



ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยประสาน
การมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

โดย

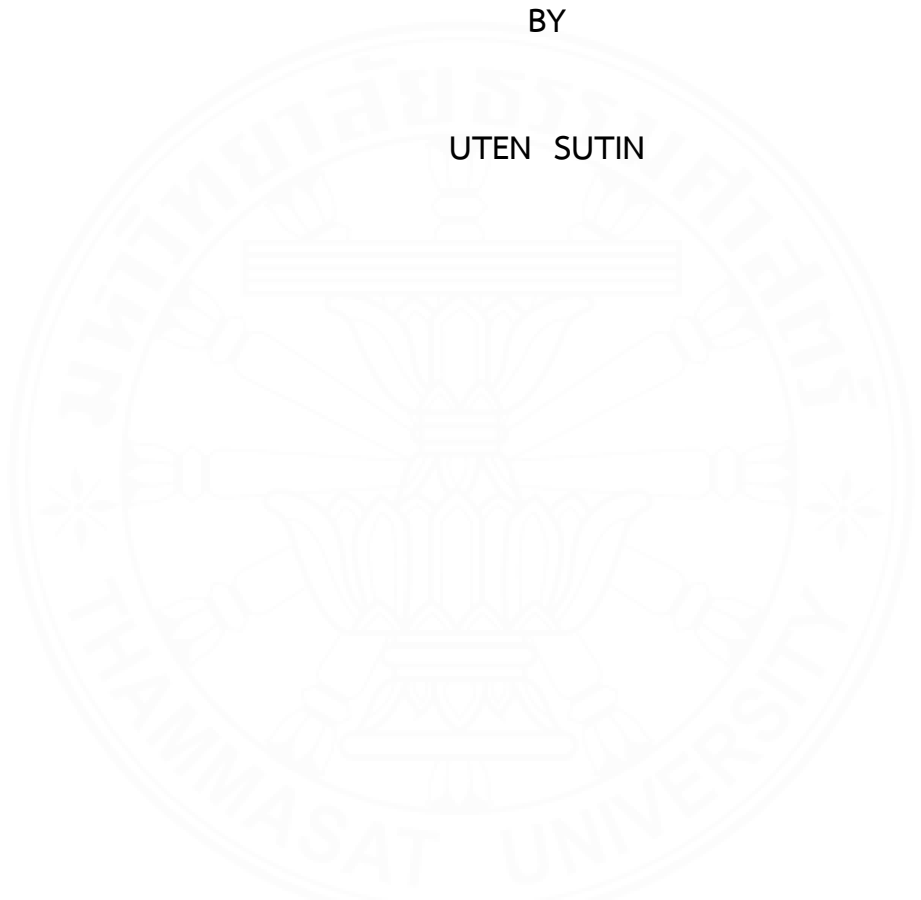
อุเทน สุทิน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน และเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2565

OUTCOMES OF CARE FOR STROKE PATIENTS AT HOME BY
COORDINATING THE PARTICIPATION OF THE FAMILY CARE TEAM
AND THE COMMUNITY

BY

UTEN SUTIN



A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY
DEPARTMENT OF COMMUNITY AND FAMILY MEDICINE
FACULTY OF MEDICINE
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2022

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์

ดุขฎีนิพนธ์

ของ

อุเทน สุทิน

เรื่อง

ผลลัพัธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยประสานการมีส่วนร่วม
ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุขฎีบัณฑิต (เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว)

เมื่อ วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ประธานกรรมการสอบดุขฎีนิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธรรม นันทมุงคชชัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาดุขฎีนิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีเมือง พลังฤทธิ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาดุขฎีนิพนธ์ร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภิกา แดงกระจ่าง)

อาจารย์ที่ปรึกษาดุขฎีนิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณดี สุทธิรักษาร)

กรรมการสอบดุขฎีนิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมบัติ มุงทวิพงษา)

คณบดี

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ดิลก ภิกโยทัย)

หัวข้อคุณิพนธ์	ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดย
	ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน
ชื่อผู้เขียน	อุเทน สุทิน
ชื่อปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาคุณิพนธ์	รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีเมือง พลังฤทธิ์
อาจารย์ที่ปรึกษาคุณิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธารากร
อาจารย์ที่ปรึกษาคุณิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภิกา แต่งกระจ่าง
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน แบ่งการศึกษาวิจัย เป็น 2 ระยะ ดังนี้ 1.ระยะเตรียมการ เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก เรื่องปัญหา และความต้องการ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 25 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 25 คน อสม. 10 คน และผู้นำชุมชน 8 คน รวมถึงการสนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว จำนวน 10 คน เรื่องปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และความต้องการ 2.ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้ ช่วงที่ 1. ระยะพัฒนารูปแบบการประสานงานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1. อบรม อสม.จำนวน 26 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน เรื่องความรู้ และการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 2. การอบรมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนนโยบาย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของทีมหมอครอบครัว จำนวน 50 คน และชุมชน 10 คน ผ่านกระบวนการ Appreciation - Influence – Control (AIC) ได้ซึ่งการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน ช่วงที่ 2.การใช้รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน โดยมีกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 30 ราย และกลุ่มที่ได้รับรูปแบบในการดูแลรูปแบบเดิม เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย โดยมีระยะติดตาม 3 ระยะ (ระยะติดตาม 1 เดือน ,ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน) การศึกษาทั้งหมดใช้

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตุลาคม-กรกฎาคม 2564 สถิติที่ใช้ในการวิจัย 1) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) การวิเคราะห์เชิงอนุมาน ใช้ Chi-square test, Student T test และ General Linear Model (GLM) Repeated Measures

ผลการศึกษา ระยะระยะเตรียมการ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล พบปัญหา 3 ประเด็น ได้แก่ 1) สุขภาพร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง 2) ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด และ 3) ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และภาระหนี้สิน ทีมหมอครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน พบปัญหา 4 ประเด็น ได้แก่ 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ไม่ชัดเจนในระดับชุมชน และยังขาดการมีส่วนร่วมในระดับชุมชน 2) นโยบายที่สนับสนุนทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ 3) งบประมาณที่จะสนับสนุนด้านอุปกรณ์ฟื้นฟู และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูผู้ป่วย และ 4) ผู้นำชุมชน และอสม. ต้องการความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะดำเนินการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง ผลของรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ทั้ง 3 ระยะ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบค่า BI ทั้ง 3 ระยะ ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบค่า mRS ทั้ง 3 ระยะ ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบผลลัพธ์ ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการเกิดภาวะ Stroke ช้ำ และผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ได้แก่ด้านการตรวจตามนัด ด้านโภชนาการ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ ทั้ง 3 ระยะ ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ระยะ ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ทั้ง 3 ระยะ ภายในกลุ่ม ที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคมผู้ดูแล ระยะติดตาม 1 เดือน กับ ระยะติดตาม 3 เดือน ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน และกลุ่มกลุ่มที่ดูแลรูปแบบเดิม ดังนี้ เปรียบเทียบค่า BI ทั้ง 3 ระยะ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบค่า mRS ทั้ง 3 ระยะ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบผลลัพธ์ ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้าน

การตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ ด้านโภชนาการ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ ทั้ง 3 ระยะ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ระยะ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้ง 3 ระยะ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ควรมีการทำงานร่วมกันของทีมหมอครอบครัว และชุมชน รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ และการป้องกันภาวะทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ควรมีการตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมหมอครอบครัว ผู้ดูแล ผลลัพธ์ในการดูแล คุณภาพชีวิต

Dissertation Title	OUTCOMES OF CARE FOR STROKE PATIENTS AT HOME BY COORDINATING THE PARTICIPATION OF THE FAMILY CARE TEAM AND COMMUNITY
Author	UTEN SUTIN
Degree	Doctor of Philosophy
Major Field/Faculty/University	Community and family medicine Faculty of medicine Thammasat University
Dissertation Advisor	Associate Professor Srimuang Palungrit.,Ph.D
Dissertation Co-Advisor	Associate Professor Wandee Suttinarakorn.,Ph.D
Dissertation Co-Advisor	Assistant professor Supika Dangkrajang.,Ed.D.
Academic Year	2022

ABSTRACT

The purpose of this study was to study the outcomes of stroke patients at home by coordinating the participation of family care team and community doctors. The study was divided into 2 phases as follows: 1. Preparation phase (Pre-Research Phase) is an in-depth interview on problems and needs. Among the stroke patients at home, 25 people, 25 caregivers, 10 health volunteers (VHV), and 8 community leaders, including a group discussion of 10 family care team about problems in caring for cerebrovascular disease patients at home and needs 2. Research is divided into 2 phases as follows. The team of family care team and community consisted of the following activities: 1. Training 26 health volunteers , 10 community leaders on knowledge and the practice of caring for stroke patients at home. 2. Policy exchange workshops caring for a stroke patient at home of 50 family care team and 10 community leaders members through the Appreciation - Influence - Control (AIC) process. The model of care for stroke patients at home. Part 2 using the model to coordinate the participation of family care team and community leaders. There were groups that received a form of coordinating the participation of family care team and

community leaders. There were 30 stroke patients, 30 caregivers, and the group who received the usual form of care according to the original plan. There were 30 stroke patients with three follow-up stages (1-month follow-up, 3-month follow-up, and 6-month follow-up). October-July 2021. Statistics used in the research 1) Descriptive analysis using percentage, mean, standard deviation, and content analysis. 2) Inferential analysis. Use the Chi-square test, Student T test, and the General Linear Model (GLM) Repeated Measures.

Results of the preparatory phase In the Pre-Research Phase, it was found that stroke patients at home and their caregivers encountered 3 problems: 1) physical health; doing daily routine continual professional rehabilitation, 2) mental health problems, stress, and 3) social, economic and debt problems. A of family care team, VHV, and community leaders found 4 problems as follows: 1) Guidelines for caring for stroke patients at home not clear at the community level and lack of participation at the community level. 2) Policy that supports the rehabilitation of stroke patients at home. Lack of skilled personnel. 3) Budget to support rehabilitation equipment for patients and improving the environment conducive to patient rehabilitation; and 4) community leaders and VHV need knowledge. Skills in caring for stroke patients at home.

The results of the research phase revealed that after the trial, the results of coordinating the participation of family care team and community level in all three phases were statistically different (P -value < 0.001). Comparison of BI values at all three phases within the group receiving the coordinating model of family and community doctor team participation was statistically different (P -value < 0.001). Comparing the mRS values at all three phases within the group There was a statistically significant difference (P -value < 0.001) comparing the results. Complications On the side of the examination by appointment side of medication Stroke recurrence, nutrition, environment and in terms of equipment support at all 3 phases within the group receiving the coordinating model of the family care team's participation and the community were statistically different (P -value < 0.001) compared to the overall quality of life score of patients with three stages of stroke within the group receiving

the coordinating model of family care team and community level participation were statistically different (P-value <0.001) when comparing overall quality of life scores. Caring for patients within the experimental group for all 3 phases within the group that received the coordinating model of the participation of the family doctor team and the community differed statistically (P-value <0.001), but it was found that the quality scores were compared. Social life of caregivers at 1-month follow-up and 3-month follow-up were not different. because the patient care group Lack of participation in social activities spends most of the time caring for the patient.

Comparison between the group receiving the coordinating model coordinating the participation of the family care team and the community team with the group receiving the original model as follows: Comparison of the BI values for all 3 stages that received the coordinating the participation of the family care team and the community team with groups that have received the original form There was a statistically significant difference (P-value <0.001) comparing the mRS values at all three stages in which the coordinating the participation of the family care team and the community team was given to the group that received the original model. There was a statistically significant difference (P-value <0.001) comparing the results. Complications on the side of the examination by appointment side of medication stroke recurrence, nutrition, environment and in terms of equipment support in all three phases, while receiving a form of the group that get the original style statistically significant difference (P-value <0.001) and the community with the group receiving the original model. There was a statistically significant difference (P-value <0.001) comparing the quality of life scores of stroke patients at all three stages between receiving the the group that get the original style statistically significant difference (P-value <0.001) with the group that get the original style. There was a statistically significant difference (P-value < 0.001) comparing the overall quality of life scores of caregivers at all three stages between receiving the the group that get the original style statistically significant difference (P-value <0.001) with the group that get the original style statistically significant difference (P-value <0.001).

Summary of home care for stroke patients. There should be a collaboration between care team and the community team, including caregivers to support the patient's physical, mental rehabilitation and prevention of health conditions that may arise. Quality of life in stroke patients should be taken into account and caregivers it is important for patients to return to better health quickly.

Keywords: stroke patients at home, caregivers of stroke patients, the family care team, Outcomes of patients with cerebrovascular disease, Quality of life of stroke patients and their caregivers.



กิตติกรรมประกาศ

ดุชนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาจากท่านรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีเมือง พลังฤทธิ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธินรากร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภิกา แดงกระจ่าง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ที่ให้การความรู้ แนวทางการศึกษาที่ถูกต้องในการทำวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านในสถาน เวชศาสตร์ชุมชน และเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ เป็นอย่างยิ่งที่ให้ความรู้ที่มีประโยชน์ ในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา

ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย อาจารย์ประจำภาคอนามัย ครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ประธานในการสอบป้องกันดุชนิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมบัติ มงทวีพงษา รองคณะบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรรมการสอบ ป้องกันดุชนิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นต่างๆ

ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ยุวดี ลีลัคนาวีระ ภาควิชาพยาบาลชุมชน คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ ดร.วนดา ประเสริฐ กลุ่มงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิริน ธร ชลบุรี และอาจารย์ ดร.ญาณันธร กาบทิพย์ กลุ่มงานอนามัยชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุข ชลบุรี ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะรวมถึง ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อทอง คณะทีมหมอครอบครัว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ่อทอง ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ วิจัย และอำนวยความสะดวกในเรื่องของอาคารสถานที่ในการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอบ่อทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบลบึงตะกู โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งเกตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขา ใหญ่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาชะอางค์ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนทุก ท่าน ร่วมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่ให้การสนับสนุน และเสียสละเวลาเข้าร่วม ดำเนินการวิจัย ในครั้งนี้

สุดท้ายขอกราบขอบคุณมารดา ครอบครัว เพื่อน ที่ให้กำลังใจในการทำดุชนิพนธ์ใน ครั้งนี้จนได้สำเร็จอย่างสมบูรณ์

อุเทน สุทิน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(8)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์	6
1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป	6
1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ	6
1.4 สมมุติฐานการวิจัย	7
1.5 นิยามศัพท์	8
1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	11
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
2.1 โรคหลอดเลือดสมอง	12
2.1.1 การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	12
2.2 การรักษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง	17
2.2.1 การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	17
2.2.2 การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	19
2.3 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง	22
2.4 หลักการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	24
2.5 การรักษาในระยะฟื้นฟูสภาพ	27

2.6 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	28
2.7 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	42
2.8 แนวคิดการมีส่วนร่วม และ เทคนิคการมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติกรแบบมีส่วนร่วม (AIC)	51
2.9 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	62
2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	70
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	79
3.1 ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase)	79
3.1.1 ทบทวนวรรณกรรม และสังเคราะห์องค์ประกอบ	79
3.1.2 ขั้นตอนการค้นหาปัญหาคือการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วย บทบาทการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของทีมหมอครอบครัว และ ชุมชน	79
3.1.3 สถานที่ และระยะเวลาในการศึกษา	80
3.1.4 กลุ่มเป้าหมาย	80
3.1.5 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	80
3.1.6 คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	82
3.1.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	82
3.1.8 การแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	83
3.2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase)	84
3.2.1 สถานที่และระยะเวลาในการศึกษา	84
3.2.2 ประชากร ตัวอย่างที่ศึกษา	95
3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	96
3.2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	97
3.2.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	98
3.2.6 การแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	101
3.3 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	103
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	109

4.1	ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase)	104
4.1.1	ข้อมูลลักษณะทางประชากร	108
4.1.2	ผลการศึกษาปัญหา และความต้องการ	115
4.1.3	สรุปการจัดกลุ่มข้อมูล	117
4.2	ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase)	
4.2.1	พัฒนาทีมการประสานงานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน	121
4.2.2	การใช้รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล ผู้ป่วย	136
4.3	อภิปรายผลการวิจัย	180
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	247
5.1	สรุปผลการวิจัย	248
5.2	ข้อจำกัดงานวิจัย	253
5.3	ข้อค้นพบและการนำไปใช้	254
5.4	ข้อเสนอแนะ	225

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 ตารางสรุปขั้นตอนการประชุม AIC	60
3.1 ตารางกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	86
3.2 ตารางการอบรมเชิงปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	87
4.1 ตารางลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	109
4.2 ตารางลักษณะทางประชากร ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	110
4.3 ตารางลักษณะทางประชากร ของทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน	112
4.4 ตารางลักษณะทางประชากร ของทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน	122
4.5 ตารางเปรียบเทียบคะแนน การประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอ ครอบครัว และชุมชน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชนก่อน กับหลัง	133
4.6 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีม หมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม	138
4.7 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอด เลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วม ของ ทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม	139
4.8 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอ ครอบครัว และชุมชน ก่อน และหลัง	145
4.9 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีม หมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ก่อน กับหลัง	147

4.10 ตารางเปรียบเทียบผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ ด้านโภชนาการ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ	151
4.11 ตารางเปรียบเทียบผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ และผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม	157
4.12 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Modified Rankin Scale (mRS) ประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน และกลุ่มที่ดูแลรูปแบบเดิม ก่อนกับหลัง	159
4.13 ตารางเปรียบเทียบเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและ ชุมชน	162
4.14 ตารางเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้การดูแลรูปแบบเดิม	167
4.15 ตารางเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ก่อน และหลัง	173
4.16 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน และกลุ่มที่ดูแลรูปแบบเดิม	179
4.17 ตารางประเด็นการมีส่วนร่วมโดยการสนทนากลุ่ม	186
4.18 ตารางการจัดลำดับความสำคัญของโครงการ	187
4.19 ตารางโครงการผลการประชุมวางแผนโครงการ	188
4.20 ตารางรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัวและชุมชน	197

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	11
2.1 Flow Chart การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	26
4.1 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่ ทีมหมอครอบครัว และชุมชนระยะ 1 เดือน (0-30 วัน)	124
4.2 รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 3 เดือน (30-90วัน)	127
4.3 รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 6 เดือน (90-180 วัน)	130
4.4 พัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน	199
5.1 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่ ทีมหมอครอบครัว และชุมชน	249

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหา

ทั้งโลกต่างประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกิดจาก 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease, Stroke) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่สำคัญของโลกและประเทศไทย องค์การโรคหลอดเลือดสมอง รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี¹ พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้² และมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน³ สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย³ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวม ปี พ.ศ. 2557 – 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี⁴ และยังพบว่าคนไทยสูญเสียปีภาวะสุขภาพในปี 2556 มากถึง 15.3 ล้านปีโดย 2 ใน 3 เป็นการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งถ้าคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจรวมที่เสียไปแล้ว นับว่าสูงมากหรือเทียบได้ประมาณ ร้อยละ 40 ของมูลค่างบประมาณภาครัฐบาลไทยในปีงบประมาณ 2556 โดยเป็นผลมาจากโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักคือ กลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มปอดเรื้อรัง^{4,5} ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2555 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 20,675 ราย มีอัตราป่วย 32.17 ต่อประชากรแสนคน ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วนหญิงต่อชาย เท่ากับ 1 : 1.14 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 64.38 ปีมีอัตราป่วยสูงสุดถึง 14,176 ราย ผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดร้อยละ 82.33 และเลือดออกในสมองร้อยละ 17.67 ทั้งสิ้น 67,168 ราย อัตราความชุก 104.51 ต่อประชากรแสนคน⁵

โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาต ทางการแพทย์เรียกว่า CVD (Cerebro Vascular Disease) หรือที่เรียกกันทั่ว ๆ ไปว่า “Stroke” โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า กลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด โดยมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง⁶ โดยมีสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดโดยแบ่งออกเป็น 2 สาเหตุหลักดังนี้ 1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด Ischemic Stroke แบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) และ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) 2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) สามารถแบ่งได้ 2 ชนิดย่อย คือ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด และ โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด⁶

ระบบบริการสุขภาพ (Health Service System) กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงปัญหาของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จึงได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งระดับตามสถานบริการสาธารณสุข^{7,8}

ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองยังไม่ค่อยชัดเจน ส่วนใหญ่เน้นบริการให้การรักษาที่เสร็จสิ้นแค่การบริการผู้ป่วยนอก (OPD) เน้นถึงการส่งเสริมป้องกันรักษา และการฟื้นฟู และเน้นถึงการดูแลป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยของโรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ให้สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรค และลดปัจจัยภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นเพื่อไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ 1.หน่วยบริการทุติยภูมิระดับต้น และ ทุติยภูมิระดับกลาง (F1 และ F2) ให้บริการในระดับส่งเสริมป้องกัน โดยจัดให้มีการคัดกรองความเสี่ยงทั้งในสถานบริการและชุมชน รวมกำหนดนโยบายสุขภาพของชุมชน เช่น องค์กรไร้พุง สถานบริการปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ ร่วมสนับสนุนปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น ตลาดสดนำซื้อ การรณรงค์งดหวาน มัน เค็ม การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล สามารถประเมินความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเชื่อมโยงส่งต่อกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงรุนแรง เข้ารับบริการในคลินิก รวมถึงการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk Score) ในกลุ่มประชาชนทั่วไป และการบริการด้านการฟื้นฟู สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยในระบบบริการที่สูงกว่า และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามอาการและฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเบื้องต้นได้

ระดับบริการตติยภูมิระดับสูง (Tertiary Care) ให้บริการด้านการส่งเสริมป้องกัน โดยจัดให้มีการคัดกรอง และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk

Score) ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ประเมินโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ ในรายที่มีโอกาสเสี่ยงสูงมากกว่า ร้อยละ 30 และ ร้อยละ 20 หลังจากการปรับพฤติกรรม รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (F-A-S-T) การบริการด้านดูแลรักษา ระดับมาตรฐานในการดูแลกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่รุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อน และจัดให้มีการจัดการตนเองตามระยะของโรคและความเสี่ยง การบริการด้านการฟื้นฟูผู้ป่วย เพิ่มศักยภาพ และคุณภาพชีวิตและให้การช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในส่วนระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยมีการจัดการดูแลสอดคล้องตามระยะโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีทีมวิชาชีพตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข และสมาคมวิชาชีพเพื่อควบคุมสภาวะของโรคหลอดเลือดสมองปรับรูปแบบบริการ จัดตั้งคลินิก Stroke Unit และการดูแลการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะต้น สนับสนุนผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตัวเองตามระยะของโรค สามารถคัดกรองความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ให้บริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยที่มีพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง และการบริการดูแลเพื่อลดการเป็นซ้ำ โดยจัดตั้งหน่วยบริการ Rehabilitation Clinic Wafarin Clinic เป็นต้น รวมถึงการมีศูนย์เพื่อรับการบริจาคอวัยวะ และการเปลี่ยนอวัยวะให้ผู้ป่วยที่มีความพร้อม⁹

จากหลักการการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบต้องดำเนินการให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระยะเวลายาวน้อย 5 ปี เพื่อตอบสนองแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศไทยได้ทันทั่วถึง โดยมีกรอบการพัฒนาบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ เข้าด้วยกันแต่ละเครือข่ายครอบคลุมสถานบริการสุขภาพ 4 - 8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 3 - 5 ล้านคน รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย และพัฒนาสถานบริการสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ที่เชื่อมโยงในภาพของเครือข่ายบริการสามารถรองรับการส่งต่อได้อย่างสมบูรณ์และการดำเนินการจัดทำแผนการสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ของบริการแต่ละระดับ และส่งเสริมสนับสนุนให้ดำเนินการพัฒนาตามแผนพัฒนาคุณภาพบริการ ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการ¹⁰ แนวทางนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้กำหนดทิศทางในการให้บริการโดยมุ่งเน้นถึงหน่วยบริการปฐมภูมิโดยให้มีการจัดตั้งและจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) เพื่อปรับสามเหลี่ยมให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคงลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วย

เทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว อันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลและกำหนดบทบาทคลินิกหมอครอบครัว โดยมีระบบการให้บริการ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยเน้นถึงการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวที่ไม่ใช่ Extended OPD แต่ต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวม¹¹ องค์ประกอบหลักของการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู หรือระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือการกระตุ้นการทำหน้าที่อย่างอิสระ และสามารถกลับเข้าสู่สังคมหรือชุมชนอีกครั้ง ซึ่งหลักทั่วไปก็คือผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวให้เร็วที่สุด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคม เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ให้มากที่สุดเท่าที่สามารถเป็นไปได้ การลดภาวะแทรกซ้อน การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในต่างประเทศมีระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพหลายระดับ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลด้วยทีมสหวิชาชีพ

ปัญหานี้ ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ในการรับความผิดชอบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรต้องมีการทำ ความเข้าใจในเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกัน การแนะนำที่เฉพาะเรื่องควรมีเหตุผล และอธิบายให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับ การตั้งเป้าหมายที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้ และการยอมรับของผู้ป่วย และครอบครัว ผู้ดูแลหลักควรมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่วางแผน นอกจากนี้เขาควรได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ และผลของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อน และการป้องกัน ขั้นตอนการรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เทคนิคจำเป็นต่อการเพิ่มการเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการนำ ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลังระยะเฉียบพลันในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยนอก ภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้นได้ระหว่างขบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพของสมอง หรืออาจเป็นผลทางอ้อมที่เกิดตามมาภายหลังจากการเกิดพยาธิสภาพ ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพของสมอง ได้แก่ ภาวะสมองบวม ชัก ภาวะหลังลิ้ม หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นและไม่สามารถป้องกันได้ แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาภายหลังจากการเกิดพยาธิสภาพ ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ภาวะการปวดไหล่ การเกร็งและเกิดข้อติดแข็งการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การปวดตามกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ และอีกมากมายซึ่งภาวะเหล่านี้สามารถป้องกันได้ โดยอาศัยความร่วมมือในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในระดับชุมชน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล มีการพัฒนาทักษะการดูแล ตลอดจนการ

ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยกับสู่ชุมชน¹² ชุมชน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข เน้นการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน¹³ สามารถช่วยเหลือปัญหา และความต้องการแต่ละบุคคล ในส่วนขององค์กรท้องถิ่นช่วยเหลือสนับสนุนทรัพยากร คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สนับสนุนการจัดพาหนะรับ - ส่ง ผู้ป่วยเพื่อไปพบแพทย์ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาในการเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อของบประมาณช่วยเหลือ ในกรณีครอบครัวผู้ป่วยมีปัญหา ค่าใช้จ่าย หรือที่อยู่อาศัย¹² ผลจากการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น¹²⁻¹³ และยังคงพบปัญหาที่ทีมชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแล เทศบาลและผู้นำ ชุมชน ขาดการรับรู้สถานการณ์ปัญหา และ หน่วยงานบริการสุขภาพไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้าน การพัฒนาการดูแลโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนของภาคีหุ้นส่วนในชุมชน¹⁴ จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การส่งเสริมศักยภาพในการดูแล และการสร้างระบบการดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละกลุ่มตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และตามระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหา หรือความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน¹⁵ มีทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษาพยาบาลสามารถดูแลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี^{14,15} นอกจากนี้การดูแลของบุคคลในครอบครัวหรือญาติ เน้นการฟื้นฟูสภาพ และบรรยากาศ และสภาพแวดล้อม การทำกายภาพบำบัดช่วยให้สภาพร่างกายมีการทรงตัวและเคลื่อนไหวดีขึ้นในช่วง 1 เดือนแรก¹⁶ สภาพทางด้านจิตใจการให้กำลังใจผู้ป่วย รวมถึงการกระตุ้นความจำ นอกจากการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองยังพบว่าต้องมีเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยที่จำเป็น ต่อการฟื้นฟูทางสภาพร่างกาย ในการใช้แบบประเมิน Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) Intra- and Inter-Rater Reliability of the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM)¹⁶ BARTHEL Index (BI) ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน^{16,17} Modified Rankin Scale ประเมินความพิการของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน มาร่วมการดำเนินกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

พื้นที่การวิจัย อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง จากสถิติการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ในเขตอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี พบว่าปีพ.ศ. 2558 - 2561 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร 228.19, 200.12, 193.50, 235.14, 188.31 ตามลำดับ และ มีอัตราการป่วยตาย ต่อพันประชากร 53.57, 50.13, 41.66, 42.27, 73.68 ตามลำดับ¹⁸ และยังคงพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูและติดตามดูแลที่บ้านครบ 6 เดือน พบว่าไม่ถึงร้อยละ 10 และยังคงพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับร้อยละ 22.51 มีการติดเชื้อร้อยละ

18.48 ขาดนัดดูอาการต่อเนื่อง ร้อยละ 56.43 และเกิดปัญหาการรักษาซ้ำ (Re-admit) ด้วยภาวะความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 21.26 และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภาวะพิการทางด้ายร่างกายเป็นส่วนใหญ่

จากข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี มีระบบในการดูแล 2 ระบบที่สำคัญ คือระบบการส่งต่อข้อมูล COC อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นระบบในการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทุกประเภทที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลบ่อทอง โรงพยาบาลเครือข่ายอื่น เพื่อให้ติดตามดูแลที่บ้าน โดยการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งทีมสหวิชาชีพมีจำนวน 4 ทีม แต่ละทีมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร นักกายภาพ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุกวันศุกร์ โดยพบปัญหาว่าภาระงานของทีมเยี่ยมบ้านมีมาก การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมีปัญหาทางการคมนาคม การติดต่อสื่อสาร จึงทำให้เกิดการปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมและไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตามเป้าหมาย และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการฟื้นฟู และติดตามการดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแล เกิดปัญหาทางสุขภาพร่างกาย จิตใจ และทางด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงตัวผู้ดูแลด้วย

1.2 คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้วยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน เป็นอย่างไร

คำถามรอง

ทีมหมอครอบครัว และชุมชน จะประสานการมีส่วนร่วมอย่างไร ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของ تیمหมอบครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย

1.3.2.2. พัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1.3.2.3. เปรียบเทียบคะแนน การประสานการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อน และหลังการได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชน

1.3.2.4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการประสานการมีส่วนของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชน ก่อน และหลังดำเนินการภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชน

1.3.2.5. เปรียบเทียบผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการประสานการมีส่วนร่วมของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

1.4 สมมุติฐานการวิจัย

1.4.1. ภายหลังจากใช้รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วม ของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีค่า BI สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

1.4.2. ภายหลังจากใช้รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีการเกิดภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

1.4.3. ภายหลังจากใช้รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Re-admit) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

1.4.4. ภายหลังจากใช้รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วม ของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีภาวะพิการ น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

1.4.5. ภายหลังจากใช้รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ تیمหมอบครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีคุณภาพชีวิตโดยรวม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

1.4.6. ภายหลังการใช้รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีคุณภาพชีวิตโดยรวม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

1.5 นิยามศัพท์

ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) หมายถึง คณะปฏิบัติงานทางวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ และ สหวิชาชีพ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ แพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไป ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักสุขภาพจิต อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับหมายในการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน

ชุมชน หมายถึง แหล่งรวมของหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบโดยตรงของภาครัฐ กับการดูแลเรื่องภาวะสุขภาพในระดับตำบล รวมถึงหน่วยงานองค์กรเอกชนที่เข้ามามีบทบาทช่วยเหลือสนับสนุนดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่ องค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหรือการให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับ หมู่บ้าน และตำบล

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่บ้านที่ผ่านการฝึกและปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาล โดยไม่มีค่าตอบแทน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หมายถึง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน และมีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการประเมินผลผู้ป่วยและ การมีส่วนร่วมในการรับรู้ประโยชน์ร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของทีมหมอครอบครัว และชุมชนในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วยทีมวิชาชีพทางสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน หรือกำนัน และผู้รับผิดชอบในการดูแลทางด้านสาธารณสุขในองค์กรท้องถิ่น เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้านในด้านต่างๆ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต และการประกอบอาชีพให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ หรือ ใกล้เคียงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หมายถึง การสร้างกระบวนการวางแผน กิจกรรมในการปฏิบัติ การตรวจสอบผลลัพธ์ และการปรับปรุง เพื่อพัฒนาบทบาทของทีมหมอครอบครัว และชุมชนในพื้นที่ผ่านกระบวนการ Action Research ตามขั้นตอน Plan Do Check Action เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วย

การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Barthel Index) หมายถึง ประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น

การเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หมายถึง ภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการรุนแรงทางโรคมามากขึ้น รวมถึงภาวะที่ผู้ป่วยอาจนำไปสู่ความพิการได้ ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การเกิดภาวะ ข้อติด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

Re-admission หมายถึง การกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะแทรกซ้อนภายใน 28 วัน หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ภาวะโภชนาการ หมายถึง การบริโภคอาหารเพื่อจะควบคุมน้ำหนัก ความคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมน้ำตาลในเลือด และควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยหลีกเลี่ยงอาหาร โรคอ้วน หรือภาวะน้ำหนักเกิน ควรจำกัดการบริโภคอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารในกลุ่มที่ให้พลังงานสูง เช่น อาหารที่มีแป้งและน้ำตาล หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด อาหารไขมันสูง หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกกะทิ และ ของทอด

สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง สภาพทางเดิน ห้องน้ำ พื้นที่ภายในบ้านมีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ลดปัญหาทางอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย

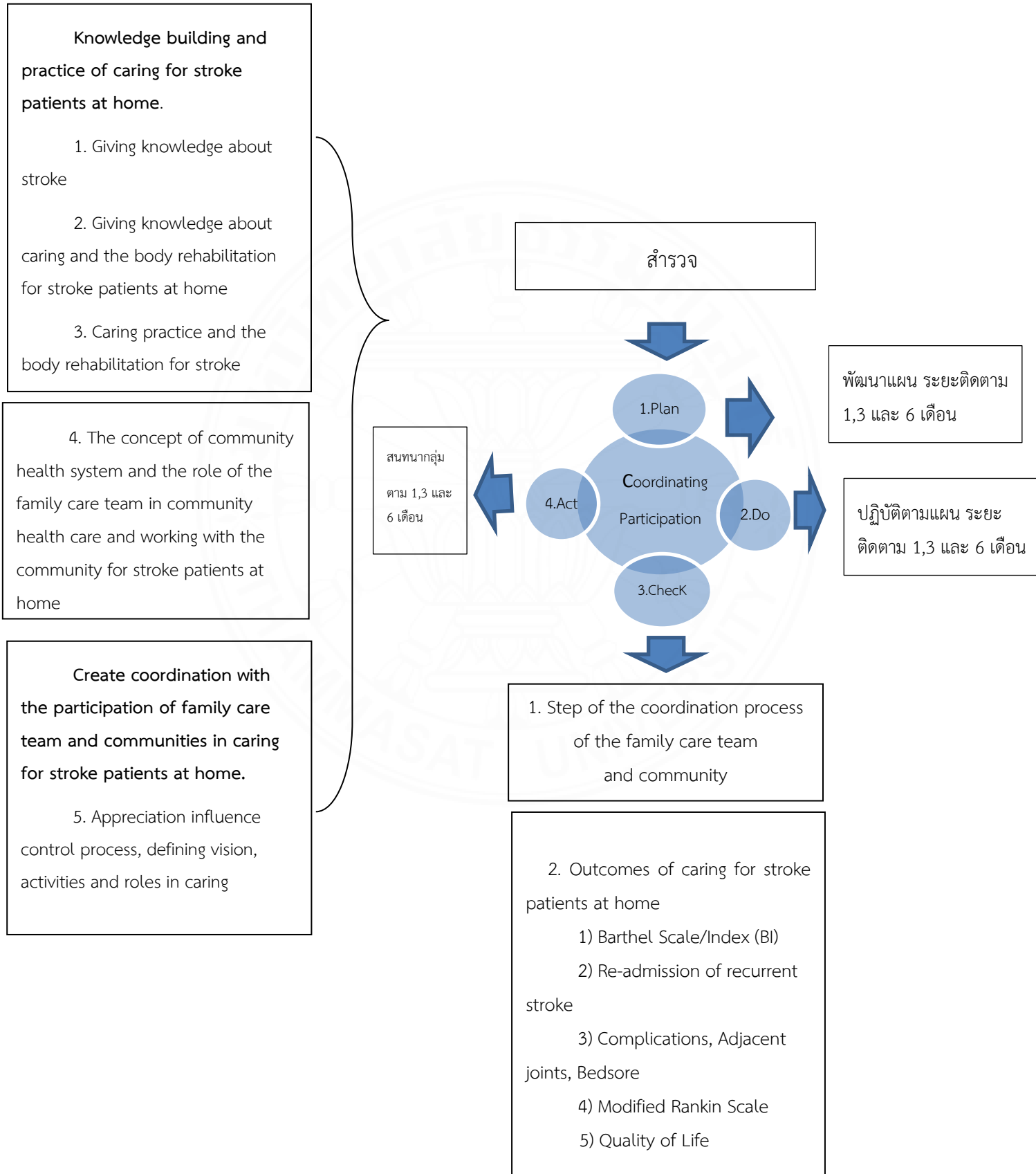
อุปกรณ์ที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูร่างกาย หรือ สามารถสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ระดับความพิการของผู้ป่วย (modified Rankin Scale: mRS) หมายถึง เป็นการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยหลังจากการเป็น โรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 6 โดย คะแนนสูงแปลผลได้ว่ามีความพิการมาก

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) หมายถึง การมีชีวิตที่สมบูรณ์ในทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเกิดจากการให้ความสำคัญ และความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ตามสภาพการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่เป็นอยู่ หรือได้รับการรับรู้ และการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาหนึ่ง สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา และสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป



1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ และงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาประกอบการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 ความหมายโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความ โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วย ลักษณะของอาการทางระบบประสาทที่บกพร่องและเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากหลอดเลือดสมองที่ตีบตันหรือแตกทำให้เกิด ภาวะเลือดออกหรือสมองตาย^{18,19} โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้มีอาการของแขน ขา หรือใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งขา อ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้อย่างทันทีทันใด ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตก จนเกิดการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง ทำให้สมองสูญเสียการทำงานของอวัยวะในร่างกาย โดยอาการที่เกิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง และความรุนแรงขึ้นอยู่กับการทำลายเนื้อสมอง²⁰ โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มโรคที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงและดำที่เลี้ยงเนื้อสมองทำให้เนื้อสมองบางส่วนหรือทั้งหมดสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นมีหลายแบบ เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจนเกิดตีบตันหลอดเลือดอีกเสบมีการสะสมของ สารอมิลอยด์ (Amyloid) หลอดเลือดสมองโป่งพองและแตก ก้อนเลือด จากที่อื่นหลุดมาอุดเส้นเลือด เป็นต้น โดยมีผลให้เกิดอาการมากกว่า 24 ชั่วโมง และสามารถเกิดอาการได้หลายรูปแบบแตกต่างกันไปตั้งแต่ ชัก สับสน แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษาอาการของโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล จนถึงระยะที่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถไปดูแลอาการรักษาต่อในระดับครอบครัวและชุมชนได้

2.1.2 ประเภทโรคหลอดเลือดสมอง การแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้หลายแบบที่นิยมใช้กันมี ดังนี้

แบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic Stroke)²¹ มีรายละเอียดดังนี้

2.1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแบ่งโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 40 เกิดจากการอุดตันหลอดเลือดขนาดเล็ก ร้อยละ 20 อีกร้อยละ 20 เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น ลักษณะพยาธิสภาพมีการอุดตันทางเดินของเส้นเลือดเกิดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Thrombotic Stroke) มักเกิดในผู้ป่วยช่วงอายุ 65 ปี ขึ้นไป พยาธิสภาพเป็นการเกิดลิ่มเลือด (Thrombus) ไปอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการขาดเลือดและการตายของเนื้อสมอง (Infarction) ส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์กับการมีคราบไขมันเกาะหลอดเลือดและความดันเลือดสูง (Hypertension) เป็นเวลานานทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบ ซึ่งจะเกิดขึ้นทีละน้อย เมื่อลิ่มเลือดนี้ไปอุดตันหลอดเลือดจะทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือด และเกิดการตายของเนื้อสมอง อาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบตันจะเป็นไปในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มักมีอาการนำได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ สูญเสียความทรงจำ อาการดังกล่าวมักเกิดช่วงเวลากลางคืน ขณะนอนหลับมากกว่าที่จะเกิดช่วงขณะทำกิจกรรม และนอกจากนี้ พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เคยมีประวัติสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) มาก่อน

โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic Stroke) เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองที่พบในวัยกลางคน หรือผู้ป่วยที่มีอายุน้อย พยาธิสภาพเกิดเนื่องจากมีสิ่งอุดตันเกิดขึ้นนอกสมอง และล่องลอยในกระแสเลือดไปอุดตันทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย การอุดตันแขนงของหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ โรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือด เช่น ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) โรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic Heart Disease) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) เยื่อหัวใจอักเสบ (Bacterial Endocarditis) เป็นต้น นอกจากนี้สิ่งอุดตันอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ลิ่มเลือดจากปอด (Pulmonary Thrombosis) ฟองอากาศ (Air Embolism) เป็นต้น ตำแหน่งที่พบมักเกิดกับบริเวณหลอดเลือดคอติคอล (Cortical Vessel) มักมีอาการผิดปกติ เช่น ถ้าพยาธิสภาพอยู่ที่สมองซีกเด่นจะทำให้มีอาการเป็นลม พูดไม่ได้ หรือถ้าพยาธิสภาพอยู่ที่สมองซีกซ้าย จะ

ทำให้มีอาการหลงลืม

2.1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดการเลือดออก (Hemorrhagic Stroke) พบได้ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดลักษณะพยาธิสภาพมีการแตกของหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท⁸⁻⁹ การมีเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage) พบประมาณร้อยละ 10 แต่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก และพยากรณ์โรคแย่ พบมากในกลุ่มอายุ 50-60 ปี ลักษณะพยาธิสภาพมีการแตกของหลอดเลือด ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมอง และเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด (Ischemia) สาเหตุสำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับการมีผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแอจนในที่สุดเกิดการโป่งพองของหลอดเลือด บ่งบอกว่าเคยมีการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดมาก่อน เมื่อมีความดันโลหิตสูงจากเดิมอย่างกะทันหัน เช่น ตกใจหรือโกรธ กระเพาะปัสสาวะเต็ม จึงแตกออกมีก้อนเลือดเข้าแทนที่เนื้อสมองทำให้เนื้อสมอง บริเวณนั้นอักเสบ และตาย การมีเลือดออกในช่องว่างใต้ชั้นอแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) ผู้ป่วยมักมีความบกพร่องทางระบบประสาทไม่มากนัก แต่อาจมีเลือดออกซ้ำตามมาได้ใน 2 สัปดาห์ พบมากในช่วงอายุ 40 – 60 ปี ลักษณะพยาธิสภาพ คือ การไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังถูกอุดกั้น โดยมีเลือดเข้าไปในเยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นอแรคนอยด์ทันที ทำให้สมองบวมเฉียบพลัน ลักษณะอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด โดยไม่มีอาการเตือนมักเกิดขึ้นขณะทำงานที่ใช้พลังงานสูง โดยมีอาการนำ คือ ปวดศีรษะ อาเจียน และอาจมีอาการคอแข็ง ภายใน 2 - 3 ชั่วโมงร่วมด้วยโดยธรรมชาติของการเกิดโรค ของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1. ระยะมีภูมิไวรับ (Stage of Susceptibility) แบ่งออก ได้เป็นปัจจัยหลักปัจจัยเสี่ยงหลัก (Major Risk Factors) ได้แก่ 1. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยที่เสี่ยงสำคัญที่สุด พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70 ความดันโลหิตสูง 2. โรคหัวใจ (Heart Disease) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ Atrial Fibrillation หรือ AF มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า ถ้ามีภาวะหัวใจเต้นระริกพร้อมกับโรค Rheumatic Heart Disease จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ 3. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2 - 3 เท่า กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้ ปัจจัยเสี่ยงรอง ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเลือด การรับประทานยาคุมกำเนิดบางชนิด ความอ้วน ภาวะขาดการออกกำลังกาย ประวัติครอบครัวมีบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (Prior Stroke)⁷ และยังสามารถแยกออกเป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

และปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เพศ อายุ ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (พันธุกรรม)ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)⁸

ระยะที่ 2 ระยะก่อนเกิดโรค (Stage of Preclinical Disease) เป็นระยะที่เกิดขึ้นทางพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยที่สมองมีระบบหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและหลัง ซึ่งมีโครงสร้างและกลไกที่สามารถป้องกันตนเองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหลายอย่าง โดยพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 2 สาเหตุหลักดังนี้ โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด Ischemic Stroke แยกได้ 2 ประเภทคือ 1.การตีบตันของหลอดเลือดในสมองส่วนใหญ่ มักจะมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) และความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นเวลานาน โดยภาวะหลอดเลือดแข็งตัวจะทำให้รูของหลอดเลือดแดงในสมองมีขนาดเล็กลง จนเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การตีบตันหลอดเลือดสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่งของหลอดเลือดสมอง โดยจะพบมากที่บริเวณหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle Cerebral Arteries) 2.การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือดต้นกำเนิดของลิ่มเลือดดังกล่าวมักเกิดจากหัวใจ ภาวะหรือโรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดในกระแสเลือดได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) โรคลิ้นหัวใจ (Valvular Heart Disease) หรือจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม และภายหลังการผ่าตัดหัวใจ การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสิ่งอุดกั้นอื่น ๆ ที่ลอยในกระแสเลือด เช่น ฟองอากาศ ชิ้นส่วนของไขมันที่เกิดภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บหรือกระดูกหัก เป็นต้นโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) สาเหตุสำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอ่อนแอ ทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย เมื่อเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดสมอง เลือดที่ออกมาจากการแตกของ หลอดเลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (Hematoma) เข้าไปเบียดแทนที่เนื้อสมองบริเวณที่มีการแตก ของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกด เกิดการอักเสบ หากถูกกด และอักเสบเป็นระยะเวลา 3-6 ชั่วโมง ทำให้เกิดภาวะเซลล์สมองขาดเลือด และเกิดเนื้อสมองตาย และปัญหาสำคัญ คือก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่ ที่กดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (Brain Edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง⁸

ระยะที่ 3 ระยะป่วย หรือ มีอาการ (Stage of Clinical Disease) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงอาการของโรค สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรงหรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมากมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคาพูด มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิด

เป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไป หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 15⁶

ระยะที่ 4 ระยะหาย พิการ หรือตาย (Stage of Disability) เป็นระยะหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยอาจหายจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือเสียชีวิต แต่ในส่วนของความพิการจะแบ่ง ระยะฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็น 2 ระยะ 1. ฟื้นฟูระยะแรก (Early Recovery) เป็นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายกับการพึ่งตัวเอง ช่วง 3 เดือนแรกหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2. ระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late Recovery) การดูแลต่อเนื่องเน้นการช่วยเหลือตัวเอง การทำงานระบบประสาท การพูด อาจใช้เวลา 4-6 เดือน หรือนานสุด ถึง 1 ปี⁶

จากหลักการธรรมชาติของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตามระยะการเกิดโรค

สามารถสร้างแนวทางการป้องกันการเกิดโรค แนวทางการดูแลรักษา แนวทางการรับและส่งต่อผู้ป่วย และแนวทางในการฟื้นฟูผู้ป่วยตามลำดับ ซึ่งในอดีตเราพบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูง แต่ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย (Service Plan) จึงสามารถลดอัตราการตายลงได้ แต่ยังพบว่าความพิการของผู้ป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองยังคงสูงขึ้น รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังจากการกลับมาฟื้นฟูสภาพทางร่างกายที่บ้าน ซึ่งก็พบว่าเป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐ เอกชน รวมถึงสังคม และชุมชนที่จะเขามามีบทบาทในการช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ยังคงต้องการความช่วยเหลือต่อไป

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นได้ ซึ่งอาจเป็นไปได้ตั้งแต่ผู้ป่วยก่อนมาถึงโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยญาติผู้ช่วยเหลือ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่นำส่งโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลควรมีขั้นตอนการวินิจฉัยและการตรวจเพิ่มเติมที่ ชัดเจน เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วได้ดังนี้^{21,22}

(1) การซักประวัติและตรวจร่างกาย ซึ่งการซักประวัติควรได้ข้อมูลของอาการ และ ระยะเวลาที่เริ่มเกิดเหตุอย่างชัดเจน หากผู้ป่วยตื่นขึ้นพร้อมกับอาการที่ผิดปกติ ให้ถือเวลาเข้านอน เป็นเวลาที่เริ่มเกิดเหตุ และควรซักประวัติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ประวัติโรคประจำตัวที่บ่งถึงปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ประวัติโรคหัวใจ ประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหรือลำคอ ประวัติปวดศีรษะร่วมกับอาเจียน ประวัติการใช้ยาเสพติด ประวัติการผ่าตัดเป็นต้น สำหรับการตรวจร่างกายขั้นต้นควรให้ความสนใจกับการประเมินสัญญาณชีพ ระบบทางเดินหายใจ ระดับออกซิเจน ระดับความรู้สึกตัว และระบบไหลเวียนโลหิตก่อนเป็นอันดับแรก จากนั้นจึงค่อยทำการตรวจร่างกาย

ทั่วไปและตรวจทางระบบประสาท ควรตรวจร่างกายอย่างรวดเร็วโดยอาจจะตรวจเฉพาะระบบเท่าที่จำเป็น แล้วจึงย้อนกลับมาตรวจโดยละเอียดในภายหลัง และมีการประเมินความรุนแรงของโรค เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม โดยเกณฑ์ที่ใช้เป็นมาตรฐานคือ แบบประเมินความรุนแรงของระบบประสาท (National Institutes of Health Stroke Scale : NIHSS) ที่สามารถทำนายถึงผลการรักษาได้ เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาที่เร็วที่สุด นอกจากนี้ควรหาสาเหตุอื่นร่วมด้วย เช่น ชัก น้ำตาลในเลือดต่ำ กลีโธแร่ในร่างกายผิดปกติ เพื่อการวินิจฉัยแยกโรค ที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่คล้ายกับโรคหลอดเลือดสมอง

(2) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำเพื่อวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญออกและประเมิน ความเสี่ยงของผู้ป่วยซึ่งต้องทำการตรวจเลือดในผู้ป่วยทุกราย ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือดสมบูรณ์ (CBC) ระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Sugar) ระดับเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte) การทำงานของตับ (Liver Function Test) การทำงานของไต (BUN/Creatinin) การแข็งตัวของเลือด (Coagulopathy) ระดับไขมันในเลือด (Cholesterol) และการติดเชื้อซิฟิลิส (VDRL/RPR) การตรวจเอ็กซเรย์ปอด และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

(3) การส่งตรวจทางรังสีวิทยา ผู้ป่วยทุกคนที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองต้อง ได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาถึงแม้ว่าจะมีอาการเพียงเล็กน้อยก็ตาม เพราะการตรวจทางรังสีวิทยามี ประโยชน์ช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะเส้นเลือดสมองอุดตันกับภาวะเลือดออกในสมองได้ รวมถึงช่วยในการวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ได้ด้วย นอกจากนี้ ยังช่วยบอกตำแหน่งบริเวณของสมองที่มีการขาดเลือด บกขชนิดและสาเหตุของเส้นเลือดอุดตันได้ และยังสามารถใช้เพื่อติดตามการดำเนินของโรคได้ การตรวจทางรังสีวิทยาที่นิยมในปัจจุบันคือ การ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computer Tomography : CT) การตรวจด้วยการสะท้อนคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging : MRI) การตรวจด้วยคลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Angiography : MRA) การฉีดสารทึบแสงเพื่อให้เห็นหลอดเลือด (Cerebral Angiography) การตรวจหลอดเลือดสมองด้วยคลื่นเสียงที่มีความถี่สูง (Carotid Duplex Ultrasono Graphy และ Transcranial Doppler Ultrasonography) การตรวจอัลตราซาวด์หลอดเลือดสมอง (Transcranial Doppler) เป็นต้น

2.2 การรักษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงให้เร็วที่สุด ซึ่งการรักษาอย่างถูกต้อง และรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรกจะช่วย

ลดความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้ และพบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันได้ดังนี้

2.2.1.1 การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

(Thrombolytic Therapy) พบว่ายาที่ใช้ในการรักษาเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Urokinase, Streptokinase, Recombinant Rissue-Plasminogen Activator (rt-PA) และ Recombinant Pro Urokinase (r-proUK) ในส่วนของคุณสมบัติของยาพบว่า Urokinase และ Streptokinase ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อการสลายของไฟบิน (Fibin) ที่ตำแหน่งลิ่มเลือด (Non Fibin Selective) จึงทำให้เกิดระดับไฟบินโนเจน (Fibrinogen) ในเลือดต่ำได้ทั่วร่างกาย ซึ่งแตกต่างจากยา Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) และ Recombinant Prourokinase (rpro UK) ที่ออกฤทธิ์ต่อการสลายของไฟบินเฉพาะตำแหน่งที่มีลิ่มเลือดอุดตันเท่านั้น (Fibin Selective)²³ ในปัจจุบันยาละลายลิ่มเลือดที่นิยมใช้และเป็นมาตรฐานในการรักษา คือ Recombinant Tissue-Plasminogen Activator (rt-PA) ภายในระยะเวลา 3 - 4.5 ชั่วโมง หลังมีอาการ โดยให้ยาในขนาด 0.9 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 90 มิลลิกรัม โดยแบ่ง ฉีดร้อยละ 10 จากขนาดที่คำนวณได้เข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 1 นาที และที่เหลือหยดเข้าทาง หลอดเลือดดำ ภายใน 1 ชั่วโมง การให้ยาจะต้องปฏิบัติตามข้อบ่งชี้และข้อห้ามใช้อย่างเคร่งครัดตาม แนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อลดผลข้างเคียงที่รุนแรงคือ ภาวะเลือดออกในสมองและในระบบอื่น ๆ ของ ร่างกาย²⁴ แต่ถ้าหากให้ยา Recombinant Tissue-Plasminogen Activator (rt-PA) ระหว่าง 3 - 4.5 ชั่วโมง หลังมีอาการจะมีเกณฑ์ข้อห้ามเพิ่มอีก 4 ประการคือ

- (1) ผู้ป่วยได้รับยา Warfarin
- (2) ผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปี
- (3) ผู้ป่วยเป็นเบาหวานร่วมกับมีสมองขาดเลือด จากโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และ
- (4) มีระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) มากกว่า 25 คะแนน

2.2.1.2 การให้ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelets) โดยการให้ยา

แอสไพริน (Aspirin) ควรให้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันภายในเวลา 48 ชั่วโมง หลังจากมีอาการพบว่า สามารถลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและอัตราการตายที่อาจเกิดขึ้นใน 14 วันแรกได้ ขนาดของแอสไพรินที่ให้คือ 160 - 325 มิลลิกรัมต่อวัน²³

2.2.1.3 การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ยาที่ใช้ในกลุ่มนี้คือ Unfractionated Heparin และ Low-Molecular Weight Heparin (LMWH) ผู้ป่วยที่ควรได้รับยาในกลุ่มนี้มักเป็นผู้ป่วยที่มีเนื้อสมองตาย (Cerebral Infarction) สาเหตุจากลิ่มเลือดที่หลุดมาจากหัวใจ (Cardiac Embolism) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบประสาทยังไม่สมบูรณ์ หรือยังมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Stroke in Evaluation) และในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองเส้นบาซิลาร์ (Basilar) ตีบ²³

2.2.1.4 ยาอื่นๆ ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือดกลุ่ม Glycoprotein IIb/IIIa Antagonist มีฤทธิ์ในการยับยั้งตัวรับที่ทำหน้าที่ในการจับตัวกันของไฟบรินเจน (Fibrinogen) ด้วย ซึ่งน่าจะช่วยในการสลายลิ่มเลือดของร่างกาย ยาในกลุ่มนี้มักใช้บ่อยในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน แต่ข้อมูลในโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ และมีอันตรายจากภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้นจึงไม่นิยมใช้ ส่วนยาในกลุ่มที่ใช้เพื่อปกป้องเซลล์ประสาท (Neuroprotection) ไม่ว่าจะเป็นสารที่จับกับอนุภาคนิวโรน Magnesium Sulfate, Citicoline, Lubeluzole, Piracetam, Vinpocetine, Methy l- Xanthines ไม่พบว่ามีประโยชน์จึงไม่นิยมให้ใช้เป็นมาตรฐาน²⁴

2.2.1.5 การผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบรุนแรงที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงมิดเดิลซีรีบรอล (Middle Cerebral Artery) โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุน้อย จะเกิดการบวมหรือเลือดออกได้ง่าย ทำให้สมองบริเวณนั้นมีลักษณะก้อนโป่งกดสมองบริเวณข้างเคียง จึงก่อให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเสียชีวิตและเกิดความพิการในระยะยาวได้สูง ดังนั้นจึงมีการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Decompressive Craniectomy) เพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวที่เกิดขึ้น

2.2.1.6 การรับผู้ป่วยไว้ดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) คือ การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักอาชีพบำบัด นักอรรถบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งความสำคัญอยู่ที่ตั้งและลักษณะทางกายภาพของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะไม่มากเท่ากับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ได้จากการรักษาอาจจะมีแตกต่างกันตามบริบทของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละแห่ง ดังนั้นจำนวนของความต้องการการรักษาจึงแตกต่างกัน (Number Needed to Treat)²⁵ และประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาอาจแตกต่างกันบ้างในบางกลุ่มย่อยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดใหญ่จะได้ประโยชน์จากการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชัดเจนกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเภทลาคุนาร์

2.2.2 การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ คือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

2.2.2.1 การป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่บุคคลนั้นยังไม่เคยโรคเป็นมาก่อน ก็คือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดโรค ซึ่งปัจจัยเสี่ยงแบ่งได้เป็น ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ การมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ โรคหัวใจซึ่งรวม ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดกล้ำเนื้อหัวใจตาย ลิ้นหัวใจรั่ว สำหรับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่เป็นปัจจัยรอง ได้แก่ ยาคุมกำเนิด การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก การใช้ยากลุ่ม แอมเฟตตามีน การออกกำลังกาย ความอ้วน ระดับความเข้มข้นของเลือดสูง ภาวะที่เกิดลิ้มเลือดง่าย และภาวะที่มีระดับโฮโมซิสตีอิน (Homocysteine) ในเลือดสูง ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้ที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองนี้ มีบทบาทสำคัญในการป้องกันแบบปฐมภูมิและ การป้องกันแบบทุติยภูมิ

2.2.2.2 การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary Prevention) คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ²⁴⁻²⁵ ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคตั้งที่กล่าวแล้วในการป้องกัน แบบปฐมภูมิ ในส่วนของการป้องกันแบบทุติยภูมิของโรคที่สำคัญคือ การใช้ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin, Ticlopidine, การใช้ Aspirin ร่วมกับ Dipyridamole, Clopidogrel และ Cilostazole และการทำการผ่าตัดหลอดเลือด (Carotid Endarterectomy: CEA)

2.2.3 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง สภาพหรือลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญและทำให้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ และปัจจัยที่ควบคุมได้ มีรายละเอียด ดังนี้

2.2.3.1 ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ที่ส่งผลทำให้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ และพันธุกรรม มีรายละเอียดดังนี้

อายุเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่า ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จากศึกษาที่ Minnesota พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ต่ออายุ 1 ปีที่เพิ่ม การศึกษาในชาวเอเชียในประเทศไต้หวันก็เช่นเดียวกัน พบว่า อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจากจำนวน 100 คน ในประชากรแสนคน²⁶

เพศ จากการศึกษาที่ Minnesota พบว่า ในเพศชายมีอุบัติการณ์สูงกว่าเพศ

หญิงถึงร้อยละ 70 การศึกษาในประเทศอื่น ๆ เช่น สวีเดน อิตาลี และไต้หวัน ก็พบอุบัติการณ์ใกล้เคียงกันและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายก็สูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายดังนั้น ในการศึกษาบางแห่งจะพบว่า อัตราชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย²⁵

พันธุกรรมในผู้มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้นี้มากกว่าประชากรทั่วไป จากศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในผู้ที่มีพี่น้องเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนปกติ และจากการศึกษาของ Framingham Study พบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง²⁶

2.2.3.2 ปัจจัยที่ควบคุมได้ ที่ส่งผลทำให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการเกินและภาวะอ้วนลงพุง ระดับไขมันในเลือดสูง ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุโดยตรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่า Relative Risk ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 1.5 และในผู้ที่สูบบุหรี่จัดมากกว่า 40 มวน/วัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 2 เท่าของผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน การสูบบุหรี่ทำให้ มีการเพิ่ม Viscosity ของเลือด มีการเพิ่ม Fibrinogen เพิ่มการจับตัวของเกร็ดเลือดเกิดภาวะ Hypercoagulable State แต่ความเสี่ยงดังกล่าวจะเริ่มลดลงหลังจากหยุดบุหรี่ 2 ปี ดังนั้น การเลิกสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงในสถานที่ที่มีบุคคลอื่นสูบบุหรี่อยู่จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{19,22}

ภาวะโภชนาการเกิน และอ้วนลงพุง ภาวะโภชนาการเกิน ปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่าผู้ชายที่อ้วนแบบลงพุง มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีส่วนปกติ 2.3 เท่า^{19,22}

ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแต่พบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยอ้อม การมีระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และเอชดีแอลต่ำ มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดโรคหัวใจและภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ของหลอดเลือดแดงแคโรทิด (Carotid) ดังนั้น จึงถือว่าภาวะแอลดีแอลสูงกว่าปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองโดยอ้อม^{19,22}

ระดับความดันโลหิต ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (Atherosclerosis) เมื่อมีการเสื่อมของหลอดเลือดและมีการทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นเอนโดทีเลียมเลือดจึงสัมผัสโดยตรงกับชั้นใต้เอนโดทีเลียมทำให้

เกิดการรวมตัวของเกล็ดเลือดและกระตุ้นการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด เป็นผลให้การแข็งตัวของลิ่มเลือดบริเวณนั้น เมื่อลิ่มเลือดนี้ไปอุดตันหลอดเลือด จะทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือด และเกิดการตายของเนื้อสมอง ดังนั้น การควบคุมระดับความดันโลหิตจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะยาว โดยความดันซิสโตลิกที่ลดลงเฉลี่ย 10 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลดลงร้อยละ 34 และความดันไดแอสโตลิกที่ลดลงเฉลี่ย 5 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลดลงร้อยละ 28 การควบคุมระดับความดันโลหิตนอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำได้อีกด้วย^{19,22}

ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากกลุ่มโรคหลอดเลือดขนาดเล็กอุดตัน (Lacunar Infarction) และการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Atherosclerosis) โดยพบว่าผู้ที่เป็โรคเบาหวานมีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นใกล้เคียงกัน เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดใหญ่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองแต่มีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดเล็กได้^{19,22} จากปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองข้างต้น เห็นได้ว่ามีทั้งปัจจัยที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ซึ่งเป็นแนวทางในการป้องกันที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ รวมถึงสามารถหาแนวทางในการป้องกัน รักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ทันเวลา และสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง กระทรวงสาธารณสุข และระบบสุขภาพต่างๆได้ร่วมกันวางแนวทางและแผนนโยบายในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อไป

2.3 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ไม่ว่าจะเป็นการ แตก ตีบ อุดตัน จะทำให้สมองขาดเลือดแบบเฉียบพลัน เซลล์สมองตายหรือหยุดทำงาน ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการสูญเสียหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยอาการของ

โรคอาการแสดงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด ผู้ป่วยมักมีผลกระทบในระยะยาว ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ

ด้านร่างกาย การเกิดพยาธิสภาพของสมองในส่วนต่าง ๆ เกิดความพิการทางร่างกาย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ มีความบกพร่องทางการรับรู้ การแปลความหมาย การทำความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร นอกจากนั้นยังทำให้ขาดสมาธิ ความจำ บกพร่อง สมองเสื่อม และการสูญเสียความรู้สึกรู้สีกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อน ความเย็นได้ ความผิดปกติของการกลืนเป็นภาวะที่พบประมาณร้อยละ 30 – 65 คือเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10 และ 12 ซึ่งควบคุมการเคี้ยวและการเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติ ของเส้นประสมองสมองเหล่านี้จะทำให้ริมฝีปากของผู้ป่วยปิดไม่สนิท การเคี้ยวอาหาร จึงบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก และอาจทำให้สำลักอาหารได้ และนอกจากนั้นยังมีความผิดปกติ ด้านการควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน มักมีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ²⁴⁻²⁶

ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจำนวนมากมีความซึมเศร้าและวิตกกังวล มีความกังวลว่าจะเป็นภาระต่อครอบครัว สูญเสียความมั่นใจและสถานภาพในครอบครัว ตัวอย่าง เช่น บุคคลที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อป่วยเป็นโรคอาจไม่สามารถทำหน้าที่ได้อีกต่อไป ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง หลังจากผ่านระยะเฉียบพลันผู้ป่วยมักมีความโศกเศร้าหรือทุกข์ตรม ซึ่งเป็นผลมาจากความพิการทางร่างกายที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด การบกพร่องในการสื่อสาร ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกอึดอัดคับข้องใจ รู้สึกตนเองด้อยค่า จึงแสดงพฤติกรรมหรืออาการทางจิตเวชได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะอารมณ์ไม่ปกติแบบสองขั้ว อาการวิตกกังวล อาการโรคจิต พฤติกรรมเจ้าอารมณ์ ก้าวร้าว เรียกร้องความสนใจ โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke Stress)²⁴

2.3.2 ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระยะเฉียบพลันต้องกลับไปรักษาและฟื้นฟูที่บ้านพร้อมด้วยความพิการและความบกพร่องทางร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจะสูญเสียความมั่นใจในตนเองรู้สึกหมดหวังและมีปฏิกิริยาในแง่ลบโดยแสดงพฤติกรรมหลบเลี่ยงและแยกตัวจากสังคม นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากที่คุ้นเคยซึ่งสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดก็ต้องปรับตัวด้วยเช่นกันดังนั้นสมาชิกและครอบครัวควรมีความรู้และความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเรียนรู้ที่จะช่วยเหลืออย่างเหมาะสม²⁴

2.3.3 ผลกระทบต่อประเทศชาติ เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องมียาใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้อาจเป็นภาระต่อตัวผู้ป่วย ญาติมิตร รวมทั้งสังคม ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลในระยะเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย ค่าดูแลรักษา ค่ายา และค่าการตรวจวินิจฉัย

