ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

Effects of an Intermediate Care in Stroke Patients by Home Health Care, Chiang Mai Neurological Hospital

ศุภมาส อำพล พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว	**Supamat Amphol M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine**
สุพัตรา ปวนไฝ พย.ม., อพย.	**Supattra Puanfai M.N.S., Dip. APGN**
สายนที ไทยสวัสดิ์ สส.บ.	**Sainatee Thaisawat B.S.W.**
ปภัสรา มิตตา วท.บ. (กายภาพบำบัด)	**Papassara Mitta B.Sc. (Physical Therapy)**

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ Chiang Mai Neurological Hospital, Chiang Mai Province

Received: Mar 14, 2023 **Revised:** Jun 1, 2023 **Accepted:** Nov 9, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรคหลอดเลือดสมองโดยการเยี่ยมบ้าน ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2565 จำนวนทั้งสิ้น 90 ราย โดยการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล จำนวน 45 ราย และการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง จำนวน 45 ราย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกลและการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริงไม่แตกต่างกัน และการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองโดยการเยี่ยมบ้านทั้งแบบทางไกลและแบบลงพื้นที่จริง มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นผลการเยี่ยมบ้านทั้งแบบทางไกลและแบบลงพื้นที่จริง สามารถเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดระดับความพิการได้ ซึ่งรูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, การเยี่ยมบ้าน, การเยี่ยมบ้านแบบทางไกล, โรคหลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

A quasi-experimental study aimed to investigate effects of an intermediate care of stroke patients through home health care. The study was specifically home caring for patients who received treatment at Chiang Mai Neurological Hospital from January 1st, 2021, to August 30th, 2022 with total samples of 90 cases. All cases were separated into groups of 45 telemedicine home visits and 45 on-site home visits. The study found that there were no significant differences in the general data between two groups in term of caretaking. When comparing an ability to perform Activities of Daily Living (ADL) and disability levels using the Modified Rankin Scale (mRS), the study found that an intermediate care of stroke patients between two groups had significantly improved the ability to perform ADL and reduced disability levels in stroke patients at a significance level of 0.05. Therefore, both telemedicine home visits and on-site home visits could be able to increase the ability to perform ADL and reduce disability levels in intermediate-care of stroke patients. Telemedicine home visit is able to implement effectively as a pattern for home caring and monitoring of stroke patients during periods of cerebrovascular impairment evidences.

Key words: Intermediate care, Home health care, Telemedicine, Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ ในปี ค.ศ. 2022 พบว่า ประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 101 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization, 2022a) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจสังคม และความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยบางส่วนเกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว ผู้ป่วยบางส่วนต้องนอนโรงพยาบาลนานหรือกลับเข้ามารักษาตัวซ้ำเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 และพิการร้อยละ 70 โดยการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมองมีผลลัพธ์แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น อายุ โรคเรื้อรังหรือโรคร่วมหรือความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น นอกจากนี้การให้การรักษาภายหลังจากการพ้นระยะวิกฤตหรือการดูแลระยะกลางมีความสำคัญ และส่งผลต่อการฟื้นตัวของโรค หากพ้นระยะที่สามารถฟื้นฟูได้หรือไม่ได้ให้ความสำคัญในการกายภาพหรือฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะมีความพิการหรืออาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน (คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) พ.ศ.2558-2559 สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2559)

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เป็นระบบการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในสามกลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการประเมินสภาพและสนับสนุนให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่าง

ต่อเนื่องไปจนครบ 6 เดือน หลังเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วย โดยสร้างระบบบริการให้เกิดการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับ ซึ่งมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการฟื้นฟูที่บ้านด้วยการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระและความกังวลใจของญาติ อีกทั้งลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ และเป็นการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบไร้รอยต่อ ซึ่งเป็นหลักการของกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care), 2562)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 1 ใน 5 อันดับโรคที่มีความจำเป็นต้องดูแลสุขภาพที่บ้าน จากข้อมูลของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในปี พ.ศ.2558 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 35.21 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) และจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังในปี พ.ศ. 2562-2565 พบว่า สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดติดเชื้อ และแผลกดทับ (American Heart Association, 2021) โดยสาเหตุเหล่านี้ สามารถป้องกันได้ หากมีการจัดระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และมีระบบการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ

