

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วม ในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กิตติภณ นามทวีชัยกุล, นศ. พย.ม.^{1*} เดชา ทาดี, วทศ.² วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, วท.ม.²

วันที่รับ: 21 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไข: 25 สิงหาคม 2568 วันที่ตอบรับ: 29 สิงหาคม 2568

บทคัดย่อ

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นกระบวนการพยาบาลสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิต การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนนำไปใช้จริง กลุ่มตัวอย่างการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ 20 คน ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา และระยะที่ 3 ประเมินผลใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกัน 7 คน และการศึกษาความเป็นไปได้ 21 คน โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ อุปสรรคการดูแลต่อเนื่อง แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกข้อมูลเหตุยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนกิจกรรมพัฒนารูปแบบและแบบสอบถามความเป็นไปได้การนำรูปแบบฯ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักตามแนวทางปฏิบัติจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 2) การส่งต่อข้อมูล 3) การบริการสุขภาพที่บ้าน และผู้มีส่วนร่วมดูแล ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาล และคลินิกหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแล ทั้งนี้คู่มือและแผนกิจกรรมเป็นแนวทางปฏิบัติ และผลการศึกษาความเป็นไปได้การนำรูปแบบฯ พบว่า รูปแบบดังกล่าวมีความเป็นไปได้ระดับสูง ($\bar{X}=52.10$, $SD=7.90$) จึงสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่พัฒนาขึ้นสามารถเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง, โรคหลอดเลือดสมอง, การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร
พะเยา

¹ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรพยาบาลมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน), คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* ผู้ประพันธ์บรรณานุกรม อีเมล Kittiphonm@hotmail.com

Development of the participatory continuity of care model among persons with stroke in the community

Kittiphon Namtaweechaikul, M.N.S. Stdnt.^{1*} Decha Tamdee, Ph.D.² Wilawan Tuanrat, M.Sc.²

Received: February 21, 2025 Revised: August 25, 2025 Accepted: August 29, 2025

Abstract

Home-based continuous care is a crucial nursing process for stroke patients in the community, aimed at reducing complications and enhancing quality of life. This research and development aimed to design a continuous care model and assess its feasibility for real-world implementation. A purposive sampling method was used to select participants, consisting of the study was conducted in three phases: (1) situation analysis, involving data collection from 20 participants; (2) model development and implementation; and (3) evaluation, where the same 7 participants from the development phase were assessed, along with an additional 21 participants for feasibility testing. The research instruments included questionnaires on issues, needs, and barriers to continuous care; semi-structured interview guides; and secondary patient data records. Additionally, the research instruments comprised an activity plan for model development and a feasibility assessment questionnaire. The instruments were validated for content validity and reliability (Cronbach's alpha coefficient=.98). Data analysis involved descriptive statistics and content analysis. The results showed that the participatory continuous care model consisted of three key processes: (1) discharge planning, (2) information transfer, and (3) home healthcare services. Stakeholders involved in the care process include healthcare team members, primary care unit, village health volunteers (VHVs), and caregivers. A handbook and an operational activity plan were provided as implementation guidelines. The feasibility assessment revealed that the model was highly viable ($\bar{X}$ =52.10, SD=7.90) In conclusion, the developed participatory continuous care model for stroke patients in the community serves as an effective guideline for continuous care, reducing complications and improving patients' quality of life.

Keywords: continuum of care model, stroke, stakeholder participation

1

¹ Master's degree students Nursing graduate program (Community Nurse Practitioner), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

* Corresponding e-mail: Kittiphonrn@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2443) แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตจะลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก (Global Burden of Disease Study 2021 Causes of Death Collaborators, 2024) โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองและเป็นสาเหตุของความพิการอันดับสามของโลก และกำลังเผชิญกับการระบาด ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลายประเทศยังขาดความพร้อมในการรับมืออย่างมีประสิทธิภาพ ยังขาดความพร้อมเรื่องงบประมาณในการวางแผนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพที่มากเกินไปแล้ว ส่งผลให้ประชากรขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Owolabi et al., 2022) ในประเทศไทย มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 มีอัตราผู้ป่วยเฉลี่ย 330 คนต่อประชากรแสนคน และแนวโน้มยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Thiamkao, 2023) โดยพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก

จากการศึกษาสถิติด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 10.35, 11.00 และ 10.92 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาค เขตสุขภาพที่ 9 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตรา 363.41, 372.34 และ 379.03 ต่อแสนประชากรในช่วงเวลาเดียวกัน รวมทั้งข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ (Buriram provincial health office, 2024) ได้สรุปแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 ว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 5,379 คน เป็น 6,121 คน และ 6,486 คน ตามลำดับ แม้ว่าอัตราการป่วยตายจะมีความผันผวน โดยอยู่ที่ร้อยละ 5.15, 4.34 และ 4.97 ตามลำดับ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งความบกพร่องทางร่างกายที่อาจนำไปสู่ความพิการ การต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่ลดลง โดยปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยรวม (Chansri, et al., 2021; Kundi et al., 2023) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังเป็นภาระของครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ด้านระบบบริการสุขภาพ โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีความต้องการการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้อัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อค่ารักษาที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทำให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจระดับประเทศได้ (Pitthayapong, 2018) นำไปสู่ปัญหาความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเมื่อต้องจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งยังมีความต้องการการดูแลต่อเนื่อง แต่แนวโน้มล่าสุดชี้ให้เห็นการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิต ทำให้มีค่าใช้จ่ายย่ำแย่ระหว่างการรักษาที่เพิ่มขึ้น (Pitthayapong, 2018) รวมถึงส่งผลให้ประเทศสูญเสียประชากรที่จะเป็นกำลังสำคัญในการทำงานก่อนวัยอันควร (Yusuwan, 2024) ดังนั้นการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิภาพระบบสาธารณสุข และเป็นแรงผลักดันให้มีการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้นสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การออกแบบวางแผนการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญและจะสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรุนแรงของโรคลดลง ลดภาวะแทรกซ้อนลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นต่อไป