ค่าใช้จ่าย เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ รวมทั้งกายภาพบำบัด นอกจากนี้ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วยังจะต้องรับประทานยา เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำรวมทั้งยาที่จะป้องกันไปตลอดชีวิต ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการสูญเสียรายได้ที่พึงจะได้รับเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบเฉลี่ย 20,632 ล้านบาทต่อปี³ จากภาวะของโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก รวมทั้งผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติอาจเป็นสาเหตุทำให้มีการเปลี่ยนงาน หรือออกจากงานทำให้รายได้ลดลง

จากข้อมูลข้างต้น โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรง โดยมีระยะของการเกิดโรค ทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เพื่อดูอาการของโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยพร้อมทั้งให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล จนสามารถจำหน่ายกลับไปรักษาร่างกายต่อที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อยที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูร่างกายต่าง ๆ และยังคงดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค หากไม่ได้รับการดูแล ฟื้นฟูที่เหมาะสมผู้ป่วยอาจต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ ซึ่งความพิการดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอีกด้วย ดังนั้น วิธีการที่จะดูแล ป้องกันและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองนั้นคือ ต้องทำการป้องกันไม่ให้เกิดโรค สนับสนุนระบบส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันให้รีบเข้ารับการรักษาอย่างทันเวลา และ หลังจากการเกิดโรคแล้วควรมีการ สนับสนุนผู้ป่วย ผู้ดูแลให้ได้รับการช่วยเหลือ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติให้ได้มากที่สุด

2.4 หลักการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning)²⁷⁻²⁸ ก็เป็นการคาดการณ์จำหน่าย (Plan Discharge) ดังนี้ Discharge Planning เป็นกระบวนการเตรียมพร้อมทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อออกจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านหรือสถานบริการอื่น

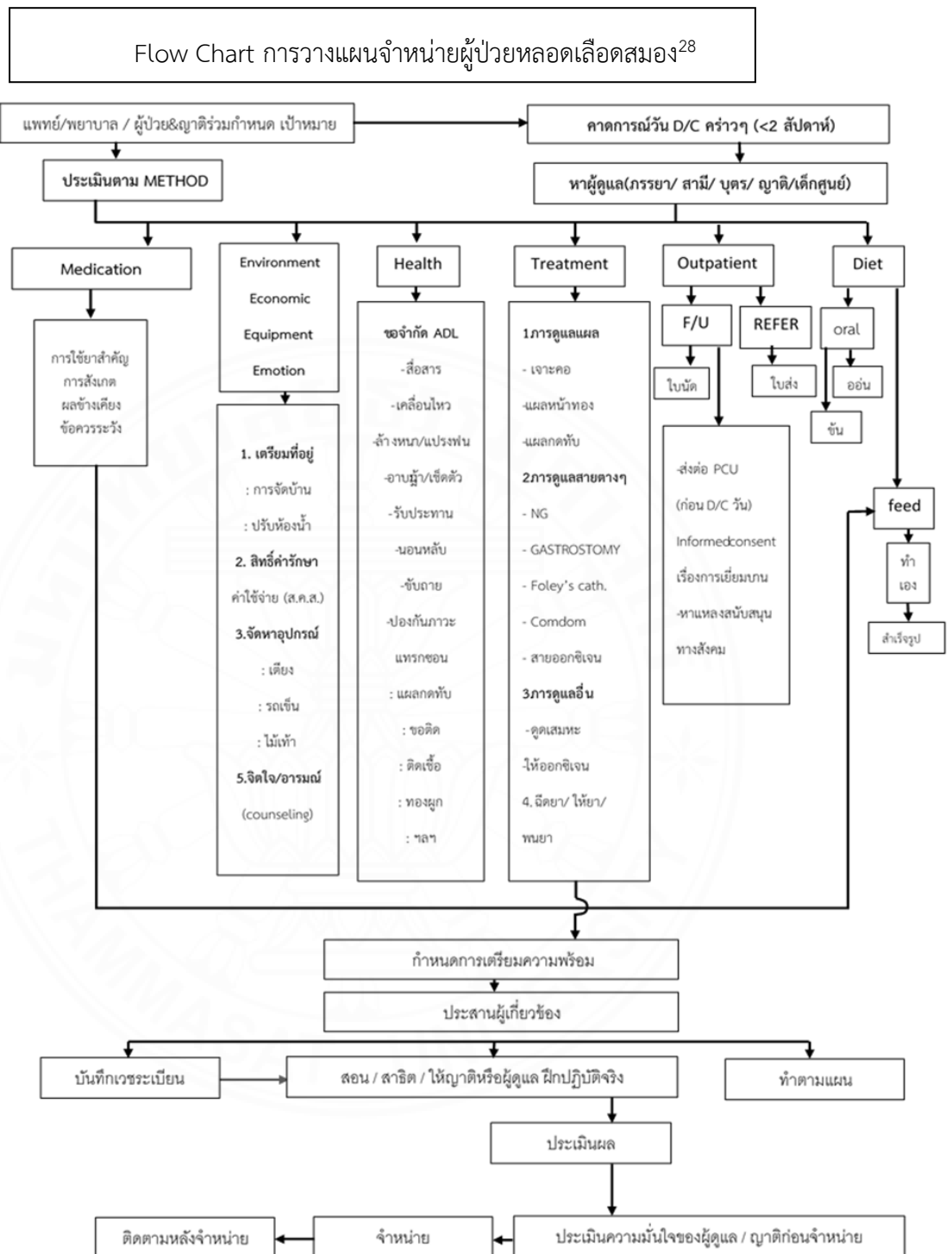
ระดับหนึ่ง ต้องทำโดยทีมผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วม Plan Discharge เป็นการคาดการณ์ว่าจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเมื่อใดส่วนมากแพทย์เป็นผู้กำหนด

2.4.1 ผู้ป่วยที่ต้องทำการวางแผนจำหน่าย

- 1) ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เจาะคอ
- 3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่กำลังควบคุม หรือต้องปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง
- 4) ผู้ป่วยสูงอายุหลงลืม มีแผลเรื้อรังต้องดูแล หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องมีกิจกรรมการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง
- 5) ผู้ป่วย Re-admission บ่อย ๆ
- 6) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการนอน เช่น นอนไม่หลับ หรือไม่ยอมนอน
- 7) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 8) ผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องกำจัดสิ่งคัดหลั่งที่ออกมา
- 9) ผู้ป่วยโรคเอดส์
- 10) ผู้ป่วยจิตเวช

โดยเป็นผู้ป่วยที่ทีมดูแลสามารถดำเนินการเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยงานและผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง เช่น มีผู้ดูแลและมีสถานที่ดูแลเมื่อออกจากโรงพยาบาลอาจเป็นบ้าน สถานพยาบาล หรืออื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยที่มูลนิธิต่าง ๆ นำส่ง หาญาติพี่น้องไม่ได้ต้องปรึกษาสังคมสงเคราะห์เพื่อหาแหล่งที่อยู่

ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือไม่สามารถจัดการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายได้ เช่นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลไม่มีสถานที่รับดูแลหลังจำหน่ายเป็นต้น



2.4.2 การหา Care Giver

- 1) จากแผนภูมิเครือญาติ (Genogram) เพื่อทราบว่าญาติที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยคือใคร
- 2) ผู้ดูแลที่ญาติว่าจ้างมาเพื่อดูแลผู้ป่วยกรณีนี้ญาติหรือครอบครัวก็ต้องเป็นผู้ดูแลหลักที่สามารถติดตามช่วยเหลือหรือดูแลให้ผู้ที่ว่าจ้างมาดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ
- 3) เพื่อน หรือคนที่รัก มีความยินดีและสามารถดูแลผู้ป่วยได้กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีครอบครัว
- 4) ผู้ดูแลหลายคนแต่มีเวลาว่างแตกต่างกัน ให้ระบุช่วงเวลาที่ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้เช่น ช่วงเช้า เย็น ทุกวัน เฉพาะกลางวัน หรือวันเสาร์อาทิตย์ เพื่อจัดตารางการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลผลัดกันดูแลตามช่วงเวลาที่เหมาะสม

2.4.3 ทำอย่างไรให้ได้ผู้ดูแลที่อยู่ทน อยู่นาน²⁹⁻³⁰

- 1) เลือกผู้ดูแลที่รักและผูกพันกับผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง
- 2) วิธีที่จะได้ผู้ดูแลหลักที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืนนั้น พยาบาลต้องประเมินทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย ประเมินปัญหาด้านจิตใจอารมณ์สังคม ของทั้งผู้ป่วยและญาติ จากนั้นวางแผนแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลกลับไปดูแลผู้ป่วยในสภาพแวดล้อม หรือบริบทของผู้ป่วยเอง
- 3) ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตใจอารมณ์สังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วย

2.5 การรักษาในระยะฟื้นฟูสภาพ

เป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะมี ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีชีวิตรอด แต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพในระยะยาว ทำให้มีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ฯลฯ³¹ จึงสมควรที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ภาวะอัมพาตสามารถเกิดขึ้นกับร่างกาย อาจพบอาการอ่อนแรงของแขนขา หรือใบหน้า ตา ปาก ทำให้ ร่างกายส่วนนั้นเคลื่อนไหวไม่ได้หรือน้อยกว่าปกติ โดยบางครั้งอาจมีอาการชาร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายอาจเป็น อัมพาตครึ่งล่าง อัมพาตทั้งแขนขา อัมพาตครึ่งซีกซึ่งเป็น อัมพาตที่พบได้บ่อยในโรคหลอดเลือดสมองที่เกิด จากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง อาจมีการแตก ตีบ หรือตันของหลอดเลือดเหล่านี้ โดยความพิการกับ ร่างกายที่เกิดขึ้นทั้งหมดขึ้นอยู่กับบริเวณ

ของสมองที่มีพยาธิสภาพ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน³² ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาท ที่พบบ่อย ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจำนวนหนึ่งจะมี ความพิการหลงเหลืออยู่ ขึ้นกับตำแหน่งและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ความพิการที่หลงเหลืออยู่นี้³² เป็นปัญหา ระยะยาวที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญอาจสรุปที่สำคัญได้ดังนี้

2.5.1. ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหว ลดลงจากการรับรู้ และสิ่งที่ไม่ได้หรือไม่มีประสิทธิภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่าย การเคลื่อนไหว และการเคลื่อนย้ายไปในที่ต่าง ๆ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือดูแลให้คงไว้ซึ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต³³⁻³⁵

2.5.2. ผู้ป่วยบางรายมีความปลอดภัยในชีวิตลดลงจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองในการควบคุมการ เคลื่อนไหว การรับรู้ต่อความสมดุลของร่างกาย³⁶⁻³⁷ การรับรู้ต่อเวลา สถานที่ บุคคลรวมทั้งการรับรู้ของลาน สายตาคิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสน มีการรับรู้ที่ผิดจากความเป็นจริง การกะจังหวะผิดพลาด ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อ การเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ขาดความปลอดภัยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ญาติต้องมีภาระการดูแลมากขึ้น

2.5.3. ปัญหาด้านจิตใจ เกิดจากสาเหตุได้หลายประการ เช่น เกิดจากพยาธิสภาพของโรค การที่ต้องพึ่งพา ผู้อื่นมากขึ้นทำให้มีความซึมเศร้า^{31,33} การสื่อสารมีความบกพร่องไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นเข้าใจตนเองได้ หรือพูด ไม่ชัดทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ ซึ่งอาจเกิดผลกระทบจากการดูแลของครอบครัว เช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยคือ อาการซึมเศร้า พบได้บ่อยในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี ภายหลังจากเกิดโรค³³⁻³⁴

ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหง่าย กลัว วิดกกังวล ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจ มีศักดิ์ศรี แต่เมื่อเกิดโรคและมีความพิการร่วมด้วย การปรับตัวให้เข้ากับสภาพความพิการ และ บทบาทที่เปลี่ยนแปลงจึงทำได้ยาก

2.6 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการช่วยฟื้นฟู/พัฒนาสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพมีวิธีการหลายอย่าง โดยเฉพาะ การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้คำแนะนำในเรื่องปัญหาที่พบบ่อยและการดูแล การ

ป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น⁴⁰⁻⁴¹ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติที่สุดในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยความร่วมมือของตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัว ซึ่งบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ มีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจผู้ป่วย ตลอดจนให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วย ฟื้นฟูสมรรถภาพและช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ ปัญหาที่พบบ่อยและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดหลายด้านจากอาการ และอาการแสดงที่กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ และปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแล คือ³⁶⁻³⁸

2.6.1 แผลกดทับ สาเหตุ จากการที่ผู้ป่วยนอนนาน ๆ และเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ผิวหนังโดนกดทับบริเวณปุ่มกระดูกนาน ๆ ทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยง จะสังเกตเห็นผิวหนังบวมแดงซ้ำ ต่อมาผิวหนังถลอกมีแผลเกิดขึ้น และจากแรงเสียด³⁹ ทานระหว่างผิวหนังกับพื้นรองรับการเสียดสีกับผ้าปูที่นอนที่ไม่เรียบ มีรอยย่น และการเปียกชื้นที่เกิดจากน้ำ จากเหงื่อปัสสาวะและอุจจาระ ทำให้เกิดแผลขึ้นได้ และตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับได้บ่อยคือ บริเวณปุ่ม กระดูกสะโพก กระดูกก้นกบ ตาตุ่มด้านนอก สันเท้า หัวไหล่ ไบหู ท้ายทอย

2.6.1.1 การดูแล

1) ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกายตามความเหมาะสมเพื่อให้กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และ ผิวหนังมีการไหลเวียนของโลหิตดี

2) พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ เพื่อลดการกดทับเนื้อเยื่อ บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ และในบริเวณที่มีรอยแดงตามผิวหนังเกิดขึ้นให้ใช้นิ้วมือนวดเบา ๆ เพื่อให้เลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณนั้นมากขึ้น และผู้ดูแลควรตรวจสอบผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณปุ่มกระดูกทุกวันหรือทุกครั้ง เมื่อพลิกตัว

3) ภาวะเปื่อยขึ้นของผิวหนังจากเหงื่อ หรือหลังจากขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ โดยทำความสะอาด สะอาดผิวหนัง และซับให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ ไม่อับชื้น สวมเสื้อผ้าที่มีเนื้ออ่อนนุ่ม ไม่หนาจนเกินไป ไม่อบ ความร้อน และดูแลที่นอน ผ้าปูที่นอน ให้แห้งสะอาดเรียบตึงอยู่เสมอ

4) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ใช้วิธียกแทนการดึง/ลาก เพราะการดึง/ ลาก ทำให้เกิดแรงเสียดทานมาก ผิวหนังฉีกขาดได้ง่าย ไม่นวดหรือใช้ความร้อนประคบหรือใช้สบู่/ สารเคมีกับผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดง เพื่อลดการระคาย เคืองที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลายมากขึ้น

5) ควรใช้ที่นอนที่มีการถ่ายเทอากาศ เช่น ที่นอนลม ที่นอนน้ำ ที่นอนฟองน้ำ ถ้าไม่มีหาอุปกรณ์ที่ รองรับตามปมกระดูกต่าง ๆ เช่น ฟองน้ำ หมอนใบเล็ก ๆ ในกรณีที่มีแผลกดทับเกิดขึ้น

การดูแลระยะเริ่มแรกของการเกิดแผลกดทับ ระยะผิวหนังจะเริ่มแดงซ้ำ ควรรีบแก้ไขดังนี้ นวดเบา เนื้อเยื่อส่วนนั้นมีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงให้พอเพียง ละเว้นการนอนทับส่วนนั้น ๆ ไปชั่วคราว ระวังไม่ให้ส่วนนั้น ๆ อบหรืออับชื้น ควรแห้งและสะอาดอยู่เสมอ อาจต้องเปิดส่วนนั้น ๆ ให้ถูก ลม หรืออากาศภายนอกบ้าง การทำแผลกดทับ หากการกดทับนั้นเพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดแผล ต้องทำแผลโดยใช้หลักความสะอาดปราศจากเชื้อโรค ดังนี้

ล้างรอบแผลให้สะอาดด้วยน้ำยาจากโรงพยาบาลหรือน้ำต้มสุก ใช้สำลีชุบให้ชุ่มแล้วค่อย ๆ เช็ดรอบ แผลก่อน แล้วเช็ดภายในแผลให้สะอาดด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุกอีกครั้ง

ใส่น้ำยาฆ่าเชื้อตามความเหมาะสมหรือตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อลองกันเชื้อโรคเข้าไปในแผล ปิดแผลไว้ด้วยผ้าพันแผลแต่หากแผลแคบเข้าและเริ่มแห้งขึ้น อาจเปิดแผลไว้เพื่อกระตุ้นให้แผลแห้ง เร็วขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งของแผลที่เป็นด้วย และควรสังเกตว่าหลังเปิดแผลแล้ว แผลหายเร็วขึ้นหรือไม่

สำลี ผ้าทำแผล น้ำยาที่ใช้ทำความสะอาดจะต้องปราศจากเชื้อโรค คิมีต้องสะอาดปราศจากเชื้อโรค โดยนึ่งหรือต้มฆ่าเชื้อในน้ำเดือดนาน 30 นาที ปัจจุบันมีแผ่นบางชนิดสามารถปิดทับแผลกดทับไว้ได้ 3 - 7 วัน ต่อ 1 แผ่น โดยไม่ต้องเปิดทำแผล ทุกวัน สามารถใช้ได้ใแผลขนาดเล็กหรือเริ่มเป็นได้ มีประโยชน์ด้านการลองกันการซึมเปื้อน และการระคาย เคืองจากภายนอกแผล เช่น ลองกันแผลเปื้อนอุจจาระ ปัสสาวะ และลองกันการครูดถูแผลได้ หรือแผลอยู่ในตำแหน่งส่วนพับของร่างกาย การใช้แผ่นยาอาจทำให้แผ่นยาด้านริมเปิดออกง่ายทำให้ไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควรในกรณีที่แผลกดทับขนาดใหญ่ ควรดูแลทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการที่ถูกต้อง หรือติดต่อให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน มาทำ ความสะอาดบาดแผลให้ผู้ป่วย และจัดท่านอนไม่ให้ทับบริเวณที่เกิดแผลกดทับ เพื่อลองกันไม่ให้แผลลุกลาม และเกิดการติดเชื้อ สังเกตความผิดปกติของแผล เช่น แผลกดทับที่อยู่ในระดับลึกเป็นหลุมหรือโพรงมีสิ่งคุดหลังจากแผลมาก แผลมีกลิ่นเหม็น ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

2.6.2.2 ภาวะข้อติดแข็ง

สาเหตุ ภาวะข้อติดแข็งหรือการติดเกร็งของแขนหรือขาส่วนที่อ่อนแรง จากการที่ไม่ได้ใช้งานหรือไม่ได้เคลื่อนไหวตามปกติ ทำให้เกิดการติงรั้งของเนื้อเยื่ออ่อนรอบข้อต่อ เอ็นกล้ามเนื้อ และข้อ ข้อที่ติดยึดมากที่สุด คือ ข้อไหล่ และจะติดอยู่ในท่าปิดเข้าใน และแขนมักจะติดในท่าคว่ำมือ การดูแล

1) จัดทำนอนตะแคงซ้าย นอนตะแคงขวา นอนหงาย สลับไปตามความเหมาะสม

2) จัดกิจกรรมที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวรอบข้อและบริหารข้อต่อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แขน หรือขาข้างปกติช่วยกระตุ้นให้มีการเหยียดแขน - ขา

2.6.2.3 การเกิดอุบัติเหตุ

สาเหตุ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก อาจเกิดอุบัติเหตุได้ เช่น หกล้ม ตกเตียง แขนขาครูดขณะเคลื่อนย้าย เนื่องจากการขาดการรับรู้สัมผัสและการมองเห็น ผิดปกติหรือจากการทรงตัวของ ผู้ป่วยไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเกร็ง การตัดสินใจ ความคิด ความจำด้อยลง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ ง่าย ส่งผลทำให้เกิดปัญหาตามมาคือ กล้ามเนื้อฉีกขาด กระดูกหัก และมีเลือดออกในสมอง

การดูแล

ผู้ดูแลจะต้องคอยช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนอิริยาบถ หรือเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเข้าห้องน้ำ การเดินขึ้น-ลงบันได หรือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำเองได้

ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น เก็บสิ่งของที่อาจเกิดอันตรายให้ พื้นมือ ไม่วางของเกะกะบนพื้นหรือทางเดิน ภายในบ้านควรมีแสงสว่างเพียงพอ เก็บสายไฟฟ้า สายโทรศัพท์ ให้เรียบร้อย ดูแลพื้นไม้ให้ลื่น ยกเหล็กกันเตียงขึ้นทุกครั้งเพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง ล้อคล้อรถเข็นทุกครั้งที่ยื่น - ลงจากเตียงและเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี

ในระยะแรกอาจทำราวเดินให้ผู้ป่วยเกาะ ถ้าผู้ป่วยเดินในราวได้มั่นคงดีแล้วจึงออกเดินนอกราว หรือมีเครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าขาเดียว ไม้เท้า 3 ขา ไม้เท้า 4 ขา แล้วแต่ความมั่นคงของการเดิน ในผู้ป่วยแต่ละรายในขณะเดินสังเกตความผิดปกติของศีรษะ ลำตัว แขน และขา ในระหว่างการเดินเพื่อ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

การป้องกันโรคไม่ให้เกิดเป็นซ้ำ

เนื่องจากหลอดเลือดในสมองมีหลายแขนง หล่อเลี้ยงสมองในหลายส่วน ดังนั้นการเกิดปัญหาของ หลอดเลือดในสมองส่วนหนึ่งอาจเกิดขึ้นกับหลอดเลือดในสมองตำแหน่งอื่น ๆ ได้อีก ดังนั้นควรสนใจในด้าน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วย แม้ว่าจะเคยเป็นอัมพาตอยู่ก่อนแล้วก็ตาม การป้องกันโรคไม่ให้เกิดเป็นซ้ำ เป็นสิ่งที่จำเป็นมากโดยจะต้องควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น หากควบคุมโรคได้ไม่ดีจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ การกำเริบของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำเป็นซ้ำ คือ

การรับประทานยา รับประทานยาที่ใช้ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหรือยาที่รักษาโรคที่เกิดร่วมตามแผนการรักษา ของแพทย์อย่างเคร่งครัด เช่น รับประทานยาสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยรับประทานยาอย่างเคร่งครัด และควรสังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ การมีเลือดออกง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน และอาการที่สำคัญที่สุดได้แก่ การระคายเคืองกระเพาะอาหาร

การงดสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ มีวิธีการที่จัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกทำสมาธิ ทุกอิริยาบถหรือก่อนเข้านอน โดยการหายใจเข้าออก ลึก ๆ ยาว ๆ ตั้งสมาธิให้แน่วแน่ มีสติรู้ทุกการเคลื่อนไหว ไม่ยึดติด ไม่คิด ฟุ้งซ่าน ควรมีการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มักนอนไม่หลับเนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เครียดเรื่อง ปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ เรื่องเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความไม่สุขสบายจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่อำนวยให้หลับ อากาศร้อนหรือหนาวเกินไป เสียงดังเกินไป แสงสว่างมากเกินไป รวมทั้งชุดนอนไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงควรค้นหาและขจัดสาเหตุของการนอนไม่หลับให้หมดไป ตื่นนอนก่อนเข้านอน เพราะนมมีสารที่ทำให้ง่วงนอน ส่งเสริมการนอนหลับ มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค เช่น ในกรณีที่ถูกเดินไม่สะดวก ต้องนั่งนอนอยู่ บนเตียง ควรทำงานอดิเรกที่ชอบและสามารถทำได้ เช่น เล่นหมากรุก อ่านหนังสือเบา สมอง ดูโทรทัศน์หรือฟังวิทยุรายการที่ถูกใจ ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง หรือไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ชา และซึมลง

การจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลควรเตรียมอาหาร และน้ำให้เพียงพอ กับความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ตลอดทั้งชนิดอาหารที่ควรได้รับ หรือหลีกเลี่ยงถูกต้องตามสภาวะ ของโรคของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้บ้าง ผู้ดูแลจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหารเพราะจะทำให้ขณะ รับประทานอาหารไม่เมื่อยล้า ลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยขณะรับประทานอาหารเพราะจะทำให้ความสนใจของผู้ป่วยในการ รับประทานอาหารลดลง^{33,34} จัดวางถาดอาหารให้อยู่ในลานสายตา ที่ผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นได้ ควรให้อาหารอ่อนนุ่มและไม่มีน้ำมาก เป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบแต่ไม่ขัดกับโรค ถ้าอาหารมี ลักษณะเป็นเส้นยาว ควรตัดให้สั้น เพื่อให้กลืนได้สะดวก ให้ผู้ป่วยกลืนให้เป็นจังหวะ ขณะรับประทานอาหาร ไม่ควรเร่งผู้ป่วย และดื่มน้ำตามทุกครั้ง ควรใช้หลอดดูดน้ำหรือใช้ช้อนป้อนครั้งละน้อย ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน ผู้ดูแลควรเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลจะต้องได้รับความรู้และทักษะ รวมทั้ง จัดเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลีกเลี่ยงอาหารที่มี คอเลสเตอรอล และ ไขมันสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน ไขมัน

ว้าว หนังกัด หนังกัด เครื่องในสัตว์ สมอสัตว์ ไข่แดง และอาหารทะเลจำพวก กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม เพราะมีไขมันแฝงแทรกอยู่มาก รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ หรือถ้าจะรับประทานเนื้อหมู เนื้อวัว ควรเลาะมันออกให้หมด ถ้ารับประทานไก่ ควรเอาหนังออกให้หมด ฉะนั้นเนื้อปลาจึงเป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุด เพราะมีปริมาณไขมันต่ำกว่า เนื้อหมู เนื้อวัว และเนื้อไก่ รับประทานอาหารเพื่อช่วยในเรื่องของการขับถ่ายอุจจาระ ป้องกันภาวะท้องผูกได้แก่ อาหาร ที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ และรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวาน เพื่อช่วย ให้อวัยวะดูดซึมไขมันลดลง ในการปรุงอาหารควรใช้น้ำมันพืชชนิดกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำ น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา น้ำมันดอกคำฝอย แทนน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันจาก สัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว จะทำให้ไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด ขนมหวานต่าง ๆ คุกกี้ เนย กะทิ ลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารจำพวก กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูหยอง กะปิ เนย คุกกี้ และ หลีกเลี่ยงการเติมเกลือหรือสารปรุงรสต่าง ๆ ลงไปในอาหาร เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ผงชูรส น้ำตาล หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียม และโปแตสเซียมในปริมาณสูง เช่น อาหารที่มีรสเค็ม ผักผลไม้กระป๋อง อาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือจำพวก ชา หรือกาแฟ เพราะมีสารคาเฟอีน สิ่งที่ได้รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักบุง ผักกาด เพราะผักเหล่านี้มีแคลอรีต่ำมากหรือไม่มีเลย แต่จะให้กากใยสูง ช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลได้ อาหารแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) ควรเลือกรับประทานชนิดที่ผ่าน กระบวนการแปรรูปน้อยที่สุด เพราะจะมีกากใยอาหารอยู่มาก เช่น ขนมปังโฮลวีท ข้าวซ้อมมือ

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากเองได้

การให้อาหารทางสายยาง

- สูตรนมผสม (Milk Based Formula) มักให้อาหารสูตรนี้กับผู้ป่วยเด็ก อาจทำให้เกิดปัญหา Lactose intolerance สามารถเตรียมได้ง่าย ราคาไม่แพง
- สูตรปั่นผสม (Blenderized Formula) ส่วนผสมเป็นอาหาร 5 หมู่ สามารถดัดแปลงให้เหมาะกับโรคได้ ต้องมีขั้นตอนในการเตรียมและต้องสะอาด ปลอดภัย
- สูตรสำเร็จ (Commercial Formula) เป็นผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมอาหารทางการแพทย์ สะดวกในการใช้ ส่วนใหญ่เป็น Lactose Free มีหลายสูตรตามความเหมาะสมของโรค ราคาค่อนข้างสูง

การดูแลด้านจิตใจ

นอกเหนือจากการดูแลด้านร่างกายแล้ว สิ่งหนึ่งที่นับว่าสำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ “การดูแลด้านจิตใจ” ผู้ดูแลควรเข้าใจพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ซึ่งอาจมากหรือน้อยแตกต่างกัน ไปในผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องมาจากสาเหตุในสมองและร่างกายเปลี่ยนแปลงไป

สภาพของอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยย่อมต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วยโดยพบอาการเฉย ขาดความกระตือรือร้น หรือไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ (Apathy) ความพลุ่งพล่าน กระวนกระวายใจ (Agitation)³³⁻³⁵ และอารมณ์ ซึมเศร้า การนอนไม่หลับจะเป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วย หรือบางรายอาจมี อาการหัวเราะ หรือ ร้องไห้โดยควบคุมไม่ได้ และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ขณะนั้น สิ่งที่คุณดูแลจะช่วยผู้ป่วยได้ มีดังนี้

- อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจและอบอุ่น
- พูดคุยกับผู้ป่วยเสมอ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่คุยตอบโต้ก็ตาม เล่าเรื่องราวเหตุการณ์ต่าง ๆ

ให้ฟัง เช่น ข่าวสาร เรื่องของญาติเพื่อนฝูงอย่างปกติ

- ควรเข้าใจถ้าผู้ป่วยมีอาการอัมพาตครึ่งซีก ตาซีกที่อัมพาตจะสูญเสียการมองเห็น และ ขาดความสนใจในร่างกายซีกนั้นในระยะเวลาแรก ๆ ของการเกิดโรค ดังนั้นระยะแรก ควรสนับสนุน ให้ผู้ป่วยพูดคุย สนับสนุนให้ผู้ป่วยไขว่คว้าด้านที่อัมพาตหรืออ่อนแรง

- ผู้ป่วยพูดไม่ได้ พูดช้าไม่ชัด หรือพูดผิด ผู้ดูแลจะมีส่วนอย่างมากในการกระตุ้นให้ผู้ป่วย พูดได้อย่างถูกต้อง และรอฟังคำตอบอย่างใจเย็น อย่างเร่งให้ผู้ป่วยพูด หรือรีบพูดแทน และไม่ควรรทำให้ผู้ป่วยอายต่อการพูดผิดปกติ และควรมีการชมเชยผู้ป่วยทุกครั้งที่สามารถฟื้นฟูร่างกายได้ดีขึ้นใน ทุก ๆ ระยะ และให้กำลังใจเสมอว่าจะสามารถทำได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่สามารถทำได้ด้วยตัวเองได้ เช่น ตักอาหารเอง หวี ฝอยเอง แปรงฟันเอง ลูกนั่งเอง เป็นต้น ญาติเพียงดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรือเตรียมอุปกรณ์ให้ และ ควรใจเย็นรอให้ผู้ป่วยทำเอง โดยไม่เร่งหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยเพียงเพื่อต้องการให้เสร็จเร็ว ๆ และงานบางชนิดผู้ป่วยบางรายอาจช่วยทำได้ แต่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ลักษณะ ของงาน และอาการของผู้ป่วยแต่ละรายแต่ควรใช้เวลาในการปรับตัวอย่างค่อยเป็น ค่อยไป

- อย่าเคียดแค้นผู้ช่วย หรือตำหนิผู้ป่วยจนเกินไป ควรให้เวลาและให้โอกาสเขาเสมอ
- ระวังระวังอุบัติเหตุ และไม่ควรประมาทปล่อยผู้ป่วยไว้คนเดียวแม้ว่าอาการจะดีขึ้น

แล้วก็ตาม

- ครอบครัวควรให้ความรัก ความเข้าใจ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนยังเป็นที่รัก เกิด ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก ซึ่งจะเป็นพลังให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคหรืออาการที่เป็นได้

การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ ตื่นนอนจนถึงเข้านอน³³⁻³⁵

- การทำความสะอาดร่างกายจุดประสงค์ เพื่อกำจัดสิ่งสกปรก และเพื่อความสบาย ของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังมีผลพลอยได้ คือ ทำให้ข้อ และกล้ามเนื้อต่าง ๆ ได้เคลื่อนไหว เพราะต้องมีการขยับแขนขาเพื่อทำความสะอาดทุกส่วนของร่างกาย ประกอบกับการถอดหรือใส่เสื้อผ้า นั้น จะช่วยให้มีการขยับและหมุนข้อต่าง ๆ ของแขนขาในขั้นต้นเป็นประจำ ทุกวัน ดังนั้นจึงควรใส่เสื้อผ้าผู้ป่วย

ตามปกติ เพียงแต่ปรับให้เสื้อผ้าใส่ง่ายขึ้น ไม่ควรใช้วิธีคลุมผ้าแทนการใส่ เสื้อผ้า เพราะจะทำให้การขยับของข้อต่อต่าง ๆ ลดลง จนไม่สามารถสวมใส่เสื้อผ้าตามปกติได้อีก และอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น ปวดข้อ ข้อติด และผิวหนังอักเสบขึ้นเปื่อยแดง เป็นต้น

