่วมการไม่มีภาวะ Re-admit เพิ่มขึ้นร้อยละ 97.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

2.1 สถานการณ์ปัจจุบันสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและการดำเนินงานด้านการดูแล

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.9) อายุเกิน 50 ปี (ร้อยละ 25.6) ระยะเวลาป่วย 4-6 ปี (ร้อยละ 43.3) มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 50) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก (คู่สมรส/บุตร) และได้รับการติดตามจากทีมหมอครอบครัว พยาบาล และ อสม. ประสิทธิภาพเริ่มต้นมีความเครียดหมดหวัง แต่ได้รับการกำลังใจและการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความหวังและปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น มีความต้องการอุปกรณ์กายภาพ การฝึกพูด การฟื้นฟูต่อเนื่อง และชมรมผู้ป่วยในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสมาชิกในครอบครัวใกล้ชิด (คู่สมรส/บุตร) รับบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยเต็มเวลาทำหน้าที่ครอบคลุมด้านกาย ใจ และประสานงานกับทีมสุขภาพ มีความรู้สึกเหนื่อย เครียด สงสาร แต่มีความรักและความผูกพัน ทำให้มีกำลังใจดูแลต่อใช้วิธีรับมือ เช่น แบ่งเวลาพักผ่อน หาความรู้ ปรึกษาทีมสุขภาพ ขอความช่วยเหลือจาก อสม. หรือพูดคุยกับผู้อื่นที่หมอครอบครัวและชุมชนเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ให้คำแนะนำด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นแรงสนับสนุนทางใจ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยวทำงานร่วมกับ อสม. ในการติดตามสุขภาพ

2.2 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของทีมหมอครอบครัวและชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย 1) ด้านอุปกรณ์

และสิ่งแวดล้อมขาดอุปกรณ์กายภาพ เช่น เตียงปรับระดับ ยางยึด บาร์จับพื้นที่บ้านคับแคบ ทำให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือใช้เครื่องมือฝึกฟื้นฟูยากขาดระบบยืมอุปกรณ์จาก รพ.สต. และบริการรับส่งผู้ป่วย 2) ด้านบุคลากรและเวลาผู้ดูแลบางคนต้องทำงานประจำ ทำให้แบ่งเวลาไม่สะดวกการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว/นักกายภาพอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด 3) ด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ หรือกังวลเรื่องสุขภาพผู้ป่วยผู้ป่วยบางรายมีปัญหาทักษะการพูด การเคลื่อนไหว หรือความจำ ทำให้ต้องการการฟื้นฟูต่อเนื่อง 4) ด้านระบบสนับสนุนขาดชมรมผู้ป่วยชุมชนหรือกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเข้าถึงนักบำบัดการพูดและนักกายภาพยังไม่ครอบคลุมทุกบ้านการเดินทางไปโรงพยาบาลยังเป็นอุปสรรค

2.3 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจากการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน (5I Model” for Participatory Home-Based Stroke Care)

สมมุติฐานที่ 1

ภายหลังการใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ผู้ป่วยมีค่า BI สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁶⁾

สมมุติฐานที่ 2

ภายหลังการใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ผู้ป่วยมีการเกิดภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁷⁾

สมมุติฐานที่ 3 ภายหลังการใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Re-admit) น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁶⁾

สมมุติฐานที่ 4 ภายหลังการใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ผู้ป่วยมีภาวะพิการน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁸⁾

สมมุติฐานที่ 5 ภายหลังการใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁹⁾

สรุปการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอและชุมชน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ด้วยการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ (5I Model” for Participatory Home-Based Stroke Care) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) 2) ภาวะแทรกซ้อน (แผลกดทับ, ปอดบวม ฯลฯ) 3) ภาวะ Re-admit (การกลับมารักษาซ้ำ) 4. ภาวะพิการ และ 5) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล



ภาพที่ 4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแบบบูรณาการโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ (5I Model” for Participatory Home-Based Stroke Care)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครัวและชุมชน ที่เกิดจากการปฏิบัติที่มีทิศทางการทำงานร่วมกัน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและผู้ดูแลได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนี้

1.1 ทีมหมอบรรลุครัว ทำหน้าที่สนับสนุนองค์ความรู้ทางการแพทย์และทักษะเฉพาะทาง และวางแผนการดูแล (Care Plan) ร่วมกับญาติ ประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน (เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ) ประโยชน์ที่ได้รับคือผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ลดอัตราการ Re-admit และภาวะแทรกซ้อน