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (service plan) ที่ครอบคลุมทั้งสาขาโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งเชื่อมโยงการบริการสุขภาพระหว่างระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและครอบคลุม อันจะช่วยลดอัตราป่วย อัตราตาย และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ (Health Administration Division, 2024) เน้นการดูแลผู้ป่วยที่พ้นวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ยังคงต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในช่วงแรกเพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย และช่วยฟื้นฟูสมองทำให้การฟื้นฟูของร่างกายมีแนวโน้มดีขึ้น (Marín-Medina et al., 2024) ทั้งนี้ ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้เน้นกระบวนการดูแลอย่างครบวงจร ตั้งแต่การเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว การดูแลระยะฉุกเฉิน การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยต้องมีระบบการสื่อสาร และส่งต่อ

ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ การส่งต่อข้อมูลการดูแลที่ไม่ครบถ้วน และการขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนระหว่างทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง (Poonvasin & Arpomrat, 2023) แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ แต่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่องยังมีความแตกต่างที่ชัดเจน (Phra-in et al., 2022) รวมทั้ง ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขบางส่วนขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแล ไม่มีแนวทางการดูแลที่บ้านที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมถึงพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านไม่ถึงร้อยละ 50 (Busadee et al., 2022) พบปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่าย และแม้ว่าผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำในการดูแลแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงขาดกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับชุมชน (Uangpairaj et al., 2021)

จากการศึกษาทบทวนปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ผ่านมานั้น แม้ว่าจะมีการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หลากหลายรูปแบบมาแล้วก็ตาม แต่ยังคงพบว่า หลังออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 90 วัน ร้อยละ 30.5% มีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Rushanan, Giordano and Keim, 2024) การศึกษาวิจัยที่ผ่านมานั้นเป็นการศึกษาแบบแยกส่วนการดูแลในโรงพยาบาลและชุมชน โดยการศึกษาขณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรักษาตัวในโรงพยาบาลเน้นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการศึกษาในชุมชนเน้นการติดตามการเยี่ยมบ้าน ขาดความต่อเนื่องในการดูแล อีกทั้งยังไม่พบการนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของสำนักงานการพยาบาลและกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562) (Bureau of Nursing, Ministry of Public Health, 2016; Division of Nursing, Ministry of Public Health, 2019) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องได้รับการติดตามรักษาต่อเนื่อง เยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสภาพหลังจากการรักษา การเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ และการทำงานร่วมกัน (Yusuwan, 2024) ซึ่งแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของสำนักงานการพยาบาลและกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นกระบวนการที่มีบริการเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลมายังสถานบริการในชุมชนและที่บ้าน เกิดระบบการดูแลต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญช่วยลดช่องว่างของรอยต่อระหว่างบริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ การบริการสุขภาพที่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความเชื่อมโยงของข้อมูล เป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยประยุกต์ใช้ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งเป็นการเชื่อมต่อช่องว่างของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเข้าด้วยกัน ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรของโรงพยาบาลและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องที่ชัดเจนได้มาตรฐาน สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรค และนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องของบริบทแต่ละพื้นที่ได้