- การอาบน้ำ เป็นวิธีทำความสะอาดร่างกายที่ดีที่สุด มีผลพลอยได้ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการไหลเวียนโลหิตอย่างชัดเจน อนึ่งเมื่อผู้ป่วยอาบน้ำแล้วเกิดความสดชื่น จะเกิดผล ด้านจิตใจตามมาอย่างมาก ดังนั้นจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำทุกราย ยกเว้นผู้ป่วยไม่สามารถไปห้องน้ำได้ หรือมีปัญหาที่จะก่อให้เกิดการแทรกซ้อนจากการอาบน้ำ เช่น มีผลในตำแหน่งที่หลีกเลี่ยงจากการอาบน้ำ ไม่ได้ เป็นต้น ข้อควรระวังคือ การลื่นหกล้มในห้องน้ำ ดังนั้น ควรจัดให้ผู้ช่วยอัมพาตนั่งอาบน้ำบนเก้าอี้ หรือบนรถเข็น มีบริเวณสะดวกในการหยิบจับอุปกรณ์อาบน้ำ เช่น สบู่ ผ้าเช็ดตัว เป็นต้น โดยควรมีญาติอยู่ใกล้ชิด ขณะอาบน้ำด้วย

- การแปรงฟัน หรือการทำความสะอาดช่องปาก ปกติบุคคลทั่วไปใช้วิธีแปรงฟัน หากผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองรับประทานอาหารทางปากก็ควรแปรงฟัน เช่นบุคคลทั่วไป แต่การแปรงฟันอาจต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตามสภาพ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือรับประทานอาหารทางสายยาง ควรดูแลช่องปากโดยการใช้ผ้าหรือสำลีชุบน้ำยาเช็ดปากหรือชุปน้ำเกลือ (น้ำเกลือหรือเกลือผสมน้ำ มีคุณสมบัติฆ่าเชื้อโรคได้ในระดับหนึ่ง) แล้วใช้คีมคีบสำลีนั้นเข้าไปเช็ดทำความสะอาดในช่องปาก

- การเช็ดตัว ทำในผู้ป่วยที่ไปอาบน้ำไม่ได้ ควรใช้สบู่อ่อน และเช็ดสบู่ออกให้หมด หลังจากนั้น เช็ดตัวให้แห้ง โดยเฉพาะจุดที่อักเสบง่าย เช่น รักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ ซอกกัน เป็นต้น แล้วจึงโรยแป้งหรือหากจะใช้ครีมหรือโลชั่นก็ได้ เพื่อป้องกันผิวแห้ง หรือคันได้ ข้อควรระวัง เมื่อผิวหนังตามร่างกายอักเสบ เปื่อยแดง เป็นขุยหรือคัน ควรพอกสบู่ ล้างน้ำให้ สะอาดเช็ดให้แห้ง แล้วจัดบริเวณนั้น ๆ ให้โปร่ง ไม่ใส่เสื้อผ้าทับบริเวณนั้น ๆ ชั่วคราว เช่น ถ้าเป็นที่รักแร้ก็ให้ ยกแขนข้างนั้นขึ้นเป็นระยะ ๆ เพื่อให้อากาศไหลเวียนถูกผิวหนัง ทำให้ผิวแห้ง ลดการอักเสบลง หากทำเช่นนี้ 2-3 วัน อาการไม่ดีขึ้น จึงควรปรึกษาแพทย์ เพราะผิวหนังอาจมีเชื้อรา อาจต้องให้ยาทาร่วมด้วย เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือรับประทานอาหารทางสายยาง ควรดูแลช่องปากโดยใช้ผ้า หรือสำลีชุบน้ำยาเช็ดปากหรือชุปน้ำเกลือ แล้วใช้คีมคีบสำลีนั้นเข้าไปเช็ดทำความสะอาดในช่องปาก (คีมนั้นควรมีที่กดล็อกเพื่อป้องกันสำลีหล่นในช่อง ปาก ซึ่งอาจหลุดไปอุดหลอดลมได้)

- การชำระล้างบริเวณทวาร หากผู้ป่วยอาบน้ำการชำระบริเวณนี้ก็ทำเช่นปกติ แต่หากเช็ดตัว หรือผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระควรล้างทวารโดยใช้หมอนนอนรองกันไว้ ล้างชำระด้วยน้ำและสบู่ ใช้มือหรือคีม ชนิดยาวคีบสำลีเช็ดบริเวณทวารแล้วล้างด้วยน้ำให้สะอาด ซับสำลีแห้งหรือผ้าแห้งอีกครั้งหนึ่ง และไม่ควรโรยแป้งก่อนซับผิวหนังให้แห้ง เพราะจะทำให้ผิวหนังอักเสบได้ง่าย

- การชำระล้างบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะหรือในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก อาจเกิดการคั่งค้างของปัสสาวะมากจนทำให้กระเพาะปัสสาวะถูกยืดขยาย ให้ปัสสาวะเหลือคั่ง เป็นแหล่งสะสมเชื้อแบคทีเรีย หรือในผู้ที่ไม่ รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนัก ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ หรือในผู้สูงอายุ มีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย จากภูมิคุ้มกันที่ลดลง ประกอบกับปัสสาวะคั่งค้าง

การจัดทำนอนของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยมักจะนอนในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการจัด ทำทางผู้ป่วยที่ถูกต้องจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะแข็งเกร็งของ กล้ามเนื้อ การหดสั้นของกล้ามเนื้อทำให้เกิดการยึดติดผิดรูปของข้อต่าง ๆ เกิดอาการข้อติดไม่สามารถ เคลื่อนไหวได้ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น และในการจัดทำทางไม่ถูกต้องจะต้องพิจารณาสิ่งต่อไป นี้ เตียงนอน ควรเป็นเตียงที่แข็งแรง เตียงควรมีความสูงพอเหมาะ ควรสูงจากพื้นประมาณ 30 – 60⁴³ เซนติเมตร เพราะจะทำให้ทำผู้ป่วยสัมผัสพื้นได้พอดี หรืออาจเป็นเตียงที่สามารถปรับระดับสูงต่ำ ของเตียงได้ ที่นอนต้องเป็นที่นอนที่แน่น ไม่นุ่มหรือแข็งจนเกินไป ผ้าปูที่นอนต้องตึง ไม่มีรอยย่น รอยพับ เพื่อไม่ให้เกิดการถูไถกับผิวหนังของผู้ป่วย อันจะนำมาสู่การ เกิดแผลกดทับขึ้นได้ ทำนอนการจัดทำนอนสำหรับผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการนอนทับแขน หรือขาข้างที่อ่อนแรงนาน ๆ เพราะจะทำให้เกิดการบวมของแขนและขา เกิดข้อยึดติดได้ง่าย วิธีการจัดทำนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวิธีการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้³⁰⁻³⁵

ทำนอนหงาย

- ผู้ป่วยนอนศีรษะตรง
- หมอนหนุนที่ไม่เตี้ย หรือสูงจนเกินไป
- จัดตัวให้ตรง อย่าให้เอียงไปทางด้านที่อ่อนแรง
- ใช้หมอนบาง ๆ หนุนที่ไหล่และต้นแขนข้างที่อ่อนแรง
- แขนข้างอ่อนแรงสามารถจัดให้อยู่ในท่าหงายแขนขึ้น งอแขนเข้าเล็กน้อยหรือเหยียดกาง ออกเล็กน้อย หงายฝ่ามือขึ้น

ทำนอนตะแคง ควรจัดให้นอนตะแคงทั้งสองข้างแต่ควรนอนตะแคงทับข้างปกติมากกว่าข้างที่อ่อนแรง

- ทำนอนตะแคงทับด้านที่ปกติ
- ผู้ป่วยนอนศีรษะตรง หมอนหนุนที่ไม่เตี้ยหรือสูงมากเกินไป

- ตะแคงตัว ดึงสะบักแขนด้านอ่อนแรงมาข้างหน้า พร้อมกับกางแขนออก ใช้หมอนรอง ได้แขนข้างอ่อนแรงตลอดจนถึงฝ่ามือให้แขนเหยียดตรง (หมอนที่ใช้รองแขนนี้ ไม่ควรเตี้ยมาก เพราะจะทำให้ แขนต่ำกว่าระดับตัว ซึ่งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ข้อไหล่ได้)

- หมอนรองใต้ขาข้างที่อ่อนแรงตลอดจนถึงฝ่าเท้า งอสะโพกและเข่าไขว้ไปข้างหน้า เพื่อให้สะโพกบิดไปข้างหน้า และเป็นการยึดกล้ามเนื้อข้างลำตัวและสะโพก

- เท้าข้างอ่อนแรงวางบนหมอนเช่นเดียวกัน เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อเท้าบิด ขาข้างปกติเหยียดสะโพกไปด้านหลัง

ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง

- ผู้ป่วยนอนศีรษะตรง หนุนหมอนที่ไม่เตี้ยหรือสูงมากเกินไป
- ดึงสะบักข้างอ่อนแรงมาข้างหน้า พร้อมกับกางแขนออก เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับไป บนหัวไหล่ ช่วงปลายแขนอยู่ในท่าหงายมือ
- ขาข้างที่อ่อนแรง จับเหยียดสะโพกตรง เข่างอเล็กน้อย
- ขาข้างปกติอยู่ด้านบน งอสะโพกและเข่า ไขว้ขาไปทางด้านหน้า ใช้หมอนรองรับไว้ตลอดจนถึงฝ่าเท้า

ท่านั่ง

- การจัดท่านั่งบนเตียง
- ผู้ป่วยนั่งศีรษะ และลำตัวตรง
- จัดให้นั่งโดยมีพนักพิงหลังและศีรษะ หรืออาจปรับหัวเตียงขึ้นก็ได้ (หากเป็นเตียงชนิดปรับได้) หากไม่มีใช้หมอนหนุนรองหลัง และศีรษะไว้
- แขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหมอน หนุนให้สูงจนไหล่ข้างอ่อนแรงอยู่ในระดับเดียวกับข้างปกติ
- ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ยันตั้งฉากกับแผ่นกระดาน หรือผ้าม้วนเพื่อป้องกันเท้าตก

การจัดท่าบนเตียงหรือนั่งบนรถเข็น

- ผู้ป่วยนั่งศีรษะและลำตัวตรง
- ผู้ป่วยนั่งบนเตียงวางแขนข้างอ่อนแรงไว้บนหมอน ถ้าหมอนที่รองแขนต่ำไปให้ใช้หมอนรองอีก
- ผู้ป่วยนั่งบนรถเข็น ให้วางแขนทั้งสองข้างไว้บนหมอน หนุนให้สูงจนไหล่ข้างอ่อนแรงอยู่ ในระดับเดียวกับข้างปกติ
- เท้าควรจัดให้วางบนพื้นเต็มฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ถ้าเตียงหรือเก้าอี้สูงเกินไปจนเท้าลอยพื้นพื้นให้ใช้กล่องไม้เตี้ย ๆ รองเท้า

การฝึกเคลื่อนไหวร่างกาย

การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และการฝึกการเคลื่อนไหว ข้อต่าง ๆ มีความคงทน และความแข็งแรงเป็นการออกกำลังกายเพื่อการรักษา การออกกำลังกายเพื่อการรักษา เป็นการออกกำลังกายเพื่อคงความสามารถของการเคลื่อนไหวของข้อ ในแขน-ขาข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย การมีการเคลื่อนไหวข้อควรทำท่าละ 20 – 30 ครั้ง ทำอย่างน้อยวันละ 2 รอบ เช้า และเย็น ไม่ควรทำหลังอาหารภายใน 1 ชั่วโมง³⁵ และการเคลื่อนไหวแต่ละครั้งเป็นจังหวะสม่ำเสมอ และนุ่มนวลให้สุดองศาของการเคลื่อนไหว เพื่อเป็นการเสริมสร้างทักษะของด้านที่เสียไปตามกำลัง ความสามารถ และช่วยให้ข้อต่าง ๆ ทำหน้าที่ได้ตามปกติ ป้องกันการยึดติดของข้อ ป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อ และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดสะดวกขึ้น การออกกำลังกายสามารถแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ³³⁻³⁵

- การออกกำลังกายโดยผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้
- การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง การออกกำลังกายโดยญาติผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้ผู้ดูแลจะต้องพุงส่วนที่จะทำการเคลื่อนไหวอย่างดี มือของผู้ทำต้องจับอย่างมั่นคง การออกกำลังกายให้ผู้ป่วยจะเริ่มจากผู้ดูแลทำการเคลื่อนไหวจากส่วนต้นไปปลายเสมอ การเคลื่อนไหวในส่วนแขน ส่วนที่ต้องทำการเคลื่อนไหว ได้แก่ ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ และบริหารข้อนิ้วมือ การเคลื่อนไหวในส่วนขา ส่วนที่ต้องทำการเคลื่อนไหว ได้แก่ ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้า และ นิ้วเท้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ่อนแรงด้านซ้ายก็จะทำในลักษณะเดียวกันนี้ เพียงแต่ผู้ทำ จะต้องเปลี่ยนมือในการจับต้องผู้ป่วยเป็นด้านตรงข้าม)

- การเคลื่อนไหวข้อไหล่ เริ่มด้านผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอกของผู้ป่วย มือซ้ายจับบริเวณ ข้อมือของผู้ป่วยค่อย ๆ ยกแขนของผู้ป่วยขึ้นช้า ๆ จนถึงศีรษะ และค่อย ๆ ยกแขนผู้ป่วยลงข้างลำตัวทำซ้ำทำเดิม

- การกางแขนและหุบแขน เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อมือและมือซ้ายจับบริเวณ ข้อศอกของผู้ป่วย ค่อย ๆ กางแขนผู้ป่วยออกจากลำตัว โดยการสลับเปลี่ยนเลื่อนมือของผู้ดูแล มือขวา จับบริเวณข้อศอก และมือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วย กางแขนจนถึงศีรษะระวังระวังอย่าให้ผู้ป่วย เจ็บปวดแขน และค่อย ๆ จับแขนผู้ป่วยหุบลงเข้าหาตัว ทำซ้ำเท่าเดิม

- กางหมุนข้อไหล่ผู้ป่วยขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับข้อศอกและมือซ้ายจับข้อมือ ผู้ป่วย โดยให้แขนกางตั้งฉากกับลำตัว ค่อย ๆ ยกแขนผู้ป่วยขึ้นข้างบนโดยให้แขน และข้อศอกยังคงอยู่แนวตั้งฉากยกขึ้นจนต้นแขนแนบกับที่นอน และแขนส่วนปลายแขนลงให้ขนานกับลำตัว ยกขึ้นกลับมาสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำทำเดิม

- การกางแขนและไขว้แขนข้ามลำตัว เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอกและมือซ้าย จับบริเวณข้อมือของผู้ป่วย กางแขนผู้ป่วยออกมา 90 องศา แล้วยกแขนผู้ป่วยข้ามลำตัวให้มือไปแตะไหล่ด้าน ตรงข้าม แล้วยกกลับมาสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำทำเดิม
- การงอและเหยียดข้อศอก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือซ้ายจับบริเวณข้อมือและมือขวาพยุงบริเวณ ด้านหลังข้อศอกของผู้ป่วย งอข้อศอกเข้า (พับแขนเข้า) สลับกับเหยียดออก ทำซ้ำทำเดิม
- การกระดกข้อมือผู้ป่วยขึ้นลง เริ่มต้นผู้ดูแลจัดแขนผู้ป่วยยกแขนให้ตั้งฉากกับลำตัว ในท่างอ ข้อศอกตั้งฉาก 90 องศา มือซ้ายจับบริเวณข้อมือ มือขวาพยุงบริเวณอุ้งมือของผู้ป่วยค่อย ๆ กระดกข้อมือ ผู้ป่วยขึ้นจนเริ่มรู้สึกตึง ค่อย ๆ กระดกข้อมือผู้ป่วยลงจนเริ่มรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม
- การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก เริ่มต้นผู้ดูแลจัดแขนผู้ป่วยยกแขนให้ตั้งฉากกับลำตัว ใน ท่างอข้อศอกตั้งฉาก 90 องศา มือซ้ายจับบริเวณข้อนิ้วมือที่ต้องการเคลื่อนไหว มือขวาจับที่ใต้ข้อมือของผู้ป่วยค่อย ๆ งอนิ้วมือลง และเหยียดนิ้วมือออกจนเริ่มรู้สึกตึง สลับกัน ทำซ้ำทำเดิม
- การงอขาเข้าและเหยียดขาออก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณส้นเท้าผู้ป่วย ให้กระชับมือซ้ายประคองบริเวณใต้เข่า เคลื่อนไหวทิศทางงอเข้า งอสะโพก และเหยียดขาผู้ป่วยออกกลับสู่ท่าตั้งต้น ทำซ้ำทำเดิม
- การหมุนข้อสะโพกเข้าในและหมุนออกนอก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับข้อเท้าของผู้ป่วย มือซ้าย จับบริเวณเข่า ยกต้นขาขึ้นให้ตั้งฉากกับลำตัว งอปลายขาให้ตั้งฉากกับต้นขาค่อย ๆ หมุนปลายขาออกด้าน นอกจนเริ่มรู้สึกตึง หมุนปลายขาเข้าด้านในจนรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม
- การกางขาและหุบข้อสะโพก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือซ้ายรองบริเวณใต้เข่า มือขวาจับบริเวณใต้ข้อ เท้าของผู้ป่วย การเคลื่อนไหวทิศทางค่อย ๆ กางขาข้างขวาของผู้ป่วยออกจนผู้ป่วยรู้สึกตึงและหุบเข้าในจน ขิดขาอีกข้างหนึ่ง ทำซ้ำทำเดิม
- การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง เริ่มต้นผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณส้นเท้าให้กระชับ ใช้หน้าแขน แนบไปตามฝ่าเท้าของผู้ป่วย มือซ้ายจับเหนือข้อเท้า ทิศทางการเคลื่อนไหว ยืดเอ็นร้อยหวายของผู้ป่วยใน ลักษณะกระดกข้อเท้าขึ้น ผู้ดูแลโน้มตัวมาทางศีรษะของผู้ป่วยจนรู้สึกตึงค้างไว้สักครู่แล้วผ่อน กระดกข้อเท้า ลงโดยมือซ้ายของผู้ดูแลเลื่อนมาจับบริเวณปลายเท้าของผู้ป่วยกระดกข้อเท้าลง ทำซ้ำทำเดิม
- การบิดข้อเท้าเข้าด้านในและออกด้านนอก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับส้นเท้าเอียงมาทาง ตาตุ่มด้านในและหน้าแขนเอียงมาทางด้านหัวแม่เท้าผู้ป่วย มือซ้ายจับด้านบนข้อเท้า

ผู้ป่วย ค่อย ๆ เคลื่อนข้อ เท้าโดยออกแรงบิดข้อเท้าผู้ป่วยเข้าตามการวางมือ จนเริ่มรู้สึกตึงแล้วค่อย ๆ ออกแรงบิดข้อเท้าผู้ป่วยออก จนเริ่มรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม

- การกระดกนิ้วเท้าขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณนิ้วเท้าผู้ป่วยให้ กระชับ มือซ้าย จับเหนือข้อเท้า ทิศทางการเคลื่อนไหวค่อย ๆ กระดกนิ้วเท้าขึ้นจนรู้สึกตึง ค่อย ๆ กระดกนิ้วเท้าลงจนรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม

การฝึกการเคลื่อนย้าย³⁵

การฝึกการเคลื่อนย้ายจะต้องเคลื่อนไปข้างที่ตีเสมอ และจะต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือ ของผู้ดูแล จนกว่าแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องการฝึกการ เคลื่อนย้ายจากเตียงไป รถเข็น ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายได้เอง สามารถเคลื่อนย้ายโดยมีวิธีการ ต่าง ๆ ดังนี้

- ผู้ป่วยนั่งอยู่ริมเตียง เท้าทั้ง 2 ข้างแตะพื้น
- จัดรถเข็นเข้าด้านปกติของผู้ป่วยวางท่ามุม 30 – 45 องศา กับเตียง ล็อคล้อรถก่อน เคลื่อนย้ายทุกครั้ง

- ปิดที่พนักเท้ารถเข็นขึ้นด้านบน
- โน้มตัวมาข้างหน้าใช้มือข้างปกติยันขอบเตียง
- ดันตัวให้ลุกขึ้นยืนให้น้ำหนักอยู่บนขาที่ดี
- เอื้อมแขนข้างปกติ เอามือมาจับพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอก
- ค่อย ๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้รถเข็น
- ค่อย ๆ หย่อนตัวลงนั่งโดยใช้ขาข้างปกติ

ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

- ผู้ดูแลจัดรถเข็นเข้าด้านปกติของผู้ป่วยวางท่ามุม 30 – 45 องศา กับเตียง ล็อคล้อรถ ก่อน เคลื่อนย้ายทุกครั้งปิดที่พนักเท้าของรถเข็นขึ้นด้านบน

- จากนั้นผู้ดูแลให้เข้าไปยืนอยู่ทางด้านหน้าของผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เคลื่อนตัวมา อยู่ริมเตียง

- แล้วให้ผู้ป่วยกอดมือข้างปกติบนพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอกพร้อมกับโน้มตัวไป ข้างหน้าลุกขึ้นยืน ผู้ดูแลจับที่ลำตัวทั้งสองข้าง แล้วค่อย ๆ พยุงผู้ป่วยให้เคลื่อนย้ายตัวไป ที่รถเข็น จัด ให้ผู้ป่วยเข้าที่นั่งให้เรียบร้อย

การเคลื่อนย้ายจากรถเข็นไปเตียง³²⁻³⁵

ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายได้เอง มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

- จัดให้รถเข็นทำมุม 30 – 45 องศากับเตียง โดยให้ด้านที่ปกติของผู้ป่วยอยู่ชิดเตียง ล้อค ล้อรถก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง
- และใช้มือข้างปกติคบบนที่พนักวางแขน แล้วโน้มตัวไปข้างหน้าลงน้ำหนักบนขาทั้งสอง ข้าง (หรืออย่างน้อยบนขาข้างปกติ) แล้วยืนขึ้นเปลี่ยนมือไปวางบนเตียงพร้อมกับหมุนตัว ลงนั่งบนเตียง

ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้

ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

- เข้าไปยืนอยู่ทางด้านหน้าของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเคลื่อนตัวมาอยู่ริมรถเข็น
- แล้วให้ผู้ป่วยกอดมือข้างปกติบนพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอกพร้อมกับโน้มตัวไปข้างหน้าลุกขึ้นยืน
- ผู้ดูแลจับที่ลำตัวทั้งสองข้าง แล้วค่อย ๆ พยุงผู้ป่วยให้เคลื่อนย้ายตัวไปที่เตียงตามลำดับ

การฝึกการใช้รถเข็น

สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีการฟื้นตัวจำกัด ไม่สามารถที่จะช่วยตนเองเดินไปไหนมาไหนได้ การเคลื่อนที่ ไปมาก็อาจจำกัดอยู่ที่ระดับรถเข็น โดยอาจจะใช้มือข้างที่ปกติช่วยผลักดันให้รถเข็นเคลื่อนที่ไป - มา หรืออาจใช้ขาข้างปกติวางลงบนพื้นช่วยเข็น เพื่อควบคุมไม่ให้รถเข็นหมุนไปทางด้านอ่อนแรง

การใส่เสื้อผ้า

การแต่งกายในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก การแต่งกายจะใช้วิธีการที่แตกต่างจากบุคคลปกติ เนื่องจากร่างกายซีกที่อ่อนแรงของผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เพียงเล็กน้อย หรือเคลื่อนไหวไม่ได้เลยผู้ดูแลควรให้ โอกาส และกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่งกายด้วยตนเองให้มากที่สุด อาจช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย แต่ควรค่อย ๆ ลดการ ช่วยเหลือจนผู้ป่วยสามารถทำได้เองทุกขั้นตอน การสวมเสื้อ (ควรเป็นเสื้อติดกระดุมด้านหน้า) ให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงหรือบนเก้าอี้ วางเสื้อบนตักให้ด้านหน้าของเสื้ออยู่ด้านบน คอเสื้อวางเหนือเข้า ชายเสื้อวางชิดลำตัว

การสวมกางเกง

ให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ ยกขาด้านที่อ่อนแรงวางทับขาด้านปกติ จัดรูตกางเกงให้สั้น ก่อน แล้วนำมาสวมขาที่อ่อนแรงดึงขากางเกงขึ้นให้สูงที่สุดจากนั้นจึงสวมขาที่ปกติ ดึง

และจัดทางเก่งให้เรียบร้อย ผู้ป่วยสามารถยื่นให้ดี แล้วดึงทางเก่งขึ้นในทำยื่น ผู้ป่วยที่ยังทรงตัวไม่ดี ยื่นไม่ได้ให้ดึงทางเก่งในทำนอน โดยพลิกตัวดึงทางเก่งขึ้นทีละข้าง

การฝึกพูด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาการสื่อสารบกพร่อง พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด หรือภาษาในการสื่อสารไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ ดังนั้นจึงควรได้รับการฝึกพูดเพื่อสื่อสาร จากนักอรรถบำบัดซึ่งจะช่วยสอนทักษะ และสอนผู้ดูแลเพื่อช่วยฝึกผู้ป่วย นอกจากนี้เสียงดนตรีหรือการใช้ดนตรีบำบัด ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการพูดดีขึ้น

การฝึกพูดที่บ้าน³²⁻³⁵

- ผู้ดูแลถามคำถามที่สั้นและง่าย พูดซ้ำ ๆ ชัด ๆ ใช้คำศัพท์ง่าย ๆ และแสดงลักษณะท่าทาง ประกอบ

- ถามคำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เช่น รู้สึกหิวใช่ไหม ถามคำถาม ตรงกันข้าม เช่น รู้สึกอิ่มใช่ไหม เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ให้พยักหน้าแทน

- ผู้ดูแลควรสนทนาโดยยืนอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ หรืออยู่ในลานสายตา ผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นได้ผู้ดูแลควรลองให้ผู้ป่วยฝึกเขียนบนกระดาษเพื่อเป็นการสื่อสารอีกช่องทางหนึ่ง

- ขณะที่มีการสื่อสาร ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรกหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย

- บรรยากาศในการสื่อสารควรจะสงบเงียบ ผู้สนทนา/ผู้ดูแลควรมีท่าที่สงบ ผ่อนคลาย เป็น กันเองให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสาร ไม่แสดงท่าที่รีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย ไม่ควรถามคำถามโดยไม่รอคำตอบ ไม่ควรตะโกนหรือเสียงดัง ควรใช้คำพูดที่ปกตินุ่มนวล อ่อนโยน ขณะสื่อสารผู้สนทนาควรสบตาและพูดกับผู้ป่วยโดยตรง การสื่อสารแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานานเกินไป

2.7 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ปรัชญารากฐานแนวคิดในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ³⁴⁻³⁶ ความหมาย “บริการปฐมภูมิ” (Primary Care) การบริการปฐมภูมิ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายมุมมอง ไม่ว่าจะเป็นความหมายในเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการ หรือลักษณะบริการ ซึ่งพบว่า ยังไม่สามารถให้ความหมายของบริการปฐมภูมิได้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมดได้ ทั้งนี้เพราะลักษณะของบริการปฐมภูมิมิลักษณะ

แนวคิดที่เป็นนามธรรมสูง (Subjective) การสะท้อนความหมายของบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องใช้การแปลความหมายจากลักษณะนามธรรมไปสู่ความหมายรูปธรรมที่จับต้องได้ (Objective or Operationalised Concept) จึงทำให้มีการแปลความหมายของบริการปฐมภูมิออกมาในลักษณะต่าง ๆ และมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันหลายชื่อ⁴⁴ ได้แก่

2.7.1. สถานบริการด่านแรก (First Line Care) หรือสถานบริการด้านหน้า (Front Line Care)

2.7.2. สถานบริการปฐมภูมิ หรือสถานบริการระดับต้น (Primary Care หรือ Primary Medical Care)

2.7.3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practice)

2.7.4. สถานบริการครอบครัว (Family Service)

2.7.5. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

ทั้ง 5 ชื่อนี้มีความหมายตรงกับสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทยได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลศูนย์สาธารณสุข เทศบาล ฯลฯ เพียงแต่ว่าสถานบริการเหล่านี้ยังจัดไม่ครบถ้วนตามปรัชญา/แนวคิดและมาตรฐานการดำเนินงาน ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึงการบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิดโดยดูแลตั้งแต่ ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วย และหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงาน เพื่อจัดทำในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุสิ่งของ และระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการปฐมภูมิโดยมีสัดส่วน และองค์ประกอบเพื่อจัดบริการที่ชัดเจน ถูกต้องตามความหมายของบริการปฐมภูมิ (Primary Care) บทบาททีมหมอครอบครัว จากปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขต้องการแก้ไขปัญหาระบบบริการด้วย คลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนในจำนวน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม มอบหมายพื้นที่ในการดูแลที่ชัดเจน ในรัฐธรรมนูญ ปีพ.ศ.2559 ในหมวดเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข ระบุให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมประชาชนทุกคนทุกครอบครัวจะมีหมอครอบครัวเป็นญาติให้การดูแล แบบใกล้บ้านใกล้ใจ เหมือนพี่น้องประชาชนสามารถซื้อของเบ็ดเตล็ดที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้ที่ร้านสะดวกซื้อหน้าปากซอยไม่จำเป็นต้องไปที่

ห้างสรรพสินค้าในการเลือกซื้อสินค้าที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ให้ความสะดวกสบายและเป็นกันเอง ตลอดจนดูแลได้ใกล้ชิดเหมือนคลินิกหมอส่วนตัวซึ่งได้รับความนิยมนิยมจากประชาชนส่วนใหญ่

2.7.1 บทบาทคลินิกหมอครอบครัว^{35,36}

ระบบการให้บริการ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี บริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงานจนถึงวัยสูงอายุ

บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภค

บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทางานเชิงรุกให้บริการที่บ้าน และในชุมชน

บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหา เรื่องป้องกันรักษา และยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการตั้งคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Face Book แล้วมี ทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบแต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วยสามารถถ่ายภาพเพื่อให้หมอครอบครัวช่วยแนะนำดูแลหรือโทรศัพท์ ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นตามแต่จะตกลงกัน

2.7.2 ทีมหมอครอบครัว

ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพทั้งด้านการ แพทย์ และการสาธารณสุขทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาล รวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านร่างกาย ครอบคลุมทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ หมอครอบครัว หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับ ประกาศนียบัตรขึ้นไปปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 - 2,500 คน/ หมอครอบครัว ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในโรงพยาบาล แพทย์ที่ปรึกษา/ แพทย์หัวหน้าทีม หมายถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/ แพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ที่มีความสนใจในงาน บริการระดับปฐมภูมิ³⁶

องค์ประกอบทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ประกอบด้วย แพทย์และสหวิชาชีพ เช่น แพทย์เวชศาสตร์/ แพทย์เฉพาะทาง/ แพทย์ทั่วไป/ ทันตแพทย์/ เภสัชกร/ พยาบาลเวชปฏิบัติ/ พยาบาลวิชาชีพ/ นักกายภาพบำบัด/ นักสังคมสงเคราะห์/นักสุขภาพจิต ในโรงพยาบาล และทีมจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษา พี่เลี้ยงให้การสนับสนุน วิชาการ พัฒนาศักยภาพทางคลินิกทีมตำบล ชุมชน รวมถึงสนับสนุนทรัพยากร ทุกประเภทที่จำเป็น เพื่อให้เกิดระบบบริการ

สุขภาพที่ดีที่สุดกับครอบครัวใน เขตรั้วผัดชอบ ประสานงานส่งต่อและติดตามความ คืบหน้าของ ผู้ป่วยใน การไปรับบริการสุขภาพยังสถานบริการในทุกระดับ ระดับตำบล ประกอบด้วย บุคลากรใน หน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ ศูนย์แพทย์ชุมชน/ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล/ คลินิกชุมชนอบอุ่น) คือ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการ สาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งทำหน้าที่เป็นหมอครอบครัว ดูแลปัญหาสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ประสานส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีด ความสามารถ ผสมผสานกับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน โรคให้แก่ครอบครัว ชุมชน เชื่อมประสานกับ องค์กรท้องถิ่น ภาครัฐอื่น ๆ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาด้าน สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ขจัดทุกข์เพิ่มสุข ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับครอบครัว และ ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มพลังอำนาจในการพึ่งพาตนเองของครอบครัว ชุมชน ระดับชุมชน ประกอบด้วย ภาคประชาชนในพื้นที่นั้น เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา นักบริหาร แกนนำครอบครัว มีหน้าที่ช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล ตนเองหรือการให้การบริบาล ทำหน้าที่ประจักษ์ ญาติของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยประสานงานกับ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในยามที่ต้องไปรับการรักษาพยาบาลที่ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือที่โรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งช่วยเหลือ ดูแลขจัดทุกข์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัว ชุมชน

2.7.3 คุณลักษณะและบทบาทหมอครอบครัว³⁵⁻³⁶ หมอครอบครัว คือ บุคลากร สาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับ ประกาศนียบัตรขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข ในพื้นที่ ที่รับผิดชอบของ รพ.สต./ ศสม./ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด โดย รับผิดชอบ ประชากรประมาณ 1,250 - 2,500 คน:หมอครอบครัว 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบหลักทำหน้าที่ดูแล สุขภาพทั้งในด้านของการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นที่ยังในยามที่เจ็บป่วยประจักษ์เป็นญาติมิตรของ ครอบครัวโดยมีบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญได้แก่ ทีมหมอครอบครัว ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีม หมอครอบครัว

2.7.3.1 การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
ครอบครัวตลอดช่วงอายุวัย

2.7.3.2 การดูแลและเป็นที่ยังในยามเจ็บป่วย โดยเฉพาะการดูแลโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะเปราะบางต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็กพิเศษ เป็นต้น ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) หรือ การดูแลแบบประคับ ประคอง (Palliative Care) โดยเน้นการมีทีมดูแลถึงที่บ้าน

