

การพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในครอบครัว ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Development of continuing care service system for families with stroke patients

รายงานการศึกษาระยะ:
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2558
Volume 38 No.1 (January-March) 2015

วันเพ็ญ นิกมรัญ พย.บ.* พัชรารณณ์ เจนใจวิทย์ ปส.ด. (การพยาบาล)**
Wanpen Nikomrack BNS* Patcharaporn Jenjaiwit Ph.D. (Nursing)**

บทคัดย่อ

การศึกษาระยะเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี ใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2556 ดำเนินการใน 3 ระยะ คือ ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบบริการ และ 3) ประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาการดูแลต่อเนื่องด้านต่าง ๆ คือ 1) ความต่อเนื่องของข้อมูล 2) ความต่อเนื่องของการบริหารจัดการ 3) ความต่อเนื่องของสัมพันธภาพ 4) ความต่อเนื่องของการดูแลในชุมชน และ 5) ความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ ระยะพัฒนาระบบบริการ มีการพัฒนา 1) แนวทางการดูแลต่อเนื่องระยะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) เครื่องมือการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง 3) กระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 4) ระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องในชุมชน และ 5) ตักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะประเมินผล ผลลัพธ์ของการพัฒนา พบผู้ให้บริการมีการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการ, การดูแลต่อเนื่อง, ผู้ป่วยและครอบครัว, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract:

This independent study aimed to develop the continuity of care service system for families of stroke patients in a community hospital, Ubonratchathani province. The concepts of continuity of care and continuous quality improvement were used as a conceptual framework. Key informants were registered nurses, multidisciplinary team members, and patients with their family members. The study, undertaken during October 2012 to August 2013, had three phases: situational analysis, development, and evaluation. Content analysis and descriptive statistics were used to analyze qualitative data and quantitative data. **Results:** *Situational analysis phase:* problems of continuity of care were reported in the domains of: 1) information continuity, 2) management continuity, 3) relational continuity, 4) community care continuity, and 5)

*นักศึกษพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

continuity of care within the healthcare team. *Development phase*: The services and tools developed were: 1) guidelines of continuity of care service during rehabilitation phase in the hospital, transitional period, and in community; 2) tools of referral and continuing care; 3) discharge planning process with patients and families' participation; 4) referral and community care system; and 5) family strengthening to care for stroke patients. *Evaluation phase*: Outcomes showed the increase in continuity care performed by care providers and the increase in satisfactions of both care providers and care recipients.

keywords: service system development, continuity of care, patient and family, cerebrovascular disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2552 – 2554 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารักษาในโรงพยาบาลจำนวน 105.66, 117.96, และ 122.78 ราย ตามลำดับ¹ ในปี พ.ศ. 2554 มีรายงานผู้ป่วยใหม่ 18,629 ราย อัตราป่วย 29.03 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยสะสม (พ.ศ.2550 – 2554) 59,490 ราย มีความชุก 92.69 ต่อประชากรแสนคน² อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับอัตราป่วย จากรายงานระหว่างปี พ.ศ. 2552 – 2554 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 21.0, 27.5, และ 30.0 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดรองจากมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ¹ ในจังหวัดอุบลราชธานี พบแนวโน้มของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากรายงานปี พ.ศ. 2553 – 2555 พบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 298.88, 283.15, และ 343.57 ตามลำดับ แต่อัตราการเสียชีวิตไม่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นชัดเจน จากรายงานปี พ.ศ. 2553 – 2555 มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 29.36, 28.99, และ 29.10 ตามลำดับ³

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลที่ยาวนาน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งชุมชนอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยปัญหาด้านร่างกายผู้ป่วย มักพบ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

ปัญหาด้านการทรงตัว การสื่อสาร ความจำ ความคิด และการเรียนรู้ การกลืนอาหาร การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ การช่วยเหลือตนเองและการประกอบอาชีพ มีภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ การยึดติดของข้อต่างๆ กล้ามเนื้อเหยี่ยวลีบ การติดเชื้ทางเดินหายใจ และการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ซึ่งความพิการดังกล่าว จะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และกลายเป็นภาระของครอบครัว⁴ ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจ คือ มักจะอายในสภาพของตนเองที่มีความพิการ รู้สึกน้อยใจสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ค่อยสนใจตนเอง⁵ มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมหลายรูปแบบโดยภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด และมักพบร่วมกับปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมอื่น ๆ⁷ ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตลดลงและมีความเครียดมากขึ้น หรืออารมณ์ซึมเศร้า⁸ การดูแลผู้ป่วยส่งผลให้สมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่อร่างกาย เหน็ดเหนื่อยจากการดูแล ภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมจิตใจเกิดความรู้สึกทุกขุทรมานจากอาการ พฤติกรรมของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียดและจากการต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม ด้านสังคม พบว่า ถูกตัดขาดจากสังคม เพิ่มความรับผิดชอบของการทำหน้าที่ในครอบครัว ปรับบทบาทในการดูแล ด้านเศรษฐกิจ พบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการแสวงหาการรักษาและค่าใช้จ่ายในบ้าน การขาดรายได้⁹ นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเผชิญกับการปรับตัวเนื่องจากมีความบกพร่องทางกายเกิดขึ้น ผลกระทบที่