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยมุ่งเน้นการเชื่อมโยงระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างไร้รอยต่อ เนื่องจากตำบลนางรอง เป็นตำแหน่งที่ตั้งของโรงพยาบาลนางรองซึ่งมีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาต่อและส่งต่อเพื่อการรักษา เพื่อครอบคลุมทั้งการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การประสานส่งต่อข้อมูล การสนับสนุนอุปกรณ์ และ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จะช่วยพัฒนาแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ และจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่ประสบปัญหาในลักษณะเดียวกันสามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างกว้างขวาง ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนนำไปใช้จริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นการให้บริการพยาบาลที่สำคัญในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในการศึกษารุ่นนี้ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องของสำนักการพยาบาลและกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562) (Bureau of Nursing, Ministry of Public Health, 2016; Division of Nursing Ministry of Public Health, 2019) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล และการบริการสุขภาพที่บ้าน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย ทีมสุขภาพ และทีมผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ เพื่อนำสู่วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา กำหนดประเด็นการออกแบบ โดยนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของสำนักการพยาบาลและกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562) (Bureau of Nursing, Ministry of Public Health, 2016; Division of Nursing Ministry of Public Health, 2019) ประกอบด้วย การวางแผนก่อนจำหน่าย การส่งต่อข้อมูล และการบริการสุขภาพที่บ้าน นำมาใช้ในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นกระบวนการนำข้อมูลบริบทพื้นที่ ร่วมกับข้อมูลระบบการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ได้จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องนำมาสู่การออกแบบ จากนั้นนำมาพัฒนาปรับปรุง และทดลองใช้ จนได้รูปแบบที่เหมาะสม ระยะที่ 3 การประเมินผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อปรับปรุงพัฒนาเพิ่มเติมจนได้รูปแบบที่สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง หลังจากนั้นศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนดูความเหมาะสมของการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เหมาะสมต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารุ่นนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบไปด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะประเมินผล และการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนนำไปใช้จริง โดยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 27 มีนาคม 2567 ถึง พฤษภาคม 2567 หลังได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรม ดำเนินการวิจัยในพื้นที่และเก็บข้อมูล จากกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงและเก็บข้อมูลได้จริง (accessible population) ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามลักษณะของประชากรเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มทีมสุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 คน แพทย์อายุรกรรม จำนวน 6 คน เภสัชกร จำนวน 22 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 4 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 6 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหออัครครอบครัวต่าบลนางรอง (อบต.นางรอง) จำนวน 7 คน รวม 56 คน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 164 คน ผู้ช่วยเหลื่อมดูแล (caregiver) จำนวน 15 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 14 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนต่าบลนางรอง จำนวน 2 คน และผู้ดูแลหลักผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จำนวน 14 คน รวมทั้งหมด 265 คน และข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติการคัดเลือกเข้ามีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) กลุ่มทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน ตัวแทนแพทย์อายุรกรรม 1 คน ตัวแทนเภสัชกร 1 คน ตัวแทนนักกายภาพบำบัด 1 คน ตัวแทนพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง 1 คน ตัวแทนพยาบาลปฏิบัติงานที่คลินิกหออัครครอบครัวต่าบลนางรอง (อบต.นางรอง) ที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน 1 คน 2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ประกอบด้วย ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5 คน ผู้ช่วยเหลือดูแล (caregivers) 2 คน ผู้นำชุมชน 2 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบลนางรอง 1 คน และตัวแทนผู้ดูแลหลักผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3 คน รวมทั้งหมด 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคการดูแลต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มทีมสุขภาพ ประเด็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล และการบริการสุขภาพที่บ้านพัฒนาขึ้น 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) สำหรับกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา การดูแล ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนผลลัพธ์การดูแลที่ผ่านมา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ 3) แบบบันทึกข้อมูลทฤษฎีภูมิผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้านที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นสำหรับรวบรวมข้อมูลผลการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจากแบบประเมินของหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้/ทักษะ ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Index of Activities Daily Living: ADL) 3) แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดบุรีรัมย์ (The Modified Rankin Scale: MRs) และข้อเสนอแนะจากแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกระบวนการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติของพื้นที่โรงพยาบาลนางรอง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมฟื้นฟู 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาสรุปแยกเป็นประเด็น สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ อุปสรรคการดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนผลลัพธ์การดูแลที่ผ่านมา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงข้อมูลทฤษฎีภูมิ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการนำผลการศึกษาจากระยะ 1 การวิเคราะห์และประเมินความต้องการ การทบทวนวรรณกรรม และการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เริ่มระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึง กรกฎาคม 2567 ประชากรจากจากกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงและเก็บข้อมูลได้จริง (accessible population) มีคุณสมบัติครบถ้วนตามลักษณะของประชากรเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มทีมสุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 คน แพทย์อายุรกรรม จำนวน 6 คน เภสัชกร จำนวน 22 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 4 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 6 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวตำบลนางรอง (อบต.นางรอง) จำนวน 7 คน รวมทั้งหมด 56 คน

2.1 นำเสนอข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์จากระยะที่ 1 ระดมความคิดเห็นเพิ่มเติมของทีมสุขภาพที่เข้าร่วมเพื่อออกแบบ ปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานจากรูปแบบเดิม ร่วมออกแบบให้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ด้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย และการบริการสุขภาพที่บ้านเมื่อได้รูปแบบแล้วนำมาสรุปร่วมกันเป็นเป็นแผนผังการปฏิบัติงาน (flowchart) เพื่อรับฟังความคิดเห็น

2.2 การปรับปรุงแผนการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2567 ตรวจสอบ (ร่าง) รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเนื้อหา จำนวน 6 ท่าน จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และยื่นต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีกครั้งเพื่อ พิจารณาว่า เกิดผลกระทบด้านลบต่ออาสาสมัครหรือไม่ต่อไป

2.3 การทดลองใช้คู่มือปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567 ถึงตุลาคม 2567 โดยการทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพที่มีส่วนได้ส่วน