2.7.3.3 การดูแลรักษา เยียวยา บำบัดฟื้นฟู และเป็นที่ยังให้ประชาชนและ

ครอบครัวในยามที่เจ็บไข้ได้ป่วยในภาวะต่าง ๆ

2.7.3.4 ให้คำปรึกษาแนะนำโดยประชาชนสามารถมีช่องทางในการปรึกษา กับ หมอครอบครัว ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หรือช่องทางอื่น ๆ ที่เข้าถึงได้ง่าย

2.7.3.5 การดูแลในกรณีมีการส่งต่อ โดยมีหน้าที่เชื่อมประสานกับหน่วยรับ ส่ง ต่อเพื่อให้การส่งต่อ เป็นไปอย่างราบรื่นและผู้รับบริการมีความอุ่นใจ และติดตามหลังการส่งต่อจน สิ้นสุดปัญหาความเจ็บป่วย

2.7.3.6 การเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง และ สนับสนุนให้เกิดการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง (Self Care)

2.7.3.7 การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว (Family Health Status) เพื่อให้รู้ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของ คนในครอบครัวโดยหมอ ครอบครัวต้องเข้าใจเรื่องราวประวัติชีวิตของประชาชน และครอบครัว รวมถึงเข้าใจเรื่องราว ความสัมพันธ์เหล่านั้น เพื่อพัฒนาให้มี สุขภาวะที่ดีขึ้น

นอกจากนั้นประเด็นสำคัญอีกประการในการสร้างทีมหมอครอบครัว คือ จำเป็นต้องเข้าใจถึง คุณลักษณะที่สำคัญของการดูแลแบบหมอครอบครัว และหลักเวชศาสตร์ปฐมภูมิ (Family Medicine and Primary Care Principle) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) มีประชาชนที่รับผิดชอบชัดเจน และรู้ว่าใครเป็นหมอครอบครัว (Catchment Area /Population)
- 2) ให้การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Care) โดยมี ความหมาย ดังนี้ ดูแลทุกมิติ ทั้ง กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม (Holistic Care) ให้บริการแบบผสมผสานหรือ บูรณา การทั้งในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (Integrated care) ดูแลทุก ระยะเวลาของวงจรชีวิต (Life Cycle) ตั้งแต่ปฏิสนธิ จนสู่ เจริญเติบโต ดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดูแลปัญหาทั้งในเรื่องของโรค (Disease) การเจ็บป่วย (Illness) และทุกข์ทรมาน (Suffering) ในด้านการดูแลรักษาพยาบาลครอบคลุม ทั้งอาการเจ็บป่วยในระยะแรกเริ่ม (New, Undifferentiated Problems) โรคเรื้อรัง (Chronic Diseases) และการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness)
- 3) ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuous Care) กล่าวคือ ติดตามจนสิ้นสุด การเจ็บป่วยแต่ละครั้ง (Episode) ติดตามดูแลทั้งที่บ้าน มีทีมหมอครอบครัว ประชาชนอุ่นใจมีญาติ ทั่วไทยเป็นทีมหมอครอบครัว สถานบริการด่านหน้า และโรงพยาบาลรวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต
- 4) ให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการ ทั้งเชิงรับและรุกโดยมีบริการ ที่โดดเด่น

เช่น การใช้เวลา พูดคุย อธิบายให้ความมั่นใจเกี่ยวกับโรคและ อาการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษาแนะแนว (Counselling) เพื่อนำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเยี่ยมบ้าน (Home visit) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) การติดตามผู้ป่วยอย่างเข้มข้น (Active Follow-up) การสนับสนุนทางด้านจิต สังคม (Psychosocial Support) เป็นต้น

5. เป็นแกนหลักในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) ของประชาชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษา ตนเอง โดยผ่านกลไกการเยี่ยมบ้าน/ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การบริการ เชิงรุกในชุมชน และการทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชน เช่น องค์กรชุมชน ผู้นำ กลุ่มแม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หมอพื้นบ้าน ครู นักเรียน พระ นักบวช องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น เป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญ (Critical Link) ระหว่างเทคโนโลยีทางการแพทย์กับวัฒนธรรมชุมชน กิจกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข (Health Activities) กับกิจกรรมทางสังคม (Social Activities) ทีมหมอครอบครัวจึง เป็นจุดเชื่อมต่อที่เอื้อให้เกิดการดูแลสุขภาพประชาชน อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมีความเป็นธรรมสามารถทำงานเอนกประสงค์ (Skill Mix) ประสานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหน่วยงานทุกภาคส่วน และเครือข่ายชุมชน เข้าถึงปัญหาชุมชน และตอบสนองต่อปัญหาชุมชนโดยการใช้ข้อมูลครอบครัว (Family File) และข้อมูลชุมชน (Community File) ในการวางแผนประเมินผลโดยอาศัยกลยุทธ์ การเสริมพลังอำนาจชุมชน (Empowerment) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ประชาชน (People Participation) และระดมทรัพยากร และภูมิปัญญาในท้องถิ่น

2.7.4 บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว

อาสาสมัครสาธารณสุข³⁴⁻³⁶ หรือ อสม. นั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (Self Care) โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากพี่เลี้ยง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน^{44,45} เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนการให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่นการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันโรค การช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยैया และเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ ท้องที่และชุมชน/ ตำบล ตามโครงการตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่ง อสม. สามารถเป็นกำลังเสริมภาคประชาชนที่เข้มแข็งให้กับทีมหมอครอบครัวได้โดยมีบทบาท ดังนี้

2.7.4.1 ให้สุขศึกษาสำหรับเพื่อนบ้านและชุมชนอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการรับทราบ ปัญหาครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อการปรึกษาและแก้ปัญหา ต่อไป มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ตำบล และโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาดู โดย เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชน/ ท้องถิ่น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก

2.7.4.2 ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามปฏิทินสุขภาพ ของชุมชนและตามกลุ่มวัย ในเรื่อง 3 อ. 2 ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย งดการสูบบุหรี่ และดื่ม สุรา ทิมหมอครอบครัว ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทิมหมอครอบครัว) รณรงค์ลด หวาน มัน เค็ม รณรงค์การออกกำลังกาย การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ

2.7.4.3 ให้ความร่วมมือกับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพทิมหมอครอบครัว เช่น รพ.สต. รพช. ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อส่งต่อผู้ป่วยหนักที่ต้องการการดูแลฉุกเฉิน หรือการค้นหาโรคที่เร็วขึ้น

2.7.4.4 สํารวจและจัดทำข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ และ (อบจ./เทศบาล/อบต.)ด้านสุขภาพชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.7.4.5 ติดตาม รวบรวมและรายงานผลการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ

2.7.4.6 เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นแกนนำสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพเพื่อการเรียนรู้ของคนในชุมชน

2.7.5 บทบาทหน้าที่อาสาสมัครประจำครอบครัว เชื่อมโยงสนับสนุนทิมหมอ ครอบครัว ³⁵⁻³⁶

2.7.5.1 ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พร้อมทั้งวิเคราะห์และจัดการ ความเสี่ยง ภัยสุขภาพ ของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนนำสมาชิกในครอบครัวมารับ บริการสุขภาพ เมื่อพบปัญหา

2.7.5.2 ถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว

2.7.5.3 ช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพ ของประชาชนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

2.7.5.4 เข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดู ของชุมชน

2.7.5.5 บันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว ลงใน สมุดบันทึกประจำครอบครัว

2.7.5.6 ประสานความร่วมมือ เชื่อมโยง เป็นเครือข่ายร่างแห ส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ได้รับความรู้เพิ่มเติม และรับคำปรึกษาจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.7.5.7 เสนอแนะความคิดเห็นในการพัฒนาครัวเรือนและร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว

2.7.6 คุณสมบัติอาสาสมัครประจำครอบครัว

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) นี้จะคัดเลือกให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์มากที่สุดต่อเป้าหมายในระดับครอบครัว เนื่องจากอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) คือ คนที่เป็นแกนนำของงานสาธารณสุขของครอบครัว จึงจะต้องมีคุณสมบัติเบื้องต้น

2.7.6.1. ประชาชนที่อยู่ในเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่

1) ญาติและหรือผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง รวมทั้งผู้สูงอายุ ตีตบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ด้อยโอกาส หรือ

2) ผู้สูงอายุทั่วไปที่ช่วยเหลือตัวเองได้และหรือติดสังคม หรือ

3) บุคคลที่ครอบครัวไว้วางใจ และเลือกให้เป็น อสม. อาทิ หัวหน้าครอบครัว แม่บ้าน สมาชิกวัยทำงานของครอบครัวหรือตามบริบท ลูก หลานหรือญาติพี่น้องที่อาศัยในครอบครัว หรือ

4) แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสม.) หรือ

5) เพื่อนบ้านใกล้ชิดและหรือเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน กรณีอยู่บุคคลเดียวในครอบครัวและมีภาวะพึ่งพิง

2.7.6.2 อ่านออกเขียนได้

2.7.6.3 มีจิตอาสา สมัครใจ มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนและได้รับการยอมรับจากครอบครัวอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.7.6.4 อาศัยอยู่เป็นการประจำในชุมชนเดียวกันหรือชุมชนใกล้เคียงกับที่ครอบครัวตั้งอยู่ กรณีอาศัยในชุมชนใกล้เคียงกับที่ครอบครัวตั้งอยู่ ต้องสามารถเดินทางไปมาหาสู่เพื่อดูแลได้ประจำทุกวันทุกมื้ออาหารโดยไม่ลำบาก และเสียเวลาในการเดินทาง

2.7.7 บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กับการสนับสนุน ในทีมหมอครอบครัว³⁵⁻³⁶

2.7.7.1 กำหนดนโยบายของท้องถิ่นให้เอื้อต่อการบริหารจัดการทีมหมอครอบครัวและสนับสนุนให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม

2.7.7.2 เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการทีมหมอบรรเทา ระดับจังหวัด/ อำเภอ/

ตำบล

2.7.7.3 เข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชน จัดทำแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมแก้ไขปัญหาด้วยแนวทางของตนเอง

2.7.7.4 มีการระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการแก้ปัญหา และ ใช้กระบวนการมาตรการทางสังคมเป็นแรงหนุน

2.7.7.5 สนับสนุนงบประมาณโครงการ/ กิจกรรม ที่เกิดจากแผนสุขภาพตำบล 58 ทีมหมอบรรเทา ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอบรรเทา

2.7.7.6 มีการดำเนินงานตาม โครงการ/ กิจกรรม ที่ได้วางไว้ รวมทั้งกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย งดการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (3อ. 2ส.)

2.7.7.7 สนับสนุนการพัฒนาความรู้และศักยภาพด้านสุขภาพของ อสม. และ ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2.7.7.8 จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปรบเรียน ทั้งในชุมชนและระหว่าง ชุมชน เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของประเทศ

2.7.7.9 สนับสนุนขวัญกำลังใจ แก่ ชุมชน บุคคล ครอบครัว อาทิจัด มอปรรางวัล แก่ บุคคล ครอบครัว ตัวอย่าง บทบาททีมหมอบรรเทาในการสร้างความร่วมมือกับ ภาคที่เกี่ยวข้อง ปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน เป็นปัญหาที่มีซับซ้อนมีความเชื่อมโยงกับ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่ เช่น ปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาการเข้าถึงบริการ ของรัฐ เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้มีผู้ด้อยโอกาสกลุ่มต่าง ๆ อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อย ฯลฯ ได้รับผลกระทบต่อการดำรง ชีวิตเป็นอย่างมาก ดังนั้น ในการแก้ปัญหาสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่ทีมหมอบรรเทา จะ ต้องมีการบูรณาการไปพร้อมกับการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งด้านสังคมความเป็นอยู่ และการสาธารณสุข โดยให้ส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน ร่วมกันขับเคลื่อนการดูแลคุณภาพชีวิต ของประชาชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ คุณภาพชีวิตและสถานะสุขภาพ ของประชาชนดีขึ้น³⁶

โดยสรุปการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระดับชุมชน มีความจำเป็นที่ทุกคนที่มีบทบาท และส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ต้องมีการทำงานร่วมกัน ประสานกันเป็นทีม เพื่อจะได้เขามี บทบาทในการร่วมแก้ปัญหาผู้ป่วยในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของ ทีมหมอบรรเทา ชุมชน และผู้ดูแลให้เข้ามามี ส่วนร่วมในการคิดกำหนดบทบาท และกิจกรรม เพื่อสนับสนุนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.8 แนวคิดการมีส่วนร่วม และ เทคนิคการมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (AIC)

ความหมายของการมีส่วนร่วม³⁶⁻³⁷ คำว่า “การมีส่วนร่วม” หรือในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Participation” มีนักวิชาการหลาย ท่านได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมไว้ มีทั้งความหมายที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันไปตามความเข้าใจ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลไว้ดังนี้ กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ถือเป็นอำนาจประเภท หนึ่งของประชาชนและเป็นกระบวนการการ จัดสรรอำนาจ (Redistribution of Power) โดยส่งเสริม ให้ประชาชนผู้ไร้ซึ่งอำนาจ (The Have-Nots) ที่มักไม่มีโอกาส ถูกกีดกัน หรือ ถูกแยกออกจาก กระบวนการทางการเมืองและเศรษฐกิจ ทั้งหลายให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังใน กระบวนการ ดังกล่าว กล่าวคือ การมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์ ให้ประชาชนซึ่งไร้ซึ่งอำนาจสามารถกำหนดแนวทางใน การรับรู้และแบ่งปันข้อมูลข่าวสาร การ กำหนดเป้าหมายและนโยบายสาธารณะ การจัดสรรค่าใช้จ่าย รายได้ภาษีอากร การดำเนินงาน กิจกรรมและโครงการต่าง ๆ และการเปิดเผยและการกระจาย ผลประโยชน์ ทั้งนี้ ตามแนวคิดดังกล่าว ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถแบ่งออกได้เป็นทั้งหมด 8 ระดับ³⁷⁻³⁸ ดังต่อไปนี้

2.8.1. ระดับความถูกจัดการได้ (Manipulation) กลุ่มประชาชนที่รวมตัวกันในรูปแบบ ต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการตรวจสอบ ฯลฯ เปรียบเสมือน “ตรายาง” ที่ถูก นำมาใช้ เป็นเครื่องมือสำหรับการสร้างหรือแสวงหาการสนับสนุน แทนที่จะเป็นการมีส่วนร่วมของ ประชาชน อย่างแท้จริง ลำดับขั้นต่ำสุดของขั้นบันไดแห่งการมีส่วนร่วมนี้แสดงถึงการบิดเบือนการมี ส่วนร่วมของ ประชาชนให้ประชาชนให้กลายเป็นเครื่องมือประชาสัมพันธ์กิจกรรมหรือนโยบายของผู้ มีอำนาจ

2.8.2. ระดับการบำบัดรักษา (Therapy) จากการทดลองพฤติกรรมกลุ่มโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้าน จิตวิทยา ความไร้ซึ่งอำนาจ (The Powerless) เปรียบเสมือนความเจ็บป่วยทางจิตใจ ภายใต้ สมมติฐานนี้ เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างเข้มข้นจึงเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยแต่อย่างใด

2.8.3. ระดับการให้ข้อมูลข่าวสาร (Informing) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ความ รับผิดชอบ และทางเลือกนโยบายต่าง ๆ แก่ประชาชนถือเป็นครั้งแรกของการมีส่วนร่วมของ ประชาชนที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม กี่ที จุดเด่นของการมีส่วนร่วมในระดับนี้ คือ การไหลข้อมูลทางเดียว (One Way Flow Information) และ มิได้มีช่องทางสำหรับการตอบสนองความต้องการหรือการให้ อำนาจแก่ประชาชนในการต่อรองแต่อย่างใด ดังนั้น ข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนได้รับมักอยู่ ณ ขั้นตอน ท้ายสุดของการวางแผนแล้ว ประชาชนแทบไม่มี โอกาสในการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและโครงการที่ถูก

ออกแบบมา เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสาร ดังกล่าว ได้แก่ สื่อสารมวลชน เอกสารสรุปแผนงาน/โครงการ โปสเตอร์และการให้ข้อมูลตามการร้องขอต่าง ๆ

2.8.4. ระดับการปรึกษาหารือ (Consultation) การชักชวนให้ประชาชนออกมาแสดงความคิดเห็น เช่น การสำรวจความคิดเห็น การประชุมชุมชน การทำประชาพิจารณ์ ฯลฯ กิจกรรมดังกล่าวเป็นวิธีการ พยายามดึงดูดประชาชนให้มาเข้าร่วมและปริมาณการมีส่วนร่วม ยังสามารถวัดผลออกเป็นเชิงปริมาณได้ เช่น จำนวนประชาชนที่เข้าร่วมการประชุม จำนวนเอกสารที่แจกออกไป จำนวนแบบสอบถามที่ประชาชน ตอบ ฯลฯ

2.8.5. ระดับการปลอบใจ (Placation) ประชาชนเริ่มที่จะมีอิทธิพล แต่ยังคงอยู่ภายใต้สถานะ ของการทำให้ประชาชนตระหนักถึงความชอบธรรมของภาครัฐ (Tokenism) กล่าวคือ ประชาชน สามารถให้คำปรึกษาหรือเข้าร่วมในกระบวนการวางแผนได้อย่างไม่มีของเขตแต่การตัดสินใจ ในขั้นสุดท้ายยังเป็นดุลยพินิจของผู้มีอำนาจที่สามารถนำเอาคำปรึกษาหรือคำแนะนำของประชาชน มาพิจารณาประกอบการตัดสินใจ ทั้งนี้โอกาสที่ประชาชนจะได้รับการปลอบใจขึ้นอยู่กับ

2.8.5.1 คุณภาพความช่วยเหลือทางเทคนิคระหว่างที่ประชาชนจัดลำดับนโยบาย (Policy Prioritization)

2.8.5.2 ระดับการรวมตัวกันของกลุ่มประชาชนเพื่อกดดันให้ผู้มีอำนาจรับฟังและตัดสินใจ ตามการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายที่พวกเขาได้เสนอให้ไป

2.8.6 ระดับความร่วมมือ (Partnership) อำนาจถูกจัดสรรผ่านการต่อรองระหว่างประชาชน กับผู้มีอำนาจ ทั้งสองฝ่ายมีความรับผิดชอบในการวางแผนและตัดสินใจร่วมกัน ภายใต้รูปแบบของ คณะกรรมการนโยบายร่วม (Joint Policy Boards) คณะกรรมการวางแผน รวมทั้ง คณะกรรมการ แก้ไขความขัดแย้งต่างๆ

2.8.7 ระดับอำนาจการเป็นตัวแทน (Delegated Power) ประชาชนสามารถมีบทบาทนำใน การตัดสินใจวางแผนและดำเนินการตามแผนงานต่างๆได้ประกันถึงการรับผิดชอบต่อสังคม (Accountability) โดยภาครัฐซึ่งจะป้องกันมิได้เกิดการตัดสินใจในนโยบายของรัฐแตกต่างไปจาก ความ คิดเห็นร่วมกันของประชาชน และภาครัฐที่เกิดจากการต่อรองกับประชาชนระหว่างกัน การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมนี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถที่จะตอบสนองปัญหา หรือ ความต้องการของประชาชนในแต่ละวัน ๆ ไม่รอให้ถึงกระบวนการตรวจสอบหรือติดตามผลนโยบายแต่อย่างใด

2.8.8 ระดับการควบคุมโดยประชาชน (Citizen Control) ประชาชนได้รับการประกันว่า นโยบายและการบริหารแผนงานหรือโครงการใด ๆ ก็ตามที่ตนมีส่วนร่วมนั้นจะเป็นไปในทิศทางที่ประชาชนต้องการอย่างแท้จริง รวมทั้งยังสามารถต่อรองข้อกำหนดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และไม่มีใครสามารถมาเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดเหล่านั้นได้ภายหลัง

อ้างอิงแนวคิดของอาร์สไตน์ที่ใช้อำนาจการตัดสินใจเป็นเกณฑ์ใน การบอกระดับการมีส่วนร่วมโดยสรุปเป็นบันได 8 ขั้น และใน 8 ขั้น จัดเป็น 3 ประเภทดังนี้³⁶⁻³⁷

การมีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วม 2.การมีส่วนร่วมพอเป็นพิธี 3.การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ในบันได 8 ขั้น แต่ละขั้นมีรายละเอียดดังนี้

- บันไดขั้นที่ 1 ขั้นจัดฉากเป็นการแสดงบทบาทในกิจกรรมหนึ่ง ๆ เพื่อให้คนรู้จัก
- บันไดขั้นที่ 2 เป็นการบำบัดรักษาเป็นพฤติกรรมที่ผู้นำมุ่งหวังที่จะให้ทุกคนเชื่อฟัง
- บันไดขั้นที่ 3 ขั้นแจ้งข่าวสารผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามซักถามได้เพียงเล็กน้อย
- บันไดขั้นที่ 4 ขั้นให้คำปรึกษาผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามแสดงความคิดเห็น
- บันไดขั้นที่ 5 ขั้นปล่อยให้เป็นผู้ตามทำที่เห็นว่าเห็นด้วยกับผู้ตาม
- บันไดขั้นที่ 6 ขั้นเป็นหุ้นส่วนเป็นการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจ
- บันไดขั้นที่ 7 ขั้นมอบอำนาจ ผู้บริหารมอบอำนาจให้ผู้ปฏิบัติงานมีอำนาจแทนตน
- บันไดขั้นที่ 8 ขั้นควบคุมโดยประชาชนเป็นลักษณะที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามเข้า

มามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการบริหารอย่างแท้จริง

ซึ่งสามารถเรียกได้ว่า บันไดขั้นที่ 1 - 2 เป็นขั้นการมีส่วนร่วมเทียม บันไดขั้นที่ 3 - 5 เป็นขั้นการมีส่วนร่วมพอเป็นพิธี คือมีส่วนร่วมในบางเรื่องเท่านั้น บันไดขั้นที่ 6 - 8 เป็นขั้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เป็นระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วม มากที่สุด International Association of Participation หรือเรียกว่า IAP2 คือสมาคม นานาชาติด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้กล่าวถึงตัวแบบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนโดย นำเสนอการแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ขั้น ซึ่งเป็นตามหลักการเดียวกับของ Arnstein คือ ยิ่งสูงขึ้นยิ่งสะท้อนอำนาจและอิทธิพลของประชาชนในการบริหารหรือตัดสินใจมากขึ้น ด้วยจำแนกได้ดังนี้

- การมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนสูงที่สุด เพราะให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการตามผลการตัดสินใจนั้น รูปแบบการมีส่วนร่วมในขั้นนี้ที่รู้จักกันดีคือ การลงประชามติ หรือสภาเมือง การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้สะท้อนความยินยอมพร้อมใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการยอมรับอำนาจการตัดสินใจของประชาชนหรือชุมชนอย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมในระดับนี้้องค์กรส่วนท้องถิ่นต้องมีกระบวนการเสริมความสามารถของประชาชนให้สามารถตัดสินใจด้วยตัวเอง อาทิเช่น ข้อมูลที่ครอบคลุมเพียงพอ การเสริมทักษะให้ประชาชนวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจหาทางแก้ปัญหาที่มีคุณภาพ การใช้การมีส่วนร่วมในระดับนี้สะท้อนให้เห็นถึงอำนาจของประชาชนในระดับสูง

- การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ เป็นการให้บทบาทของประชาชนในระดับสูง โดยประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำงานร่วมกันในกระบวนการของการตัดสินใจ ฉะนั้นความคิดเห็นของประชาชนจะสะท้อนออกมาในการตัดสินใจค่อนข้างสูง รูปแบบการมีส่วนร่วม

ในขั้นนี้เช่น คณะกรรมการร่วมภาครัฐและเอกชน และคณะที่ปรึกษาฝ่ายประชาชน ผลการตัดสินใจที่ออกมาเป็นผลการตัดสินใจร่วมกัน เชื่อว่าจะนำไปสู่การเสริมสร้างความสมานฉันท์ในสังคม เพราะประชาชนหรือตัวแทนของประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในองค์กรตัดสินใจด้วยไม่ใช่เพียงให้ความคิดเห็นต่อองค์กรตัดสินใจ

การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท เป็นลักษณะการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทำงานตลอดกระบวนการตัดสินใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และข้อมูลระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชนอย่างจริงจัง และมีจุดมุ่งหมายชัดเจน ข้อมูลความคิดเห็นของประชาชนจะสะท้อนออกมาในทางเลือกต่าง ๆ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนขั้นนี้ใกล้เคียงกับการมีส่วนร่วมในระดับการร่วมมือเพียงแต่รูปแบบการมีส่วนร่วมแบบร่วมมือมีลักษณะเป็นกิจกรรมที่ยั่งยืนมากกว่าการมีส่วนร่วมในขั้นนี้ อำนาจการตัดสินใจสุดท้ายยังเป็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้มข้น ตัวอย่าง เทคนิคการมีส่วนร่วมที่ใช้มาก อาทิเช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการตั้งคณะทำงานภาคประชาชน เป็นต้น

- การมีส่วนร่วมในระดับรับฟังความคิดเห็น: เป็นลักษณะการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ความรู้สึก และความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ ดังนั้น ประชาชนมีบทบาทในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูล การตัดสินใจเป็นบทบาทของหน่วยงานภาครัฐ เทคนิคการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เช่น การสำรวจความคิดเห็น การประชุมสาธารณะ ปัจจุบันนี้กฎหมายส่วนใหญ่ มักกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐจัดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างน้อยในระดับการรับฟังความคิดเห็น

- การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร: เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด บทบาทของประชาชนน้อยมากเพียงแต่รับทราบว่าเกิดอะไรที่ไหน ปัจจุบันการที่ภาครัฐตัดสินใจในเรื่องที่กระทบประชาชนและแจ้งให้ประชาชนทราบสะท้อนความล้าสมัยในการบริหารงาน และสะท้อนภาครัฐทำตนเป็นพ่อรู้ดี แต่ในขณะเดียวกันจำเป็นต้องตระหนักว่า ไม่ว่าจะเปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในขั้นใด การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเป็นเรื่องที่สำคัญมาก แต่ต้องไม่ใช่การให้ข้อมูลลักษณะประชาสัมพันธ์ โดยให้มองแต่ด้านดีเท่านั้นหัวใจสำคัญ คือ การให้ข้อเท็จจริงและตัดสินใจแสดงความคิดเห็นอย่างมีคุณภาพ สามารถสรุปได้ว่า หัวใจของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ไม่ว่าจะแบบใดมักจะสะท้อนอำนาจ และความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน สถาบันพระปกเกล้า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนเข้าใจไปร่วมกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนโดยส่วนรวมอย่างแท้จริง ทั้งนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานของการที่ประชาชนจะต้องมีอิสระในทางความคิด มีความรู้ ความสามารถในการกระทำ และมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมต่อกิจกรรมนั้น ๆ โดยที่การมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องมีลักษณะการเข้าใจอย่างครบวงจร ตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุด หากพิจารณากระบวนการของการมีส่วนร่วม

ในลักษณะที่เป็นพลวัต เราอาจแบ่ง กระบวนการหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วมในลักษณะเป็น กระบวนการต่อเนื่อง 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน ประกอบด้วย การรับรู้ การเข้าถึงเกี่ยวกับการวางแผนและ ร่วมวางแผนกิจกรรม 2) การปฏิบัติการหรือดำเนินการ ประกอบด้วย การเกี่ยวข้องกับการดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ และการตัดสินใจ 3)การจัดสรรผลประโยชน์ร่วมกัน เป็นการมีส่วนร่วมในการจัดสรรผลประโยชน์หรือผลของ กิจกรรมหรือผลของการตัดสินใจที่เกิดขึ้น 4) การติดตามประเมินผลเกี่ยวข้องกับการพยายามที่จะประเมินประสิทธิผลกิจกรรมต่าง ๆ และพิจารณา วิธีการที่จะดำเนินการต่อเนื่องต่อไปประชาชนจะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการคิดเกณฑ์ ในการ ประเมินกิจกรรมซึ่งผลของกระบวนการประเมินนี้จะกลายเป็นปัจจัยนำเข้าไปในกระบวนการมี ส่วนร่วม ขั้นที่ 1 ซึ่งเป็นขั้นตอนของการวางแผนต่อไป³⁸⁻⁴⁰ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปร่วมในการกำหนดกฎเกณฑ์ นโยบาย กระบวนการบริหารและการตัดสินใจของท้องถิ่น เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนโดยรวม อย่างแท้จริง ทั้งนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานของการที่ประชาชนจะต้องมีอิสระทางความคิด มีความรู้ ความสามารถในการ กระทำ และมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น ๆ โดยหลักการมีส่วนร่วมของ ประชาชนจะต้องมี ลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด ไม่ใช่การจัดเวทีการมีส่วน ร่วมเพียงครั้งเดียว ตัวอย่างเช่น ในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วม ตั้งแต่ต้นจนจบ จากทฤษฎีการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ ประชาชนเกิดความรู้สึกและความต้องการว่าเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความเป็นอิสระมีอำนาจใน การ ตัดสินใจ มีกิจกรรมร่วมกัน สามารถจัดการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาได้ด้วยตนเอง รวมถึง สร้าง ความเข้มแข็งให้กับชุมชนและสามารถขยายเครือข่ายในเขตพื้นที่ต่าง ๆ เป็นต้น

2.8.9 เทคนิค / วิธีการ

กระบวนการ A-I-C³⁹⁻⁴⁰ จะใช้การวาดภาพเพื่อเป็นการสะท้อนประสบการณ์ในอดีต/ สภาพปัจจุบันกับจินตนาการถึงความมุ่งหวังในอนาคตของสมาชิกทุกคน โดยให้แต่ละคนวาดภาพของ ตน ก่อนนำภาพของทุกคนมาวางรวมกันบนกระดาษแผ่นใหญ่ แล้วจึงต่อเติมรวมภาพของแต่ละคน ให้กลมกลืนเป็นภาพใหญ่ของกลุ่มเพียงภาพเดียว การวาดภาพเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกสะท้อนสิ่งที่ อยู่ภายในจิตใจออกมาอย่าง^{49,50} แท้จริง บางเรื่องราวที่ไม่สะดวกใจที่จะพูดโดยเปิดเผยก็สามารถ สะท้อนออกมาเป็นรูปภาพ หรือสัญลักษณ์รูปทรง/สี แทนการพูด/ เขียนหนังสือ เปิดโอกาสให้ผู้อื่น สามารถซักถามข้อมูล ความหมาย จากภาพได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง ใช้เป็นสื่อกระตุ้นให้สมาชิกที่ไม่ ค่อยกล้าพูดได้ร่วมอธิบายความคิด/ ประสบการณ์ของตนการวาดภาพช่วยสร้างบรรยากาศความเป็น กันเอง การรวมภาพความคิดของแต่ละคนเป็นภาพรวมของกลุ่มทำได้ง่ายและเป็นรูปธรรมกว่า การ พยายามรวมแนวคิดของแต่ละคนโดยการอภิปรายหรือการเขียน และเป็นสื่อถึงความรู้สึก เป็นเจ้าของ

ภาพร่วมกันและการมีส่วนร่วมในการสร้างกรอบความคิดตามภาพของกลุ่ม โดยทั่วไป ผู้ใหญ่มักกังวลว่าไม่มีความสามารถในการวาดภาพ จึงควรชี้แจงว่า การวาดภาพ ไม่เน้นความสวยงาม หากแต่เน้นถึงความหมายที่ปรากฏออกมาเป็นภาพ ผู้วาดอาจใช้สีเป็นสัญลักษณ์ แทนภาพเหมือนก็ได้ ขั้นตอนก่อนเริ่มกระบวนการ AIC

1. การคัดเลือกผู้เข้าประกวด
2. เตรียมประเด็น
3. เขียนวัตถุประสงค์ของประเด็น
4. การแบ่งกลุ่ม
5. การเตรียมห้องประชุม
6. เตรียมอุปกรณ์

2.8.9.1 การคัดเลือกผู้เข้าประชุม เนื่องจากเป็นวิธีประชุมที่ต้องการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ จึงเลือกจากระดับนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ นักวิชาการ ผู้นำสังคม และชุมชน และประชาชนกลุ่มที่ เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะพิจารณา ทำแผน โครงการ ด้วยหลักการที่ว่า ทุกคนมีทักษะชีวิตและ ประสบการณ์หลากหลาย

2.8.9.2 เตรียมประเด็น หัวข้อเรื่องที่จะทำแผน โครงการ สำหรับอนาคต

2.8.9.3 เขียนวัตถุประสงค์ของประเด็น ต้องชัดเจน เพื่อเสนอในที่ประชุมรวม ให้ผู้ร่วมประชุม ซึ่งหลากหลายประสบการณ์ เข้าใจง่าย

2.8.9.4 การแบ่งกลุ่ม

- เลือกบุคคล แบ่งกลุ่มไว้ล่วงหน้า ให้มีกลุ่มละ ๘ คน แตกต่างกัน ให้ครบทั้งระดับนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ผู้นำประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อเรื่องที่พิจารณา
- เตรียมผู้สนับสนุนกลุ่ม (Facilitator) ชักจูงทำความเข้าใจกับกระบวนการ ซึ่งมีหลักการให้ทุกคนได้มีโอกาสเท่าเทียมกัน ในการแสดงความคิดเห็น