เกิดขึ้นอยู่กับระดับความบกพร่องและทัศนคติต่อความบกพร่องนั้นๆ โดยทั่วไปผู้ครองของผู้ป่วยเป็นผู้ที่รับผลกระทบมากที่สุด ส่วนบุตรและสมาชิกอื่นในครอบครัวมักได้รับผลกระทบในระดับรองลงไป^๖ ผลการวิจัยความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลด้านกายจิต และสังคม แสดงให้เห็นโดยภาพรวมว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจเป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านร่างกายและต้องการการดูแลด้านสังคม^๗

การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในภาวะต้องพึ่งพาการดูแล ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปถึงบ้าน หากครอบครัวมีข้อจำกัดด้านบทบาทหน้าที่ในการดูแลและขาดการสนับสนุนจากภายในชุมชน จะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ ทำให้เกิดผลกระทบดังที่กล่าวมา ดังนั้นครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยจัดระบบในครอบครัวใหม่เพื่อคงความสมดุลของครอบครัวไว้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการกับชีวิตของตนเองได้ใกล้เคียงกับสภาวะปกติมากที่สุด แม้ว่าจะมียังคงมีความพิการเหลืออยู่ก็ตาม เพื่อลดความเป็นภาระแก่ครอบครัว และสังคม ผู้ให้บริการสุขภาพที่ให้การดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเข้าใจในปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นเพื่อให้การดูแลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 15 ราย ในช่วงเดือน มิถุนายน 2553-สิงหาคม 2554 ของงานบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (HHC) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 180 เตียงแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยเสียชีวิตภายในระยะเวลา 4 เดือนหลังเจ็บป่วย จำนวน 2 คน โดยเป็นผู้ที่อายุมาก (กลุ่มอายุ 71-80 ปี และ 81-90 ปี) มี

อาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบและแผลกดทับ ที่รอดชีวิตอีก 13 คน เจ็บป่วยนาน 1-3 ปี มีปัญหา คือ ด้านร่างกาย ทุกรายมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว การนั่ง การยืน มีปัญหาการกลืน 1 คน แผลกดทับ ปอดอักเสบ ข้อติด 5 คน ข้อไหล่หลุด 1 คน กลืนปัสสาวะไม่ได้ 2 คน ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 1 คน ด้านจิตใจ พบภาวะซึมเศร้า จากการสูญเสียคุณค่าในตนเอง ต้องพึ่งพา และไม่สามารถกลับไปทำงานอาชีพได้ 5 คน ด้านครอบครัว ผู้ป่วยทั้ง 15 ราย ที่มีปัญหานี้ พบสมาชิกครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ขาดทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ ผู้ป่วยมีอาการเกร็งปวดหรือเจ็บเมื่อทำกายภาพบำบัด 1 คน ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ 6 คน ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าต่อการดูแลเป็นเวลานาน 6 คน สมาชิกในครอบครัวไม่มีการจัดการสับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การดูแลเนื่องจากความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี 2 คน และครอบครัวฐานะยากจน ต้องไปทำงานหารายได้ทำให้ลเลยในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดผู้ดูแล ขาดนัดรับยาไม่ต่อเนื่องจากการไม่มีผู้พาไป 2 คน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยในและส่งต่อมาที่งานบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องในหน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิ ในปี พ.ศ. 2553-2555 มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ 20, 19, และ 22 ราย (ร้อยละ 24.09, 15.83, 15.94) ตามลำดับ ด้านผู้ให้บริการสุขภาพ พบปัญหาการดูแลต่อเนื่องของการบริหารจัดการ เนื่องจากภาระงานและอัตรากำลังที่ขาดแคลน ขาดการวางแผนงานร่วมกัน ขาดระบบติดตาม และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ปัญหาความต่อเนื่องของข้อมูล พบการประสานและส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องล่าช้าและขาดความต่อเนื่องขาดข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาความต้องการ

และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่มีระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้าน ผู้ใช้บริการ พบ ปัญหาแทรกซ้อนด้านร่างกาย การสูญเสียคุณค่าในตนเอง ซึมเศร้า ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ขาดนัดรับยาไม่ต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้เกิดจากการที่สมาชิกครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและขาดทักษะการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สมาชิกในครอบครัวไม่มีการจัดการในการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การดูแลเนื่องจากความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ฐานะยากจน ต้องไปทำงานหารายได้ทำให้ละเลยในการดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลที่สูงอายุจะเหนื่อยล้าต่อภาระการดูแลเป็นระยะเวลานาน

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดูแลต่อเนื่อง คือ การมีส่วนร่วมดูแลของครอบครัวและชุมชน การมีระบบบริการการดูแลต่อเนื่องที่ดี ซึ่งการจัดบริการของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ยังไม่มีระบบการให้บริการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจการพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมของทีมนักสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เกิดการพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ ช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ส่งผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

วัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องสำหรับครอบครัวที่มีผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์รอง คือ เพื่อศึกษา

1. สถานการณ์ของระบบบริการ การดูแลต่อเนื่อง และปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่องของการดูแล
2. การพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องสำหรับครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดของการศึกษา

ผู้ศึกษาใช้แนวคิด การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) จากมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมาชิกครอบครัว รวมถึงผู้ให้บริการทีมสุขภาพของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการ ร่วมกับการนำแนวคิด การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement: CQI) มาใช้ เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการการดูแลต่อเนื่องภายใต้บริบทที่ศึกษา วางแผนการพัฒนาระบบบริการโดยการประชุมกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง จากนั้น ร่วมกันนำแนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่องสู่การปฏิบัติจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติและใช้กลไกของวงจรการพัฒนาคุณภาพ (plan, do, check, act: PDCA) เป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ นำสู่การพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่

ปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการสุขภาพของโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี จำนวน 7 คน กลุ่มผู้ให้บริการคือ ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว จำนวน 5 ครอบครัว ระยะเวลาตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 รวม 5 เดือน **เครื่องมือที่ใช้** ประกอบด้วย 1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพ และ 4) แนวทางในการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ¹⁰ **เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ** บริบทที่ศึกษา ลักษณะของหน่วยงาน ความคิดเห็น และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการสุขภาพ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง **วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ

กระบวนการพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องนำประเด็นที่เป็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องรวม 25 คน และทำการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) กลุ่มเป้าหมายคือ ทีมสหวิชาชีพ แพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ให้บริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพปทุมธานี ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนเมษายน – พฤษภาคม 2556 รวมระยะเวลา 2 เดือน

ระยะที่ 3 การประเมินผล

เป็นการประเมินผลการดูแลต่อเนื่องโดยผู้ให้บริการสุขภาพคือ ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพปทุมธานี จำนวน 15 คน ผู้ให้บริการคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวของผู้ป่วยจำนวน 10

ครอบครัว ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน – สิงหาคม พ.ศ. 2556 รวมระยะเวลา 3 เดือน **เครื่องมือที่ใช้** ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว และแบบประเมินความต่อเนื่องของการดูแล เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ¹¹ แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพจากการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่อง 2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวจากการได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ¹¹ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)¹² 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (IADL: SNMRC Function Assessment)¹³ **เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ** เพื่อประเมินการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องและประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่อง และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการที่ได้รับ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย **วิเคราะห์ข้อมูล** ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาคำนึงถึงหลักความเป็นอิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ รมัตถะวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล ทำหนังสือขออนุญาตศึกษาในพื้นที่

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์สถานการณ์
สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องสำหรับ
ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลศึกษาใน

มุมมองของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพของ
แต่ละหน่วยบริการ พบปัญหาการดูแลต่อเนื่องด้าน
ต่างๆ (ดังตารางที่ 1) คือ

ตารางที่ 1 สรุปสถานการณ์ การพัฒนา และผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่อง

ชนิดความต่อเนื่อง	สรุปสถานการณ์ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
ความต่อเนื่องของข้อมูล	เนื้อหาข้อมูลที่บันทึกส่งต่อไม่ครอบคลุม ขาดเครื่องมือและบุคลากรขาดทักษะประเมิน	พัฒนาเครื่องมือประเมินและส่งต่อ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการประเมิน	มีเครื่องมือประเมินและส่งต่อบุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะการประเมิน/การใช้เครื่องมือ
ความต่อเนื่องของการบริหารจัดการ	ขาดแนวทางปฏิบัติขาดการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสุขภาพและครอบครัวขาดการตอบกลับข้อมูลส่งต่อบริการฟื้นฟูสภาพไม่ครอบคลุม	พัฒนาแนวทางปฏิบัติและระบบการส่งต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมกรณีมีปัญหาซับซ้อน	มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลต่อเนื่องการส่งต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการฟื้นฟูสภาพตามแนวทางปฏิบัติ
ความต่อเนื่องของความสัมพันธ์	ระบบแพทย์หมุนเวียน ไม่มีปัญหาถ้าส่งต่อข้อมูลดี	พัฒนาระบบการส่งต่อการบันทึกเพื่อสื่อสารในทีมสุขภาพ	ระบบการส่งต่อ/สื่อสารในทีมสุขภาพได้รับการพัฒนา
ความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน	ขึ้นกับความสัมพันธ์ของครอบครัวกับชุมชน บริบทและศักยภาพชุมชน	พัฒนาการวางแผนการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน	ครอบครัวและชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมกรณีที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มีความพึงพอใจ
ความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ	ขาดการประสานและส่งต่อข้อมูล ขาดความเข้าใจบทบาทขาดการวางแผนร่วมกัน	พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	ปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องดีขึ้นระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นบริการที่มีคุณภาพ

1) ความต่อเนื่องของข้อมูล

หน่วยบริการหอผู้ป่วยใน ผู้ให้บริการสุขภาพสะท้อนการขาดเครื่องมือในการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน การบันทึกและส่งต่อข้อมูลยังไม่ครอบคลุม ไม่ตรงประเด็น ไม่สามารถนำมาวางแผนการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ต่อเนื่อง
“ข้อมูลเกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษา...ข้อมูลในการส่งต่อยังมีไม่ครอบคลุม...” (ทีมสุขภาพ HP04) “น่าจะมีความประเมินหรือเครื่องมือโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่แรกเริ่ม... สิ่งสำคัญก็คือว่า

การรับรู้การเจ็บป่วยของเค้า ในแต่ละระยะ และต้องดูแลอย่างไร...เขามีปัญหาเรื่องไหน... ถึงจะทำนายได้ว่าการส่งต่อไปชุมชน การฟื้นคืนสภาพดีขึ้น มีก็เปอร์เซ็นต์” (ทีมสุขภาพ HP03)

