

บทบาทพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

The Role of Home Health Care Nurses in the Transitional Care of Stroke Patients from Hospital to Home, King Chulalongkorn Memorial Hospital

วิภาวรรณ ทองเทียม* พิชญาภรณ์ ธรรมจริยกุล** สุภัทรา พัฒนาประทีป***
Wipawan Tongtiam* Pichayaporn Dhamjariyakul** Supatthra Pattanaprateep***

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการหรือทุพพลภาพ ส่งผลกระทบอย่างมากทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวในหลากหลายมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาการดูแลเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในระยะภายหลังจำหน่ายและกลับไปอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พยาบาลเยี่ยมบ้านจึงมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงและสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาศัยแนวปฏิบัติการดูแลที่ได้มาตรฐานและอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model: TCM) ระบบการดูแลและ

Received: April 3, 2025

Revised: November 22, 2025

Accepted: December 29, 2025

* ผู้ชำนาญการพิเศษพยาบาล 7 ศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330. E-mail: firsttai@hotmail.com

* Professional Nurse of Home Health Care Center, Nursing Department, Chulalongkorn Hospital, Bangkok, Thailand 10330. E-mail: firsttai@hotmail.com

** ผู้เชี่ยวชาญพยาบาล 8 ศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330. E-mail: pichayaporn@gmail.com

** Expert Nurse of Home Health Care Center, Nursing Department, Chulalongkorn Hospital, Bangkok, Thailand 10330. E-mail: pichayaporn@gmail.com

*** Corresponding Author, หัวหน้าศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330. E-mail: supatthra.trc@gmail.com

*** Corresponding Author, Nurse Manager, Nursing Department, Chulalongkorn Hospital, Bangkok, Thailand 10330. E-mail: supatthra.trc@gmail.com

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ของศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และอธิบายบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการพยาบาล และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

Abstract

Stroke is a major global health problem and a leading cause of disability, profoundly affecting patients and their families across physical, psychological, social, and economic dimensions. This impact necessitates increased reliance on care, especially during the critical post-discharge and home-return transition period, where patients and families must adjust to substantial life changes. Consequently, home health care nurses play a crucial role in bridging the transition and supporting continuous care from the hospital to the home. Their support helps patients and families effectively manage self-care, reduce the risk of complications and hospital readmission, and ultimately improve quality of life by utilizing standard, evidence-based care guidelines. Therefore, the objectives of this article are to describe post-discharge stroke and its impact on patients and caregivers, present the concept of the transitional care model (TCM) care system as well as provide guidelines for transitional stroke patients from hospital to home by utilizing the transitional care framework, and explain the roles of home health care nurses in stroke patients. This work is intended to enhance the knowledge of nursing professionals and serve as a guide for further developing a more effective home visit system for stroke patients.

Keywords: roles of home health care nurses, stroke patients, transitional care from hospital to home

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) เป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ¹ และโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เนื่องจากเป็นโรคของระบบประสาทที่เกิดความบกพร่องอย่างเฉียบพลันจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายและเซลล์สมองไม่สามารถทำงานได้ อาการและอาการแสดงอาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคและสมองที่ถูกกด² สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง¹ และผู้ป่วยถึง 50% ต้องเผชิญกับความพิการ³ จากรายงานอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของประเทศไทยในกลุ่มประชากรตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2560-2565 โดยเพิ่มจาก 278.49 เป็น 330.72 คนต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตยังคงอยู่ในระดับสูงที่ ร้อยละ 10-11 โดยไม่มีแนวโน้มลดลง ถึงแม้จะมีการพัฒนาระบบบริการและการรักษาให้มีมาตรฐานสูงขึ้นก็ตาม⁴ ในส่วนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท (stroke unit) เพิ่มขึ้นจาก 719 รายในปี พ.ศ. 2566 เป็น 812 รายในปี พ.ศ. 2567⁵ และมีจำนวนผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ติดตามดูแลหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก 64 ราย เป็น 153 รายในปีเดียวกัน⁶ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นและความต้องการดูแลต่อเนื่องที่เพิ่มขึ้น

จากข้อมูลการวิจัย พบว่า ในอดีตระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักสิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีแนวทางปฏิบัติที่มีการวางแผนก่อนจำหน่ายเป็นไปในลักษณะที่ให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน ส่งผลให้การดูแลไม่มีความต่อเนื่องและผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูงขึ้น⁷ ซึ่งการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) หมายถึง การที่ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วในช่วงเวลาที่กำหนด⁸ สำหรับต่างประเทศกำหนดเกณฑ์การกลับมารักษาซ้ำไว้ที่ 30 วัน⁹ ส่วนในประเทศไทยกำหนดไว้ที่ 28 วัน¹⁰ การดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านจึงมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบกับการวางแผนจำหน่าย ซึ่งการวางแผนจำหน่ายจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹¹ หากการวางแผนจำหน่ายขาดประสิทธิภาพ และผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เพียงพอในช่วงสัปดาห์แรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล¹²