1.2 ทีมชุมชน ทำหน้าที่เฝ้าระวังและสนับสนุนทางสังคม ลงเยี่ยมบ้านถึงที่ทีมโรงพยาบาล เพื่อติดตามการออกกำลังกายประจำวัน และรายงานความผิดปกติผ่านระบบสื่อสาร (เช่น LINE Group) และจัดทำงบประมาณสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ (ผ้าอ้อมผู้ใหญ่, เตียง, รถเข็น) และปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย ประโยชน์ที่ได้รับคือผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง มีกำลังใจดีขึ้น และลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผ่านสวัสดิการชุมชน

1.3 ผู้ดูแล ทำหน้าที่ตามแผนการดูแลในชีวิตประจำวัน โดยการฝึกทักษะการพลิกตัว การให้อาหาร และการออกกำลังกายเบื้องต้นตามที่ทีม FCT แนะนำ ประโยชน์ที่ได้รับคือมีความมั่นใจในการดูแล (Self-efficacy) ลดความเครียด และเห็นพัฒนาการของผู้ป่วยที่ชัดเจน

2. ทีมหมอบรรลุครัวและชุมชนเป็นแกนนำหลักในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนผู้ดูแลในเรื่องความรู้ทักษะในการฟื้นฟูร่างกาย การดูแลภาวะโภชนาการ การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในช่วงการฟื้นฟูที่บ้าน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีนโยบาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตั้งแต่ หน่วยบริการตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ ที่เชื่อมโยงกันและสนับสนุนให้หน่วยงานทางสุขภาพ ของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีการทำงานของทีมหมอบรรลุครัวและชุมชน ประสานความร่วมมือกันในการดูแล

2. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ อาจเชื่อมต่อกับองค์กรท้องถิ่น ที่มีทรัพยากรที่สามารถสนับสนุน และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ นอกเหนือจากการดูแลทางด้านสุขภาพ เช่นการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม สนับสนุนทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ควรให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วยทีมสุขภาพในระดับชุมชน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน และกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและผู้ดูแล โดยระยะที่ควรพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค ระยะ 3 เดือน ควรศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม และควรมีการศึกษาลักษณะหลังการทดลองออกเป็น ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการทดลอง 3 หรือ 6 เดือน เพื่อเป็นการประกันถึงคุณภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.American Heart Association. Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association [Internet]. 2016 [cited 2025 May 15]. Available from: <http://www.heart.org/idc/groups/>
- 2.Russo T, Felzani G, Marini C. Incidence of stroke in young adults. Stroke Res Treat. 2011;2011:535672.
- 3.World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Aug 15].
- 4.World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2025 Aug 15]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full
- 5.สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2568 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
- 6.นันทกาญจน์ ปักซี่, ทิฏฐิ ศรีวิสัย, เสน่ห์ ขุนแก้ว. การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม แนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนูตรดิตถ์. 2564;13(1):47-61.
- 7.เมธิณี เกตวาธิมาตร. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะวิกฤต. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560;11(2):71-80.
- 8.นันทกาญจน์ ปักซี่. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัวและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. Rama Nurs J. 2559;30(2).
- 9.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โรงพยาบาลเหินโคลง. รายงานข้อมูลรายโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 21 มิถุนายน 2568].
- 10.ปาริชาติ ปานพานิช. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน: กรณีศึกษาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
- 11.จันทร์ศรี วรรณสถิตย์, ปิยะนันท์ จันทา, นวรัตน์ ท้าวอาจ, นิตยา เป้าป่า, วิลาวัลย์ หมายยะ. การพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ระบบ 1A4C สู่การดำเนินชีวิตประจำวัน. วารสารวิชาการ สาธารณสุข. 2561;27(5):877-86.
- 12.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
- 13.ชานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: วีอินเตอร์; 2551.
- 14.Koul L. Methodology of educational research. New Delhi: Vani Educational Books; 1984.
- 15.World Health Organization. Standardized clinical assessment and management plans for stroke rehabilitation: a practitioner's manual. Geneva: WHO Press; 2020.
- 16.อุเทน สุทิน. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยประสานการมีส่วนร่วมของทีมงาน ครอบครัวและชุมชน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.
- 17.ดลปัทฏ์ ทรงเลิศก. การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลปัญหา ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(2):48-57.

18.กัญจน์นิชา เรืองชัยทวิสุข, อภิญา วงศ์พิริยโยธา, นริสา วงศ์พนารักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2564;14(1):213-25.

19.วรุณศิริ โกมาสถิตย. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เครือข่ายจังหวัดเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557;33(2).