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้ให้บริการสุขภาพ คาดหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลสาเหตุของการเจ็บป่วย การดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ “ให้เขามีความรู้ว่า ทำไม่ถึงเป็น... แล้วต้องดูแลคนไข้อย่างไร...เน้นในเรื่องจิตใจด้วย”(ทีมสุขภาพ HP06, 28 กุมภาพันธ์ 2556)

2) ความต่อเนื่องของการบริหารจัดการ

หน่วยบริการหอผู้ป่วยใน ผู้ให้บริการ สะท้อนการไม่มีแนวปฏิบัติในการจัดการดูแลปัญหาในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ใช้บริการ สะท้อนการไม่มีเวลามาเรียนรู้การดูแลและอยู่รักษาในโรงพยาบาล และขาดการส่งต่อการดูแลระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว ผู้ให้บริการสุขภาพไม่เห็นความสำคัญในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ขาดการบริหารจัดการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังข้อมูล “ปัญหาการดูแลต่อเนื่องคือ ไม่มีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน” (ทีมสุขภาพ D01) “ตอนอยู่ รพ.ก็มีแต่ลูกชาย ผมไม่ได้อยู่ หมอคุยอะไรบ้างก็ไม่รู้” (สามีผู้ป่วย F05) “ไม่มีเวลาใส่ใจ...ไม่เห็นความสำคัญต่อการวางแผนร่วมกันกับญาติของบุคลากร” (ทีมสุขภาพ HP01)

หน่วยเวชกรรมสังคม (งานบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน) พบปัญหาความต่อเนื่องของการจัดการในการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความล่าช้าของการส่งต่อข้อมูล ขาดการทำความเข้าใจระบบการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลร่วมกัน

“การล่าช้าของการส่งต่อข้อมูล ทำให้ไปเยี่ยมคนไข้ช้าลง... ไม่มีการทำความเข้าใจระบบการส่งต่อและตอบกลับข้อมูล” (ทีมสุขภาพ HP01) “การส่งต่อกว่าจะไป รพ.สต.... ระบบส่งจดหมายไม่ทัน” (ทีมสุขภาพ HP02)

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สะท้อนปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องของการจัดการดูแลที่บ้านของผู้ให้บริการสุขภาพ พบข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร ขาดการจัดระบบองค์กร ขาดการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง บริการฟื้นฟูสภาพไม่ครอบคลุม ผู้ใช้บริการยังไม่เห็นความสำคัญของการจัดการดูแล ทำให้ไม่มีการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจต่อผลกระทบหลังการเจ็บป่วย

ศักยภาพของครอบครัวมีผลต่อการจัดการดูแลต่อเนื่อง ในแต่ละครอบครัวมีศักยภาพที่ต่างกันด้านความพร้อมต่อการดูแลทั้งด้านความรู้ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม จัดจำวิธีทำไม่ได้ มีปัญหาค่าใช้จ่ายหนี้สิน ไม่มีคนหาเลี้ยง ความพร้อมด้านจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ภาวะเหนื่อยล้าต่อการดูแล

“การมีข้อจำกัดในตัวบุคลากร มี ความหลากหลาย การบริหารจัดการในองค์กรของ รพ.สต....เราไม่จัดระบบของเราเอง” (ทีมสุขภาพ HP05) “ทีมไม่พร้อม การจำกัดด้วยบุคลากรของ รพ.สต. ไม่ได้มีการเตรียมการเยี่ยมล่วงหน้า...ยังไม่เกิดการเชื่อมต่อเนื่อง การได้รับการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัดบริการที่มียังมีน้อยไม่ครอบคลุม” (ทีมสุขภาพ HP01) “แต่ละครอบครัวเขาก็จะมีปัญหา ศักยภาพไม่เท่ากัน เรื่องค่าใช้จ่าย เรื่องชีวิตประจำวัน ต้องไปประกอบอาชีพ ในการดูแลเค้าอาจจะดูแลได้ไม่เต็มที่...ปัญหาสัมพันธภาพทำให้พี่น้องก็ไม่ได้มาร่วมกันดูแล ต้องทำมาหากิน ต้องดูแลลูก” (ทีมสุขภาพ HP03)

3) ความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ

ในหอผู้ป่วยใน ผู้ให้บริการสุขภาพ ยังขาดทักษะในการประเมินปัญหา กระบวนการวางแผนจำหน่าย ขาดการรับรู้เป้าหมายและการวางแผนจำหน่ายร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ความเข้าใจในบทบาทและการสื่อสารส่งต่อการดูแลแตกต่างกัน คือ

“บทบาทหน้าที่การวินิจฉัยทางการแพทย์ ต้องสามารถทำได้ ต้องสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้... ทีมสหวิชาชีพทุกคนต้องมีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน” (ทีมสุขภาพ HP03, 8 กุมภาพันธ์ 2556) “การดูแลในทีมสุขภาพพบปัญหาการส่งต่อข้อมูลการดูแล พอแยกกันดูจะไม่ได้อะไรรวม แต่การเชื่อมกันในทีมยังไม่ดี” (ทีมสุขภาพ D01, 22 กุมภาพันธ์ 2556) “การรับรู้ข้อมูลของบุคลากรมีความแตกต่างกัน

ในแต่ละระดับ...ค่อนข้างน้อยมากที่จะรู้ว่าจะต้องถามอะไร ข้อมูลเชิงลึกขนาดไหน”(ทีมสุขภาพ HP03, 8 กุมภาพันธ์ 2556)