ปัจจุบันแนวคิดการดูแลผู้ป่วยได้เปลี่ยนไปสู่การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ซึ่งเป็นการบูรณาการการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน ซึ่งระบบการรักษาระยะฉุกเฉิน ระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟู ระยะจำหน่าย และระยะกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง⁷ โดยระบบการรักษานี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฉุกเฉินมีเป้าหมายเพื่อช่วยชีวิตและลดความเสียหายของสมอง เมื่ออาการเริ่มคงที่เข้าสู่ระยะเฉียบพลันผู้ป่วยจะถูกย้ายไปยังหอผู้ป่วยเฉพาะทาง (stroke unit) เพื่อเฝ้าระวังอาการ¹³ และเริ่มโปรแกรมฟื้นฟูสภาพภายใน 24-72 ชั่วโมง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน¹⁴ การดูแลตามแนวปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น¹² ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาลสั้นลง เฉลี่ยประมาณ 5-7 วัน¹⁵ ร่วมกับการนำหลักของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups; DRG) มาใช้ ทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น¹⁶ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁸

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสภากาชาดไทย มีสัญญา หรือ ข้อตกลงกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อร่วมมือและประสานให้บริการแก่ผู้ป่วย รวมทั้งทำหน้าที่เป็นศูนย์เฉพาะทางรักษาโรคซับซ้อนและรุนแรง ด้วยการใช้เทคโนโลยีและมีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหลายสาขา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ แตก และอุดตันซึ่งเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและก่อให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีทีมแพทย์ พยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาในระยะก่อน ระหว่างและภายหลังจำหน่าย และเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย จะมีทีมจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน หลังจากนั้นจึงส่งต่อให้หน่วยบริการในสังกัดกรุงเทพมหานครหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดูแลต่อไป อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แตกต่างจากโรงพยาบาลตติยภูมิในสังกัดกรมการแพทย์ซึ่งขึ้นตรงกับกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลตติยภูมิในสังกัดกรุงเทพมหานคร กล่าวคือ โรงพยาบาลตติยภูมิในสังกัดกรมการแพทย์จะมีหน่วยเวชกรรมสังคมส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อประสานงานการดูแลภายหลังจำหน่าย ในขณะที่โรงพยาบาลตติยภูมิในสังกัดกรุงเทพมหานครมีหน่วยบริการสาธารณสุขทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

จากที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จึงมีบทบาทที่หลากหลายและสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวสามารถก้าวผ่านช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ดังนั้น บทควมนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายขอบเขตของเนื้อหา คือ โรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model: TCM) รูปแบบการดูแลและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และบททวนบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จะเข้าสู่ช่วงของการฟื้นฟูสภาพและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยสภาพทางกายของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปตามความรุนแรงและตำแหน่งของความเสียหายในสมอง² ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหรือทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวบกพร่อง (motor deficit) การมองเห็นบกพร่อง (visual deficit) ความบกพร่องด้านการสื่อสาร (aphasia) สูญเสียความจำระยะสั้นและระยะยาว (short and long term loss) การรับรู้ความรู้สึกบกพร่อง (sensory loss) ละเลยไม่สนใจร่างกายซีกที่เป็นอัมพาต (neglect) และมีภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) เป็นต้น จากงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งหนึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมากในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ก่อให้เกิดภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เพิ่มขึ้น¹⁷ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และข้อไหล่เคลื่อน อีกทั้งส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า¹⁸ ดังนั้น การดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วง 3-6 เดือนแรกหลังจำหน่ายจึงมีความสำคัญเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้กลับมาเป็นปกติมากที่สุด¹⁹

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ดูแล

ผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความพิการสูงและมีความบกพร่องทางระบบประสาทระดับปานกลางถึงรุนแรง มักเผชิญกับความเครียดและภาระการดูแลในระยะยาว ทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล มีปัญหาการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง และมีความเครียดทางการเงินจากการที่ต้องออกจากงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มเวลา ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลตามมา²⁰ ด้วยเหตุนี้ ผู้ดูแลจึงควรได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนและทีมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแล การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ การจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด²¹

แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model: TCM)

แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model: TCM) เป็นรูปแบบการบริการทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่องซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นโดย ดร.แมรี เนลเลอร์ (Dr. Mary Naylor) ในช่วงทศวรรษ 1990 ร่วมกับคณาจารย์พยาบาลจาก University of Pennsylvania School of Nursing และกลุ่มนักวิจัยสาขาวิชาชีพในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยให้ความสำคัญกับการดูแลใน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายกลับบ้าน มีเป้าหมายหลักเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดภาระการดูแล ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Nurse: TCN) ซึ่งเป็นพยาบาลผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทและหรือผ่านการอบรมเฉพาะทาง หรืออาจเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่มีสมรรถนะขั้นสูงในการจัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบประสานงานกับทีมสุขภาพทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน²²

ลักษณะผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน คือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หากไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล²³ ในบริบทของระบบสาธารณสุขไทย “พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน” มีบทบาทที่คล้ายคลึงกับ “พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน” (transitional care nurse) เนื่องจากทั้งสองบทบาทต่างมุ่งเน้นที่การสร้างอย่างต่อเนื่องของการดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล²⁴ ซึ่งเป็นคุณสมบัติหลักของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมี 9 องค์ประกอบที่สำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าองค์ประกอบเหล่านี้มีความครอบคลุมและสะท้อนถึงการบริการพยาบาลที่ชัดเจนตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน^{23,25} โดยองค์ประกอบภายใต้แนวคิด ประกอบด้วย

- 1) คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำ
- 2) การจัดสรรบุคลากร มอบหมายพยาบาลรับผิดชอบการดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน
- 3) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลเพื่อสร้างความไว้วางใจ
- 4) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลในการแสดงความคิดเห็น วางแผน ตัดสินใจในการดูแล

- 5) การประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุมรวมทั้งการจัดการความเสี่ยงและอาการ
- 6) การให้ความรู้ทางสุขภาพและฝึกทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็น
- 7) การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
- 8) การบริการต่อเนื่อง โดยการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นต้น
- 9) การติดต่อประสานงาน มีการสื่อสารและเชื่อมโยงการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกัน

ในประเทศไทย มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (TCM) เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคที่มีความซับซ้อนหลายกลุ่มโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งงานวิจัยหลายเรื่อง พบว่า การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล กล่าวคือ ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น²⁶ ส่วนผลลัพธ์ของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อม มีทักษะในการดูแล มีความมั่นใจในการดูแล และมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการเพิ่มขึ้น²⁷ ซึ่งศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้นำแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (TCM) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวข้างต้น คือ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ลดระดับความพิการหรือทุพพลภาพ (MRS) ลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อยึดติด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลและพึงพอใจในการบริการระดับมาก

ระบบการดูแลและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน: ศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1. ประวัติการก่อตั้งระบบและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอยู่เดิม นำมาสู่การพัฒนากระบวนการดูแลและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในระยะเริ่มต้นศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (home health care center) ได้รับก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2553 มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียง (turnover rate) ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีระบบการประสานความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและการสนับสนุนทีมเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครของสำนักงานอสากาชาด และฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งได้รับพระกรุณาธิคุณจากพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ ทรงเป็นองค์อุปถัมภ์ มีพันธกิจหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการซับซ้อนถึง

บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเริ่มต้นดำเนินการกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มแรกของการกิจ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁶ แม้ว่าปัจจุบันจะมีพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่อุบัติการณ์การกลับเข้ามารักษาซ้ำก็ยังคงสูงขึ้น จากข้อมูลสถิติพบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ.2566 เป็นร้อยละ 5.19 ในปี พ.ศ.2567 ซึ่งส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย²⁸

ศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีพื้นที่ให้บริการครอบคลุม 4 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานครและจังหวัดในแถบปริมณฑล ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานีและสมุทรปราการ รูปแบบการให้บริการ ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ การใช้ระบบการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) และระบบออนไลน์ เช่น ไลน์แอปพลิเคชัน (line application) และมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยในเขตกรุงเทพมหานครจะส่งต่อการดูแลไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ผ่านศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านกรุงเทพมหานคร (BMA Home Ward Referral Center) ที่เชื่อมโยงกับศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 69 แห่ง ส่วนพื้นที่นอกเขตบริการเขตกรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ จะส่งต่อข้อมูลการดูแลไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด

จากบริบทของศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านที่กล่าวมาข้างต้น และจากการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการนำแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านและองค์ประกอบหลักภายใต้แนวคิดมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบสุขภาพโดยรวม^{26,27} จึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านขึ้น

2. การดำเนินงาน แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

เมื่ออาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นและแพทย์อนุญาตให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งปรึกษาผู้ป่วยมายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อย 3 วันทำการ ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านจะร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ซึ่งขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