- เตรียมอุปกรณ์

2.8.9.5 การเตรียมห้องประชุม

- ห้องรวม พร้อมม้านั่ง ครบคน จัดเป็นครึ่งวงกลม
- มุมกลุ่มย่อย จัดม้านั่งรอบโต๊ะเขียนหนังสือ กลุ่มละ ๘ คน ตามจำนวนกลุ่มที่เตรียมไว้

2.8.9.6 เตรียมอุปกรณ์

- เครื่องฉายแผ่นใส แผ่นใสพร้อมปากกา 1 ชุด
- ปากกาเส้นใหญ่ หรือดินสอสี ประจำกลุ่ม กระดาษ A4 ตัดแบ่ง ส่วนแล้ว

แจกคนละ ๒๐ แผ่น ๖.๓ กระดาษแผ่นพลิก พร้อมขาตั้ง ประจำกลุ่ม พร้อมกับปากกาเขียน

- แผ่นใส พร้อมปากกา ประจำกลุ่มกลุ่มละ 6-10 แผ่น

ภารกิจของผู้เข้าร่วมประชุม ภารกิจผู้สนับสนุนกลุ่ม (Facilitator)

1. เป็นผู้ควบคุมขั้นตอน กำกับเวลา
2. กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนเขียน
3. รวบรวมผล มติจากการถกเถียง อภิปรายของสมาชิก
4. แนะนำวิธีเขียน วิธีรวมมติ วิธีเสนอแผ่นใส
5. ไม่ต้องมีความรู้ และชี้แนะเนื้อหา หรือเรื่องที่พิจารณา เนื่องจากสมาชิกกลุ่ม

คือ ผู้มีทักษะประสบการณ์มาก

2.8.9.7. รวบรวมผลขั้นตอนสุดท้ายของการประชุมกลุ่ม ไปสรุป พิมพ์ นำเสนอ
ผู้รับผิดชอบในหน่วยงาน ภารกิจสมาชิกกลุ่ม

- 1) เขียนภาพ หรือข้อคิดเห็น ตามขั้นตอนที่ผู้สนับสนุนการประชุม แจ้งให้ปฏิบัติ
- 2) เขียนบรรจง ตัวโต เพื่อแปะบนกระดานขาตั้ง ให้สมาชิกในกลุ่มอ่าน แทนการพูด
- 3) เขียนประโยคสั้น ๆ 1 บรรทัด เฉพาะสาระสำคัญ ไม่พรรณนา แผ่นละ 1 ข้อคิดเห็น เพราะต้องนำไปรวมกับข้อความที่คล้ายกัน ของสมาชิกอื่น
- 4) ทุกคนมีอิสระในการเขียน ตามขั้นตอนที่กำหนดให้ จากที่คิดเองจากประสบการณ์ หรือ เห็นส่วนดีได้จากผู้อื่น โดยไม่ต้องถูกโน้มน้าว หรือแย้งกันพูด
- 5) ข้อเขียนของทุกคน นำไปติดแปะบนขาตั้ง หรือผนัง ให้อ่านทั่วกัน ให้ซักถามหรือ อธิบาย ไม่วิจารณ์ว่าถูกหรือผิด เรียนรู้ความคิดเห็นของกันและกัน แล้วรวมความที่คล้ายกัน เข้าเป็นข้อเดียว ที่ต่างกันให้แยกไว้ เพื่ออภิปราย เลือกรอบที่ 2 จนกว่าจะได้มติร่วม (หลายข้อรับเป็น มติกลุ่ม บางข้อเก็บไว้ เพราะข้อคิดเห็นแปลก ๆ ของวันนี้ ยังไม่เป็นที่ยอมรับ แต่บางคนนำไปทำต่อ กลายเป็นเรื่องที่ดีก็มีบ่อย ๆ)
- 6) การเขียน ได้จากการถกเถียงหลายชั้น มีเวลาคิดวิเคราะห์ เลือกเอง สั้น กระชับ การรวบรวมข้อเขียนที่เหมือนกัน ก็คือ มติของที่ประชุม ซึ่งทำได้ง่ายมากกว่าการพูด ที่อาจยืดเยื้อ ควบคุมไม่ได้ มีสาระน้อย และประธานสรุปไม่ได้
- 7) กลุ่มไม่จำเป็นต้องตั้งประธานถาวร ให้ผลัดกันนำผลัดกันจด รวบรวมมติเขียน แผ่นใส และนำเสนอ เพื่อสร้างบรรยากาศเป็นมิตร รับผิดชอบร่วมกัน มีพลัง บทบาทเท่าเทียมกัน ทุกขั้นตอนของการทำงานในกลุ่ม เป็นการเสริมสร้างพลัง ให้เกิดทักษะชีวิต รู้จักเลือก และปฏิบัติเข้าใจวิธีสื่อสารสัมพันธ์ และยอมรับกันและกันด้วยเหตุผลจากการอภิปรายอันเป็นลักษณะ ของคนพัฒนา

วิธีประชุมทำงาน การประชุมแบ่งเป็น ๖ ขั้นตอน คือ A-1, A-2, I-1, I-2, C-1, C2 ในบางกลุ่มมีความเข้าใจเร็ว ก็ต้องปล่อยให้ทำรวดเร็วต่อเนื่องไปได้ เพื่อไม่เป็นการยับยั้งความคิดที่กำลังลื่นไหล ในทางปฏิบัติผู้สนับสนุนการประชุมไม่ต้องบอกชื่อ ขั้นตอน บอกแต่กิจกรรมทีละ ขั้นตอน เริ่มประชุม นั่งรวมกันก่อน ผู้นำการสนับสนุนการประชุม จะชี้แจงหัวข้อ ประเด็น และวัตถุประสงค์ของเรื่องที่จะให้ ประชุมพิจารณา ให้ซักถามจนเข้าใจเรื่อง จึงแยกเข้ากลุ่มเล็ก นั่งคละกัน ขั้นตอน A - 1 (15 นาที) เข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริง (Reality) ผู้สนับสนุน แจ้งให้ทุกคนวาดภาพบนกระดานของตน สะท้อนให้เห็นว่า ในปัจจุบันนี้ เรื่องที่จะพิจารณากัน มีรูปลักษณะอย่างไร ภาพเป็นลายเส้น หรือระบายสี หรือภาพสัญลักษณ์ (Rogo) แทนภาพก็ได้ เช่น ภาพต้นไม้ ภาพคนจับมือ ภาพสามเหลี่ยมฯ (การเขียนภาพแทนการพูด หรือเขียน ข้อความเป็นการฝึกสมอง (ซีกขวา) มีศิลปะ จินตนาการ สร้างสรรค์ ยิ่งเขียนเป็นสัญลักษณ์ หรือให้สี ที่สื่อความหมายได้โดยไม่ต้องอธิบาย ยิ่งแสดงความลึกซึ้งของความคิดคนนั้น) ในกลุ่มเล็ก นำภาพของ ทุกคนเวียนดู หรือปิดแปะ แล้วอธิบายความหมายร่วมกัน รวมทั้งเป็นภาพเดี่ยวของกลุ่ม ลงแผ่นใส นำเสนอที่ประชุมร่วมให้ซักถาม ปรับปรุงร่วมกัน ขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มให้ทบทวน ระบายอารมณ์ ความคิด มีศิลปะ มีสัมพันธ์กับคนอื่น ไม่เคร่งเครียด

(7.1) ขั้นตอน A - 2 (20 นาที) สร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต (Ideal Vision หรือ Scenario) เข้ากลุ่มเล็ก ทุกคนเขียนภาพแสดงให้เห็นว่า ในอนาคต 10 ปี ภาพเดิมจะเปลี่ยนไป คาดหวังจะให้เป็นอย่างไร ที่มีความเป็นไปได้ นำมาแลกเปลี่ยน อธิบาย และรวมกันเป็นภาพเดี่ยว ของกลุ่มลงแผ่นใส นำเสนอที่ประชุมใหญ่ ซักถามความหมาย แล้วรวมกันเหลือภาพเดี่ยว อาจให้ผู้แทนกลุ่มนำไปรวม และยกראความหมายเป็นปณิธาน คำขวัญของโครงการนี้ ภาพนี้ต้องเก็บไว้ ยึดเป็นแนวทางหลักของความคาดหวัง ที่จะนำไปคิดกลวิธี และโครงการเพื่อให้บรรลุผล ขั้นตอนนี้ เป็นมติที่ทุกคนเข้าใจความเป็นมาและคาดหวัง มีความประสงค์ร่วมกันตั้งแต่ต้น เริ่มมีพลัง

(7.2) ขั้นตอน I - 1 (30 นาที) คิดหาทวิวิธี (Solution Design) กลุ่มเล็ก ทุกคนเขียนกิจกรรมที่คิดว่าต้องทำ เพื่อเกิดผลสำเร็จ ให้ได้ภาพรวมของ A-2 เขียนกิจกรรมละ 1 แผ่น ให้มากเท่าที่ตนมีศักยภาพและประสบการณ์ นำมารวมกันเลือกข้อ ที่เหมือนกัน เป็นมติ 3-5 ข้อที่แตกต่างเก็บไว้ (บางคนนำไปใช้เอง) เขียนลงแผ่นใสหรือแผ่นพลิกนำเสนอต่อที่ประชุมรวมให้ซักถาม และร่วมกันคัดไว้ 5-6 เรื่อง และอาจมีข้อย่อยภายในข้อใหญ่ก็ได้ ขั้นตอนนี้ ทุกคนได้แสดงพลัง ประสบการณ์มีส่วนร่วม หากความคิดของตนมีเหตุผลได้รับการยอมรับจะเกิดความภูมิใจถ้าของผู้อื่น ดีกว่าก็ยอมรับกันงานนี้จะเป็นของทุกคนตั้งแต่ต้น

(7.3) ขั้นตอน 1-2 (30 นาที) จัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม (Priority)

กลุ่มเล็ก ทุกคนเขียนแผ่นละ 1 กิจกรรมที่ได้รับรู้จากการอภิปรายมา เลือกกิจกรรมตามความถนัดของตนว่า กิจกรรมใดสำคัญและเป็นไปได้ องค์กรหรือหน่วยงานใดที่น่าจะทำได้ แยก

ออกเป็น 1. กิจกรรมที่จะทำได้เอง 2. กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับคนอื่น 3. กิจกรรมที่ต้องให้คนอื่นทำ ให้ นำไปแปะอ่านชี้แจง ร่วมกันคัดเลือกไว้เขียนชื่อกลวิธี หรือกิจกรรมลงแผ่นพลิก หรือแผ่นใสนำไปเสนอต่อที่ประชุมร่วมกันเลือกให้เหลือชุดเดียว เรียงลำดับความสำคัญ ตามจำนวนแผ่นชื่อเขียนที่เหมือนกัน เขียนลงแผ่นใสฉายให้ทุกคนรับทราบ ผลงานอันดับ 1-2 เก็บไว้เป็นแนวทางหลักของการทำขั้นตอนต่อไป และประกอบการเขียนโครงการขั้นตอนนี้ทุกคนจะได้แสดงประสบการณ์ ให้ผู้อื่นเลือกใช้ประโยชน์ กิจกรรมนี้เป็นสิ่งควบคุมความสำเร็จ

(7.4) ขั้นตอน C-1 (30 นาที) วางแผน หาผู้รับผิดชอบ (Responsibility) กลุ่มเล็ก ทุกคนเลือกหาหัวข้อกลวิธี กิจกรรมที่ได้จาก 1-2 เขียนลงแผ่นละ 1 กิจกรรม มากน้อย ตามแต่ที่ตนมีบทบาท หน้าที่ ความสามารถที่จะทำได้เอง หรือร่วมทำกับใคร หรือต้องขอให้ใครทำให้ เขียนชื่อคนทำกิจกรรมด้วย นำไปรวมกันให้เป็นชุดเดียว เขียนแผ่นใส นำเสนอที่ประชุมรวมให้อภิปรายเรียนรู้งานกันและกัน ขั้นตอนนี้ทุกคนได้วิเคราะห์ตนเอง แสดงพลัง ความสามารถ และภารกิจที่จะร่วมทำงานในเรื่องใดได้บ้าง

(7.5) ขั้นตอน C-2 (30 นาที) จัดทำแผน/ กิจกรรม/ โครงการ (Action Plan) แบ่งกลุ่มใหม่ให้เข้าตามระดับงานที่รับผิดชอบ เช่น กลุ่มนโยบาย กลุ่มนักวิชาการ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเรื่องนี้ ภารกิจขั้นตอนนี้สำคัญ คือ ต้องร่วมกันเขียน แผนงาน/ โครงการ ตามรูปแบบมาตรฐาน คือ

- ชื่อโครงการ แผนงาน
- หลักการและเหตุผล
- สาเหตุที่ต้องทำ
- ความมุ่งหมาย หรือความประสงค์ หรือวัตถุประสงค์ ที่ต้องการให้เป็นผล
- กลวิธี ทำอย่างไร
- วิธีทำกิจกรรมที่ต้องทำ
- ชื่อหน่วยงาน หรือบุคคล ผู้รับผิดชอบของแต่ละกิจกรรม (มีหลายชื่อได้)
- ระยะเวลาเริ่มต้นสิ้นสุด
- วิธีการประเมินผล สำเร็จ ตามข้อชี้วัด และวัตถุประสงค์
- งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ คนที่ต้องการพร้อมกับแหล่งที่ สนับสนุน

รายละเอียด งบประมาณแสดงรายการกิจกรรม และประเภทหมวดเงิน อาจมีผังกำกับ เวลา / กิจกรรมแนวท้าย หรือแต่ละกลุ่ม นำกลับไปเขียนภายหลังการประชุม) ผลจากการประชุมขั้นตอน C-2 นี้ ผู้จัดประชุมต้องนำไปรวบรวมพิมพ์ส่งกลับ ให้หน่วยงานของผู้เข้าประชุม เช่น ฝ่าย กอง กรม องค์กรชุมชนที่ต้องทำแผนพัฒนาประจำปีให้นำไป เขียนเป็นโครงการขออนุมัติหัวหน้างานตามลำดับ

ขั้น และไปชี้แจง ต่อสู้ เพื่อให้ได้งบประมาณ และการสนับสนุน ภายหลังจากประชุม มีความสำคัญยิ่งกว่าการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมย่อมรู้ตนเองว่า ได้เสนออะไรไป หน้าที่ บทบาทของตนเกี่ยวกับงานนี้เป็นของแต่ละคนที่ต้องรับไปเสนอหัวหน้าหน่วยและผู้ร่วมงานนำไป ปฏิบัติตามแผน และประชุมสามเส้าทบทวนงานตามข้อชี้วัดและเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนกลวิธีและการ สนับสนุนเพื่อขจัดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จ กิจกรรมใดที่สำเร็จก็ต้องพัฒนาโครงการ (Programmed Development) คิดกิจกรรมใหม่ ๆ เพราะความสำเร็จในเรื่องหนึ่งจะมีปัญหาตามมาใหม่ กิจกรรม/ โครงการใดที่ทำซ้ำนาน ๆ ไม่ปรับเปลี่ยน แสดงว่าไม่ได้ผลหรือกำลังสูญเปล่า เป็นความด้อยของผู้บริหาร

ตารางที่ 2.1 สรุป 6 ขั้นตอนการประชุม AIC ขั้นตอน เวลาที่ใช้ ภารกิจ

ขั้นตอน	เวลาในการทำกิจกรรม	ภารกิจหรือกิจกรรมหลัก
A-1	15 นาที	เข้าใจสถานการณ์ สภาพที่แท้จริง (Reality) เป็นการเริ่มให้ ทบทวน ระบายอารมณ์ ความคิด มีสัมพันธ์ ภาพกับคนอื่น ไม่ เกรงเครียด
A-2	20 นาที	สร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต (Ideal Vision หรือ Scenario) เป็นมิติที่ทุกคนเข้าใจความเป็นมา และคาดหวัง มีความประสงค์ ร่วมกันตั้งแต่เริ่ม
I-1	30 นาที	คิดค้น หากลวิธี (Solution Design) เป็นขั้นตอนที่ทุกคนได้ แสดงพลังและประสบการณ์มีส่วนร่วม หากความคิดของตนมีเหตุผล ได้รับการยอมรับจะเกิดความภูมิใจ ถ้าของผู้อื่นดีกว่าก็ยอมรับเช่นกัน งานนี้จะเป็นของทุกคนตั้งแต่ต้น
I-2	30 นาที	จัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม (Priority) เป็นขั้นตอนที่ทุกคน ได้แสดงประสบการณ์ให้ผู้อื่นเลือกใช้ ประโยชน์โดยใช้ กิจกรรมเป็นสิ่ง ควบคุมความสำเร็จ
C-1	30 นาที	วางแผน หาผู้รับผิดชอบ (Responsibility) เป็นขั้นตอนที่ทุกคน ได้วิเคราะห์ตนเอง แสดงพลังความสามารถ และภารกิจที่จะร่วมทำงาน ในเรื่องใดได้บ้าง
C-2	30 นาที	จัดทำแผน/ กิจกรรม/ โครงการ (Action Plan) ขั้นตอนนี้ ต้อง ร่วมกันเขียนแผนงาน/ โครงการ

ความสำคัญของกระบวนการ A-I-C การพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือ การเปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของ กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน ท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมและ รับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการ พัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนิน กิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กระบวนการ A-I-C จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม ในการวางแผนและการตัดสินใจร่วม สร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความ รับผิดชอบในฐานะ สมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชน จึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูง ⁴⁷⁻⁴⁹

ประโยชน์ของกระบวนการ A-I-C

- กระบวนการ A-I-C ช่วยให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและ นอกชุมชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมมีความกระตือรือร้น ในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น
- การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ประชาชน โดยเฉพาะผู้รู้ กลุ่มคนจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้หญิง และเยาวชน เข้ามาจับบทบาทในการร่วมคิด กำหนด แนวทางการพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและเสริมสร้างความเข้าใจ ซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์
- ประชาชน กลุ่มองค์กรต่าง ๆ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทั้งกิจกรรม โครงการ ผลของการพัฒนา และความเป็นเจ้าของชุมชนท้องถิ่นทำให้เกิดความมีพลังรู้ถึงศักยภาพใน การพึ่งตนเอง
- องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการ พัฒนาอย่างประสาน สอดคล้อง นับได้ว่า กระบวนการ A-I-C จะช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่ สร้างสรรค์ มีส่วนร่วมและเสริมพลังของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนา

ดังนั้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง คือกระบวนการที่เข้ามาเพื่อค้นหาปัญหาร่วมกัน และหาแนวทางการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย หลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรวมถึงการร่วมมือในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย หลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพร่างกายที่บ้าน และ ในชุมชน การทบทวนเอกสารงานวิจัยกระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค AIC เป็นการนำผู้มีส่วน ร่วมที่จะมีความสามารถ และมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกัน

2.9 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.9.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการหมายถึงการแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัยหรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัยเพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร⁴⁰⁻⁴¹ ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้าการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาและนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ⁴¹ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by changing)⁴² โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่ เป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนาหาหลักการเหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและขณะเดียวกัน เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น⁴³ ๆ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบระเบียบ (Improve Practice and Systematically) และเป็นการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้น ๆ พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้ มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีความแตกต่างไปจากการแก้ปัญหาประจำวันเพราะมีการใช้วิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์มีการศึกษาปัญหาอย่างเป็นระบบ⁴⁴ และกระบวนการแก้ปัญหากับใช้หลักทฤษฎีเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือกันในการที่จะทำให้คนเห็นปัญหา และวางเป้าหมายในการแก้ปัญหาไปด้วยกันต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับผู้รับบริการเน้นให้เห็นความสำคัญของการเรียนรู้กันในกระบวนการวิจัย⁴⁵⁻⁵⁰

2.9.2 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.9.2.1 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ กระบวนการดำเนินงานการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ⁵¹ ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลักคือ

- 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning)
- 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action)
- 3) สังเกตการณ์ (Observation)
- 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re - Planning)

2.9.2.2 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ^{50,51} ได้แบ่งกระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ขั้นตอนหลักได้แก่

- 1) การพินิจพิเคราะห์ (มอง)
- 2) การคิดวิเคราะห์ (คิด)
- 3) การปฏิบัติการ(ปฏิบัติ)

กิจกรรมหลักทั้ง 3 ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวัฏจักรซ้ำกันหลายรอบ (Recycling Set of Activities) การดำเนินกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนแรกมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อช่วยให้บุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยได้เข้าใจสภาพปัญหา ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยอุปสรรคการปรับปรุงแก้ไขปัญหา และบริบทอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างถ่องแท้ และชัดเจนเพื่อที่จะได้คิดหาหนทางที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าววันนักวิจัยที่เป็นบุคคลภายนอกจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการทำการวิจัยบุคคลภายในองค์กรหรือชุมชนทำหน้าที่นิยามปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนพรรณนารายละเอียดเกี่ยวกับบริบทแวดล้อมของ องค์กรหรือชุมชน และสภาพการณ์เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับปัญหา นอกจากนี้ยังร่วมมือกันเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และบริบทแวดล้อมโดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์หรือการศึกษาเอกสาร ส่วนการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่การตีความ และวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนแรกโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความชัดเจน และขยายความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากยิ่งขึ้นรวมทั้งการ กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลงมือปฏิบัติการแก้ไขปัญหาลงมือปฏิบัติตามที่ได้คิดวิเคราะห์ไว้โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นกลยุทธ์สำคัญเพื่อการบรรลุความสำเร็จของการแก้ไขปัญหว่าอยู่ในระดับใด มีประเด็นใดบ้างที่จะต้องทำการแก้ไขในวงจรรอบต่อไปกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ^{37,44} Coghlan & Brannick กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แบ่งกระบวนการวิจัยเชิง ปฏิบัติการเป็นขั้นตอนเบื้องต้น

ขั้นตอนคือการทำความเข้าใจบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไขและการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการและมีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอนได้แก่

- 1) การวินิจฉัย (Diagnosing)
- 2) การวางแผนปฏิบัติการ (Planning)
- 3) การลงมือปฏิบัติการ(Taking Action)
- 4) การประเมินผลการปฏิบัติการ (Evaluation Action)

2.9.2.3 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักเริ่มต้นจากการวินิจฉัยสภาพการณ์ของปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไขรวมทั้งการระบุกรอบแนวคิดทฤษฎี และหลักการ

พื้นฐานสำหรับใช้รองรับการปฏิบัติงาน จากนั้นจึงทำการวางแผนปฏิบัติการตามจุดมุ่งหมายของการแก้ปัญหาหรือโครงการพัฒนาที่กำหนดไว้ โดยอาศัยข้อมูลจากผลการวินิจฉัยในขั้นตอนแรก และความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินแล้วจึงลงมือปฏิบัติการตามแผนการที่วางไว้ที่ละขั้นตอน เสร็จแล้วจึงทำการประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจ และไม่ตั้งใจเพื่อตรวจสอบดูความถูกต้อง และความเหมาะสมของการวินิจฉัย และการปฏิบัติการตามแผนสารสนเทศที่ได้จากการประเมินผลในขั้นตอนนั้นจะนำไปสู่การดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงจรรอบต่อไป Mclaughlin อ้างถึง^{33,44} ได้ใช้แนวคิดของ FOCUS-PDCA มาใช้ในระบบของการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (Find a Process to Improve)
- 2) สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ (Organize Team that Knows the Process)
- 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ (Clarify Current Knowledge of the Process) การทำความเข้าใจลักษณะของระบบหรือกระบวนการทำงานในปัจจุบัน โดยใช้วงจร PDCA เพื่อจัดทำแผนภูมิกระบวนการทำงาน อาจเขียนเป็นขั้นตอนการทำงานอย่างง่าย ค้นหากระบวนการที่ง่ายต่อการปรับปรุง และค้นหาวิธีการที่เป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด
- 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (Understand Causes of Processvariation) ทีมทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการที่ทำให้กระบวนการด้อยคุณภาพ โดยใช้วงจร PDCA เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้กระบวนการไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์
- 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ (Select the Process Improvement) ในการวิเคราะห์ทางเลือกเพื่อนำสาเหตุที่วิเคราะห์ได้มากำหนดทางเลือกในการปรับปรุงที่เหมาะสมที่สุด
- 6) วางแผนการปรับปรุง (Plan the Improvement) การวางแผนดำเนินการปรับปรุง โดยที่มาร่วมกันวางแผนพัฒนา กำหนดขอบเขตของการพัฒนา โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ เลือกข้อมูลวิธีการ สถานที่ ระยะเวลา ในการปรับปรุง ที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนวิธีติดตามการเปลี่ยนแปลง
- 7) นำไปปฏิบัติ (Do the Data Collection, Analysis, and Improvement Effort) การดำเนินการปรับปรุงตามแผนการที่กำหนดไว้ เป็นการลงมือปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนวิธีการ และขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้
- 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ (Check the Result) การตรวจสอบผลการปรับปรุง โดยตรวจสอบผลการปฏิบัติงานว่ามีการปฏิบัติงานตามแผนหรือไม่ มีปัญหาในการดำเนินงานที่ทำให้

การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน หากตรวจสอบแล้วผลการปรับปรุงไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ทีมกลับมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาต่อไป

9) ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act to Hold the Gain and Continue Improvement) การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง กรณีที่ผลเกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ ให้นำวิธีการหรือการปฏิบัตินั้นมาปรับใช้ให้เป็นมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติต่อไป หากผลเกิดขึ้นเป็นไม่ไปตามแผนวิเคราะห์หาปัญหาโดยทบทวน Flowchart นโยบาย กระบวนการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง ความสมบูรณ์ของข้อมูลตลอดจนบทเรียนที่ได้จากการพัฒนา และเข้าวงล้อพัฒนาคุณภาพของ PDCA ต่อไป

2.9.2.4 กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ก็คือกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการนี้อาจรู้จักกันในนาม อริยสังคี กระบวนการทางวิทยาศาสตร์กระบวนการวิจัย กระบวนการทางการแพทย์ นั่นคือการระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาตั้งสมมติฐาน ทดสอบสมมติฐาน และนำผลการทดสอบไปใช้ซึ่งขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ แบ่งกิจกรรมออกเป็น 9 ขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนมีคำถามเฉพาะดังนี้⁵³

1) หาโอกาสพัฒนา (Seek Opportunities for Improvement) เรื่องอะไรที่สมควรได้รับการหยิบยกมาปรับปรุง และใครมีส่วนร่วม ขั้นตอนนี้จะได้มาซึ่งโครงการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งยึดความต้องการของลูกค้าเป็นหลัก มีภารกิจโครงการที่ชัดเจนและมีองค์ประกอบของสมาชิกทีมที่เหมาะสม

2) ทำความเข้าใจระบบ (Define the System) กระบวนการทำงานของระบบเป็นอย่างไรขั้นตอนนี้จะได้คำอธิบายของระบบหรือแผนภูมิกระบวนการทำงาน ทำให้ทีมมีโอกาสทำความเข้าใจกับกระบวนการทำงาน เข้าใจข้อจำกัดของทีม และเกิดความตื่นตัวที่จะปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น นอกจากนี้แผนภูมิกระบวนการที่ได้มาสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หาเครื่องชี้วัด และวิเคราะห์หาสาเหตุได้

3) ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน (Assess Current Situation) ผลการทำงานของระบบในปัจจุบันเป็นอย่างไร ขั้นตอนนี้จะได้กราฟต่อเนื่อง (Run Chart) หรือ กราฟควบคุม (Control Chart) ของเครื่องชี้วัดแต่ละตัวในวัตถุประสงค์ของโครงการ กิจกรรมขั้นตอนนี้ทำให้ทีมได้รับรู้ระดับของปัญหา และเป็นโอกาสที่จะดำเนินการแก้ไข ทีมจะใช้ข้อมูลที่วัดได้ไว้เป็นพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบดูผลของการพัฒนา

4) วิเคราะห์สาเหตุ (Analyze Causes) อะไรคือสาเหตุที่แท้จริงของความด้อยคุณภาพหรือความไม่แน่นอนในระบบ ขั้นตอนนี้จะได้สาเหตุของความด้อยคุณภาพตามลำดับความสำคัญซึ่งทีมจะนำไปคิดหาวิธีแก้ปัญหาในขั้นต่อไป การเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าการ

ปรับปรุงนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างน่าพอใจหรือไม่ หากไม่พอใจเราต้องกลับมาวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เพื่อคัดเลือกสาเหตุไปแก้ไขใหม่

5) วิเคราะห์ทางเลือก (Analyze Alternatives) อะไรคือทางเลือกที่เหมาะสมในการปรับปรุงคุณภาพ ขั้นตอนนี้จะทำให้ทีมได้ทางเลือกในการปรับปรุงที่เหมาะสมที่สุด ทีมมีโอกาสใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการเสนอแนะวิธีการทำงานแบบใหม่ ๆ จะช่วยให้เห็นแนวทางที่แตกต่างไปจากเดิม รวมทั้งนำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้กับกลุ่มคน/หน่วยงานต่าง ๆ ได้

6) ทดลองทางเลือก (Try Out Improvement Alternatives) จะเตรียมการอย่างไรเพื่อดำเนินการทดลองโดยราบรื่น ขั้นตอนนี้จะได้แผนการทดสอบและการทดสอบทางเลือก เป็นการนำความคิดไปสู่ความเป็นจริง ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทีมงานทำให้ทีมงานได้เรียนรู้จากขั้นตอนนี้อย่างมาก

7) ศึกษาผล (Study the Results) เราได้เรียนรู้อะไรจากการทดลอง ขั้นตอนนี้จะได้ผลจากการเรียนรู้ของทีม ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานใหม่ หรือต้องกลับไปวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา

8) ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน (Standardize Improvement) จะขยายผลการปรับปรุงอย่างไร จะทำให้อยั่งยืนได้อย่างไร ขั้นตอนนี้จะได้มาตรฐานสำหรับระบบงานใหม่ การจะทำให้เกิดการยั่งยืนต้องมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ หรือคู่มือ

9) วางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Plan Continuous Improvement) ในเรื่องนี้จะยังมีอะไรให้ปรับปรุงได้อีก ขั้นตอนนี้จะได้รายงานโครงการและข้อเสนอแนะ หรือการนำเอาโอกาสพัฒนาอันดับต่อไปมาดำเนินการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล⁴⁵ ได้ กำหนดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนของการตรวจสอบให้มีความเหมาะสม และสะดวกต่อการนำไปใช้ได้แก่

- การออกแบบระบบ (Plan) มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มีกระบวนการทำงานที่เหมาะสม มีการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและคุณภาพ รวมทั้งมีนโยบายและวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนที่ทุกคนรับรู้

- การทำตามระบบ (Do) มีการเตรียมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความสามารถ เหมาะกับงานที่รับผิดชอบ มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานตามระบบที่ได้ออกแบบไว้ มีการปฏิบัติตามระบบ รวมทั้งมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพ

- การศึกษา/ ทบทวน/ ตรวจสอบระบบ (Study/ Check) ใช้การประเมิน ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการเปรียบเทียบกับความมุ่งหมายของหน่วยงาน ความต้องการของผู้รับผลงานมาตรฐานวิชาชีพ และข้อกำหนดอื่น ๆ รวมทั้งมีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

- การแก้ไข/ ป้องกัน/ ปรับปรุงระบบ (Act) เป็นการนำผลการทบทวน/ ตรวจสอบมาปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการปรับปรุงไปที่รากเหง้าของปัญหา มีการเชื่อมโยงการแก้ไขปัญหาเฉพาะรายกับการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันปัญหาในระยะยาว รวมทั้งความพยายามในการปรับปรุงเป็นวัฒนธรรมขององค์กรและหน่วยงาน

2.9.2.5 ลักษณะการวิจัยปฏิบัติการ⁴⁵⁻⁴⁷ ได้เสนอกรอบลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางการศึกษา (Action Research in Education) ไว้อย่างน่าสนใจ ดังต่อไปนี้

1) เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและมีการร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัยทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีการปฏิบัติตลอดจนการวางนโยบายการวิจัย

2) นัยการปฏิบัติการ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

3) ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) กิจกรรมการวิเคราะห์การปฏิบัติอย่างลึกซึ้งซึ่งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผลเพื่อการปรับแผนการปฏิบัติการ

4) ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ เคมีมิส และแมคทาเกท (Kimmis & McTaggart) คือการวางแผน (Planning) ตลอดจนการปรับปรุงผล (Re- Planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจและได้เสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

2.9.2.6 ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ 8 ประการดังต่อไปนี้^{55,56}

1) เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านการปฏิบัติงาน (Practical Problem) ที่ผู้ปฏิบัติงานระดับล่างมักจะประสบในขณะทำงานน้อย ประจำหรือปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในแต่ละวัน มากกว่าการเกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านทฤษฎี (Theoretical Problem) ซึ่งได้รับการนิยามหรือ กล่าวถึงโดยนักวิจัยบริสุทธิ์ในสาขาวิชาความรู้ใด ๆ โดยเฉพาะ

2) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการทำความเข้าใจ (Understanding) ต่อสภาพปัญหาที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของครูผู้บริหารการศึกษาอย่างลุ่มลึกและกระจ่างชัดภายใต้กระบวนการใคร่ครวญตรวจสอบในลักษณะสะท้อนกลับของยุทธวิธีปฏิบัติที่นักวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ลงมือกระทำลงไปอย่างวิพากษ์วิจารณ์ (Critically) อันจะนำไปสู่การได้แนวทางปฏิบัติการสำหรับใช้แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับ บริบทแวดล้อมมากยิ่งขึ้นสำหรับการดำเนินงานในลำดับต่อไป นอกจากนี้ยังมีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานรวมทั้งสภาวะการณ์ เงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานมากกว่าการมีจุดมุ่งหมายเพื่อการสร้างสรรค์องค์ ความเชิงวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการเฉพาะ

3) มุ่งเน้นการตีความหมายเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้นตามความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ของปัญหาดังกล่าว มากกว่าการอาศัยแนวคิดทฤษฎีหรือหลักการของวิทยาศาสตร์ธรรมชาติทั้งนี้เพราะเชื่อว่าท่าทางการกระทำที่ติดต่อกับสื่อสารหรือพฤติกรรมใด ๆ ของมนุษย์ทั้งที่ปรากฏให้เห็นเด่นชัดหรือไม่เห็นเด่นชัดในเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ของปัญหาหนึ่ง ๆ สามารถตีความหมายได้โดยการสรุปอ้างอิง (Inference) จากแรงจูงใจความเชื่อเจตนา หรือจุดมุ่งหมายของผู้แสดงพฤติกรรมประกอบเข้ากับบริบทแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำเหล่านั้นขึ้น เช่น บรรทัดฐานค่านิยม และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ทางสังคมเป็นสำคัญโดยนัยดังกล่าวนี้แสดงว่า นักวิจัยไม่สามารถตีความหมายพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลใด ๆ ได้เลยถ้าปราศจากการพิจารณาบริบทแวดล้อมพฤติกรรมนั้น ๆ มาประกอบด้วย

4) เสนอผลการวิจัยในรูปแบบเรียบง่าย การเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยในรูปแบบด้วยการเลือกใช้ถ้อยคำสำนวนในระดับเดียวกับผู้ปฏิบัติงานโดยพยายามหลีกเลี่ยงคำศัพท์

เฉพาะสาขาวิชา (Technical Term) และภาษาที่มีลักษณะค่อนข้างเป็นนามธรรมเพื่อให้ง่ายต่อการติดตาม ทำความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้คำอธิบายเกี่ยวกับผลการวิจัยตลอดจนกระบวนการวิจัยอื่น ๆ สามารถตรวจสอบความตรง (Validity) ได้จากการสนทนาแบบเป็นกันเองกับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในทุกๆ ระยะของกระบวนการวิจัย

5) มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในทุกขั้นตอนจะต้องอยู่ภายใต้บรรยากาศการมีส่วนร่วมการร่วมมือร่วมใจการเชื่อถือและไว้วางใจการเป็นมิตรรวมทั้งความเป็นอิสระและความเสมอภาคในการแสดงความคิดเห็น

6) ผ่อนคลายความเข้มงวดเกี่ยวกับระเบียบวิธีการศึกษาวิจัยการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ยึดติดอยู่ภายใต้กรอบการจดกระทำทางการทดลองและการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเคร่งครัดแบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research Design) หรือวิธีการทางสถิติใด ๆ (Statistical Control) แนวคิดพื้นฐานดังกล่าวนี้ไม่ได้หมายความว่าการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการละเลยหรือมองข้ามความสำคัญของการศึกษาค้นคว้าด้วยการอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ หากแต่ปรับวิธีการศึกษาคนควาด้วยวิธีการดังกล่าวให้กลมกลืนหรือสอดคล้องกับลักษณะของปัญหาสภาวะการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมปัญหาที่ต้องการแสวงหาความรู้ความจริง ด้วยเหตุนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทั่วไปอาจเลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณที่อาศัยแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) หรือการวิจัยเชิงคุณภาพ

7) ไม่เน้นการสรุปอ้างอิงผลการศึกษาวิจัยข้ามไปยังบริบทอื่น การสรุปอ้างอิงผลการวิจัยหรือการขยายผลการวิจัยให้ครอบคลุมไปยังห้องเรียน หรือโรงเรียนที่มีทำเลที่ตั้งหรือบริบทอื่น ๆ แตกต่างไปจากทำเล หรือบริบทที่ทำการวิจัยมีลักษณะค่อนข้างจำกัดกว่าการวิจัยเชิงทดลองทางวิทยาศาสตร์ทั้งนี้การสรุปอ้างอิงผลของการวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่สามารถอาศัยกฎของความครอบคลุม (Covering Law) ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์หรือการอ้างอิงเชิงสาเหตุ (Causal Relationships) ดังนั้นในทางปฏิบัติโดยทั่วไปการสรุปอ้างอิงผลของการวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีแนวโน้มกระทำไม่ได้ เฉพาะในขอบเขตของสถานที่บุคคลและเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตามถ้าต้องการขยายผลของการวิจัยให้ครอบคลุมข้ามไปยังขอเขตอื่นที่นอกเหนือก็สามารถกระทำได้ ถ้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทเหล่านั้นมีลักษณะคล้ายคลึงหรืออยู่ในสภาวะการณ์ที่ใกล้เคียงกันรวมทั้งได้รับการยืนยันจากผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ประกอบด้วย

8) สร้างดุลยภาพและความเสมอภาคระหว่างทัศนะของบุคคลภายในและภายนอกนักวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เป็นบุคคลภายใน (Insider) และบุคคลภายนอก (Outsider) ของสถานที่ทำการศึกษาวิจัยมีบทบาทสำคัญ 2 ประการคือบุคคลภายในมีบทบาทเป็นทั้งผู้ปฏิบัติงานตามหน้าที่ปกติและเป็นนักวิจัยปฏิบัติการในสถานที่ทำงานของตนเองในขณะที่บุคคลภายนอกมีบทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญ/ ผู้ให้คำปรึกษาทางวิชาการให้กับบุคคลภายในและเป็นนักวิจัยเชิงปฏิบัติการเช่นเดียวกับบุคคลภายใน นักวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้งที่เป็นบุคคลภายในและบุคคลภายนอก จะต้องปรับบทบาทของตนเองให้มีดุลยภาพทางแนวความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติอยู่เสมอในแต่ละสภาวะการณ์นอกจากนี้จะต้องสร้างความเสมอภาคทางความคิดเห็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กับการดำเนินกิจกรรมการวิจัยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งทางความคิดหรือความสับสนระหว่างบทบาทเหล่านั้นในขณะปฏิบัติงานวิจัย

สรุปการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยประสานการมีส่วนร่วมของทีมครอบครัวและทีมชุมชน ครั้งนี้เพื่อมุ่งให้เกิดการประสานการมีส่วนร่วมของทีมครอบครัว และทีมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่ผลลัพธ์ในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ลดปัญหาความพิการของผู้ป่วย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดปัญหาการกลับมารักษาด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพในระดับชุมชน จัดให้บริการที่สามารถเชื่อมโยงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมกับทีมครอบครัวทีมชุมชน โดยการพัฒนาตามวงล้อ PDCA และปรับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้านให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างแท้จริงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทำให้ชุมชนสามารถเข้ามามีบทบาท การทำงานเป็นทีมสุขภาพเพื่อดูแลภาวะสุขภาพในระดับชุมชน

2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมจากเอกสารผลงานที่ปรากฏทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ดังนี้

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁴⁶ พบว่า ระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพน้อย ผู้ดูแล และ อสม.ขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแล เทศบาลและผู้นำ ชุมชน ขาดการรับรู้สถานการณ์ปัญหา และหน่วยงานบริการสุขภาพ ไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้าน การพัฒนาการดูแล โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนของภาคีหุ้นส่วนในชุมชน ซึ่งมีลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาการดูแล จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การส่งเสริมศักยภาพในการดูแล และการสร้างการดูแลที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและตามระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม ⁴⁸ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และผู้นำ ชุมชนมีความพึงพอใจ ข้อเสนอแนะหน่วยงานบริการสุขภาพและองค์กรภาคีหุ้นส่วนในชุมชน ควรสร้างการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยการเรียนรู้ข้อมูลชุมชนร่วมกัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตำบล เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นต้นแบบในการดูแลตนเอง และการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้ผลดี ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น และร่วมเรียนรู้ในการวางแผนและการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย¹⁴ พบว่าพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่ายโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เลือกรวมเป้าหมายแบบเจาะจงรวม 97 คน เก็บ

ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้แบบประเมินคุณภาพการดูแลได้ดำเนินการพัฒนา บริการใน ประเด็น ดังนี้ พัฒนาคำรู้ทักษะผู้ให้บริการและจัดระบบบริการ พัฒนาทักษะการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยและญาติ⁴⁹ สร้างนโยบายการดูแลและเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผลการพัฒนา เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องครบวงจร จากโรงพยาบาล ถึงบ้าน และเกิด เครือข่ายเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน คุณภาพการดูแลสูงขึ้น จาก 5.8 เป็น 7.8 คะแนน ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มเป็นร้อยละ 87.9

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบท ภาควิชาออกเฉียงเหนือ ⁴⁹ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้กรอบแนวคิดของ องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายในตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 91 คน และระยะพัฒนาการ จำนวน 60 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และ แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วย ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม และ แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิง คุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูล ด้วยวิธีการ ตรวจสอบสามเส้า ได้แก่ การใช้วิธีหลายวิธีในการเก็บข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และการ สนทนากลุ่ม และการเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันจากหลายบุคคลทั้งจากผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. ผู้นำ ชุมชน ทั้ง จากผู้ใหญ่บ้านและสมาชิกเทศบาล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เครือข่ายจังหวัด เลย⁴⁹ พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่มีอยู่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแล/รักษาเฉพาะเจาะจงได้ทำให้อัตราการเสียชีวิตและพิการอยู่ใน ระดับสูง โดยใน ปีงบประมาณ 2555 พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.1 และอัตราความพิการ ร้อยละ 67 เนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพ/ บุคลากร สวมมากขาดประสบการณ์และไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งเกิด จากการ สื่อสารแนวทางการดูแลไม่ทั่วถึง ปัญหาด้านการประสานงานและระบบการส่งต่อ นำไปสู่ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย แนวทางการส่งต่อแนวทางการคัดกรอง แนว ปฏิบัติการพยาบาล 6 หมวดใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์ของผู้ดูแล ประกอบด้วย การ ให้อาสาสมัครเยี่ยม ทางหลอดเลือดดำและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันปอดอักเสบจาก การสำลัก การป้องกันกาทิดเชื้อ ในระบบทางเดิน ปัสสาวะ การป้องกันแผลกดทับและพลัดตกหกล้ม การสร้างความตระหนักและให้ความรู้ การจัดรูปแบบการพยาบาลใหม่ โดยผู้ดูแลรายโรคการจัด

อัตรากำลังแบบผสมผสานการปรับบทบาทหน้าที่ และนิเทศทางการพยาบาล การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

พัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน⁵⁰ พบว่าด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีการนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหา และความต้องการแก้ไขปัญหาคู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนรับทราบและมีส่วนร่วมในการวางแผน ติดตามประเมินผล เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และความรู้ด้านจิตสังคม แบบประเมินทักษะปัญหาด้านจิตสังคม และแบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมวิเคราะห์เนื้อหาหลังการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแล และอสม. ในการดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวในการปฏิบัติทำให้ผู้ดูแล และอสม. มีความรู้และทักษะการปฏิบัติในระดับดีเพิ่มขึ้นตามลำดับ การฝึกทักษะการประเมินด้านจิตสังคมสามารถผ่านการทดสอบได้ในระดับดี และทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาชุมชนเกิดโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. เรื่องการจัดการอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้

งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในชุมชนการศึกษา⁵¹ ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยมี ทีมผู้ดูแล แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์/ญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และมีการใช้เครื่องมือการประเมินการทดสอบการคัดกรองความพิการทางสมอง (FAST) การประเมินการฟื้นตัวของมอเตอร์หลังจากโรคหลอดเลือดสมอง (FMA) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การตรวจสอบสภาพร่างกายแบบมินิ (MMSE) Bathel Indexc และพบว่าโปรแกรมที่สำเร็จต้องขึ้นกับองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย 2) ปัจจัยทางอารมณ์ 3) ปัจจัยทางสังคม 4) ทีมผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์ สอดคล้องกับ⁵² ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยในชุมชนจำเป็นต้องประกอบด้วย ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองญาติผู้ดูแล ทีม แพทย์ พยาบาล กายภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ จำเป็นต้องมีการประชุมประทีมบริหาร ประชุมทีมดูแล ประชุมพัฒนา ประชุมครอบครัว สรุปและพัฒนา เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแล และมีการแลกเปลี่ยนกระบวนการร่วมกันแก้ปัญหา สอดคล้อง⁵³ พบว่าการสนทนากลุ่มของญาติผู้ดูแล เพื่อมีกระบวนการแก้ปัญหา รวมถึงทีมเจ้าหน้าที่โดยมีการประชุมทีม 2 ครั้งให้วิธีการสนทนากลุ่ม รวมถึงใช้ระยะเวลาติดตามดูแลผู้ป่วย 3 เดือน และ 6 เดือน สอดคล้องกับ⁵⁴⁻⁵⁶ พบว่า เริ่มมีการติดตามทางการติดตามทางโทรศัพท์ ภายใน 2 วัน และติดตาม เยี่ยมบ้าน ภายใน 7-14 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตในช่วงแรกได้ และพบว่ากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมของญาติและทีมผู้ปฏิบัติ ต้องประกอบด้วย 1) การ

ระบุและการเลือกผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ 2) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ทั่วสเปกตรัมกิจกรรมการวิจัย 3) ทรัพยากรเฉพาะสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น 4) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ผ่านกระบวนการขององค์กร 5) การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น 6) กระบวนการมีส่วนร่วมที่โปร่งใส 7) การติดตามความผูกพัน และ การประเมินผลการมีส่วนร่วม

การกลับมารักษาซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าครอบครัวและผู้ดูแล เป็นปัจจัยทำนายได้ว่าผู้ป่วยสามารถกลับมารักษาซ้ำด้วยการติดเชื้อทางสายอาหาร 4.7 การไม่ให้อาหารทางสาย⁵⁷ และระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายเฉลี่ย 17.78 วัน⁵⁸⁻⁶⁰ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคทางหลอดเลือดทางหลอดเลือดสมอง (Recurrent Stroke) มาด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น UTI , Bed Sore , Pneumonia⁶¹⁻⁶³ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการอ่านคือโรคหลอดเลือดสมองกำเริบความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.94 โรคหัวใจ หลอดเลือดสมองร้อยละ 13.26 และโรคเบาหวาน/ ภาวะแทรกซ้อนเบาหวานร้อยละ 7.34 การสร้างสมรรถนะผู้ดูแลสามารถป้องกันเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบก่อน⁶⁴

ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยและผู้ดูแล จากทีพสหวิชาชีพ⁶⁵⁻⁶⁷ พบว่ามี 4 ด้านที่สำคัญ 1) ด้านทางร่างกายของผู้ป่วย ความต้องการทราบข้อมูลด้านข้อมูลทางด้านสุขภาพ 2) การเปลี่ยนแปลงทางความสัมพันธ์ 3) การดูแลการฟื้นฟูผู้ป่วย 4) ทางด้านสุขภาพจิต ความกลัวและความกังวลเกิดขึ้นเมื่อครอบครัว⁶⁸⁻⁷⁰ รวมถึงการเพิ่มศักยภาพให้ผู้ดูแลเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองโดยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและทันเวลา และ การปรับปรุงความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างผู้เชี่ยวชาญและทีมในระดับชุมชน รวมถึงการสนับสนุนทางทรัพยากร โดยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงภาวะทางการเงิน⁷¹⁻⁷²

การประเมินผลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁷³ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูร่างกายอย่างต่อเนื่อง จำนวน 234 รายที่ออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยใช้ดัชนี Barthel (BI) หลังจากการฟื้นฟูที่บ้านพบว่า ภายหลัง 6 เดือนมีค่า BI ดีขึ้น 1 - 3 โดยรวม ดัชนี Barthel (BI) สะท้อนถึงความคล่องตัวของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประกอบด้วยกิจกรรม 10 ด้าน ได้แก่ การให้อาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน การเดินขึ้นบันได การแต่งกาย การควบคุมลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ สุขอนามัยในตนเอง การใช้ห้องน้ำ และการอาบน้ำ จำนวนคะแนนสูงสุดที่สามารถรับได้คือ 5 คะแนน คือการปฏิบัติกิจวัตรตนเองได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ การแต่งกาย การควบคุมกระเพาะปัสสาวะ และการขึ้นบันได โดยมีค่า คะแนน BI ที่อยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 (ปฏิบัติไม่ได้) ถึง 100 (ปฏิบัติได้มากที่สุด)⁷⁴⁻⁷⁶ การศึกษายังพบว่า BI มีความน่าเชื่อถือ โดยผู้ประเมินต้องมีความชำนาญ ในการประเมินหลังการเกิด

โรคหลอดเลือดสมอง การประเมิน ดัชนี BI มีความเป็นมาตรฐานในการวัดผลลัพธ์ที่เหมาะสมสำหรับการทดลอง การฝึกการปฏิบัติ และการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁷⁶⁻⁷⁸ การประเมินภาวะพิการ (mRS) เป็นการวัดผลลัพธ์หลักที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดใน การทดลองโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ตัวชี้วัดที่เราสังเกตเห็นคือ การปรับปรุงการทำงานของระบบประสาท การทำงานของแขนขา ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้เรายังเปรียบเทียบระดับความทุกข์ทรมานหลังจาก 6 เดือน ที่ออกจากออกจากโรงพยาบาล⁷⁹⁻⁸¹

การเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การศึกษาพบว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่แย่ลงหลังจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ⁸² ซึ่งรวมถึงอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ผลลัพธ์ทางระบบประสาทและการทำงานที่แย่ลง การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาใหม่ที่สูงขึ้น และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง⁸³ รวมถึงปัจจัยทางโรคความดันโลหิต ที่ไม่สามารถควบคุมได้ และปัจจัยทางด้านารรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์⁸¹⁻⁸⁴

ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปฟื้นฟูที่บ้านพบว่าภาวะซึมเศร้าภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง (PSD) โรควิตกกังวล และความเหนื่อยล้าหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังโรคหลอดเลือดสมอง⁸⁵ ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่ นอกจากนี้ อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยคือ 20% ภายใน 6 เดือนแรกหลังโรคหลอดเลือดสมอง¹⁵ การรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 14 วันพบว่า ในผู้ป่วย 97 ราย (ร้อยละ 0.8) มีแผลกดทับระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการกลับไปฟื้นฟูร่างกายที่บ้าน ร้อยละ 5.4 พบว่า เกิดแผลกดทับ โดยมีปัจจัยทางด้าน อายุ น้ำหนักตัว โรคเบาหวาน และพยาธิสภาพ (BI น้อยกว่า 35) ในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวนาน รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด⁸⁶ และยังพบภาวะแทรกซ้อนด้านอื่น ได้แก่ภาวะ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 16 รวมถึงภาวะกลืนลำบาก (ความลำบากในการกลืนหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ภาวะปวดอึดเสบ ปัญหาของระบบกระดูก ข้อมือ หัวไหล่ จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังโรคหลอดเลือดสมองทั่วไปที่มีผลต่อได้ถึง ร้อยละ 80 หากไม่ได้รับการฟื้นฟูที่รวดเร็ว และถูกวิธี อาจนำไปสู่ภาวะพิกาได้⁸⁷ กลไกทางพยาธิวิทยาที่ระดับโครงกระดูกไม่ได้ให้ฐานโครงสร้างสำหรับการกู้คืนมอเตอร์ประสาท การจัดการซับซ้อนเหล่านี้เป็นสิ่งที่ท้าทายมาโดยตลอด ทำให้มอเตอร์และการคืนสภาพการทำงานมีความซับซ้อน^{89,90}

คุณภาพชีวิต การศึกษานี้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความทุกข์ทรมาน การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะจำหน่ายกลับบ้านช่วงแรก ผู้ป่วยมีความเครียด และความกังวล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผลกระทบของความรุนแรงของอาการทางสุขภาพ

การมีส่วนร่วมทางสังคม รวมถึงสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่ต้องได้รับการปรับปรุง เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย หลังจากออกจากโรงพยาบาลการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวตุรกี⁹¹ นำคะแนนไปเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีสุขภาพดี (ปฏิบัติการทางอารมณ์ การนอนหลับ การแยกทางสังคม และการเคลื่อนไหวทางกายภาพ) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในสังคมของเรา มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดี⁹² ในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในแถบอเมริกาใต้ มีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับระดับความพิการทางร่างกาย ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดลง การสนับสนุนทางด้านคุณภาพชีวิตเหล่านี้อาจมีความสำคัญในการวางแผนการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพภายในระยะยาว⁹³⁻⁹⁶

โดยสรุปงานวิจัยงานต่างประเทศและในประเทศพบข้อสังเกตดังนี้ กระบวนการขั้นตอนในการศึกษาวิจัย Qualitative Research Design เป็นรูปแบบ Action Research

ขั้นตอนแรกการศึกษาข้อมูลชุมชน เบื้องต้นเน้นการได้มาของข้อมูล การศึกษาข้อมูลในชุมชน ข้อมูลผู้ป่วย ญาติ ทีมวิชาชีพที่ดูแล

- ขั้นตอนการวิเคราะห์ เน้นการมีส่วนร่วมในการ ประชุมกลุ่ม ซึ่งเน้นถึงการได้มาของกระบวนการแก้ปัญหา อาจใช้เวลาในการประชุม 20 - 40 นาที ในกลุ่มผู้ป่วย และญาติ จำนวน 2 - 3 ครั้ง การประชุมทีมวิชาชีพ กลุ่มนี้เน้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ตามพยาธิสภาพของผู้ป่วย และทีมชุมชน เน้นการเขามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีการประชุมทีม

- ขั้นตอนการปฏิบัติ การทำกิจกรรมที่ได้มาจากการประชุมทีมผู้วิจัย และมีการแบ่งความรับผิดชอบ จะมีการประชุมทีมหลังการการปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยน และปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติ

- ขั้นตอนการประเมิน ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้แบบวัดที่ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ดังนี้ BI, ADL, ประสิทธิภาพการเคลื่อนไหว ประเมินทางสังคม ประเมินความพึงพอใจในระบบการดูแลรวมถึงการใช้การสังเกต การสนทนากลุ่ม

สรุปผลการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

ด้านตัวผู้ป่วย มีความต้องการในการดูแลทางด้านร่างกายที่รวดเร็ว โดยทีมเจ้าหน้าที่พยาบาล แพทย์ กายภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับพยาธิสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ กลัวโดนทอดทิ้ง ด้านสังคม กังวลเรื่องคนรอบข้าง ไม่มีรายได้ กลัวโดน

สังคมทอดทิ้งเพราะไม่ค่อยได้เข้าไปมีบทบาทเช่นเดิม มีความต้องการให้ชุมชนองค์กรเข้ามาช่วยเหลือ เรื่องการเดินทางไปหาหมอ เรื่องค่ายา เรื่องอุปกรณ์ที่ต้องใช้

ด้านผู้ดูแล ช่วงระยะแรก พบว่า มีความเครียดค่อนข้างสูง ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว กังวลเรื่องเวลาที่ต้องแบ่งมาดูแล ในส่วนความต้องการ พบว่า ต้องการให้มีทีมแพทย์พยาบาลมาช่วยแนะนำดูแล ต้องการมีคนช่วยเปลี่ยนมาดูแลบ้าง เพื่อตัวเองจะได้พัก ต้องการความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ที่มาช่วยฟื้นฟู

ด้านเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล กายภาพ นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีความรู้ความสามารถในการดูแล แต่ขาดประสบการณ์ ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าส่วนใหญ่ในการทบทวนวรรณกรรม จะมีการประชุมทีม 2 - 3 ครั้งเพื่อปรับปรุงข้อด้อย และพัฒนาต่อ และสิ่งที่พบคือการเชื่อมโยงเครือข่ายเมื่อพบปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

นำข้อมูลทั้งหมดมาสร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แลผู้ดูแล และนำไปใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มของทีมหมอครอบครัวละชุมชน เพื่อนำไปสู่ระยะเตรียมการ

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คลินิกหมอครอบครัว ทีมหมอครอบครัว บทบาทในการดูแลผู้ป่วยของทีมหมอครอบครัว แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระดับชุมชน ทั้ง 3 ระดับ ระดับนโยบายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะจำหน่าย ระบบบริการสุขภาพ ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทีมชุมชนการสนับสนุนทรัพยากร ประสานการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น และผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การเพิ่มทักษะการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการฟื้นฟู

การทบทวนงานวิจัย นำรูปแบบการติดตามของทีมเจ้าหน้าที่ ระยะเวลาที่ต้องรีบเข้าไปดูแลผู้ป่วยและญาติให้เร็วที่สุด ภายใน 1 สัปดาห์ ประเมินทักษะของผู้ดูแล รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ดูแล และติดตาม และมีความถี่ในช่วง 1 เดือนแรก ให้มีความถี่ในการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย กายปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการติดตามในระยะ 3 เดือน ส่วนการฟื้นฟูทางการพูดและความจำ อาจใช้เวลานานถึง 6 เดือน ถึง 1 ปี

ส่วนการช่วยเหลือดูแล โดยอาสาสมัครสาธารณสุข จากการทบทวนวรรณกรรมมีบทบาทในการเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี สามารถฟื้นฟูผู้ป่วย การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลเป็นอย่างดี แต่มีความต้องการในการเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วย

ด้านชุมชนจากการทบทวนพบว่า เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ การช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยส่งตรวจตามนัด สนับสนุนเงินช่วยเหลือหากผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าพิการ และสามารถเชื่อมโยงหน่วยงานภายนอกมาร่วมบริจาคสิ่งของ เช่น อาหาร เครื่องใช้ต่าง ๆ รวมถึงสนับสนุนนโยบายในเรื่องงานส่งเสริมอาสาสมัคร มีค่าตอบแทนที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

นำข้อมูลทั้งหมดในการทบทวนวรรณกรรม จากบทบาทของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยใคร มีขั้นตอนการดำเนินการอย่างไร และทีมหมอครอบครัว และชุมชน จะสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล ในด้านที่สำคัญ นำข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ขั้นตอน การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (AIC)

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Action research) มาสร้างกระบวนการประสานการมีส่วนร่วมของทีมเพื่อสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยสรุปได้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน

- ประชุมทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน ด้วยข้อกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- อบรมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แนวทางการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมหมอครอบครัว
- สนทนาทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนการปฏิบัติ

- ปฏิบัติตามแผนการดำเนินการ ทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน
- เพิ่มทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย การฟื้นฟู การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ โดยทีมหมอครอบครัว

ขั้นตอนการประเมิน

- ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วย
- สังเกตการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และทีมชุมชน
- สนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน

ขั้นตอนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการดำเนินการ

สรุปสิ่งที่นำมาใช้กับงานวิจัยครั้งนี้

- นำกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยระยะก่อนดำเนินการ ในการค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- รูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพ Action Research มาสร้างกระบวนการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และทีมชุมชน
- นำกระบวนการมีส่วนร่วม เข้ามาประยุกต์ใช้ในขั้นตอนของกระบวนการ Action Research เพื่อสร้างให้ทีมหมอครอบครัว และทีมชุมชน เข้ามาประสานการมีส่วนร่วม และใช้เทคนิค AIC เข้ามาในส่วนของกรวางแผน กิจกรรม กำหนดบทบาท ในทีมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- นำองค์ความรู้จากการทบทวน เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เข้ามาสร้างเป็นกิจกรรมในส่วนการให้ความรู้ของทีมชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความรูู้
- นำองค์ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การดูแล ทางด้านร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจ และทางสังคม รวมถึงการดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสม เข้ามาสร้างเป็นกิจกรรมในส่วนการให้ความรู้ของทีมชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความรูู้
- นำองค์ความรู้เรื่องการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเข้ามาสร้างเป็นกิจกรรมในส่วนการฝึกปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความรูู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- การทบทวนวรรณกรรม มาเป็นแบบในกระบวนการ Action search และ กำหนดกลุ่มทีมวิชาชีพที่เหมาะสมในการดูแล รวมถึงแบบวัดและแบบประเมินที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- การทบทวนวรรณกรรมนำไปเป็นกรอบเวลาในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา คือ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน รวมถึงการติดตามดูแลในช่วง 1 เดือนแรก ให้เพิ่มความถี่ในการดูแล และเน้นในส่วนการเพิ่มทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มความมั่นใจ และดูแลในส่วนทางสุขภาพจิต ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล
- การดูแลในส่วนของภาวะแทรกซ้อน และภาวะการ Re-admission นำมาเป็นผลในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- การทบทวนการมีส่วนร่วม นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามในการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

บทนี้เป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในอำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย เป็น 2 ระยะ คือ 1. ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) และ 2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ดังนี้

3.1 ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1.1 ทบทวนวรรณกรรม และสังเคราะห์องค์ประกอบ โดยในระยะนี้เป็นการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการเพื่อนำไปสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โรคหลอดเลือดสมอง และระยะการเกิดโรค และระยะการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยศึกษาและสังเคราะห์งานวิจัย ได้แก่รูปแบบการศึกษาการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูหรือการรักษาที่บ้าน โดยใช้วิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2561 และเผยแพร่ในฐานข้อมูลในประเทศ Thai Digital Collection - Thai Library Integrated System (TDC-ThaiLIS) ฐานข้อมูล Thai Journals Online (Thai Jo) และเผยแพร่ในฐานข้อมูลต่างประเทศได้แก่ ฐานข้อมูล Pub Med, ISI และ Scopus เป็นต้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสกัด และนำมาเป็นการศึกษา

3.1.2. ขั้นตอนการค้นหาปัญหาคือการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วย บทบาทการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

3.1.2.1 วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองดูแลที่ได้มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth Interview)

3.1.2.2 การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล และผู้นำชุมชน โดยใช้วิธีการ จากการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview)

3.1.2.3 การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของทีมหมอครอบครัวในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

3.1.3 สถานที่ และระยะเวลาในการศึกษา

ศึกษาวิจัยในอำเภอบ่อทองจังหวัดชลบุรี กิจกรรมกลุ่มจัดที่โรงพยาบาลบ่อทอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เดือน กันยายน - ตุลาคม 2563

ขั้นตอนการค้นหาค้นหาปัญหา การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากข้อมูลทุติยภูมิของโรงพยาบาลบ่อทอง และข้อมูลปฐมภูมิจากผู้ป่วยและญาติ ทีมหมอครอบครัว และชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม และสรุปข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ใช้ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูล 1 เดือน

3.1.4 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อยู่ในทะเบียนติดตามดูแลที่บ้าน ของโรงพยาบาลบ่อทอง และผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2562 - 2563 จำนวน 110 ราย ทีมหมอครอบครัว ในรพ.สต. 13 แห่ง อาสาสมัครสาธารณสุข 318 ราย ผู้นำชุมชน 6 ตำบล ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง

3.1.4.1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 25 คน

3.1.4.2. ผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 25 คน

3.1.4.3. ทีมหมอครอบครัว ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 10 คน

3.1.4.4. ทีมชุมชน (ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน/ กำนัน) จำนวน 10 คน

3.1.4.5. อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน

3.1.5 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนเตรียมการ การค้นหาค้นหา และความต้องการ

ทีมหมอครอบครัว

เครื่องมือที่ 1.1 แบบบันทึกการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลบ่อทอง

เครื่องมือที่ 1.2 ระบบการดูแลต่อเนื่อง Continuity of Care (COC) ในโรงพยาบาลบ่อทอง และทีมหมอครอบครัวเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เครื่องมือที่ 1.3 รูปแบบทีมเยี่ยมบ้าน Home Health Care และกิจกรรมของทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ทีมหมอชุมชน

เครื่องมือที่ 1.4 ข้อคำถามในการสนทนากลุ่มหมอครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด 5 ข้อ ประกอบด้วย สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม

- 1) นโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของทีมหมอครอบครัว (จุดเด่น และการพัฒนา)
- 2) ระบบบริการสุขภาพที่รองรับการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จุดเด่น และการพัฒนา)
- 3) บทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จุดเด่น และการพัฒนา)
- 4) บทบาทในการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นอย่างไร (จุดเด่น และการพัฒนา)
- 5) ความต้องการของทีมหมอครอบครัว มีความต้องการจะพัฒนาประสานความร่วมมือกันอย่างไร

เครื่องมือที่ 1.5 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ดูแล สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ

- 1) ผู้ป่วยประสบปัญหาในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรบ้าง (ช่วงเวลาที่ประสบปัญหาทางสุขภาพ) และผู้ดูแล ประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง
- 2) ปัญหาสุขภาพดังกล่าวผู้ป่วย และญาติต้องการให้ใครเข้ามาสนับสนุนและช่วยเหลือ
- 3) ปัญหาเรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วย ทางด้านร่างกาย จิตใจ ประสบปัญหาอย่างไรบ้าง
- 4) ปัญหาเรื่องการดูแล การตรวจตามนัด การรับยา สิทธิการรักษา เคยพบปัญหาอย่างไรบ้าง
- 5) ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ พบปัญหาใดบ้าง ต้องการความช่วยเหลือ อย่างไรบ้าง

เครื่องมือที่ 1.6 ข้อคำถามในการสนทนา กลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ

- 1) คุณมีบทบาทอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- 2) หน่วยงานในชุมชน ได้เข้าไปมีบทบาทอย่างไร ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- 3) ในเชิงนโยบาย ในการทำงานในระดับชุมชน มีแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างไร
- 4) ความต้องการของ อสม. และ ผู้นำชุมชน มีความต้องการจะพัฒนาการร่วมมือกับทีมหมอครอบครัว อย่างไรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