เสียที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า โดยนำไปศึกษากับผู้ดูแลและผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 คู่ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของทีมสุขภาพ และผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติการคัดเข้ามีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีการภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ กลุ่มทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน ตัวแทนแพทย์อายุรกรรม 1 คน ตัวแทนเภสัชกร 1 คน ตัวแทนนักกายภาพบำบัด 1 คน ตัวแทนพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง 1 คน ตัวแทนพยาบาลปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัวนางรอง (อบต.นางรอง) ที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน 1 คน รวมทั้งหมด 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ใน วิจัย ได้แก่ (ร่าง) รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และคู่มือปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมฟื้นฟู 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาสรุปประเด็นการจัดทำร่างรูปแบบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผลการดำเนินงานการดูแลต่อเนื่องระหว่างนำรูปแบบไปใช้ จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 โดยนัดหมาย หลังจากการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนไปทดลองใช้ โดยใช้แนวคำถามการสะท้อนคิดเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ประชากร ได้แก่ กลุ่มทีมสุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 คน แพทย์อายุรกรรม จำนวน 6 คน เภสัชกร จำนวน 22 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 4 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 6 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวตำบลนางรอง (อบต.นางรอง) จำนวน 7 คน รวมทั้งหมด 56 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติการคัดเข้ามีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีการภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ กลุ่มทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน ตัวแทนแพทย์อายุรกรรม 1 คน ตัวแทนเภสัชกร 1 คน ตัวแทนนักกายภาพบำบัด 1 คน ตัวแทนพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง 1 คน ตัวแทนพยาบาลปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัวนางรอง (อบต.นางรอง) ที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน 1 คน รวมทั้งหมด 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสะท้อนคิดเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ มุมมองความคิด ความรู้สึก หลังจากการทดลองจำนวน 6 ข้อคำถาม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมฟื้นฟู 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาสรุปประเด็นจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนนำไปใช้จริง ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ประชากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างทีมสุขภาพในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 คน แพทย์อายุรกรรม จำนวน 6 คน เภสัชกร จำนวน 22 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 4 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 6 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวตำบลนางรอง (อบต.นางรอง) จำนวน 7 คน รวม 56 คน โดยนัดหมายให้

กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของขั้นตอนที่ 1 เพื่อทำแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน หลังจากรวบรวมแบบสอบถามความเป็นไปได้เสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการประชุมเพื่อสรุปผลอีกครั้ง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ ทำการอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (quota sampling) เพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีอัตราส่วนเท่ากับกลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 1 กำหนดคุณสมบัติการคัดเลือกมีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้แก่ กลุ่มที่มีสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 คน ตัวแทนแพทย์อายุรกรรม 3 คน ตัวแทนเภสัชกร 3 คน ตัวแทนนักกายภาพบำบัด 3 คน ตัวแทนพยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง 3 คน ตัวแทนพยาบาลปฏิบัติงานที่คลินิกหัตถการรอบครัวนางรอง (อบต.นางรอง) ที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน 3 คน รวมทั้งหมด 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่พัฒนามาจากระยะประเมินผล และ 2) แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่าย 2) การส่งต่อข้อมูล 3) การบริการสุขภาพที่บ้าน โดยมีลักษณะคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 3 คะแนน หมายถึง ความเหมาะสมของรูปแบบฯอยู่ในระดับมาก
- 2 คะแนน หมายถึง ความเหมาะสมของรูปแบบฯอยู่ในระดับปานกลาง
- 1 คะแนน หมายถึง ความเหมาะสมของรูปแบบฯอยู่ในระดับน้อย

การแปลผลระดับของความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยรวม ผู้วิจัยแบ่งผลระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนน ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 19.00 - 31.66 หมายถึงความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ อยู่ในระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 31.67 - 44.34 หมายถึงความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ อยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 44.35 - 57.00 หมายถึงความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แนวคำถามข้อเสนอแนะต่อการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับข้อดี ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมฟื้นฟู 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และนำแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา นำมาหาค่า content validity index (CVI) = 1 จากนั้น นำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูล ข้อเสนอแนะ จัดหมวดหมู่และนำเสนอผลในรูปแบบการบรรยาย

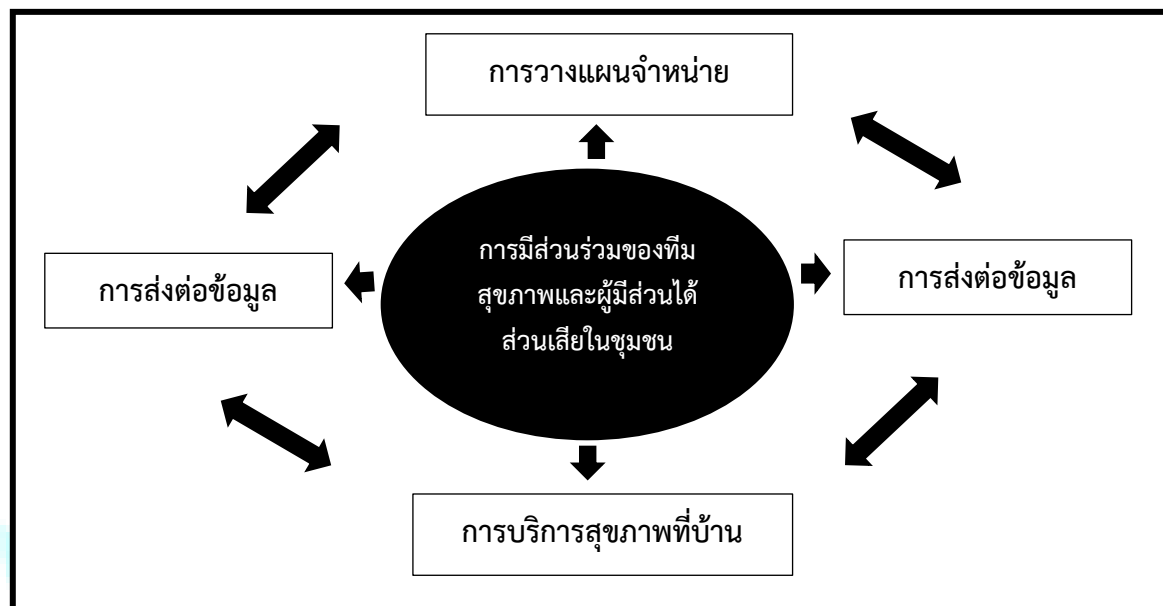
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2567 – EXP011 ณ วันที่ 27 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าในระหว่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลที่รวบรวมจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยใช้มาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนตัว จะถูกใช้เพื่อวิเคราะห์ในเชิงวิชาการและไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว โดยจะตรวจสอบความปลอดภัยอีกครั้งก่อนนำไปปฏิบัติจริง และทำลายข้อมูลหลังจากเผยแพร่ใน 2