2.1.1 เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย²³ มีขั้นตอน ดังนี้

2.1.1.1 แพทย์หรือพยาบาลหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และส่งปรึกษามายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2.1.1.2 หัวหน้าศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มอบหมายพยาบาลเยี่ยมบ้านรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน จากนั้นพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ได้รับมอบหมายจะขึ้นไปหอดูแลผู้ป่วยเพื่อศึกษาประวัติและข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินและวางแผนการดูแล

2.1.1.3 พยาบาลเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และประเมินข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมนอกเหนือจากเวชระเบียน

2.1.1.4 พยาบาลเยี่ยมบ้านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น ซึ่งกระบวนการวางแผนจำหน่ายเริ่มต้นจากการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้านความรู้ ทักษะการดูแล สภาพที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่บ้าน แหล่งสนับสนุนในชุมชน รวมถึงการจัดหาและเตรียมเครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็น เช่น เตียง เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น พร้อมทั้งให้ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน และขอความยินยอมเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2.1.2 เตรียมความพร้อมก่อนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านเตรียมความพร้อมก่อนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน²⁴ มีขั้นตอนต่อไปนี้

2.1.2.1 กำหนดแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยประเมินจากระดับความพิการหรือทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale: MRS)²⁹ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม MRS เท่ากับ 0-2 หมายถึง ไม่มีอาการผิดปกติถึงมีความพิการเล็กน้อย จะส่งต่อไปกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง 2) กลุ่ม MRS เท่ากับ 3 หมายถึง มีความพิการปานกลาง ติดตาม 3 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน คือ ครั้งที่ 1 หลังจำหน่ายไม่เกิน 1-2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 หลังจำหน่าย 6 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 หลังจำหน่าย 12 สัปดาห์ และ 3) กลุ่ม MRS เท่ากับ 4,5 หมายถึง มีความพิการปานกลางถึงมาก ติดตาม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน คือ ครั้งที่ 1 หลังจำหน่ายไม่เกิน 1-2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 หลังจำหน่าย 8 สัปดาห์ และครั้งที่ 4 หลังจำหน่าย 12 สัปดาห์

2.1.2.2 ประสานงานกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น เพื่อแจ้งวัน เวลา สถานที่เยี่ยมบ้าน และประสานงานกับหน่วยยานยนต์ เพื่อขอรถออกเยี่ยมบ้านในวันและเวลาที่กำหนด

2.1.2.3 เตรียมอุปกรณ์เยี่ยมบ้านและเอกสารให้พร้อมใช้ก่อนออกเยี่ยมบ้าน

1) เตรียมอุปกรณ์ในกระเป๋าเยี่ยมบ้านที่จำเป็นให้พร้อมใช้ โดยเฉพาะอุปกรณ์พื้นฐานในการประเมินและดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว อุปกรณ์ทำแผล โปรทวัดใช้เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็นตามลักษณะผู้ป่วยที่พบป่วย

2) เตรียมเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและแบบประเมินต่าง ๆ เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลและประเมินอาการของผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ประวัติผู้ป่วย แบบฟอร์มบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบประเมินต่าง ๆ เช่น แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) แบบประเมินระดับความพิการหรือทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale: MRS) และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) เป็นต้น²⁹

2.1.2.4 ตรวจสอบข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีแผนการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายอย่างชัดเจน เช่น การจัดเตรียมยาและกำหนดวันนัดหมายเพื่อตรวจติดตามตามแผนการรักษา

2.1.2.5 ประชุมปรึกษาแผนการดูแล (pre-conference) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ก่อนออกเยี่ยมบ้าน เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและวางแผนการดูแลร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมก่อนการติดตามดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการดูแลต่อเนื่องในระยะภายหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาล

2.2 ระยะภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ ผู้ป่วยและครอบครัว จะต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จะติดตามต่อเนื่องที่บ้านภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

2.2.1 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถกลวรรณ บุญเต็ม และคณะ³⁰ เสนอแนะ การติดตามเยี่ยมบ้านด้วยการพิจารณาจากระดับความพิการหรือทุพพลภาพ (Modified Rankin Scale: MRS)²⁹ ดังนี้ MRS เท่ากับ 0-2 หมายถึง ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านแต่จะส่งต่อให้กับหน่วยบริการ สุขภาพในพื้นที่ดูแลต่อ ส่วน MRS เท่ากับ 3 หมายถึง ติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือน และ MRS เท่ากับ 4,5 หมายถึง ติดตามเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อกระตุ้นกระบวนการฟื้นตัว และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จำนวนครั้งและความถี่ของการเยี่ยมบ้านอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับนโยบายและแนวปฏิบัติของหน่วยงานนั้น ๆ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและบริบทการดูแล สำหรับการติดตามเยี่ยมบ้านของศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้

