

บทความวิจัย

A care model for stroke patients from the hospital to the community Yang Si Surat district, MahaSarakhm province

Received: Jul 25, 2023
Revised: Oct 23, 2023
Accepted: Nov 27, 2023

Wimonphan Tewela, M.N.S.¹
Napaphen Jantacumma, Dr.PH²
Pimrat Thammaraksa, Dr.PH³

Abstract

Introduction: Stroke is a major health concern. Continuous care of stroke patients from the hospital to their homes helps improve the quality of rehabilitation.

Research Objectives: The study aimed to: 1) assess the situation; 2) develop a new model for caring stroke patients from hospital to community; and 3) evaluate the results after using the model.

Research Methodology: This R & D study consisted of 3 phases as follow 1) Situation investigation, 2) Model development, and 3) Study the results of using the model. The sample was stroke patients and their caregivers, and a multidisciplinary team/community network comprising 30 people using purposive sampling. The tools were an assessment form on the patient's ability to perform daily activities (Barthel Index) and a satisfaction survey processing time June- August 2022. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t- test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The findings revealed that 1) Patients and caregivers lacked confidence in self-rehabilitation, data transfer between hospitals and communities was delayed, and 2) The model developed comprised a guideline for caring for stroke patients from the hospital to the community, a self-care manual for stroke patients, and new clear guidelines for follow-up home visits with a system to transmit home visit information to the health service network. 3) The patients' ability to perform daily activities significantly increased ($p<.05$).

Conclusions: Rehabilitation of stroke patients by caregivers, multidisciplinary teams, and community networks helps stroke patients perform more daily activities.

Implications: A specific rehabilitation model should be developed for stroke patients with limited daily practice to enhance the effectiveness of recovery.

Keywords: patient care model, stroke, hospital to community, Barthel index

¹Student in Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner. Email: tuktomtik@hotmail.com

²Corresponding author: Assistant Professor Doctor of School of Nursing. Email: napaphen_ja@hotmail.com

³Lecturer Email: pimrat.t@bcn.ac.th

²School of nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

³Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute, Thailand.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Received: Jul 25, 2023

Revised: Oct 23, 2023

Accepted: Nov 27, 2023

วิมลพรรณ เทเวลา พย.ม.¹นภาพิณ จันทขัฒมา ส.ด.²พิมพัรัตน์ ธรรมรักษา ส.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและพัฒนา มี 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบฯ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นคำถามกึ่งโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และความพึงพอใจ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า 1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสภาพตนเอง การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนไม่ต่อเนื่อง เกณฑ์การเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจน 2) รูปแบบฯที่พัฒนามีการจัดทำแนวปฏิบัติ คู่มือ แนวทางการเยี่ยมบ้าน และระบบการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน 3) ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน สามารถเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ: ควรมีรูปแบบการฟื้นฟูที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย เพื่อให้การฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสู่ชุมชน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ Email: tuktomtik@hotmail.com

² Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย
Email: napaphen_ja@hotmail.com

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย Email: pimrat.t@bcn.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะอัมพาต หรือ อัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2560 พบว่า ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในประชากรไทย นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life year) ที่สำคัญอันดับที่ 3 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิง¹ พบว่าประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว² โดยในปี 2560 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 278.49 ต่อแสนประชากร ปี 2561 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 303.2 ต่อแสนประชากรและ ปี 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 318.89 ต่อแสนประชากร³ จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยใน พ.ศ. 2560-2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1,994, 2,444, 2,661 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 81, 79, 87 ราย ตามลำดับ⁴

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความพิการเหลืออยู่ โดยที่ร้อยละ 90 มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วที่จะมีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 10 และอีกร้อยละ 50-60 จะมีภาวะแทรกซ้อนและมีความพิการ⁵ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว และการทรงตัว การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความพิการเหลือน้อยที่สุด⁶

จากการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลยางสีสุราชมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2562 จำนวน 45 ราย ร้อยละ 6.66 เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีผลกดทับและ ต้องเข้ารับการรักษาด้วยโรคแทรกซ้อน คือ โรคปอดอักเสบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 มีผลกดทับ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.22 มีปัญหาเรื่องข้อติด 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันของอำเภอยางสีสุราชมีการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในส่วนของโรงพยาบาลจังหวัด

และโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น ในส่วนของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังไม่มี การเชื่อมต่อข้อมูลและแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยล่าช้า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง มีการปฏิบัติแยกส่วนกันระหว่างวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ของแวนเนอร์และคณะ⁷ ช่วยทำให้เกิดระบบการดูแลของทีมผู้ให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การส่งต่อข้อมูล ที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะและกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย ซึ่งพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น⁸ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประยุกต์แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (community resources and policies) 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ (health care organization) 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self – management support) 4) การออกแบบระบบการให้บริการ (delivery system design) 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก (clinical information system) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ โดยการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (barthel index) และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทีมสหวิชาชีพของอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชน

ผู้ป่วยและผู้ดูแล

- วิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชน
- วิเคราะห์รูปแบบการให้บริการที่ได้รับจากระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์การบริการ 6 องค์ประกอบ

- 1) การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน
- 2) หน่วยบริการสุขภาพ
- 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง
- 4) การออกแบบระบบการให้บริการ
- 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ
- 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก

เครือข่ายชุมชน (อสม. อปท.)

- การพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
- การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- การสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- การแบ่งปันทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการสุขภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชน

- 1) การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน
- 2) หน่วยบริการสุขภาพ
- 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง
- 4) การออกแบบระบบการให้บริการ
- 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ
- 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (barthel index)
- 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชนอำเภอยางสีสุราช
2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชน อำเภอยางสีสุราช
3. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชนอำเภอยางสีสุราช

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้รับบริการประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 45 คน 2) กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 20 คน

ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 20 คน ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตั้งแต่ปี 2562-2563 2) อ่าน ฟังและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มผู้รับบริการขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดย โดยค่า effect size คำนวณจากผลการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดไทรใต้

ของซิล เทพบุตร⁹ คำนวนค่า effect size ได้ 1.26 กำหนดให้อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่น (α) = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน 2) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 4 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน และอสม.ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 คน รวมเป็น 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 การศึกษาปัญหา ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนประกอบด้วย (1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลและผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนประกอบด้วย 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยของสถาบันประสาทวิทยา¹⁰ มีจำนวน 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การรับประทานอาหาร (2) การขึ้นลงจากเตียง (3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม (4) การเข้าห้องน้ำ (5) การอาบน้ำ (6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน (7) การขึ้นบันได (8) การแต่งตัว (9) การถ่ายอุจจาระ และ (10) การปัสสาวะ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 0-15 คะแนน มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพจำนวน 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์

เชิงลึกเสนออาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เครื่องมือได้รับการตรวจสอบจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) .80 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลข NS No. 18/2565 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2565 ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก ทั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 ด้วยตนเองโดยการดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจำนวน 10 คน การสนทนากลุ่ม สำหรับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน จำนวน 10 คน และวิเคราะห์ผลการศึกษา ในส่วนของระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยศึกษาแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง จากนั้นนำข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม คั้นข้อมูลให้กับผู้เข้าร่วมประชุม พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแบบให้มีความเหมาะสม

ระยะที่ 3 ดำเนินการโดยมีกิจกรรม 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างรวม 30 คน กิจกรรมที่ปฏิบัติมีรายละเอียด ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการ โดยประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพ ชี้แจงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน วางแผนการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 2-4 ทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กิจกรรมประกอบด้วยการฟื้นฟูเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

โดยนักกายภาพบำบัด สื่อการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล คู่มือในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 5 - 9 ผู้รับบริการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลฟื้นฟู สุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สัปดาห์ที่ 10 - 11 ทีมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้านตามที่ระบุในรูปแบบฯ เพื่อให้คำปรึกษา คำแนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ยังทำ ไม่สำเร็จและตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสุขภาพ สัปดาห์ที่ 12 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่นำไปทดลอง ใช้มี 2 ลักษณะคือ

- 1) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก จากผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ได้แก่ การประเมินความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
- 2) ประเมินความพึงพอใจต่อการบริการตามรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นโดยประเมินจากผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน (Barthel Index) ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ โดยใช้ สถิติการทดสอบที (t-test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ($\alpha=.05$)
3. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการ สทนากลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

1. การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน
เครือข่ายชุมชนยังไม่มีแผนงานที่ชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วย มีการพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกันกับทีมสหสาขา วิชาชีพ และเครือข่ายชุมชน มีการประสานงานหน่วยงาน องค์การบริหารส่วนตำบล ในการสนับสนุนอุปกรณ์/ทุน ใน การฟื้นฟู อบรมผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

2. หน่วยงานบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ครอบคลุม ถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ยังไม่มี การอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการผลักดัน แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าคณะกรรมการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมีความเชื่อมโยงกันจากในโรงพยาบาล และมีการดูแลต่อเนื่องในชุมชน วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านและเครือข่ายชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

3. สนับสนุนการดูแลตนเอง ผู้ป่วยและผู้ดูแล ยังขาด ความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพตนเอง ยังไม่มีแนวทาง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน มีการพัฒนา โดยจัดทำคู่มือในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง มี CPG (Clinical practice guideline) ในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

4. การออกแบบระบบการให้บริการ การเดินทาง มารับบริการที่โรงพยาบาลลำบาก ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตาม รักษา และยังไม่มีการเฝ้าระวังในการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วางแผนการจำหน่ายร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพเครือข่าย ชุมชน พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชน

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพยังไม่มี ช่องทางที่ชัดเจนในการให้คำปรึกษากรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา ยุ่งยากซับซ้อน จัดทำคู่มือในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ประชุมวิชาการในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง แก่ อสม. และผู้ดูแล มีระบบการให้ คำปรึกษาด้านสุขภาพโดยผู้เชี่ยวชาญผ่านทางโทรศัพท์

6. ระบบข้อมูลทางคลินิก การส่งต่อข้อมูลยังล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและได้รับการฟื้นฟูซ้ำ มีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้โปรแกรม smart continuum of care (COCr 9) ซึ่งเป็นโปรแกรมระบบประสานข้อมูลการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมมากขึ้น

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

หลังการพัฒนา ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีคะแนน Barthel ADL เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยร้อยละ 20 (6 ราย) พบว่า 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย คือ เริ่มมีข้อติด ทำให้ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งในระยะเวลา 12 สัปดาห์ไม่เพียงพอที่จะวัดผลการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยอีก 4 ราย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดซึ่งมีคะแนน Barthel ADL ก่อนและหลัง 100

คะแนนเท่าเดิม บางรายถึงแม้จะมีการวัดผลโดยใช้คะแนน Barthel ADL แต่ผลที่วัดได้ยังไม่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน ซึ่งจากการสังเกตพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความกระตือรือร้นในการฝึกปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมจาก อสม.

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการพัฒนาทั้งหมด 30 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและกระตุ้นให้ทำกายภาพบำบัด ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Paired t-test ($n = 30$)

	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบฯ		t	P-value
	M	SD	M	SD		
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	70.50	16.52	79.00	15.22	-8.10	.00*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนน Barthel ADL ก่อนและหลัง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนา

รายที่	ADL		การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้
	ก่อน	หลัง	
1	85	95	เดิมผู้ป่วยเดินขึ้นลงบันไดต้องมีคนช่วย ตอนนี้ขึ้นลงบันไดได้เอง
2	60	70	เดิมการลุกจากเก้าอี้ต้องมีคนช่วยพยุง 2 คน ตอนนี้มีคนช่วยพยุงเพียง 1 คน
3	65	75	เดิมผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ปัจจุบันสามารถใส่เสื้อผ้าได้แต่ต้องมีคนช่วยบ้าง มีระบบโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย จากที่เคยขาดนัด ปัจจุบันมาตรวจตามนัดทุกครั้ง
4	50	65	เดิมผู้ป่วยไม่สามารถลุกนั่งได้ ต้องมีคนช่วยยกขึ้น ปัจจุบัน มีคนช่วยพยุงในการลุกนั่ง
5	100	100	ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน และ อสม. บ่อยขึ้น
6	60	70	กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้า
7	80	90	เดิมนั่งรถเข็นคลื่อนที่เองภายในบ้าน ปัจจุบันสามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง
8	60	75	เดิมผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ หลังเข้าร่วมกิจกรรม สามารถรับประทานอาหารเองได้ โดยญาติจัดเตรียมไว้ให้
9	45	45	ญาติมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
10	65	75	ญาติเตรียมอาหารไว้ให้ใกล้ ๆ ก่อนออกไปทำงานผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเองได้
11	60	75	ผู้ป่วยสามารถลุกจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้ เดิมผู้ป่วยไม่สามารถลุกไปนั่งเก้าอี้ได้
12	100	100	ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน และ อสม. บ่อยขึ้น
13	65	65	ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจในการฟื้นฟูสุขภาพ กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power
14	70	90	เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้า
15	85	95	กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้า
16	70	75	ผู้ป่วยสามารถลุกจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้ เดิมผู้ป่วยไม่สามารถลุกไปนั่งเก้าอี้ได้
17	60	70	มารับยาตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยนั่งรถเข็นได้ เดิมไม่สามารถลุกจากที่นอนได้ อสม. ไปวัดความดันโลหิต ให้ก่อน แล้วให้ญาตินำข้อมูลไปรับยาแทนที่โรงพยาบาล
18	60	75	มี อสม. มานั่งคุยเป็นเพื่อนผู้ดูแลตอนกลางวันทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีกำลังใจ
19	85	95	ผู้ป่วยสามารถลุกจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้ เดิมผู้ป่วยไม่สามารถลุกไปนั่งเก้าอี้ได้
20	55	65	กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power เกรด 4 สามารถใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเดินได้
21	50	50	เคยขาดนัด ปัจจุบันมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เมื่อถึงวันนัดสามารถประสานงานกับ อบต. ในการนำส่งผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลเดิมผู้ป่วยไม่สามารถแปรงฟันล้างหน้าเองได้ ปัจจุบันสามารถทำได้ โดยญาติเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ อสม.
22	50	65	มาติดตามเยี่ยม ญาติมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถเข้าห้องน้ำทำความสะอาดได้เอง มีระบบโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนน Barthel ADL ก่อนและหลัง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนา (ต่อ)

รายที่	ADL		การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้
	ก่อน	หลัง	
23	85	95	ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น
24	100	100	กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power
25	75	85	เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้ากล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้า
26	75	80	ผู้ป่วยสามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้บ้าง เดิมผู้ป่วยไม่สามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทาง
27	55	70	สังคมมากขึ้น เช่น ไปทำบุญตักบาตร
28	100	100	ประสานรถ อบต. นำส่งเมื่อถึงวันนัดรับยาที่โรงพยาบาล
29	60	65	อสม.ไปวัดความดันโลหิตให้ก่อน แล้วให้ญาตินำข้อมูลไปรับยาแทนที่โรงพยาบาล
30	85	95	กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้า

ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพหลังใช้รูปแบบ ฯ

ความพึงพอใจรวม อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($M = 4.16$, $SD = .60$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการจัดการอย่างต่อเนื่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจรวม อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($M = 4.20$, $SD = .73$)

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแล ยังขาดความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ วาสนา มูลฐิ และคณะ¹¹ ที่ศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สามารถนำไปใช้ได้ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา

ของพื้นที่ ภายหลังการพัฒนาพบว่าการปรับระบบบริการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่โดยการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแลและ อสม. มีการจัดทำคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนและต่อเนื่องของทีมสหวิชาชีพ มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน สนับสนุนอุปกรณ์ในการทำกายภาพบำบัด มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และประเมินผลการดูแลร่วมกัน ทำให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสุขภาพ ภายหลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น จากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ ปิยนุช ภิญโญ และคณะ¹² ที่ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้ง สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น และการสร้างความต่อเนื่องในการดูแลโดยร่วมกับ อสม. ในการวางแผนและสร้างแนวทางในการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการให้บริการของทีมสหวิชาชีพ ระบบการดูแลผู้ป่วยพบว่า อยู่ในระดับพึงพอใจมาก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยและผู้ดูแล ยังต้องการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งความรู้และทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดูแลเป็น 6 เดือน ในผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 45- 60 คะแนน ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับ ผู้ดูแลมีกิจกรรมการช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น

2. การดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีระดับการพึ่งพาสูง ควรมีกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เฉพาะเจาะจงให้เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย ๆ ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน จึงควรเน้นกิจกรรมเฉพาะในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ และเพิ่มระยะเวลาในการดูแลเป็น 6 เดือน เพื่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

2. ควรเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มากกว่า 75 คะแนน และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะ golden period ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพตนเองได้

References

1. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statistics. Bangkok: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
2. Manosontorn S. Stroke prediction report. Bangkok: Bureau of Noncommunicable Diseases Department of Disease Control; 2014. (in Thai)
3. Somsak T. Stroke situation. Journal of Neurology of Thailand 2021;37:54-60. (in Thai)
4. Health Data Center Ministry of Public Health, Mahasarakham. Information to meet the stroke service plan [Internet]. 2020 [cited 2020 August 20]. Available from: <https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
5. Tantirittisak T, Teeraworawong T. Rehabilitation of stroke patients. Bangkok: Thanaplace; 2019. (in Thai)
6. Massakulpan P, SaringKaringul T, Reewtong G, Timayom P, Wicheinpisarn P. Guidelines for rehabilitation of stroke patients. 3rd ed. Bangkok: Thanaplace; 2016. (in Thai)

7. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hondmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. [Internet]. 2020 [cited 2020 August 20]. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content> (in Thai)
8. Ruthawongsa A. Development of case management guideline for the health care of new stroke patients at Kosumphisai Hospital, MaHahasarakham Province. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2019;24:22-39. (in Thai)
9. Sil T. Development of a model for caring for stroke patients at home. Sawanpracharak Medical Journal 2020;17:112-24. (in Thai)
10. Neuroscience Institute. Nursing guidelines for stroke patients. Bangkok: Thanaplace; 2016. (in Thai)
11. Muntree W, Moonkong S, Sirapongam Y, Leelajarus S. Results of the care program for stroke patients and caregiver: transition period from hospital to home, ability to perform daily activities, complications and patient satisfaction. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2016; 31:95-109 (in Thai)
12. Pinyo P. The development of care for stroke patients with the participation of community in the Northeastern context. SangkhlaNakarin Journal of Nursing 2015;35:93-112. (in Thai)