ปี นอกจากนั้นเพื่อความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ในช่วงของการทดลองนำไปใช้ปฏิบัติการจริงในผู้รับบริการ ภายหลังจากได้พัฒนารูปแบบฯ เรียบร้อยแล้ว ทางผู้วิจัยได้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านพิจารณาในวันที่ 30 กรกฎาคม 2567 เพื่อให้พิจารณาความปลอดภัยและคุ้มครองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยด้วย

ผลการวิจัย

การศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ครั้งนี้ โดยแบ่งผลการศึกษา ออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน



แผนภาพที่ 1 การแสดงรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ระยะที่ 1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน สรุปประเด็นปัญหา ได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1.2.1 การวางแผนจำหน่าย พบว่า ยังขาดการเตรียมพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านที่เพียงพอ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียรายหนึ่ง กล่าวว่า “...ผมว่าเกิดจากผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะในการดูแล...” (ผู้ช่วยเหลือนดูแลคนที่ 1) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียรายหนึ่ง กล่าวว่า “...ตกตัวชีวิตเรื่องความก้าวหน้าของ ADL เนื่องจากวันนอนสำหรับการฟื้นฟูน้อยอันเดิม 3 วัน...” (พยาบาลคนที่ 2)

1.2.2 การส่งต่อข้อมูล พบว่า มีปัญหาการสื่อสารและประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลต่อเนื่องของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียรายหนึ่ง กล่าวว่า “...รพ.สต. ไม่มีเวลาตรวจสอบข้อมูลในระบบ Thaico...” (พยาบาลคนที่ 1) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียรายหนึ่ง กล่าวว่า “...เคยถามญาติว่ากลับบ้านไปมีหมอ พยาบาลจากอนามัยมาดูแลไหม ญาติตอบว่า ไม่มี คิดว่าส่วนหนึ่งเกิดจากขาดผู้ประสานการดูแลต่อเนื่อง...” (พยาบาลคนที่ 2)

1.2.3 การบริการสุขภาพที่บ้าน พบว่า มีข้อติดขัด กล้ามเนื้อลีบ ซึ่งเกิดจากการไม่ได้ passive exercise เกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ หรือการสนับสนุนอื่น ๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียรายหนึ่ง กล่าวว่า “...ผู้ดูแลคนอื่นขาดทักษะและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ถ้าคนผู้ดูแลไม่อยู่...” (อสม.คนที่ 1)

ทั้งนี้ ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในแต่ละประเด็นมีความเชื่อมโยงกันต่อระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ได้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในครั้งนี้ พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อบต. และผู้ดูแลหลัก โดยมีการพัฒนาและทดลองใช้เป็นระยะเวลาประมาณ 9 สัปดาห์ โดยในขั้นตอนการพัฒนานี้ จะนำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วนได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ทีมสุขภาพ: กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ ≥ 41 ปี (ร้อยละ 42.80) ร้อยละ 28.50 เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 14.30 ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลต่อเนื่อง และพยาบาลปฏิบัติงานที่คลินิกหออกรับรายนางรอง (อบต.นางรอง) ที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 57.10 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน: กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 30.70) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 38.4 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.80

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่พัฒนาขึ้น เพื่อใช้สำหรับการดูแลต่อเนื่อง ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ทั้งนี้ได้มีการจัดทำเป็นชุดแผนกิจกรรมปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง และคู่มือ โดยในแผนกิจกรรมและคู่มือนี้ นำเสนอรูปแบบฯ ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ ได้แก่

1.3.1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) พบว่า การดูแลรูปแบบเดิมทีมสหวิชาชีพต่างให้บริการตามหน้าที่ของตนเองไม่มีกิจกรรมการดูแลที่แน่นอน ขาดการดูแลบางเรื่อง การให้คำแนะนำและฝึกซ้ำซ้อนกันของบางวิชาชีพ ซึ่งรูปแบบใหม่ที่ได้จากการพัฒนามีการกำหนดชัดเจน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล ระยะเวลา 7 วัน ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack : TIA) ระยะเวลาอาจก่อน 7 วัน 2) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละขณะรับการรักษา ที่โรงพยาบาล ซึ่งทั้ง 2 กิจกรรมมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ พยาบาลงานดูแลต่อเนื่อง เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ ลดความซ้ำซ้อนของงาน ส่งผลให้สหวิชาชีพให้บริการได้ครบถ้วนตามมาตรฐานวิชาชีพ

1.3.2 การส่งต่อข้อมูล (information transfer) ปัจจุบันได้มีช่องทางการสื่อสารข้อมูล ประกอบด้วย 1) กระบวนการส่งข้อมูลของการรักษาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลไปสู่ชุมชนโดยใช้ระบบการติดต่อทางแอปพลิเคชันไลน์ (application LINE) และระบบ thaicarecloud (THAICOC) ที่ <https://coc.thaicarecloud.org> ซึ่งรูปแบบเดิมขาดผู้รับผิดชอบงานหลัก ไม่มีการกำหนดเวลาการส่งข้อมูลในโปรแกรมที่แน่นอน หลังจากพัฒนารูปแบบได้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินงาน ได้แก่ พยาบาลงานดูแลต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และ 3) กระบวนการส่งข้อมูลจากชุมชน ถึง โรงพยาบาล โดยกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินงาน ได้แก่ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือคลินิกหมอครอบครัว โดยกำหนดเวลารับส่งข้อมูล 15.00 น. ของทุกวันทำการ

1.3.3 การบริการสุขภาพที่บ้าน (home health care) ก่อนหน้าการพัฒนาแบบผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงบางรายมีเกิดแผลกดทับ มักมีสาเหตุมาจาก ผู้ดูแลขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน ซึ่งรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาใหม่ประกอบด้วย ชุดกิจกรรมกระบวนการบริการสุขภาพที่บ้าน (home health care protocol) ที่กำหนดเกณฑ์การให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชนจำนวน 3 ครั้ง โดยเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ภายใน 1 สัปดาห์หลังจากการจำหน่าย ผู้รับผิดชอบได้แก่ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือคลินิกหมอครอบครัว เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากการจำหน่าย และเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ภายใน 4 สัปดาห์หลังจากการจำหน่าย ผู้รับผิดชอบได้แก่ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือคลินิกหมอครอบครัว นักกายภาพบำบัด พยาบาลงานดูแลต่อเนื่อง หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เภสัชกร กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา วาฟาริน (wafarin) อสม. หรือ ผู้ช่วยเหลือดูแล (care giver) และผู้นำชุมชน ซึ่งในการนำใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมโดยมีการแสดงลำดับขั้นตอน และชุดแผนกิจกรรมที่กำหนดบทบาทสอดคล้องกับการทำงานของสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดวงจรการดูแลที่ต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 หลังจากการทดลองใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากข้อคำถามสะท้อนความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น มีการฟื้นตัวที่ดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อน ระบบส่งต่อข้อมูลหลังจากออกจากโรงพยาบาลดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามบางครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลต่อเนื่อง ทำให้การฟื้นฟูไม่เป็นไปตามแผน ผู้ดูแลอาจมีภาระงานอื่น ๆ ทำให้ขาดเวลาหรือแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ บุคลากรทีมสุขภาพไม่เพียงพอในวัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนนำไปใช้จริง เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มสุขภาพ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โดยการทำแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยลักษณะของ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.70 และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 28.60

โดยการศึกษากลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยรายด้านความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนนำไปใช้จริง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบฯ จำแนกตามรายด้านของรูปแบบฯ (n=21)

รายด้านของรูปแบบ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ
ด้านการวางแผนจำหน่าย	10.86	1.71	สูง
ด้านการส่งต่อ	10.76	1.76	สูง
ด้านการบริการสุขภาพที่บ้าน	10.86	1.93	สูง
ด้านแผนกิจกรรมการพัฒนารูปแบบฯ	19.62	3.11	สูง
รวม	52.10	7.90	สูง

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจัดหมวดหมู่และนำเสนอผลในรูปแบบการบรรยาย มีรายละเอียด ดังนี้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับความต้องการ ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน และเหมาะสมกับการใช้งานจริง เอื้อต่อการทำงานของวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนปัญหาและอุปสรรคหลังจากการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบในบางรายที่ผู้ดูแลที่บ้านและผู้ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเป็นคนละคน ทำให้การสื่อสารและการดูแลขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลบางคนยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง อีกทั้งผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะอาการและความต้องการที่แตกต่างกัน ทำให้ยากต่อการออกแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับทุกคน และข้อเสนอแนะอื่น ๆ พบว่า ควรมีการทดลองใช้รูปแบบในกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

1. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาพบประเด็นสำคัญ ดังนี้ ประเด็นการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อข้อมูล การบริการสุขภาพที่บ้าน คือ ผู้ดูแลได้รับข้อมูลไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ อีกทั้งผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกสอน ในโรงพยาบาลบางคนไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ส่งผลให้ขาดการเตรียมความพร้อมทั้งด้านทักษะและความรู้ในการดูแลที่ถูกต้องจากนักกายภาพบำบัด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (Pitthayapong, 2018) พบการปฏิบัติตามแนวทางดูแล

ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ขาดการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและกิจกรรมการดูแลที่ชัดเจน รวมถึงขาดการประสานงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย (Paksee et al., 2021) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ Diagnosis Medicine Environment Treatment Health Outpatient Diet (DMETHOD) สอดคล้องกับแนวคิดของกองการพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งทำให้สามารถประเมินกิจกรรมประจำวัน รวมถึงการสอน สาธิต และฝึกทำกายภาพให้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ (Kensakoo et al., 2020) นอกจากนี้ ส่วนด้านการบริการสุขภาพที่บ้านยังพบปัญหาด้านบุคลากร เช่น พยาบาลขาดทักษะการกายภาพบำบัดที่บ้าน ผู้ดูแลและอสม. ขาดความรู้และทักษะในการดูแล รวมถึงปัญหาด้านระบบบริการที่ขาดแนวทางการดูแลที่บ้านที่ชัดเจน (Theppabutr, 2020) นำมาพัฒนาได้

โดยผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้ คือ คู่มือและชุดแผนกิจกรรมปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง ใช้ระยะดำเนินการประมาณ 9 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล และการบริการสุขภาพที่บ้าน จุดเด่นของรูปแบบที่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงเป็นรูปแบบที่ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานได้ตรงตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่น ดังการศึกษาการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของ Nimit-Arun (2017) การเตรียมการจำหน่ายเป็นบริการที่บูรณาการองค์ความรู้ การประสานงานอย่างเป็นระบบ การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนความร่วมมือของผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งการเตรียมจำหน่ายต้องอาศัยความเชื่อมั่น ไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติต่อพยาบาลที่ต้องใช้เวลาานพอสมควร การดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและให้มีความต่อเนื่องของการรักษา รวมถึงการฟื้นฟูสภาพในชุมชนเป็นกระบวนการที่สำคัญ (Chanaman, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanasirikarn et al. (2021) พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เขตอำเภอเมืองเลย ช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพจากโรงพยาบาล ทีมสุขภาพชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวมีผลต่อการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อข้อมูล การบริการสุขภาพที่บ้าน โดยพัฒนาขึ้นจากความร่วมมือของทีมสุขภาพ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ การดำเนินการพัฒนารูปแบบ การประเมินผล จนเกิดเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ช่วยให้การดูแลเกิดความต่อเนื่อง ได้ 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการรักษาดูแล ในโรงพยาบาลของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง มีการกำหนดรูปแบบให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ พยาบาลงานดูแลต่อเนื่อง เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ 2) การส่งต่อข้อมูล (information transfer) โดยใช้ระบบ ส่งต่อและการตอบกลับข้อมูล ผ่านทางกลุ่ม LINE กับระบบ THAICOC โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลงานดูแลต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือคลินิกหมอครอบครัว การบริการสุขภาพที่บ้าน (home health care) กิจกรรมกระบวนการบริการสุขภาพที่บ้าน (home health care protocol) ครั้งที่ 1 ภายใน 1 สัปดาห์หลังจากการจำหน่าย พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือคลินิกหมอครอบครัว ครั้งที่ 2 ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากการจำหน่าย และครั้งที่ 3 ภายใน 4 สัปดาห์หลังจากการจำหน่าย ผู้รับผิดชอบประกอบด้วย พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือคลินิกหมอครอบครัว นักกายภาพบำบัด พยาบาลงานดูแลต่อเนื่อง หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เภสัชกร เฉพาะกรณีผู้ป่วยได้รับยา วาฟาริน (wafarin) อสม. หรือ ผู้ช่วยเหลือดูแล และผู้นำชุมชน ซึ่งช่วยให้การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการประสานงานให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลจนสู่บ้านและชุมชน แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้อาจจะต้องใช้ทรัพยากรด้านกำลังคน และระยะเวลาในการประสานงาน รวมถึงการพัฒนาอบรมด้านการดูแลของทีมสุขภาพให้เกิดความเชี่ยวชาญและส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนนำไปใช้จริง หลังจากดำเนินการศึกษา พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนนำไปใช้จริงอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) เนื่องจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นทีมสุขภาพ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน กับ การดูแลผู้

มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่โรงพยาบาล จนการฟื้นฟูที่บ้านในชุมชน และรูปแบบที่ได้ครั้งนี้สามารถทำได้จริง ภายใต้บริบทของพื้นที่ บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสุขภาพ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จากการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการดูแลผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมดูแลโดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ มีการกำหนดหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพเกี่ยวข้องกับการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้ในระยะเวลาที่กำหนด มีระบบการติดตามการดำเนินงานที่ชัดเจนมากกว่าเดิม ด้านการส่งต่อ (information transfer) เป็นแผนกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดสมองในชุมชนมีขั้นตอนการส่งต่อ (information transfer) ที่ง่ายต่อการนำไปใช้งาน (Chanaman, 2023) สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี (Ngamhom, 2023) พบว่า การเน้นแนวทางการส่งต่อข้อมูลตามบทบาทมีรูปแบบที่ชัดเจนสามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ แผนกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดสมองในชุมชนมีขั้นตอนการบริการสุขภาพที่บ้าน (home health care) ที่สามารถปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Rushanan et al. (2024) มีการประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า หากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพจะช่วยลดการเสียชีวิต และการกลับมาเป็นซ้ำได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Puangchan and Jinawin (2020) แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน มีความชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานจริง ส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วย และการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมในผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนนำไปใช้จริงมีความเป็นไปได้อยู่ในระดับสูงจึงควรนำไปใช้ในหน่วยงานเพื่อศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อขยายความเข้าใจและ อธิบายผลลัพธ์จากการศึกษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยชิ้นนี้ รองศาสตราจารย์ ดร. เดชา ทำดี รองศาสตราจารย์ วิชาวัฒน์ เตือนราษฎร์ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิวพร อึ้งวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร. เวหา เกษมสุข ตลอดจนคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย ผู้ป่วย ญาติ บุคลากรโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อน ๆ ที่ให้คำปรึกษาและกลายมิตรทุกคน