2.2.1.1 ประเมินภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่บ้านและจัดการความเสี่ยง²⁴ ได้แก่ ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมที่บ้านซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น บันไดและ พื้นต่างระดับ มีสิ่งกีดขวางบนพื้น พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ รวมทั้งค้นหาและจัดการกับความเสี่ยงหรือการ ผิดปกติที่เกิดขึ้น

2.2.1.2 ให้ความรู้ทางสุขภาพและฝึกทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็น³¹ ได้แก่

1) การให้ความรู้เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ งดดื่มสุรา และ สูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agent) กลุ่มยา แอสไพรินอย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งการรักษาของแพทย์และสังเกตผลข้างเคียงที่สำคัญ เช่น ภาวะเลือดออก ผิดปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ทันที ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อความปลอดภัย เช่น การติดตั้งราวจับและ อุปกรณ์กันลื่น และให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนในชุมชนสำหรับการขอรับอุปกรณ์และบริการช่วยเหลือต่าง ๆ

2) ฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การทำ กายภาพบำบัด การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การจัดยา การพลิกตะแคงตัว การใช้ อุปกรณ์พยุงเดิน (walker) รถเข็นนั่ง (wheel chair) เป็นต้น รวมถึงการให้การพยาบาลที่บ้านโดยพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ เช่น การเปลี่ยนสายให้อาหารทางสายยางและสายสวนปัสสาวะ การทำแผล และการตรวจวัดระดับ น้ำตาลปลายนิ้ว เป็นต้น

3) การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกโรงพยาบาล²³ ได้แก่ แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

4) การบริการต่อเนื่อง โดยติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย²³ เช่น การเยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การใช้ระบบการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) หรือ ระบบออนไลน์ เช่น ไลน์แอปพลิเคชัน (line application) เป็นต้น

5) ติดต่อประสานงานการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งต่อข้อมูลการดูแลให้กับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ²³ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด

6) ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลและบันทึกข้อมูลการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินผลลัพธ์การให้พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ระดับความพิการหรือทุพพลภาพ (MRS) กำลังกล้ามเนื้อ (motor power) ความรู้และทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแล และภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่าย เช่น ภาวะปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อยึดติด แผลกดทับ เป็นต้น²⁸ เพื่อทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแล และบันทึกข้อมูลการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านลงในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record หรือ EMR) ของโรงพยาบาล

2.2.2 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือ การใช้ระบบการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) หรือ ระบบออนไลน์ เช่น ไลน์แอปพลิเคชัน (line application) เป็นต้น วิธีการนี้ถูกนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งแรก หรือกรณีที่ไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ เช่น ผู้ป่วยอยู่นอกเขตบริการเพื่อติดตามอาการและผลการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือ การใช้ระบบการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) หรือระบบออนไลน์ มีขั้นตอนปฏิบัติคล้ายคลึงกับการติดตามเยี่ยมที่บ้าน แต่มีความแตกต่างกันในส่วนของการประเมินภาวะสุขภาพที่ได้จำกัด ต้องอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นหลัก หรือประเมินจากการสอบถามและภาพผ่านวิดีโอคอลเท่านั้น ทำให้สามารถทบทวนทักษะที่เคยฝึกปฏิบัติไปแล้ว แต่ไม่สามารถลงมือทำหัตถการหรือฝึกทักษะใหม่ที่ซับซ้อนได้เทียบเท่ากับเยี่ยมบ้าน เป็นต้น³²

จากที่กล่าวมา เห็นได้ชัดเจนว่า ในระยะภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเป็นกลไกสำคัญ อย่างไรก็ตาม กิจกรรมและเป้าหมายมีความแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง โดยการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความพิการหรือทุพพลภาพ (MRS) ระดับ 3-5 จะมีการดำเนินการตามขั้นตอนปฏิบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น ส่วนการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2-4 จะมุ่งเน้นการประเมินความก้าวหน้าและการแก้ไขปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ผ่านมา ซึ่งมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันไปตามระยะการเจ็บป่วยและปัญหาที่เผชิญ ดังนั้น แม้จะมีกิจกรรมพื้นฐานที่เหมือนกัน แต่การพยาบาลจะถูกปรับให้เฉพาะเจาะจงตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย³³ ด้วยเหตุนี้ จึงได้นำแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านและองค์ประกอบภายใต้แนวคิดมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

บทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้าน และตามประกาศสภาการพยาบาลว่าด้วยสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาเวชปฏิบัติชุมชน สามารถสรุปบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ ดังนี้³⁴

1. ประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ อาการของผู้ป่วย ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อมภายในบ้านและชุมชน และปัจจัยสำคัญอื่น ๆ เช่น ความพร้อมของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและแม่นยำยิ่งขึ้น จึงมีการใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐานต่าง ๆ เช่น ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ประเมินระดับความพิการหรือทุพพลภาพ (MRS) ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินภาระการดูแล (caregiver burden) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (2Q, 9Q, 8Q) เป็นต้น^{24,29,34} ซึ่งข้อมูลที่ได้ช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างถูกต้องแม่นยำ นำไปสู่การวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

2. เป็นผู้จัดการดูแลสุขภาพ (care manager) มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานงาน ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพ และรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ^{24,34}

3. เป็นผู้นำ (leader) ทำหน้าที่เป็นผู้นำทีมและประสานการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อวางแผนและดำเนินการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นขณะเยี่ยมบ้านได้อย่างฉับไวและเหมาะสม^{24,34}

4. ให้ความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพ (health education) ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน แหล่งสนับสนุนในชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในบ้าน และฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็น เช่น การจัดการยา การดูแลแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน^{24,34}

5. ให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (directed care provider) เช่น การทำแผล การใส่สายให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนคาปัสสวะ ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น การพยาบาลเหล่านี้ต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบผสมผสานที่เกิดจากโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกันและเป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด³⁴

6. ให้คำปรึกษา (counseling) ให้คำปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ และการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์และไลน์แอปพลิเคชัน ให้กำลังใจและสนับสนุนทางจิตใจ (mental support) แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมักเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะ

ซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยและการดูแลที่ยาวนาน โดยให้คำปรึกษา แนะนำวิธีการปรับตัว ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล^{24,34}

7. ผู้ประสานงาน (coordinator) มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ประสานงานหลักระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการสื่อสาร จัดตารางการเยี่ยมบ้าน และส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้แก่สถานบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง^{24,34}

8. เป็นผู้รักษาประโยชน์และสิทธิผู้ใช้บริการ (advocacy) ทำหน้าที่เป็นผู้ปกป้องสิทธิของผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่พึงได้รับ เช่น สิทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลและคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทอิสระ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติอย่างมีศักดิ์ศรีและเป็นธรรม^{24,34}