รูปแบบการเยี่ยมบ้าน มีทั้งการเยี่ยมบ้านที่เป็นการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข แก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค การให้ความรู้ด้านสุขภาพ คำปรึกษา แนะนำ ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2563) นอกจากนั้นรูปแบบในการเยี่ยมบ้านในยุคปัจจุบันหรือยุคไทยแลนด์ 4.0 มีการบูรณาการเทคโนโลยีด้านสารสนเทศ ซึ่งถือเป็นเป็นนวัตกรรมสุขภาพ ได้แก่ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยใช้สมาร์ทโฟน (Smart phone) ผ่านโปรแกรมหรือแอพพลิเคชั่น (Application) และยังมีการใช้สื่อ Social media ต่างๆ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน ทำให้เกิดผลดีสำหรับการให้บริการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น (โสภาพรรณ อินต๊ะเผือก และวรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์, 2562)

ดังนั้นการพัฒนาระบบงานการเยี่ยมแบบปกติหรือการลงพื้นที่จริง (On-site) และการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล (Telemedicine) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ภายใต้ช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 และภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย การวางระบบที่ดี การเชื่อมโยงประสานข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ย่อมเป็นสิ่งที่ทำให้คุณภาพการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองโดยการเยี่ยมบ้านด้วยรูปแบบทั้งการลงพื้นที่จริงและการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสร้างรูปแบบการบริการการเยี่ยมบ้านในการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถเป็นแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองโดยการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2565

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบและแตก ที่ได้รับการดูแลระยะกลาง ณ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2565 จำนวน 118 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบและแตก ที่ได้รับการดูแลระยะกลาง ณ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 90 ราย ได้มาโดยวิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการหาขนาดตัวอย่างในงานวิจัยประเภทที่ต้องหาค่าเฉลี่ยการศึกษา (Testing two independence means) ใน 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Bernard, 2011) กำหนดค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 61.47±28.38 คะแนน และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง 20 ที่ได้รับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 78.10± 27.78 คะแนน อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 และสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% (สุพัตรา ปวนไฝ และคณะ, 2561) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 45 ราย โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตันหรือแตก ในช่วง 6 เดือนแรกของการเจ็บป่วย มีคะแนน Barthel ADL Index น้อยกว่า 75/100 คะแนน หรือมากกว่า 75/100 คะแนนที่มีความผิดปกติมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ ปัญหาการกลืน (Swallowing Problem) ปัญหาการสื่อสาร (Communication Problem) ปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility Problem) ปัญหาด้านการรับรู้ (Cognitive and Perception Problem) และปัญหาการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ (Bowel and Bladder Problem)

2. ผู้ป่วยหรือญาติยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีให้เยี่ยมบ้านได้

3. ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

4. ผู้ป่วยหรือญาติต้องสามารถใช้สมาร์ทโฟนหรือ Device ที่สามารถรองรับโปรแกรมการพูดคุยทาง Telemedicine ได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

ระยะทางจากโรงพยาบาลไปบ้านเกิน 30 กิโลเมตร (การเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย อายุ เพศ ประเภทผู้ป่วย ที่อยู่ การวินิจฉัย ประวัติและอาการ ประเภทการเยี่ยมบ้าน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตามหลัก INHOMESSS (สายพิณ หัตถีรัตน์, 2551) ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โภชนาการ สภาพบ้านและเศรษฐานะ ความสัมพันธ์กับบุคคลภายในบ้าน ยาที่ใช้เป็นประจำ การตรวจร่างกาย ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ ความปลอดภัย และระบบบริการ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL (Activities of Daily Living; ADL) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2562) มีการประเมินจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 3) การขึ้น/ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอน 4) การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน 7) การเดินขึ้นลงบันได 8) การสวมใส่เสื้อผ้า 9) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ 10) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การใช้แบบประเมินในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ทราบความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

0-20 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

25-40 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพารุนแรง

45-55 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลาง

60-100 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพิการ (The modified Rankin scale; mRS) ฉบับภาษาไทย (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2562) ประเมินจากความสูญเสียความสามารถในการทำงานและกิจกรรมต่างๆ ว่าต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0-6 คะแนน ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ

1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

2 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง

3 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย

4 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้โดยไม่มีคนช่วย

5 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

6 คะแนน หมายถึง เสียชีวิต

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ณ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2565 โดยเก็บข้อมูลก่อนเยี่ยมบ้านจากเวชระเบียน โปรแกรม MIS version 4.2 หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมบ้าน และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และผลต่างเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการในกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล และกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Man Whitney U-test และระหว่างแต่ละช่วงเวลาของการเยี่ยมบ้านทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณา และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตามเลขที่หนังสือรับรอง EC023/63 รับรอง ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2563

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกลมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 82.22 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 82.22 มีลักษณะรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 60.00 ลักษณะรูปร่างผอม ร้อยละ 24.44 รับประทานอาหารธรรมดา ร้อยละ 51.11 อาหารเหลว ร้อยละ 44.45 ผู้ป่วยทุกรายไม่มีพฤติกรรมการดื่มหรือสูบบุหรี่ รวมทั้งมีบ้านที่มีแสงสว่างและอากาศถ่ายเททั้งหมด มีเครื่องอำนวยความสะดวก ร้อยละ 64.44 มีสภาพรอบบ้านปลอดภัย ร้อยละ 97.78 และทุกบ้านมีค่าใช้จ่ายภายในบ้านเพียงพอ

กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริงมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 77.78 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 80.00 มีลักษณะรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 60.00 รับประทานอาหารธรรมดา ร้อยละ 55.56 อาหารเหลว ร้อยละ 33.33 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการดื่มหรือสูบบุหรี่ ร้อยละ 97.78 และ 93.33 ตามลำดับ มีบ้านที่มีแสงสว่างและอากาศถ่ายเทร้อยละ 91.11 ไม่มีเครื่องอำนวยความสะดวก ร้อยละ 55.56 มีสภาพรอบบ้านปลอดภัย ร้อยละ 95.56 และมีค่าใช้จ่ายภายในบ้านเพียงพอ ร้อยละ 97.78 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล และกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง

ข้อมูลทั่วไป	Telemedicine (n=45)		On-site (n=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	8	17.78	10	22.22
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	37	82.22	35	77.78
การวินิจฉัย				
โรคหลอดเลือดสมองตีบ	37	82.22	36	80.00
โรคหลอดเลือดสมองแตก	8	17.78	9	20.00
ดัชนีมวลกาย				
ผอม	11	24.44	6	13.33
สมส่วน	27	60.00	27	60.00
ท้วม	6	13.33	9	20.00
อ้วน	1	2.22	3	6.67
ลักษณะอาหารที่รับประทาน				
อาหารธรรมดา	23	51.11	25	55.56
อาหารอ่อน	2	4.44	5	11.11
อาหารเหลว	20	44.45	15	33.33
การดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	45	100.00	44	97.78
ดื่ม	0	0	1	2.22

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล และกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Telemedicine (n=45)		On-site (n=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	45	100.00	42	93.33
สูบ	0	0	3	6.67
ความสะอาดเรียบร้อยภายในบ้าน				
เรียบร้อย	45	100.00	41	91.11
ไม่เรียบร้อย	0	0	4	8.89
เครื่องอำนวยความสะดวก				
ไม่มี	16	35.56	25	55.56
มี	29	64.44	20	44.44
สภาพรอบบ้าน				
ปลอดภัย	44	97.78	43	95.56
ไม่ปลอดภัย	1	2.22	2	4.44
เศรษฐกิจค่าใช้จ่ายในบ้าน				
เพียงพอ	45	100.00	44	97.78
ไม่เพียงพอ	0	0	1	2.22

2. การเปรียบเทียบผลข้อมูลการดูแลของกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล และกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง

เมื่อติดตามผลของการเยี่ยมบ้านทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล และกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบทางไกล ในวันที่จำหน่ายเท่ากับ 18.89 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เท่ากับ 28.22 และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เท่ากับ 40.44 ซึ่งมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีเพิ่มขึ้นตามลำดับ และในกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง ในวันที่จำหน่ายเท่ากับ 37.56 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เท่ากับ 55.67 และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เท่ากับ 67.00 ซึ่งมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีเพิ่มขึ้นตามลำดับเช่นกันกับกลุ่มแรก เมื่อเปรียบเทียบการเยี่ยมบ้านทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL ในวันจำหน่าย การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า ADL ของทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล และกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง

ข้อมูล	Telemedicine (n=45)		On-site (n=45)		*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ADL วันจำหน่าย	18.89	22.64	37.56	23.15	0.000*
ADL เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	28.22	27.90	55.67	31.54	0.000*
ADL เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2	40.44	32.82	67.00	33.78	0.000*

* *p*-value<0.05

ค่าเฉลี่ยระดับความพิการของกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบทางไกล ในวันที่จำหน่ายเท่ากับ 4.80 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เท่ากับ 4.49 และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เท่ากับ 4.07 ซึ่งมีระดับความพิการลดลงตามลำดับ และในกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง ในวันที่จำหน่ายเท่ากับ 4.53 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เท่ากับ 3.64 และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เท่ากับ 3.00 ซึ่งมีระดับความพิการลดลงตามลำดับเช่นเดียวกับกลุ่มแรก เมื่อเปรียบเทียบการเยี่ยมบ้านทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านของค่าเฉลี่ยระดับความพิการ mRS ในวันจำหน่าย การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า mRS ของทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพิการของกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล และกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง

ข้อมูล	Telemedicine (n=45)		On-site (n=45)		*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
mRS วันที่จำหน่าย	4.80	0.41	4.53	0.69	0.048*
mRS เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	4.49	0.84	3.64	1.35	0.001*
mRS เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2	4.07	1.10	3.00	1.57	0.001*

* *p*-value<0.05

การเยี่ยมบ้านทั้งสองวิธี ทั้งการเยี่ยมบ้านแบบทางไกลและการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มเดียวกัน ในวันที่จำหน่ายกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และวันที่จำหน่ายกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 โดยระดับ ADL ของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 สูงกว่าครั้งที่ 1 และสูงกว่าวันที่จำหน่าย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ค่าเฉลี่ยระดับความพิการในกลุ่มเดียวกัน พบว่า ในวันที่จำหน่ายกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1กับครั้งที่ 2 และวันที่จำหน่ายกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 โดยมีระดับความพิการของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ลดลงกว่าครั้งที่ 1 และลดลงกว่าวันที่จำหน่าย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการในกลุ่มเดียวกัน ระหว่างแต่ละช่วงเวลาของการเยี่ยมบ้านทั้งสองกลุ่ม

ข้อมูล	Telemedicine (n= 45)		On-site (n= 45)	
	Z	*p*-value	Z	*p*-value
ADL วันจำหน่าย กับ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	4.473	0.000*	4.495	0.000*
ADL เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2	5.099	0.000*	5.372	0.000*
ADL วันจำหน่าย กับ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2	5.001	0.000*	3.443	0.001*
mRS วันจำหน่าย กับ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	3.276	0.001*	4.179	0.000*
mRS เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2	4.144	0.000*	4.884	0.000*
mRS วันจำหน่าย กับ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2	4.146	0.000*	4.112	0.000*

* *p*-value<0.05

เมื่อศึกษาถึงผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างวันจำหน่ายและภายหลังการเยี่ยมบ้านกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล และกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง พบว่า ผลของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 นั้น มีค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความพิการระหว่างวันจำหน่าย และภายหลังการเยี่ยมบ้าน พบว่า ผลของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 นั้น ยังมีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของระดับความพิการที่ลดลง แต่เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความพิการของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่าง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการของกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกล และกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง

ข้อมูล	Telemedicine (n=45)		On-site (n=45)		*p*-value
	ผลต่างเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลต่างเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ADL วันจำหน่าย กับ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	9.33	10.42	18.11	24.43	0.018*
ADL เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2	12.22	9.74	11.33	21.17	0.435
ADL วันจำหน่าย กับ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2	21.56	16.51	29.44	22.16	0.084
mRS วันจำหน่าย กับ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	0.31	0.55	0.89	1.05	0.007*
mRS เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2	0.42	0.54	0.64	0.83	0.004*
mRS วันจำหน่าย กับ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2	0.73	0.86	1.53	1.37	0.242

**p*-value<0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง หรือมีระยะเวลาในการเป็นโรคมานาน ทำให้มีการสะสมของคราบไขมันหินปูนที่ผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization, 2022b) ซึ่งพบความชุกของโรคหลอดเลือดสมองที่อายุมากกว่า 15-49 ปี ประมาณร้อยละ 16 และพบว่าผู้ที่มีอายุ 50-70 ปีมีความชุกของโรคหลอดเลือดสมองมากถึงร้อยละ 62 แต่อย่างไรก็ตาม กลับพบว่า มีแนวโน้มของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นในวัยทำงาน (Ali, 2013) จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบคิดเป็นร้อยละ 81.11 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอัมพาตโลกและสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมองตีบมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองแตก (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560; World Stroke Organization, 2022a; 2022b)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางสามารถเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวางแผนฟื้นฟูต่อเนื่องมาตั้งแต่ระยะแรกหรือในช่วงระยะเฉียบพลัน หลังจากนั้นได้รับการฟื้นฟูอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องในช่วง 6 เดือนแรกของการเกิดโรค จึงทำให้เพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดระดับความพิการได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการดูแลระยะกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการการดูแลระยะกลางมีคะแนนเฉลี่ย

เพิ่ม 3.94±3.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิชามญชุ์ สุวรรณฉัตร และคณะ, 2564)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มเดียวกันเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยระดับความพิการนั้นลดลง ในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านหลังจากการจำหน่าย เนื่องจากการเยี่ยมบ้านเป็นการประเมินและส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัวในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการดูแลที่โรงพยาบาลมาเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านยังเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ เช่นเดียวกับการศึกษานี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนแรกของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพบว่าการเยี่ยมบ้านช่วยให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่ติดเตียงหรือติดบ้านมีความพิการที่ลดลง (ธัญพร สมันตรัฐ, 2561)

การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มเดียวกันเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยระดับความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองลดลงตามลำดับ ในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านหลังจากการจำหน่าย เนื่องจากการเยี่ยมบ้านแบบทางไกลสามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองหรือโดยญาติได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งหากไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการฝึก จะส่งผลให้ระดับความสามารถของผู้ป่วยไปไม่ถึงระดับสูงสุดที่ผู้ป่วยควรทำได้ นอกจากนี้การแพทย์ทางไกลช่วยให้แพทย์สามารถติดตามประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยโต้ตอบกันได้ในทันที ลดการเดินทางและลดค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายและสะดวกสบายมากขึ้น เพิ่มประสิทธิผลในการรักษาเฉพาะโรคสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการทำงานทางไกล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศอิหร่าน ซึ่งได้ทำการศึกษาในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ลดความพิการ และลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ (Moradi *et al*., 2021) นอกจากนี้ยังลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเป็นทางเลือกในการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามยังพบถึงข้อเสียของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ในการศึกษาของประเทศซาอุดิอาระเบีย ที่ทำการศึกษาในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยพบความคลาดเคลื่อนของการวินิจฉัยและรักษาโรคล่าช้าเนื่องจากไม่ได้ทำการตรวจร่างกายจริงนอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลและความลับของผู้ป่วย ซึ่งหากมีการใช้โปรแกรมที่ปลอดภัยก็จะมีค่าใช้จ่ายด้านเทคโนโลยีที่เพิ่มมากขึ้น (Mubaraki *et al*., 2021)

การเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งในส่วนของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความพิการในวันจำหน่ายและในวันที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริงนั้น ทีมเยี่ยมบ้านจะลงพื้นที่ได้ในระยะทางจากโรงพยาบาลถึงบ้านไม่เกิน 30 กิโลเมตร

และสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ไกลออกไป ไม่สามารถเข้าเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริงได้ แต่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนัก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือมีความพิการมาก จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน และการเยี่ยมบ้านแบบทางไกลจึงเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งผลให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบทางไกลต่ำกว่าและมีระดับความพิการที่มากกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง

อย่างไรก็ตามเมื่อดูค่าผลต่างของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการกลับพบว่าค่าของผลต่างในทั้ง 2 กลุ่มมีแนวโน้มไปในแนวทางเดียวกัน คือ ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มมากขึ้น และมีระดับความพิการที่ลดลง ผลลัพธ์ภายหลังการเยี่ยมบ้านทั้ง 2 รูปแบบนั้น ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจากทีมเยี่ยมบ้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ด้วยความถี่และจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นและรวดเร็วขึ้นภายในระยะเวลา 6 เดือน สามารถสรุปได้ว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบทางไกลกับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริงให้ผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกันและสามารถใช้เป็นทางเลือกของรูปแบบการให้บริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่าน (Moradi *et al*., 2021) ซึ่งพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกล เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ รวมทั้งรูปแบบการทำงานทางไกล ยังช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น เหมาะแก่การดูแลผู้ป่วยระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยนำไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและระยะยาว ซึ่งช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ไกลจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วมากขึ้น

2. ควรส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นการเยี่ยมแบบทางไกลหรือการลงพื้นที่จริง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในช่วง 6 เดือนแรก จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความทุพพลภาพหรือความพิการได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่เดินทางลำบาก ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเข่าเสื่อม ผู้ป่วยกระดูกทับเส้นประสาทผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหัก หรือผู้ป่วยสูงอายุ

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนการเยี่ยมบ้านแบบทางไกลและเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (สกสว.) และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ที่อำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมา ณ ที่นี่ด้วย

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2563). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง [online]. [cited 2023 October 24]; Available from: https://phn.bangkok.go.th/images/PDF/R2R_2563.pdf

กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2560 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2563]; แหล่งข้อมูล: http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี_2560_.pdf

คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) พ.ศ.2558-2559 สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2559). การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2563]; แหล่งข้อมูล: https://www.rehabmed.or.th/files/book.pdf

คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care). (2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง.

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: สู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธัญพร สมันตรัฐ. (2561). การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต”. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 19(36), 35-48.

พิชามญชุ์ สุวรรณฉัตร, ภัทรัตน์ ปานสุวรรณจิตร์ และวิชุดา จิรพรเจริญ. (2564). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในการเพิ่มความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 17(2), 78-90.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2562) แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.

สายพิณ หัตถีรัตน์. (2551). คู่มือหมอครอบครัว ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สุพัตรา ปวนไฝ, ศรีวรรณา วงค์เจริญ, นิรมัย มณีรัตน์ และวราพร นนทศิลา. (2561). ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(3), 500-509.

โสภาพรรณ อินต๊ะเผือก และวรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์. (2562). การเยี่ยมบ้าน: พยาบาลชุมชนยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 42(4), 140-148.

Ali, Z. H. (2013). Effect of Nursing Care Strategy on the Functional and Physical Abilities of Patients Following Stroke. Journal of Neurology & Neurophysiology. [cited 2022 October 25]; Available from: https://www.iomcworld.org/open-access/effect-of-nursing-care-strategy-on-the-functional-and-physical-abilities-of-patients-following-stroke-2155-9562.S8-006.pdf

American Heart Association. (2021). Let's talk about stroke [online]. [cited 2022 October 25]; Available from: https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Life-After-Stroke/LTAS_Complications-After-Stroke.pdf

Bernard, R. (2011). Fundamentals of biostatistics. 7th ed. Boston: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Moradi, V., Babaee, T., Esfandiari, E., Lim, S. B., & Kordi, R. (2021). Telework and telerehabilitation programs for workers with a stroke during the COVID-19 pandemic: A commentary. Work, 68(1), 77-80.

Mubaraki, A. A., Alrabie, A. D., Sibyani, A. K., Aljuaid, R. S., Bajaber, A. S., & Mubaraki, M. A. (2021). Advantages and disadvantages of telemedicine during the COVID-19 pandemic era among physicians in Taif, Saudi Arabia. Saudi Medical Journal, 42(1), 110-115.

World Stroke Organization. (2022a). Annual report 2022 [online]. [cited 2023 May 31]; Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2022_-_online.pdf

World Stroke Organization. (2022b). Global Stroke Fact Sheet [online]. [cited 2022 October 25]; Available from: https://www.world-stroke.org/publications-and-resources/resources/global-stroke-fact-sheet