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในทีมสุขภาพหลังการติดตามเยี่ยมไม่รู้จะบันทึกข้อมูลเพื่อสื่อสารในทีมสุขภาพอย่างไร บางครั้งมีการเปลี่ยนทีมผู้ให้บริการสุขภาพที่ลงไปดูแลในชุมชนไม่ใช่คนเดิมทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องการดูแล

“การส่งต่อที่เป็นปัญหาที่ผ่านมาจะเป็นการเปลี่ยนทีมหรือเปลี่ยนผู้ดูแล...แต่ไม่ได้ลงบันทึกอะไรไว้ให้...ข้อมูลที่เราจะมีการส่งต่อก็ไม่ได้มีการส่งต่อ” (ทีมสุขภาพ HP04, 8 กุมภาพันธ์ 2556)

4) ความต่อเนื่องของสัมพันธ์ภาพ

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้ให้บริการสะท้อนความต้องการพบแพทย์คนเดิมในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก เพราะมีความต่อเนื่องของความสัมพันธ์และการดูแล ทำให้เข้าถึงบริการได้ง่ายกว่าที่จะปรึกษา ผู้ให้บริการสุขภาพสะท้อนถึงข้อดีระบบแพทย์เจ้าของไข้ว่า ความคุ้นเคย การรู้บริบทความเป็นมาทำให้ผู้ใช้บริการกล้าที่จะบอกข้อมูลในขณะเดียวกันก็เป็นข้อด้อยที่ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพคิดเหมือนเดิมทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลได้ ส่วนการไปตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรังในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิผู้ให้บริการสุขภาพสะท้อนถึงระบบแพทย์ประจำหรือระบบแพทย์หมุนเวียน ไม่เป็นปัญหาถ้าการส่งต่อข้อมูลดี

“ระบบเป็นแพทย์ประจำส่วนที่เขาพา F/U กับเรา ส่วนแพทย์ที่หมุนเวียน ก็คือ แพทย์ออกไปให้บริการ ใน รพ.สต. ถ้าเรามีการส่งต่อข้อมูลที่ดีก็ไม่น่าจะเป็นปัญหา ไม่ว่าจะเป็นประจำหรือว่าหมุนเวียน” (ทีมสุขภาพ HP04, 8 กุมภาพันธ์ 2556)

5) ความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่าการได้รับการสนับสนุนการดูแลขั้นกับศักยภาพและความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน

“ถ้าครอบครัวนั้นมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนก็จะได้รับการสนับสนุน ...” (ทีมสุขภาพ HP01, 8 กุมภาพันธ์ 2556) “เป็นเรื่องของระบบที่ไม่เอื้อเช่น อบต.ไม่รู้จะไปเองโดยตรงไหน” (ทีมสุขภาพ D01, 22 กุมภาพันธ์ 2556)

2. การพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง นำสู่การวางแผนและพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ ตามแนวคิด PDCA ประกอบด้วย

2.1 การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
การวางแผน การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานและการสะท้อนผลการปฏิบัติในระยการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานได้เกิดการพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 จากปัญหาความต่อเนื่องของข้อมูล ความต่อเนื่องของการบริหารจัดการและความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ ของหน่วยบริการหผู้ป่วยใน เวชกรรมสังคม และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการไม่มีแนวปฏิบัติ ขาดเครื่องมือในการประเมินข้อมูลจากการประเมินไม่ครอบคลุม การบันทึกข้อมูลและการระบุปัญหาเพื่อการส่งต่อไม่ครอบคลุม ระบบส่งต่อล่าช้า ขาดการทำความเข้าใจระบบส่งต่อร่วมกัน ขาดความต่อเนื่องของการดูแลและการตอบกลับข้อมูลการดูแล ทำให้มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องตามบริบทของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพดังนี้ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมในแต่ละระยะตั้งแต่ระยะการวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาล ระยะ

เปลี่ยนผ่าน และระยะการดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) พัฒนาเครื่องมือประเมินตามมาตรฐานการดูแลในกระบวนการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) พัฒนาระบบการส่งต่อ กำหนดเกณฑ์ในการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการวางแผนและพัฒนาร่วมกันโดยการสนทนากลุ่มในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมผู้ให้บริการสุขภาพหอผู้ป่วยใน เวชกรรมสังคมและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2556

2.1.2 จากปัญหาความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ ของหน่วยบริการหอผู้ป่วย ในด้านการขาดการรับรู้เป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว จึงได้พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระบวนการเริ่มจากการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น มีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน กำหนดให้มีการสนทนากลุ่มเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกโรงพยาบาล ประสานความร่วมมือและจัดการดูแลร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนให้ความรู้ การสอน สาธิต ฝึกทักษะในการฟื้นฟูด้านกายภาพบำบัด ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย ส่งต่อข้อมูลการวางแผนจำหน่าย ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องไปยังงานบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อประสานการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2556

2.1.3 จากปัญหาการไม่ได้ดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ขาดเป้าหมายและการวางแผนติดตามเยี่ยม การประสานในทีมยังไม่ได้ดูแลฟื้นฟูสภาพไม่ครอบคลุม ขาดการบันทึกและส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดการตอบกลับข้อมูล

ส่งต่อการดูแล จึงได้พัฒนาระบบงานเยี่ยมบ้านโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและการดูแลในทีมสุขภาพโดยมีกระบวนการพัฒนาดังนี้ 1) จัดตั้งคณะกรรมการเยี่ยมบ้านและกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบงานที่ชัดเจน 2) จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (ตาม 2.1.1) กำหนดการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น กำหนดวัตถุประสงค์ แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง กำหนดระยะเวลาและความถี่ในการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (care map) การบันทึกรายงานแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก (Subjective data, Objective data, Assessment, Plan management: SOAP) มีการดำเนินงานติดตามแผนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเยี่ยมร่วมกับทีมผู้ให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบไปด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาล นักโภชนาการ อสม.และจิตอาสา ส่งต่อเมื่อเกินขีดความสามารถ โดยมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นผู้ประสานงานในเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2556

2.1.4 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเดือนกรกฎาคม 2556 โดยการจัดอบรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ พยาบาลหอผู้ป่วยใน พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และทีมผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพ เน้นหาในการอบรมประกอบด้วยความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้น การใช้เครื่องมือในการประเมิน การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน กระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2.2 การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การนำแนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องไปทดลองใช้ในการดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นครั้งแรกในระยะกึ่งเฉียบพลัน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมผู้ให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 10 ครอบครัว ที่มีการส่งต่อการดูแลมาที่งานบริการสุขภาพที่บ้าน ในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2556 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ไม่ได้เก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาในโครงการ หลังการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการมอบหมายให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทุกแห่งดำเนินการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกให้บริการในชุมชน จากนั้นจัดให้มีเวทีการ conference case กรณีศึกษา ในแต่ละโซนพื้นที่กำหนดผู้เข้าร่วมเป็นทีมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทุกแห่งในโซน ทีมผู้ให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาลหอผู้ป่วยในทุกหน่วย พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และทีมสหสาขาวิชาชีพในเดือนกันยายน 2556 ทำให้เกิดการเรียนรู้ระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงดูแลต่อที่บ้าน ผู้ให้บริการสุขภาพสะท้อนข้อดีของการพัฒนาทำให้เกิดความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติเครื่องมือทำให้รู้แนวทางและง่ายต่อการปฏิบัติ

3. การประเมินผล

ผลการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพ ต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่อง และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและของครอบครัว หลังดำเนินการ อยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ

อภิปรายผล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง
หน่วยบริการหอผู้ป่วยใน พบปัญหาความต่อเนื่องของข้อมูล ผู้ใช้บริการได้รับข้อมูลที่ไม่เจาะจงต่อปัญหาและความต้องการ การขาดเครื่องมือในการประเมินของผู้ให้บริการสุขภาพ การบันทึกและส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครอบคลุมและไม่ตรงประเด็น สอดคล้องกับการศึกษาความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลของการดูแลในแนวทางปฏิบัติทั่วไป ความพร้อมของข้อมูลสำหรับผู้ปฏิบัติงานนั้นนับเป็นพื้นฐานความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลของการดูแล อุปสรรคต่อการพัฒนาคือการทำงานไม่ได้บันทึกข้อมูลการดูแลของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพไม่ได้เปิดเผยรายละเอียดข้อมูลที่มีความสำคัญ¹⁴ ปัญหาความต่อเนื่องของการบริหารจัดการ ด้านการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนการไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแล ระบบการส่งต่อมีความล่าช้า การวางแผนการดูแลขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว กล่าวได้ว่าวิธีการประสานงานในการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการดูแลที่สอดคล้องเหมาะสมสำหรับการวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นการให้ความมั่นใจสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งสำคัญของความต่อเนื่องการจัดการคือการเน้นการดูแลระยะยาวที่สม่ำเสมอและมีความยืดหยุ่นและการวางแผนร่วมกันเพื่อสนับสนุนการส่งต่อการดูแลในลักษณะที่เกื้อกูลและทันเวลา เป็นสิ่งสำคัญในโรคเรื้อรังหรือโรคที่ซับซ้อนเช่นโรคหลอดเลือดสมอง¹⁵⁻¹⁶ ปัญหาความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพกระบวนการวางแผนจำหน่ายยังขาดการรับรู้เป้าหมายและการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน ขาดความเข้าใจในบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดทักษะในการประเมินปัญหาและการรับรู้ข้อมูลมีความแตกต่างกัน และขาดการสื่อสารการบันทึกเพื่อส่งต่อการดูแลในทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาความต่อเนื่องของการดูแลในแนวทางปฏิบัติทั่วไป กล่าวว่าการให้ข้อมูลต่อเนื่องของ

การดูแลกลายเป็นสิ่งสำคัญเพราะมีโอกาสที่ผู้ใช้บริการจะไม่ได้พบผู้ให้บริการสุขภาพคนเดิมข้อมูลได้รับการบันทึกทุกครั้งเมื่อมีการปรึกษาหารือระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ใช้บริการในช่วงการรักษา¹⁴

หน่วยบริการเวชกรรมสังคม พบปัญหาความต่อเนื่องของการจัดการ ในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความล่าช้าของการส่งต่อข้อมูล ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากปัจจัยด้านบุคลากรที่มีจำกัด จึงเกิดการร่วมมือที่ยังไม่ทั่วถึงหลังการจำหน่ายผู้ป่วยเกิดการสูญหายของเอกสารข้อมูลการประเมินไม่มีการส่งต่อข้อมูลมาทำงานการบริการสุขภาพที่บ้าน ทำให้การส่งต่อข้อมูลล่าช้า ขาดการทำความเข้าใจระบบการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านความต่อเนื่องของข้อมูล ผู้ให้บริการสุขภาพคาดหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลสาเหตุของการเจ็บป่วย การดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นการให้ความหมายของความต่อเนื่องของข้อมูลที่เป็นองค์รวม ด้านความต่อเนื่องของการบริหารจัดการ ปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องของการจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ให้บริการสุขภาพจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร ขาดการจัดระบบองค์กร ขาดการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง บริการฟื้นฟูสภาพไม่ครอบคลุม ผู้ใช้บริการยังไม่เห็นความสำคัญทำให้ไม่มีการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีความรู้ แต่ละครอบครัวมีศักยภาพที่แตกต่างกันทั้งด้านความรู้ ด้านเศรษฐกิจและสังคม จัดจำวิธีทำไม่ได้ มีปัญหาค่าใช้จ่ายหนี้สิน ไม่มีคนหาเลี้ยง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ภาวะเหนื่อยล้าต่อการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาการขาดความต่อเนื่องของการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ พบการขาดความต่อเนื่องของการดูแล จากความรู้และทักษะไม่เพียงพอ การเข้าถึงการบริการฟื้นฟู

สมรรถภาพที่ไม่เหมาะสม และประกันสังคมที่ไม่เพียงพอ¹⁷ แรงจูงใจที่ทำให้ครอบครัวมีการเอาใจใส่ดูแลเนื่องจากมีความเห็นอกเห็นใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันก่อนการเจ็บป่วย¹⁸ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีเป็นแรงจูงใจอยู่อย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล¹⁹ ปัญหาความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ พบความต้องการพบแพทย์คนเดิมของผู้ใช้บริการเมื่อต้องไปตามนัดที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอก เพราะมีความต่อเนื่องของความสัมพันธ์และการดูแลเข้าถึงบริการได้ง่าย จากความคุ้นเคยการรับรู้บทบาทเป็นมา ทำให้ผู้ใช้บริการกลัวที่จะบอกข้อมูลกลัวที่จะปรึกษา สอดคล้องกับการศึกษาถึงความต่อเนื่องของการดูแลในระดับปฐมภูมิ กล่าวถึงความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ในการรักษาระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพคนเดิมเป็นการเชื่อมต่อการดูแลในอดีตที่ผ่านมากับการดูแลในปัจจุบันและการดูแลในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและมีความเชื่อมโยงกัน¹⁵ ส่วนการไปตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการจัดบริการแบบแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพหมุนเวียนในการให้บริการ พบว่าการไม่ได้พบแพทย์และผู้ให้บริการสุขภาพคนเดิมไม่เป็นปัญหาเรื่องความต่อเนื่องของการดูแลถ้ามีการส่งต่อข้อมูลการดูแลที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทยที่แพทย์ไม่ได้เป็นผู้ให้บริการหลัก แต่จะมีทีมผู้ให้บริการสุขภาพจากสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการตามบทบาท ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้พบผู้ให้บริการคนเดิมทุกครั้งที่มาใช้บริการ ในต่างประเทศที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ/หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการหลัก ผู้ให้บริการสุขภาพมีความเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยได้พบกับแพทย์ผู้ให้บริการคนเดิมตลอดจะทำให้เกิดความคุ้นเคย เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่ความไว้วางใจ การเข้าใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และความรู้สึกรับผิดชอบที่เกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ

สุขภาพและผู้ใช้บริการ แนวคิดดังกล่าวไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทย นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยและญาติให้คุณค่ากับบุคลิก ลักษณะ การแสดงออกของผู้ให้บริการสุขภาพมากกว่าการได้พบกับผู้ให้บริการสุขภาพคนเดิม¹⁰ ความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชนพบว่าการได้รับการสนับสนุนการดูแลขึ้นกับศักยภาพและความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน นอกจากนั้นแล้วจากการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ยังพบประเด็นปัญหาในการจัดบริการสุขภาพคือการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจน ในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านไม่มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแทนองค์กรชุมชนไม่ทราบสถานการณ์การเจ็บป่วย ไม่ได้รับการประสานการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข²⁰ ซึ่งจากการสังเกตสถานการณ์การดูแลของผู้ศึกษาจากการสนทนากลุ่มเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในชุมชน พบปัญหาที่การดูแลต่อเนื่องภายในชุมชนที่ไม่แตกต่างกัน และยังพบว่าอาสาสมัครที่จะดูแลภายในชุมชนขาดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมดูแลต่อเนื่อง ส่วนปัญหาความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพพบไม่มีการบันทึกข้อมูลเพื่อการสื่อสารในทีมสุขภาพ การตอบกลับข้อมูลยังขาดความเข้าใจในประเด็นที่จะต้องบันทึกส่งต่อการดูแล ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล เมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้ให้บริการสุขภาพลงไปชุมชนทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาความต่อเนื่องของการดูแลในระดับปฐมภูมิกล่าวถึงความต่อเนื่องของข้อมูลว่า การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นทางการในด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือบุคคล การเจ็บป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วย ค่านิยมและบริบท เป็นการเชื่อมโยงการดูแลในสถานการณ์ที่แตกต่างกันและสร้างความมั่นใจต่อการบริการที่ตอบสนองความต้องการและปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการสุขภาพที่มีกับผู้ป่วยในการดูแลที่ผ่านมา¹⁴

2. การพัฒนาระบบบริการ และการประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง

กระบวนการพัฒนาเกิดจากการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ มาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง นำไปดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นครั้งแรกในระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างเป็นองค์รวมของผู้ใช้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่อง การมีแนวทางและเครื่องมือในการดูแล การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการจัดอบรมให้ความรู้ การเรียนรู้โดยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ทำให้เกิดการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นทั้งผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้ใช้บริการอธิบายได้ว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพ รวมทั้งกระบวนการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นหน่วยรับบริการ นำมาซึ่งการให้บริการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการดูแลตนเองตามแนวทางที่ผู้ให้บริการสุขภาพให้ความรู้และฝึกปฏิบัติโดยการสอนสาธิต เห็นได้จากระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเห็นความก้าวหน้าได้อย่างชัดเจน ข้อจำกัดของการศึกษาอยู่ระยะเวลาในการพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องการดำเนินการอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาซึ่งสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อก็คือกระบวนการสะท้อนผลการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมรับรู้ แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมการวางแผนพัฒนา

ปรับปรุงแนวทางและเครื่องมือการดำเนินงานให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของสถานการณ์ เพื่อให้เกิดการดำเนินการตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องในทุกหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ** ควรกำหนดให้การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันเป็นตัวชี้วัดในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในบริการระดับปฐมภูมิ สนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. **ด้านการศึกษาวิจัย** ควรศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องของการจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองให้ครบทุกระยะตั้งแต่การส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเสี่ยง ระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสภาพ และการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต เชื่อมโยงระบบการดูแลในทุกระดับของการบริการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล และมีการประเมินผลระบบการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

3. **ด้านการพัฒนาศักยภาพครอบครัว** โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน การจัดเก็บข้อมูลของสถานะสุขภาพและข้อมูลชุมชนที่เป็นระบบจะช่วยให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ประกอบในการวิเคราะห์เพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ทางสุขภาพของการดูแลทั้งในระดับชุมชนและในระดับอำเภอ

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Policy and Strategy. Office of Permanent Secretary. Ministry of Public Health **Public health statistics**. Bangkok: **The War Veterans Organization of Thailand**; 2011. (in Thai)

2. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Chronic Diseases Surveillance Report, 2011. **Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand 2013**; 44(10): 149 – 150. (in Thai)
3. Bureau of Policy and Strategy. Office of Permanent Secretary. Ministry of Public Health **Public health statistics**. Bangkok: **The War Veterans Organization of Thailand**; 2012. (in Thai)
4. Prasat Neurological Institute. **Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation** Department of Medical Services. Ministry of Public Health; 2007. (in Thai)
5. Pongvarin N. **Stroke**. 2nd ed. Bangkok: Reankaew Press; 2001. (in Thai)
6. Kucharin K. Management of the Families with Stroke Patients: Case studies in Khon Kaen Province. Master of Nursing Science Thesis in Family, Graduate School, Khon Kaen University; 2006. (in Thai)
7. Patcharawiwatpong P. Stroke. In Pajarreya Kingkaew. editor. **Rehabilitation Medicine for Practitioner**. (p 91 – 108). Bangkok: N. P. Press; 2005. (in Thai)
8. Pajarreya K. editor. **Rehabilitation Medicine for Practitioner**. Bangkok: N. P. Press; 2007. (in Thai)
9. Norach W. Needs of patients with stroke and families in Physical, Mental and Social Cares from Home Health Care Team, Mae Ai Hospital. An Independent Study Report Master of Public Health Science, Faculty of Public Health, Chiang Mai University; 2010. (in Thai)

10. Chomnirat W. Development of continuity of care system for diabetic patients at primary care unit. Doctor of Philosophy in Nursing. Graduate School, Khon Kaen University; 2008. (in Thai)
11. Srisa- As B. Basic Research. 2nd ed Bangkok; Suwiyasad. 1991.(in Thai)
12. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre Function Assessment SNMRC Function Assessment Department of Medical Services. Ministry of Public Health; 2003. (in Thai)
13. Crooks VA, Agarwal G. What are the roles involved establishing and maintaining informational continuity of care within family practice? A systematic review 2008; BMC Family Practice. From: <http://www.biomedcentral.com./1471-2296/9/65>.
14. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair RM, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003; 327(22): 1219 – 211. Retrieved April 24, 2005, from <http://www.bmj.bmjjournal.com/cgi/content/full/327/7425/1219>.
15. Hill KM, House AO, Hewison J. Continuity of care in stroke and its relation to outcomes. Final Report. Academic Unit of Psychiatry and Behavioral Science Leeds Institute of Health Sciences The University of Leeds 15 Hyde Terrace Leeds LS2 9LT; 2008.
16. Dalvandi A, Ekman SL, Khankeh HR, Maddah SS. Lack of continuity of rehabilitation care for stroke survivors: Iranian family caregivers' experience. ME-JAA 2011; 8(3): 28 – 35.
17. Siriwararom P. Rehabilitation Situation of Stroke Patients at Home in Nongboonmak District, Nakhon Ratchasima province. Master of Nursing Science Thesis In Community Nursing, Graduate School, Khon Kaen University; 2013. (in Thai)
18. Santhayakon J. Stoke Care management in community: concept and experience of community nursing. Phitsanulok: Nursing faculty Naresuan University; 2011.(in Thai)
19. Karkai B. Rehabilitation of Stroke Patients with Hemiplegic at Home through Community Participation. An Independent Study Report, Master of Nursing Science in Community Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2010. (in Thai)