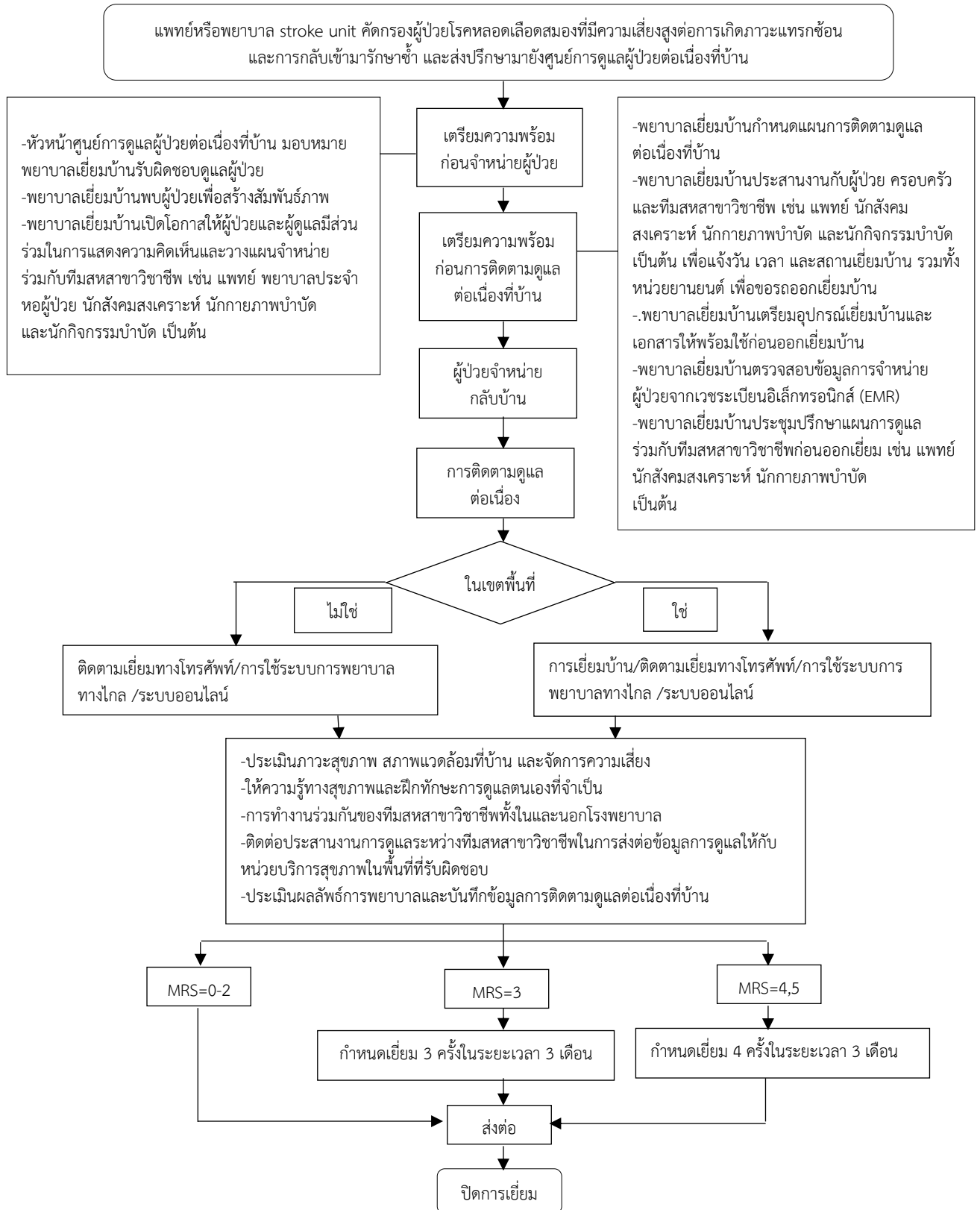
บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของความพิการและทุพพลภาพ กระบวนการฟื้นฟูสภาพ ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติมากที่สุด นับเป็นความท้าทายของพยาบาลเยี่ยมบ้านซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในการแสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งต้องมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตลอดกระบวนการดูแล ทั้งนี้การนำองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งสามารถแสดงบทบาทได้อย่างชัดเจน ได้แก่ บทบาทการประเมินภาวะสุขภาพ บทบาทผู้จัดการดูแลสุขภาพ บทบาทผู้นำ บทบาทให้ความรู้/คำแนะนำด้านสุขภาพ บทบาทให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโดยตรง บทบาทให้คำปรึกษา บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทในการให้กำลังใจและสนับสนุนทางจิตใจ และบทบาทผู้รักษาประโยชน์และสิทธิผู้ใช้บริการ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลเยี่ยมบ้านควรเป็นพยาบาลที่มีสมรรถนะขั้นสูง ควรสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ด้านการพยาบาล และหรือผ่านการอบรมเฉพาะทาง หรือเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างจากการดูแลในโรงพยาบาลที่มีทีมบุคลากรทางการแพทย์อยู่เป็นจำนวนมาก การมีสมรรถนะขั้นสูงทำให้พยาบาลเยี่ยมบ้านสามารถปฏิบัติงานได้อย่างลึกซึ้งมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การใช้ระบบการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) และระบบออนไลน์ เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำรูปแบบการดูแล รวมทั้งแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านไปใช้พัฒนางานวิจัยเพื่อต่อยอดองค์ความรู้และการพัฒนาระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แผนภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
ศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Planning Division. Public health statistics A.D. 2018. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
2. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013;44(7):2064-89. doi: 10.1161/STR.0b013e318296aeca.
3. Phongphuttha W, Tiamkao S. Outcome of stroke fast-track patient's arrival by emergency medical services. *J Med Assoc Thai* 2021;104(Suppl 1):S88-93.
4. Tiamkao S. The incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology* 2022;39(2):39-46. (in Thai)
5. Stroke Ward, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. Statistics of stroke patients 2023-2024 [Internal document]. Bangkok: King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society; 2024. (in Thai)
6. Home Health Care Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. Statistics of stroke patients 2023-2024 [Internal document]. Bangkok: King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society; 2024. (in Thai)
7. Pinyopasakul W. From past to present: discharge planning in Thailand. *Divers Equal Health Care* 2014;11:5-7.
8. Poston KM. Reducing readmissions in stroke patients: recognizing those at risk and exploring evidence-based strategies. *Am Nurse Today* 2018;13(12):9-15.
9. Aizawa H, Imai S, Fushimi K. Factors associated with 30-day readmission of patients with heart failure from a Japanese administrative database. *BMC Cardiovasc Disord* 2015;15(1):134. doi: 10.1186/s12872-015-0127-9.
10. Kobkuechaiyapong S. Characteristics of heart failure patients readmitted within 28 days in Saraburi Hospital. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2013;30(1):35-46. (in Thai)
11. Intarasombat P, Monkong S, Churaitatsanee S, Vongterapak S, Prasatantikorm W, Pronsawatchai P, et al. Comprehensive care of hospitalized older adults: transitional care from hospital to home. *Rama Nurs J* 2013;19(2):194-205. (in Thai)
12. Zhou LW, Lansberg MG, de Havenon A. Rates and reasons for hospital readmission after acute ischemic stroke in a US population-based cohort. *PLoS One* 2023;18(8):e0289640. doi: 10.1371/journal.pone.0289640.

13. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2019;50(12):e344-e418. doi: 10.1161/STR.0000000000000211.
14. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke* 2010;41(10):2402-48. doi: 10.1161/STR.0b013e3181e7512b.
15. Songthammawat T. Factors associated with length of stay of acute ischemic stroke patients in Stroke Unit, Hua Hin Hospital. *Journal of Health Science* 2023;32(1):120-31. (in Thai)
16. Chen YJ, Zhang XY, Yan JQ, Xue-Tang, Qian MC, Ying XH. Impact of diagnosis-related groups on inpatient quality of health care: a systematic review and meta-analysis. *INQUIRY* 2023; 60:1-16. doi: 10.1177/00469580231167011.
17. Poomalai G, Prabhakar S, Sirala Jagadesh N. Functional ability and health problems of stroke survivors: an explorative study. *Cureus* 2023;15(1):e33375. doi: 10.7759/cureus.33375.
18. Chohan SA, Venkatesh PK, How CH. Long-term complications of stroke and secondary prevention: an overview for primary care physicians. *Singapore Med J* 2019;60(12):616-20. doi: 10.11622/smedj.2019158
19. Frontera WR, DeLisa JA, Gans BM, Robinson LR. DeLisa's physical medicine and rehabilitation: principles and practice. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.
20. Kumar A, Yadav AK, Singh VK, Pathak A, Chaurasia RN, Mishra VN, et al. Caregiver burden in caregivers of stroke survivors: a hospital-based study. *Ann Indian Acad Neurol* 2022;25(6):1092-8. doi: 10.4103/aian.aian_318_22.
21. Sidek NN, Kamalakannan S, Tengku Ismail TA, Musa KI, Ibrahim KA, Abdul Aziz Z, et al. Experiences and needs of the caregivers of stroke survivors in Malaysia- a phenomenological exploration. *Front Neurol* 2022;13:996620. doi: 10.3389/fneur.2022.996620.
22. Naylor MD. Transitional care for older adults: a cost-effective model. *LDI Issue Brief* 2004;9(6):1-4.
23. Rezapour-Nasrabad R. Transitional care model: managing the experience of hospital at home. *Electron J Gen Med* 2018;15(5):em73. doi: 10.29333/ejgm/93445.

24. Nursing Division, Ministry of Public Health. Home healthcare. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Federation of Thailand Printing House; 2013. (in Thai)
25. Nimit-arnun N. Applying the transitional care model in caring for older adults with heart failure. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2023;10(1):5-19. (in Thai)
26. Kasornsunt P. A transitional care model for stroke patients at Chaopraya Yommarat Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2015;25(1):83-96. (in Thai)
27. Paksee N, Sirapo-ngam Y, Monkong S, Leelacharas S. Effects of a transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation, and satisfaction. *Rama Nurs J* 2016;22(1):65-80. (in Thai)
28. Home Health Care Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross. Stroke patient indicators 2023-2024 [Internal document]. Bangkok: King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society; 2024. (in Thai)
29. Harrison JK, McArthur KS, Quinn TJ. Assessment scales in stroke: clinometric and clinical considerations. *Clin Interv Aging* 2013;8:201-11. doi: 10.2147/CIA.S32405.
30. Boontem T, Niyomwan A, Kongmeaungpak J, Suksrisiriwat J. Outcomes of home visit and rehabilitation process of intermediate care on stroke patients in Mueang District Surin. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals* 2022;37(3):519-29.(in Thai)
31. Neurological Institute of Thailand, Thai Neurological Nurse Society. Clinical nursing practice guideline for stroke. Bangkok: Neurological Institute of Thailand; 2007. (in Thai)
32. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for the Use of DMS Telemedicine [Internet]. 2023. [cited 2025 Oct 20]. Available from: https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Publication/Attach/25660502130652PM
33. Likhityuecha N, Stiraangkur T, Lapphakdee T, Amornprompakdee A, Kladjompong P. Quality standards for home visits. Nonthaburi: Nursing Division Ministry of Public Health; 2023.
34. Royal Gazette. Announcement of the Nursing Council on the scope and competencies of advanced practice nurses in community nurse practitioner branch [Internet]. 2009 [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf>