

Received: 25 May 2020, Revised: 22 Jun 2020,

Accepted: 26 Jun 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนืองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ณิรณช วงศ์เจริญ^{1,*} ทศนรินทร์ รัชตารนรัชต์² พิธิษฐ์ สมงาม³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลต่อเนืองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงการดูแลต่อเนืองที่บ้าน และความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 72 คน พัฒนาแบบโดยใช้วงจร PAOR ดังนี้ (1) การวางแผน เป็นการวิเคราะห์ปัญหา (2) การปฏิบัติการ เป็นการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (3) การสังเกตการณ์ เป็นขั้นทดลองใช้รูปแบบ (4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นขั้นการประเมินและติดตามผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ ANOVA ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนืองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแนวทางการรับผู้ป่วย วิธีการเยี่ยมบ้าน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลรักษาต่อเนือง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.74 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 91.67 ในปี 2560 และการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูกับ ADL พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในช่วงเดือนที่ 1 มีความแตกต่างของคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 33.33 รองลงมาคือระหว่างเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 3 มีความแตกต่างของคะแนนเท่ากับ 14.07 จากผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการฟื้นฟูเร็วในช่วงเวลา 3 เดือนแรกจะส่งผลให้มีโอกาสฟื้นตัวสูง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการได้มากที่สุด

คำสำคัญ การดูแลต่อเนืองที่บ้าน โรคหลอดเลือดสมอง

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปง

² ผู้อำนวยการ ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบความมั่นคงและความปลอดภัยชายฝั่งเศรษฐกิจอ่าวไทยและอันดามัน

³ นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องย่าง

* Corresponding author: woranuch2419@hotmail.com

Original Article

Development of Continuity of Care Model for stroke patients

Neeranuch Wongcharoen¹, Tasanamin Ratchatathanarat², Phisit Somngam³**Abstract**

The purposes of this action research design were 1) to development of continuity of care model for stroke patients and 2) to compare differences in access to continuity of care and the difference between recovery time and activities of daily living (ADL) during January 2016 till December 2017. The samples were 72 new stroke patients, selected by purposive sampling. Developing model using the cycle of PAOR comprised of four parts: (1) planning was problem analysis (2) action was development of a continuity of care model for stroke patients (3) observe was implement the model and (4) reflection was evaluation. The research instruments comprised of parts; medical record and activities of daily living scale (ADL). Data were analyzed by using descriptive statistics and ANOVA. The findings of this research study revealed that continuity of care model for stroke patients comprised process of patients admission, home visit, multidisciplinary team and continuity of care, stroke patients received continuity of care increased 55.74 percent in 2016, 91.67 percent in 2017 and recovery time and activities of daily living had statistically significant different ($p < .05$). These findings suggest that in first month had highest score difference of 33.33 and followed between 1st month and 3rd month was score difference of 14.07. These findings indicate that, if the stroke patient receives a quickly recovery in the first 3 months, they will highest chance of recovery, reduce complications and reduce disability.

Keyword: Continuity of Care, Stroke¹ Registered nurse, Pong hospital² Director, The Research and development center of Security the coast in gulf and Andaman of Thailand³ Public health technical officer, Ban Ronyang Health Promoting Hospital

* Corresponding author: woranuch2419@hotmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องมาจากหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดง เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด หรือพูดไม่ได้ เป็นต้น¹ ซึ่งปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย พบว่า มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 255.85 ต่อประชากรแสน เพิ่มเป็น 352.30 ต่อประชากรแสนในปี 2558 และมีอัตราตายต่อแสนประชากรทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 48.13, 47.81 และ 47.15 ตามลำดับ ส่วนของจังหวัดพะเยามีอัตราตายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 51.98, 42.65 และ 46.63 ตามลำดับ² ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนอัตราป่วยและอัตราตายยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ อาทิ การเกิดแผลกดทับ ภาวะข้อติดแข็ง ภาวะท้องผูก การเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น และเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติที่สุด³ ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความสำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องในชุมชนทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยแนวทางการ

จัดบริการต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย⁵ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านช่วยให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นเช่นกัน ดังนั้นเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจึงควรได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นิยมใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The Barthel Activity of Daily Living Index: ADL) โดยประกอบด้วยเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ (1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อยแล้ว (Feeding) (2) การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (transfers) (3) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) (4) การเข้าห้องน้ำ (Toilet Use) (5) การอาบน้ำ เช็ดตัว (Bathing) (6) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน (Mobility) (7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) (8) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) (9) การกลั้นอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) (10) การกลั้นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)⁶ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁷ ทั้งนี้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลปงยังขาดความต่อเนื่องในการประเมิน ตลอดจนยังขาดการนำผลการประเมินมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื้องที่บ้านรูปแบบเดิมที่ผ่านมาของโรงพยาบาล พบว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเดิมยังไม่เป็นระบบ อาทิ ขาดการกำหนดช่วงเวลาในการเยี่ยมบ้านที่แน่นอน ขาดการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีโรงพยาบาลที่ครบแต่ไม่ได้ดำเนินการตามเกณฑ์ กอปรกับภูมิประเทศอำเภอปงมีพื้นที่กว้าง ทุรกันดาร ผู้ป่วยลำบากในการเดินทางเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ด้วยบริบทพื้นที่และจำนวนประชากรมากทำให้หน่วยงานท้องถิ่นไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งหมด ส่วนใหญ่จะเป็นเน้นการช่วยเหลือ รับส่งผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลไปรับการรักษาต่อในระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าขาดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน จากข้อมูลการเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน พ.ศ. 2555-2558 ร้อยละ 32.61, 40.82, 45.28 และ 55.74 ตามลำดับ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูล่าช้าหรือขาดโอกาสในการรักษาฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ยังผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และนอกจากนี้ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวสูงขึ้นอีกด้วย จากข้อมูลการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 74.50 เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เกิดแผลกดทับ ข้อติด อุบัติเหตุ มีการติดเชื้อและปัญหาด้านจิตใจ เป็นต้น⁸ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจะทำให้การดูแลรักษาและฟื้นฟูมีความยุ่งยากมากขึ้น มีโอกาสที่จะเกิดความพิการและเสียชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้พบการศึกษาที่ระบุว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หลอดเลือดสมองต่อเนื้องที่บ้านจะส่งทำให้ช่วยลดภาระของผู้ดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น⁹

จากประเด็นปัญหาของระบบการดูแลต่อเนื้องที่บ้าน และอุปสรรคการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลปงที่เกิดขึ้น⁸ ทำให้คณะผู้วิจัยจึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงการดูแลต่อเนื้องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มโอกาสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเข้าถึงการรักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการพิการลง โดยผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงการดูแลต่อเนื้องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื้องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนา
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2559 - ธันวาคม 2560 โดยผู้วิจัยเป็นคนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้วิธีการสอบถาม และการ

สังเกตการปฏิบัติตัว และการดูแลของญาติในขณะที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 72 คน และเลือกผู้ป่วยที่มีผลคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) น้อยกว่า 100 และมี การติดตามเยี่ยมบ้านจนครบ 6 เดือน จำนวน 27 ราย มาศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนการพัฒนา

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนการพัฒนาแบบโดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน PAOR ของ Kemmis and McTaggart¹⁰ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเป็นวงจรถูกเกลียว (spiral) ที่ต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยมีขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ในการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาหาแนวในการแก้ปัญหา และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) และการสังเกตการณ์ (Observe) เป็นขั้นทดลองใช้รูปแบบการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เป็นขั้นการประเมินและติดตามผล มี

การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจากแบบประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) ทั้งหมด จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และเมื่อครบเดือนที่ 1, 3 และ 6 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
2. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living Index: ADL)⁶ ประกอบด้วยการประเมิน ดังนี้ (1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) (2) ลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (transfers) (3) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) (4) การเข้าห้องน้ำ (Toilet Use) (5) การอาบน้ำ การเช็ดตัว (Bathing) (6) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน (Mobility) (7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) (8) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) (9) การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) (10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) โดยมีเกณฑ์การแปลผลจากคะแนนเต็ม 0-100 คะแนน ดังนี้ (1) คะแนน 0-20 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (very severely disabled) (2) คะแนน 25-45 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (severely disabled) (3) คะแนน 50-70 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (moderately disabled) (4) คะแนน 75-90 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (mildly disabled) และ (5) คะแนน 100 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (Physically Independent but not necessary normal or social independent) โดยผู้วิจัยเป็น

คนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยวิธีการสอบถาม สังเกตและประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในขณะที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ และทดสอบสมมติฐานในการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) โดยใช้สถิติ ANOVA กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.70 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดมีอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 33.30 รองลงมาระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 8.50 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 62.5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกระบวนการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>1. การรับผู้ป่วย เป็นการรับผู้ป่วยในเชิงรับ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยใน (2) รับผู้ป่วยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (3) รับผู้ป่วยมาจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปาง ในกรณีขอรับคำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน และ 4) รับผู้ป่วยที่มาฟื้นฟูในงานกายภาพบำบัด</p>	<p>1. การรับผู้ป่วย เน้นการรับผู้ป่วยในเชิงรุก ร่วมกับในเชิงรับ การรับผู้ป่วยเชิงรุก คือ เยี่ยมบ้านแบบช่องทางด่วนโดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายตามรายชื่อที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อ ซึ่งนักกายภาพจะตามรายชื่อทุกอาทิตย์ส่งให้งาน HHC การรับผู้ป่วยเชิงรับ คือ รับผู้ป่วยจากช่องทางเดิมทั้งหมด</p>

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลจากพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกระบวนการ PAOR ทำให้เกิดการปรับปรุงระบบการให้บริการผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ เน้นการมีส่วนร่วมองค์กรภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการวิเคราะห์ ติดตามประเมินผล โดยใช้คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) เป็นเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และมีการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยย้อนกลับให้แก่พื้นที่และทีมที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ความแตกต่างของการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนามีรายละเอียด ดังนี้

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
2. วิธีการเยี่ยม ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับมาจากหน่วยงานต่างๆ ขาดความต่อเนื่องในการติดตาม	2. วิธีการเยี่ยม กำหนดระยะเวลาการเยี่ยมทุกวันพฤหัสบดี ทุกอาทิตย์ มีกำหนดแผนการเยี่ยมแต่ละรายชัดเจน
3. ทีมเยี่ยม ไม่ได้กำหนดทีมเยี่ยมชัดเจน การออกเยี่ยมขาดการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ	3. ทีมเยี่ยม เยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัช เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และให้ความสำคัญในการให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นรายกรณีในการดูแลผู้ป่วย ประสานงานกับหน่วยงาน อปท. ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
4. การดูแลรักษาต่อเนื่อง เข้าสู่ระบบนัดตามปกติและการฟื้นฟูตามปกติในเวลาราชการ	4. การดูแลรักษาต่อเนื่อง เข้าสู่ระบบนัดตามปกติและการฟื้นฟูตามปกติในเวลาราชการ และการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน โดยนักกายภาพจะเป็นผู้ให้ความรู้ ฝึกทักษะการปฏิบัติในการทำกายภาพที่บ้าน และเพิ่มการฟื้นฟูนอกเวลาในวันเสาร์ที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปง ในรายที่สามารถเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลได้ และส่งเสริมการฟื้นฟูในศูนย์ฮอมฮักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ 3 ความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนา ความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบ

ที่พัฒนาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 55.74 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 91.67 ในปี 2560 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนา (n=27)

เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม (คน)	ร้อยละ
รูปแบบการการเยี่ยมบ้านเดิม (2559)	61	34	55.74
รูปแบบการการเยี่ยมบ้านที่พัฒนา (2560)	72	66	91.67

ส่วนที่ 4 ความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL)

ระยะเวลาในการฟื้นฟูกับการคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูหลังป่วยกับคะแนน ADL มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ในการเยี่ยมครั้งแรกกับในเดือนที่ 1 มีความแตกต่างของ

คะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 33.33 คะแนน รองลงมาคือ ระหว่างการเยี่ยมเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 3 มีความแตกต่างของคะแนนเท่ากับ 14.07 คะแนน แสดงดังตารางที่ 4

จากผลการศึกษาระหว่างความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) การเยี่ยมเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) ระหว่างการเยี่ยมเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 เท่ากับ 1.67

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการฟื้นฟูกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) (n=27)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	p-value
ระหว่างกลุ่ม	41954.40	3	13984.80	<0.0001***
ภายในกลุ่ม	54698.15	104	525.95	

***p<.001

ตารางที่ 4 ตารางนำเสนอการเปรียบเทียบพหุคูณความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูหลังป่วยกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) (n=27)

คะแนน (ADL)	การเยี่ยมครั้งแรก	การเยี่ยมในเดือนที่ 1	การเยี่ยมในเดือนที่ 3	การเยี่ยมในเดือนที่ 6
การเยี่ยมครั้งแรก	-	33.33*	-	-
การเยี่ยมในเดือนที่ 1	-	-	14.07*	-
การเยี่ยมในเดือนที่ 3	-	-	-	1.67
การเยี่ยมในเดือนที่ 6	-	-	-	-

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.70 และเพศหญิง ร้อยละ 33.30 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด ระหว่าง

55-59 ปี ร้อยละ 33.30 รองลงมา ระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 18.50 อายุ ความแตกต่างระหว่างคะแนน ADL ในการเยี่ยมครั้งแรกกับเดือนที่ 1 จะมีความแตกต่างของคะแนนสูงที่สุดโดยมีค่าความต่างเท่ากับ 33.33 คะแนน รองลงมาคือ คะแนน

การเยี่ยมเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 3 มีความแตกต่างของคะแนนเท่ากับ 14.07 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากความแตกต่างของคะแนน ADL แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ส่วนการเยี่ยมเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีคะแนน ADL ระหว่างการเยี่ยมเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 เท่ากับ 1.67 ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ช่วงเวลา 3 เดือนแรกหากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพเร็ว จะทำให้มีโอกาสฟื้นตัวสูง ลดการเกิดความพิการได้มากที่สุด ทั้งนี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาจจะต่ำในช่วงแรกของความเจ็บป่วย แต่จะดีขึ้นเมื่อระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยรวมได้เป็นส่วนใหญ่ ภายหลังจากจำหน่าย 30 วัน ($\bar{X}=75.08$, $SD= 23.890$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังจากจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)¹¹ และการศึกษาที่พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ (40.50 คะแนน) และเมื่อติดตามเป็นระยะในวันจำหน่ายหลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (80.10 คะแนน)¹²

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองเชื่อมโยงต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนครอบคลุมพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยแนวทางการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่ายที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านช่วยให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ⁵ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีระบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ตอบสนองปัญหาเฉพาะรายภายใต้บริบทของผู้ป่วยแต่ละคน เน้นการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้สามารถสรุปกระบวนการดูแล ได้ดังนี้ (1) มีระบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สนับสนุนและร่วมกันพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (2) การจัดระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามบริบทของแต่ละราย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในการดูแลตนเองมากขึ้น (3) ประสานงานกับชุมชน เพื่อรวบรวมทรัพยากรในชุมชน และการสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (4) มีการวิเคราะห์ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่ร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่พบว่าประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นจริงและจัดทำแผนปฏิบัติการ (2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคประชาชน ภาควิชาการและภาคท้องถิ่น (3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการติดตามเยี่ยมบ้าน (4) ระบบที่ปรึกษาาร่วมกันในเครือข่าย และ (5) ทีมพี่

เลี้ยงติดตามกำกับและประเมินผลเป็นระยะ¹³ ทั้งนี้การมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน มีระบบการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงทุกระยะเจ็บป่วย ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁸ และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย¹⁴ นอกจากนี้ยังช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายกรณีได้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้นในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาคพบว่าผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูเร็วที่สุดด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแลร่วมกัน โดยเฉพาะใน 1-3 เดือนแรกจะมีความแตกต่างของระหว่างคะแนน ADL มากที่สุด ดังนั้นการนำรูปแบบการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีขึ้นจากการพัฒนารูปแบบ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การสนับสนุนและร่วมกันพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การได้รับสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และมีการวิเคราะห์ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสภาพเร็วและยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับสู่สภาพปกติ ลดอัตราการเกิดความพิการ และยังเพิ่มโอกาสของผู้ป่วยในการเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพ การดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยรายกรณี การดูแลที่คำนึงถึงความแตกต่างของบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก เพื่อส่งเสริมการรักษา ฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลปง ทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปาง ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ก้องเกียรติ ภูณภัทน์ทรากกร. ประชาพิทยาพันยุค. กรุงเทพมหานคร: พราวเพรส 2002 จำกัด; 2553.
2. กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อปี 2559-2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤษภาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>
3. บรรณพรวรรณ ทรัพย์เคราะห์ สุพัตรา อังศุโรจน์กุล สิทธิ อติรัตน์นา พรพชร กิตติเพ็ญกุล, ลัดดา ลากศิริอนันตกุล. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: The sun group; 2554.
4. กุสุมา สุวรรณบุรณ์. การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2561; 14(3): 3-15.

5. นิภาพร ภิญโญศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551. 117 หน้า.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด; 2558.
7. รัตนพร สายตรี ปญญพัฒน์ ไชยเมล์ สมเกียรติยศ วรเดช. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(2): 1-13.
8. โรงพยาบาลปง. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลปง ประจำปีงบประมาณ 2560. (เอกสารไม่ตีพิมพ์); 2560.
9. Ugur HG, Erci B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. Acta Clin Croat 2019; 58(2): 321-32.
10. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Australia: 1992.
11. เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาฤกษ์ บ่องเจริญ. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2552; 21(1): 4-21.
12. อรุณี ชาญชัย. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และระดับความพึงพอใจในการดูแลตามโปรแกรมของผู้ดูแล/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะของ.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2557; 25(1): 78-89.
13. วรณิษา ประกายสี วรพจน์ พรหมสัตยพรต นิสากร วิบูลชัย. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เทศบาลตาบลาปีปทุม อำเภอลำปำปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(1): 99-111.
14. เนติมา คูณีย์. การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2557.