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Nursing, Ministry of Public Health. (2016). *Community nursing standards*. Sun Media Publishing Co., Ltd.
- Buriram provincial health office. (2024, February 15). *Health information*.
<https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
- Busadee, S. (2022). The development of home visit service system and continuity of care for stroke patients at Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 19(1), 193–206. (in Thai)

- Chanaman, P. (2023). Development of stroke patients care model. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 13-29. (in Thai)
- Chansri, P., Samrannet, W., & Kor-issaranuphab, N. (2021). Empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(11), 112–125. (in Thai)
- Division of Nursing, Ministry of Public Health. (2019). *Guidelines for intermediate care nursing services*. Sun Media Publishing Co., Ltd.
- GBD 2021 Causes of Death Collaborators. (2024). Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 403(10389), 2100–2132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00367-2)
- Health Administration Division. (2024, February 15). *Guideline for intermediate care*. <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30103> (in Thai)
- Kundi, M. K., & Spence, N. J. (2023). Efficacy of mirror therapy on lower limb motor recovery, balance and gait in subacute and chronic stroke: A systematic review. *Physiotherapy Research International*, 28(2), e1997. <https://doi.org/10.1002/pri.1997>
- Kensakoo, T., Sinumpaisit, T., & Srithumsuk, W. (2020). The effectiveness of discharge planning's clinical nursing practice guideline on activity daily livings, hospital readmission and quality of life in ischemic stroke patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(3), 215–224.(in Thai)
- Marín-Medina, D. S., Arenas-Vargas, P. A., Arias-Botero, J. C., Gómez-Vásquez, M., Jaramillo-López, M. F., & Gaspar-Toro, J. M. (2024). New approaches to recovery after stroke. *Neurological Sciences*, 45(1), 55–63. <https://doi.org/10.1007/s10072-023-07012-3>
- Ngamhom, K. (2023). Development of a continuous health care model for homebound and bedridden stroke patients in Thung Fon District, Udon Thani Province. *Journal of Humanities and Social Sciences, Udon Thani Rajabhat University*, 12(2), 67–81. (in Thai)
- Nimit-Arun, N. (2017). Discharge planning: Concept and clinical practice guideline. *Christian University of Thailand Journal*, 23(3), 501–510. (in Thai)
- Owolabi, M. O., Thrift, A. G., Mahal, A., Ishida, M., Martins, S., Johnson, W. D., Pandian, J., Abd-Allah, F., Yaria, J., Phan, H. T., Roth, G., Gall, S. L., Beare, R., Phan, T. G., Mikulik, R., Akinyemi, R. O., Norrving, B., Brainin, M., Feigin, V. L., & Stroke Experts Collaboration Group (2022). Primary stroke prevention worldwide: translating evidence into action. *The Lancet. Public health*, 7(1), e74–e85. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00230-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00230-9)
- Paksee, N., Srivisai, T., & Khunkaew, S. (2021). Preparation of family caregivers of patients with stroke on transitional care from hospital to home. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 13(1), 47-61. (in Thai)
- Phrai-in, P., Perkdetch, B., & Leelawattagul, P. (2022). Development of a care model for stroke patients during rehabilitation. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(04), 73–94. (in Thai)
- Pitthayapong, S. (2018). Situations, problems, and barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. *Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing Journal*, 11(2), 26–39. (in Thai)

- Poonvasin, T. ., & Arpornrat, A. (2023). Development of Continuity of Care Model for Stroke Patients. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 4(2), 126–136. (in Thai)
- Puangchan, K., & Jinawin, S. (2020). Effects of Using a Nursing Practice Guidelines for the Care of Acute Thrombotic or Ischemic Stroke Patients, Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 2(28), 1-17.(in Thai)
- Rushanan, S. G., Giordano, N. A., & Keim, S. K. (2024). Homeward stroke recovery: Results of a home rehabilitation program. *Home Health Care Management & Practice*, 37(2), 101–109.
<https://doi.org/10.1177/10848223241268153>
- Thanasirikarn, T., Boonmasri, P., & Nantana, R. (2021). Development of a continuous care model for special care patients in Mueang Loei district. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*, 39(2), 127–136. (in Thai)
- Theppabutr, S. (2020). Development of A Model of Care for Stroke Patients at Home. *Sawanpracharak Medical Journal*, 17(3), 112-124. (in Thai)
- Thiamkao S. (2023). The incidence of stroke in Thailand. *Journal of Neurology of Thailand*, 39(2), 39-46. (in Thai)
- Uangpairoj, N. ., Uttama , C. ., Kaweemuang , C. ., & Khantarak , P. . (2021). Developing Care System Network for Stroke Patients in Chiang Mai Province. *Nursing Journal CMU*, 48(1), 1–14. (in Thai)
- Yusuwan, K. (2024). Development an operational model to address the causes of death from stroke in Suphan Buri. *Region 4-5 Medical journal*, 4(43), 513-528. (in Thai)