5) อสม. ผู้นำชุมชน ต้องการจะพัฒนาตนเองด้านใดบ้างในการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ร่วมกับทีมหมอครอบครัว

3.1.6 คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1.6.1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ความชัดเจนของข้อความ และความครอบคลุมสาระในแต่ละเรื่องเมื่อได้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เป็นการหาค่าความเที่ยงตรงที่ให้ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาว่าข้อสอบ หรือ ข้อคำถามแต่ละข้อ วัดได้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์การเรียนรู้มากน้อย เพียงใด โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อสอบวัดจุดประสงค์/ เนื้อหานั้น

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อสอบวัดจุดประสงค์/ เนื้อหานั้น

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อสอบไม่วัดจุดประสงค์/ เนื้อหานั้น

แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับ จุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) จาก

สูตร IOC $\frac{\sum R}{N}$

เมื่อ R แทน ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ได้ค่าความตรงของแบบสอบถาม (IOC) เท่ากับ 0.9

3.1.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมหมอครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ จากระบบ Continuity of Care (COC) ระบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้านเอกสารและเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน และแบบสรุบบัญญาของการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน การสนทนากลุ่ม ของทีมหมอครอบครัว

ทีมชุมชน เอกสารข้อมูลของการเข้ามามีบทบาทร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย หลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น กลุ่มคน หรือหน่วยงานองค์กรใดบ้าง มีเอกสารแบบบันทึก หรือแนวทาง ในการช่วยเหลือ

ทีมผู้ดูแล แบบบันทึก เอกสารการสอนที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย หลอด เลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบบบันทึกของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลช่วยเหลือ และ ปัญหาที่พบของผู้ดูแล

การสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชน ในเรื่องการ ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แนวทางและนโยบายในการทำงาน ร่วมกัน รวมถึงทรัพยากร และหน่วยงานที่เข้ามาช่วยเหลือ

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกผู้ป่วยแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ภาวะเครียด และแบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Modified Ranking Scale - MRS) การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อน ข้อติด และการเกิด แผลกดทับ

การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล ในส่วนของปัญหา ทางด้านสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ของผู้ป่วย และผู้ดูแล ปัญหาความต้องการ ความช่วยเหลือ

3.1.8 การแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยายเชิงพรรณนา อธิบาย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ทีมหมอบรรยายเชิงพรรณนา อธิบาย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง คะแนนการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน (BI) ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก ข้อคำถามในการสนทนาวิเคราะห์โดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ดีความ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) กระบวนการ Action Research ตามขั้นตอนของ Plan Do Check Action จนครบ 3 ระยะ

ระยะระยะพัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรยาย และ ชุมชน

3.2.1 สถานที่และระยะเวลาในการศึกษา

ศึกษาวิจัยในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี กิจกรรมกลุ่มจัดที่โรงพยาบาลบ่อทอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ตุลาคม 2563 - มิถุนายน 2564

3.2.2 ประชากร ตัวอย่างที่ศึกษา

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อยู่ในทะเบียนติดตามดูแลที่บ้าน ของโรงพยาบาลบ่อทอง และผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 118 ราย ปี 2563 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ เดือน กันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล ในช่วงดำเนินการทดสอบรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน ใช้จากการเปิดตาราง ประมาณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดความเชื่อมั่น ที่ 0.05 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power) ที่ 0.80 และขนาดของความสัมพันธ์ ที่ต้องการศึกษา (Effect Size) เท่ากับ 0.80 จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่เลือกรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลบ่อทอง และอยู่ในทะเบียนการติดตามเยี่ยมบ้าน 30 ราย ผู้ดูแล 30 ราย โดยการสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมสุ่มจากการจับฉลากโรงพยาบาลมีระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2) และมีลักษณะทางภูมิประเทศ และมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในทะเบียนการติดตามเยี่ยมบ้าน 30 ราย ผู้ดูแล 30 ราย โดยสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า

ทีมหมอครอบครัว จำนวน 4 ทีม ในอำเภอบ่อทองอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรม Caregiver ที่รับผิดชอบดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในตำบล

ทีมชุมชน ตัวแทนผู้นำชุมชนทั้งหมด 6 ตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่ง และเทศบาลตำบล 1 แห่ง

3.2.2.1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ระยะพัฒนากระบวนการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมในระดับพิธีกรรมหรือการมีส่วนร่วม โดยนำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยและผู้ดูแล ทีมหมอครอบครัว และทีมชุมชน

โดยใช้อบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพ ของทีมชุมชน และ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทีมหมอครอบครัว ดั่งมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1. การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 26 คน ผู้นำชุมชน จำนวน

10 คน

(1) การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอาการนำของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 6 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้



ตารางที่ 3.1. กิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้บรรยาย
1. อบรมความรู้ เรื่อง การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	อาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน ผู้นำชุมชน 10 คน	90 นาที	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
2. อบรมความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องใช้วัสดุทางการแพทย์ และการดูแลโรคร่วม	อาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน ผู้นำชุมชน 10 คน	90 นาที	พยาบาลเวชปฏิบัติ
3. อบรมความรู้เรื่อง การฟื้นฟูร่างกาย และจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	อาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน ผู้นำชุมชน 10 คน	60 นาที	นักกายภาพบำบัด พยาบาลสุขภาพจิต
4. อบรมความรู้เรื่อง การใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	อาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน ผู้นำชุมชน 10 คน	60 นาที	เภสัชกร พยาบาลด้านโภชนาการ
5. อบรมความรู้เรื่อง สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วย	อาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน ผู้นำชุมชน 10 คน	60 นาที	นักวิชาการ สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด

(2) การอบรมเชิงปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาลการช่วยเหลือสนับสนุน การเกิดภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด
สมองซ้ำ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม เวลาในการทำกิจกรรม 8 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้
ตารางที่ 3.2. การอบรมเชิงปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล

กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้บรรยาย
1. การฝึกปฏิบัติการ ฟื้นฟูผู้ป่วยด้านร่างกาย การใช้ อุปกรณ์เพื่อสนับสนุนผู้ป่วย และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	อาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน	120 นาที	นัก กายภาพบำบัด
2. ฝึกปฏิบัติการ ประเมินภาวะแทรกซ้อน การ ป้องกัน และการดูแล ภาวะแทรกซ้อน	อาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน	90 นาที	พยาบาลเวช ปฏิบัติ
3. ฝึกปฏิบัติการ ประเมินภาวะเครียด ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย	อาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน	90 นาที	พยาบาล สุขภาพจิต
4. ฝึกปฏิบัติการดูแล ด้านโภชนาการผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง การเตรียม อาหาร	อาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน	60 นาที	พยาบาลด้าน โภชนาการ

กิจกรรมที่ 2. การสนทนาแลกเปลี่ยนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ
ทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผ่านกระบวนการ AIC

ขั้นตอนการดำเนินการ AIC

ผู้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการประสานการมีส่วนร่วมในการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วยทีมหมอครอบครัว ได้แก่ แพทย์ 2 คน เภสัชกร 1

คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 9 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาลโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 6 คน แพทย์แผนไทย 2 คน พยาบาลสุขภาพจิต 1 คน อสม. 26 คน ผู้นำชุมชน 10 คน รวมทั้ง 60 ท่าน ที่ผ่านมีการอบรมในกิจกรรมที่ 1 จำนวน 14 ชั่วโมง ตามขั้นตอน AIC ดังนี้

ขั้นตอน A (Appreciation)

1) ผู้วิจัยรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในอำเภอบ่อทอง รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่ได้มาจากขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมถึงการสนทนากลุ่มของทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และ ผู้นำชุมชน เพื่อให้ทีมผู้เข้าอบรม ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในภาพอำเภอบ่อทอง (30 นาที)

2) แบ่งกลุ่มทีมออกเป็นที่ย่อยในลักษณะทีมเฉพาะ ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ พยาบาลสุขภาพจิต นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นทีมที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของโรงพยาบาลบ่อทอง ทีมที่ 2 ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข และทีมที่ 3 ทีมชุมชน ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่ และ เจ้าหน้าที่องค์กรท้องถิ่น โดยแต่ละทีมเขียนภาพการทำงานในส่วนที่ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของแต่ละทีม พร้อมให้แต่ละทีมนำเสนอการพูดคุยซักถาม (30 นาที)

3) ให้แต่ละทีมเขียนภาพถึงปัญหาที่พบ และการการต้องการความช่วยเหลือจากทีมอื่นนำเสนอ เพื่อจะสนับสนุนให้ทีมของตนเองเข้าไปมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย หลังจากเสร็จให้แต่ละทีมนำเสนอแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ตัวแทนกลุ่มนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม มีการพูดคุยซักถาม (60 นาที)

4) ผู้วิจัย และผู้ร่วมประชุม ช่วยกันสรุปภาพ พึ่งปรารถนา ที่อยากให้ เป็น ที่ต้องการในอนาคตจากความคิดทั้ง 3 กลุ่มย่อย

สรุปในขั้นตอนนี้ พบว่าแต่ละทีม มีความสนใจที่เข้าไปสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีวิสัยทัศน์เพื่อลดปัญหาความพิการผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพในการติดตาม และการสนับสนุนในด้านทรัพยากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามความจำเป็น

ขั้นตอน I (Influence)

- แต่ละทีมให้เข้าร่วมกลุ่มย่อยตามเดิม คิดถึงกิจกรรมตามกรอบความสามารถ

ของแต่ละทีม เพื่อเข้าไปสนับสนุนตามวิสัยทัศน์และวัตถุประสงค์ของทีม คิดกิจกรรมการเข้าไปสนับสนุนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน นำเสนอภาพกิจกรรมของกลุ่มตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในระดับชุมชน (60 นาที)

- ประชุมทีมใหญ่จากแผนกิจกรรมของแต่ละทีม ผู้วิจัยเข้าร่วมช่วยสรุปในกิจกรรมที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยออกมาเป็นภาพรวมของทีมในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี (60 นาที)

สรุปภาพกิจกรรมการดูแล และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

- ทีมหมอครอบครัว และทีมชุมชน ประกอบด้วยประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลสุขภาพจิต พยาบาลด้านโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และอสม. กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนองค์กรท้องถิ่น จิตอาสา ในระดับอำเภอ

- ทีมฟื้นฟูร่างกาย และสุขภาพจิต ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด พยาบาลสุขภาพจิตพยาบาลด้านโภชนาการ แพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุข

- ทีมประเมินความพร้อม ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาล รพ.สต. นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรท้องถิ่น

ขั้นตอน C (Control)

ขั้นตอนนี้เป็นการจัดชุดทีมฝึกการติดตามผู้ป่วยที่บ้านมีสถานการณ์จริงในการ

ฝึกกับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในตึกผู้ป่วยเพื่อรอการกลับบ้าน โดยให้ทีมปฏิบัติตามบทบาท ผู้วิจัยสังเกตการณ์ปฏิบัติของทีม โดยมีการฝึกแสดงบทบาทแบบกิจกรรมจริง แบ่งออกเป็น 2 ชุดทีมพร้อมแบบประเมินติดตามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของแต่ละทีม (60 นาที)

ทั้ง 2 ทีมสรุป และนำเสนอของการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บ้านตามบทบาทและกิจกรรมของแต่ละทีม (60 นาที)

ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมอบรมสรุปปรับแผนกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การดำเนินการ

ติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (60 นาที)

หลังจาสิ้นสุดการประชุมเชิงปฏิบัติการ AIC นำแผนการปฏิบัติการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน (Plan) กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ สร้างกระบวนการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้านพร้อมสรุปแผนการทำงาน

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

- ประชุมทีมหมอครอบครัว และทีมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ร่วมกับผู้ป่วย และญาติ
 - ทีมหมอครอบครัวฝึกทักษะ ผู้ดูแล และ อาสาสมัครสาธารณสุข ตามอาการ และ แนวทางการดูแลผู้ป่วยรายกรณีจากการบันทึกส่งต่อจาก ศูนย์ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง Continuity of Care (COC)
 - สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วย เรื่องความต้องการความช่วยเหลือจากทีมหมอครอบครัว และทีมชุมชน
 - ปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยระยะ 1 เดือน ทีมหมอครอบครัวในขั้นตอนการปฏิบัติมีระยะติดตามช่วงแรก 1 เดือน โดยกำหนดให้ทีมหมอครอบครัว ติดตามครั้งแรกหลังจากการรับผู้ป่วยจากทีมส่งต่อ (COC) ภายในไม่เกิน 7 วัน และทีมหมอครอบครัว จะติดตาม 14 วัน และ 21 วัน ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) เมื่อติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบ 1 เดือน

- ประเมินผลลัพธ์ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินกระบวนการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และ ทีมชุมชน
- สทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน เรื่องกระบวนการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Action) ผู้วิจัยสรุปข้อดีและปัญหาของการดูแล เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการปรับปรุง เพื่อวางแผน หรือการจัดกิจกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน สรุป และเตรียมสะท้อนข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะติดตาม 3 เดือน ซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

นำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Action) ของ ระยะติดตาม 1 เดือน เข้าสู่กระบวนการสนทนากลุ่มของทีมหมอครอบครัวชุมชน โดยสรุปผลลัพธ์ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สะท้อนข้อมูลของการปฏิบัติการประสานมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ข้อดี และข้อด้อย เพื่อพัฒนากิจกรรมจัดทำแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ระยะ 3 เดือน ของแต่ละทีม นำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่บ้าน ระยะที่ 1 การเพิ่มทักษะความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยทีมหมอครอบครัว หรือประสานหน่วยงานที่มีทักษะตรงความต้องการ ชุมชน การช่วยเหลือดูแลปฏิบัติตามแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) เมื่อติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบ 3 เดือน ให้มีการประเมินผล

- ประเมินผลลัพธ์ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินกระบวนการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน
- สนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน เรื่องกระบวนการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Action) ผู้วิจัยสรุปข้อดีและปัญหาของการดูแลเพื่อนำ

เข้าสู่กระบวนการปรับปรุง เพื่อวางแผน หรือการจัดกิจกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน สรุป และ เตรียมสะท้อนข้อมูล

ระยะ 3 ระยะติดตาม 6 เดือน ซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

- ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

นำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Action) ของ ระยะที่ 2 เข้าสู่กระบวนการสนทนากลุ่มของทีมหมอครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแล โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลการสรุปผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

- ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่บ้าน การเพิ่มทักษะความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยทีมหมอครอบครัว หรือประสานหน่วยงานที่มีทักษะตรงความต้องการ ทีมชุมชน การช่วยเหลือดูแลปฏิบัติตามแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้านของทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน และผู้ดูแล ตามแผนการปฏิบัติในระยะที่ 3 ระยะติดตาม 6 เดือน

- ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) เมื่อติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบ 6 เดือน

- ประเมินผลลัพธ์ผลลัพธ์ ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินกระบวนการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

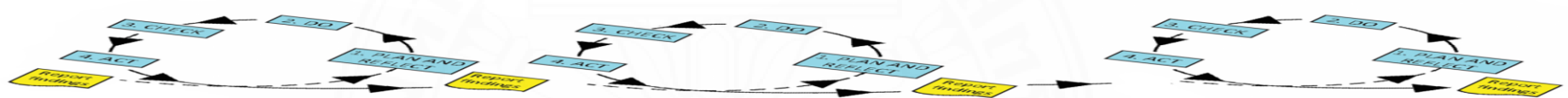
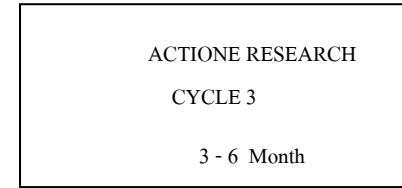
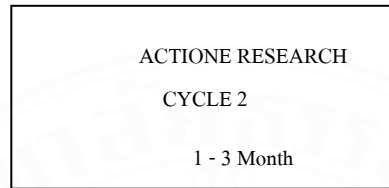
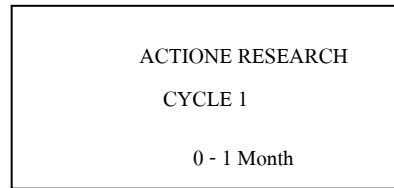
- สนทนากลุ่ม ทีมหมอครอบครัว และชุมชน เรื่องกระบวนการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

- ประเมินการมีส่วนร่วมทีมหมอครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

- ประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Action) สรุปและสะท้อนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน ระยะติดตาม 6 เดือน รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ครบ 6 เดือน และรายงานผลการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ACTIONE RESEARCH ระยะเวลาที่ 1

1. Plan กิจกรรมที่ 1.1 ถึง กิจกรรม 1.4
- ประชุมเชิงปฏิบัติการ AIC
2. Do ปฏิบัติตามกิจกรรม ของแต่ละทีม จนครบ 1 เดือน
3. Check ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วย ประเมินการประสานการมีส่วนร่วม
- สนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว ทีม

๑๖๑๑๖๑

ACTIONE RESEARCH ระยะเวลาที่ 2

1. Plan การสนทนากลุ่ม วางแผน กิจกรรม
2. Do ปฏิบัติตามแผนกิจกรรมในแต่ละทีม จนครบ 3 เดือน
3. Check ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วย ประเมินการประสานการมีส่วนร่วม สนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน
4. Act กระบวนการปรับปรุง และ

ACTIONE RESEARCH ระยะเวลาที่ 3

1. Plan การสนทนากลุ่ม วางแผน กิจกรรม
2. Do ปฏิบัติตามแผนกิจกรรมในแต่ละทีม จนครบ 6 เดือน
3. Check ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วย ประเมินการประสานการมีส่วนร่วม สนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน
4. Act สรุปลงข้อมูลในแต่ละระยะ รายงานผล

3.2.2.2 เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการ (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ กลับไปพักรักษาที่บ้าน และอยู่ในทะเบียนการติดตามดูแล ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลบ่อทอง
- 2) ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ปฏิบัติ ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และผู้กระทำหน้าที่ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือเครือข่ายพี่น้อง ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนสามารถ พูด อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ ได้รับการฝึกปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 3) ทีมหมอครอบครัว เป็นบุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรงตามวิชาชีพตามกรอบอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลบ่อทอง
- 4) อสม. ผ่านการอบรม Caregiver และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในการเป็น อสม. มากกว่า 1 ปี
- 5) ผู้นำชุมชนปฏิบัติงานหรือมีคำสั่งให้ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย
- 6) ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติดูแลในเรื่องเกี่ยวกับสาธารณสุข

3.2.2.3. เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วย ระหว่างดำเนินการวิจัยผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จนไม่สามารถร่วมการศึกษาวิจัยต่อได้
- 2) ผู้ดูแล ไม่สามารถอยู่จนครบกระบวนการดำเนินการวิจัย
- 3) ทีมหมอครอบครัว ไม่สามารถอยู่จนครบกระบวนการดำเนินการวิจัย
- 4) อสม. ไม่สามารถอยู่จนครบกระบวนการดำเนินการวิจัย
- 5) ผู้นำชุมชน ไม่สามารถอยู่จนครบกระบวนการดำเนินการวิจัย
- 6) ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ไม่สามารถอยู่จนครบกระบวนการดำเนินการวิจัย

3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

เครื่องมือที่ 2.1 อบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และอาการนำของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ 2.2 อบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การช่วยเหลือสนับสนุน การเกิดภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

เครื่องมือที่ 2.3 อบรมเชิงปฏิบัติการอาสาสมัครสาธารณสุขเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมการฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เครื่องมือที่ 2.4 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (AIC) ทีมหมอครอบครัว และชุมชน ตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

เครื่องมือที่ 3.1 แบบบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทีมหมอครอบครัว

เครื่องมือที่ 3.2 แบบบันทึกติดตามการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของ
อสม

เครื่องมือที่ 3.3 ข้อคำถามการสนทนากลุ่ม หมอครอบครัว ทีมชุมชน
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล (Focus Group Discussion)

ขั้นตอนการประเมิน (Check) ประเมินผลลัพธ์ดังนี้

เครื่องมือ 4.1. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Barthel index) แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว

เครื่องมือที่ 4.2 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ 4.3 วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI

เครื่องมือที่ 4.4 แบบสอบถามเรื่องการประสานมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว
ทีมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เครื่องมือที่ 4.5 ข้อคำถามในการสนทนากลุ่มทีมหออกรอบครัว ทีมชุมชน (Focus Group Discussion)

ขั้นตอนการการปรับปรุงแก้ไข (Action)

เครื่องมือที่ 5.1 แบบสรุปผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อ 4.1, 4.2, 4.3 และ 4.4

เครื่องมือที่ 5.2 แบบสรุปการสนทนากลุ่มทีมหออกรอบครัว (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก In-Depth Interview) ผู้ป่วยและญาติ

3.2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ได้แก่ งามในการสนทนากลุ่ม ระยะดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แบบประเมินการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมิน Barthel Index (BI) แบบประเมินภาวะพิการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก ทั้ง 2 ระยะ ตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

3.2.4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปทีมหออกรอบครัว และชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน การประสานมีส่วนร่วมของทีมหออกรอบครัว ทีมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม ในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 5 คำถาม การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 6 ข้อ การมีส่วนร่วมในการรับรู้ประโยชน์ร่วมกันประกอบ 4 ข้อ และการมีส่วนร่วมในการติดตาม และ ประเมินผล 3 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเชิงบวก และคำถามเชิง โดยใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนเชิงบวก	คะแนน
เชิงลบ		
มีส่วนร่วมมากที่สุด	5	1
มีส่วนร่วมมาก	4	2
มีส่วนร่วมปานกลาง	3	3
มีส่วนร่วมน้อย	2	4
ไม่มีส่วนเลย	1	5

การแปลผล

คะแนนการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการวางแผนการ คะแนน 5 – 25 คะแนน และสามารถเปรียบเทียบตามเกณฑ์ ดังนี้

5 - 10 คะแนน แสดงถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนการ ระดับต่ำ

11 - 17 คะแนน แสดงถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนการ ระดับปาน

กลาง

18 - 25 คะแนน แสดงถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนการ ระดับสูง

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ คะแนน 6 – 30 คะแนน และสามารถเปรียบเทียบตามเกณฑ์ ดังนี้

6 - 13 คะแนน แสดงถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ระดับต่ำ

14 - 22 คะแนน แสดงถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ระดับปาน

กลาง

23 - 30 คะแนน แสดงถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ระดับสูง

การมีส่วนร่วมในการรับรู้ประโยชน์ร่วมกัน 4 - 20 คะแนน และสามารถเปรียบเทียบตามเกณฑ์ ดังนี้

4 - 8 คะแนน แสดงถึง การมีส่วนร่วมในการรับรู้ประโยชน์ร่วมกัน

ระดับต่ำ

9 - 13 คะแนน แสดงถึง การมีส่วนร่วมในการรับรู้ประโยชน์ร่วมกัน ระดับปานกลาง

14 - 20 คะแนน แสดงถึง การมีส่วนร่วมในการรับรู้ประโยชน์ร่วมกัน ระดับสูงการมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล 5 - 15 คะแนน และสามารถเปรียบเทียบตามเกณฑ์ ดังนี้

5 - 8 คะแนน แสดงถึง การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล ระดับต่ำ

9 - 12 คะแนน แสดงถึง การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล ระดับปานกลาง

13 - 15 คะแนน แสดงถึง การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล ระดับสูง

ส่วนการวัดที่ 2 แบบบันทึก โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

- แบบบันทึก แบบบันทึกทีมหมอครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

- แบบประเมินด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งการบันทึกนี้จะบันทึกระยะ 1 เดือน ระยะ 3 เดือน และระยะ 6 เดือน เพื่อนำมาเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แผนการอบรม อสม. ผู้นำชุมชน เรื่องความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แบบประเมินการมีส่วนร่วม และผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ความชัดเจนของข้อความ และความครอบคลุมสาระในแต่ละเรื่องเมื่อได้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

- การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เป็นการหาค่าความเที่ยงตรงที่ให้ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาว่าข้อสอบ หรือ ข้อคำถามแต่ละข้อ วัดได้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหา หรือวัตถุประสงค์การเรียนรู้มากน้อย เพียงใด โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อสอบวัดจุดประสงค์/ เนื้อหานั้น

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อสอบวัดจุดประสงค์/ เนื้อหานั้น

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อสอบไม่วัดจุดประสงค์/ เนื้อหานั้น

แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับ จุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC)

จาก สูตร $IOC = \frac{\sum R}{N}$

เมื่อ $\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ได้ค่าความตรงของแบบสอบถาม (IOC) เท่ากับ 0.8

3.2.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

พัฒนาการประสานการมีส่วนร่วมทีมหมอครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย หลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การสนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน เพื่อทราบข้อมูลของการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่บ้าน ในอำเภอบ่อทอง สะท้อนปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

ทีมหมอครอบครัวใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้าน ในช่วง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อเนืองที่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุข ติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับผู้ดูแล จด แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยของอสม อาสาสมัครสาธารณสุข บันทึกติดตามทุกสัปดาห์ ในช่วง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อเนืองที่บ้าน

ชุมชน เข้าร่วมสนทนาหาปัญหา แนวทางการแก้ไขตามความต้องการของผู้ดูแล เพื่อ ช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยมีแบบสำรวจและการแก้ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

ในกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์กรบริหารส่วน โดย ชุมชนเข้าไปเพื่อสอบถามปัญหาและการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในช่วง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อเนืองที่บ้านหลังจากปฏิบัติตามแผนจะมีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ทีมหมอครอบครัว และทีมชุมชนสัปดาห์ ในช่วง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อเนืองที่บ้านหลังจากการปฏิบัติตามแผนจะมีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้ป่วยและญาติในช่วง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อเนืองที่บ้าน

ขั้นตอนการประเมิน (Check)

การประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อเนืองที่บ้าน

การประเมินจากแบบสอบถามเรื่องการประสานมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในช่วง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อเนืองที่บ้าน

ขั้นตอนการการปรับปรุงแก้ไข (Action)

ผู้วิจัยสรุปการจัดหมวดหมู่ จัดกลุ่ม ข้อความสะท้อนกิจกรรม ผลการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงกิจกรรม กระบวนการนำไปสู่พัฒนาการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้านว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ นำข้อดี และข้อด้อย เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการปรับแผนใหม่ในช่วง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อเนืองที่บ้าน

3.2.6 การแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยายเชิงพรรณนา อธิบาย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน และปัญหาด้านสุขภาพ คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อคำถามในการสนทนาวิเคราะห์โดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ติความ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

ระยะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหอครอบครัว ชุมชน และผู้ดูแลในการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการมี
ส่วนร่วมของทีมหอครอบครัว ทีมชุมชน ข้อคำถามในการสนทนาโดยใช้เทคนิค AIC วิเคราะห์โดย
การถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ตีความ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิง
เนื้อหา (Content Analysis) ประเมิน ระยะประเมิน 3 ระยะ ที่ระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) และการสังเกตการณ์ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก การ
ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหอครอบครัว ทีมชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล
วิเคราะห์โดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ตีความ จัดหมวดหมู่ และ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ประเมิน ระยะประเมิน 3 ระยะ ที่ระยะ 1 เดือน 3 เดือน
และ 6 เดือน

ขั้นตอนการประเมิน (Check)

แบบบันทึก ข้อคำถามในการสนทนาวิเคราะห์โดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้อง
ของข้อมูล แยกแยะ ตีความ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่
บ้าน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์เปรียบเทียบตามระยะประเมิน 3 ระยะ ที่
ระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคส
แควร์ และ Run by GLM Repeated Measures

ขั้นตอนการการปรับปรุงแก้ไข (Action) สรุปลงจากแบบประเมินการปฏิบัติ และการ
ประสานมีส่วนร่วมของทีมหอครอบครัว ชุมชนตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ตีความ
จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ประเมิน ระยะประเมิน 3 ระยะ ที่ระยะ
1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ขั้นตอนเปรียบเทียบผลลัพธ์ ระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างอำเภอที่มีบริบททางระบบบริหารสุขภาพคล้ายคลึงกัน
โดยใช้สถิติ สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และ Run by
GLM Repeated Measures

3.3 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญและคำนึงถึงสิทธิของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเริ่มการวิจัยผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการวิจัย โดยส่งเอกสารการวิจัย และโครงการวิจัย เพื่อขอการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (คณะแพทยศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ให้ดำเนินการวิจัยได้เอกสารรับรองเลขที่ MTU-EC-ES-0-110/63 (ภาคผนวก ก) หลังจากได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือว่าเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม และนำประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นขึ้นขั้นตอน และวิธีการศึกษา

3.4 ความใหม่ของงานวิจัย

เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของทีมวิชาชีพ ในรูปแบบของทีมหมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย พยาบาลสุขภาพจิต อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น ร่วมกับทีมชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน หรือ กำนัน และ ผู้ที่มีบทบาทในงานด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในองค์กรท้องถิ่น ร่วมกับผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเครือญาติ ที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อ เข้ามามีส่วนรวมกันในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมถึงการเพิ่มศักยภาพทรัพยากรบุคคลในชุมชน เพื่อดึงศักยภาพของแต่ละทีมเข้ามามีบทบาท และทำงานร่วมกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน โดยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) และระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) กระบวนการ Action Research ตามขั้นตอนของ Plan Do Check Action (PDCA) และมีการดำเนินการในกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม แบ่งออกเป็น ก่อนได้รับรูปแบบ (หลังจำหน่าย) กับหลังการได้รับรูปแบบ (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) ซึ่งมีผลการวิจัยและอภิปรายผล ได้ตามหัวข้อ ดังนี้

4.1 ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase)

4.1.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

4.1.1.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4.1.1.2 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ดูแลผู้ป่วย

4.1.1.3 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน

4.1.2 ผลการศึกษาปัญหา และความต้องการ

4.1.2.1 ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

4.1.2.2 ผลการศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

4.1.2.3 ผลการศึกษา ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

4.1.2.4 ผลการศึกษา ทีมหมอครอบครัว โดยการสนทนากลุ่ม

4.1.3 สรุปการจัดกลุ่มข้อมูล

4.1.3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย

4.1.3.2 ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4.2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase)

4.2.1 พัฒนาทีมการประสานงานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

4.2.1.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชน

4.2.1.2 ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนนโยบาย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผ่านกระบวนการ Appreciation - Influence - Control (AIC)

(1) รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 0-1 เดือน (0-30 วัน)

(2) รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 0-3 เดือน (0-90 วัน)

(3) รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 0-6 เดือน (0-180 วัน)

4.2.1.3 เปรียบเทียบคะแนน การประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ก่อนการได้รับรูปแบบ กับหลังการได้รับรูปแบบ (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)

4.2.2 การทดลอง รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล

4.2.2.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

(1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

(2) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

4.2.2.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์

(1) ค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ก่อน กับหลังการได้รับรูปแบบ (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)

(2) ค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)

(3) ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ ด้านโภชนาการ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ ภายในกลุ่มกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

(4) ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ ด้านโภชนาการ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

(5) ค่าเฉลี่ย (mRS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ก่อน กับหลังการได้รับรูปแบบ (ระยะติดตาม 3 และ 6 เดือน)

(6) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

(7) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

(8) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

(9) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

4.3 อภิปรายผลการวิจัย

จากหัวข้อข้างต้น มีรายละเอียดผลการวิจัยและอภิปรายผล ดังนี้

4.3.1 ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase)

ผลการค้นหาปัญหาโดยสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน (ที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน) ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และผู้นำชุมชน และโดยการสนทนากลุ่ม ทีมหมอครอบครัว (ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย) ได้ผลดังนี้

4.3.1.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 25 คนที่เข้าร่วมในการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52 อยู่ในช่วงอายุ 25 ถึง 81 ปี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.97 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 19.86 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40 ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเกือบหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 24) ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (DM) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 64) เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52) มีภาวะแทรกซ้อนด้านการเคลื่อนไหวกับข้อติด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52) ไม่ได้มีความพิการทางร่างกาย ในการเยี่ยมติดตามเป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยมีดัชนี Barthel Index (BI) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.15 คะแนน ถือว่าสูงมาก ภายใน 28 วันหลังจากโรงพยาบาลครั้งแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) ถูกส่งกลับโรงพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอบ่อทอง จังหวัด
ชลบุรี (n=25 คน)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	12 (48.00)
- หญิง	13 (52.00)
อายุ (ปี), Mean \pm SD	61.97 \pm 19.86
- \leq 35	7 (28.00)
- $>$ 35	18 (72.00)
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง	
- Ischemic stroke	20 (80.00)
- Hemorrhagic stroke	4 (16.00)
- Transient Ischemic Attack (TIA)	1 (4.00)
โรคประจำตัว	
- Hypertension	10 (40.00)
- Diabetic mellitus	6 (24.00)
- Dyslipidemia	3 (12.00)
- Heart disease	1 (4.00)
- มีมากกว่า 1 โรคร่วมกัน	5 (20.00)
ประเภทของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วย	
- Intensive Care Unit (ICU)	9 (36.00)
- Stroke unit	16 (64.00)
ภาวะแทรกซ้อน	
- Bedsores	5 (20.00)

- Ankylosis and motion with ankylosis	13 (52.00)
- Infection	1 (4.00)
Barthel ADL index at 6-month follow-up visit (Mean \pm SD) (N=18)	98.15 \pm 54.55
กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 28 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล	3 (12.00)
- ไม่เคยเข้ารับรักษาด้วยอาการ stroke ชั่ว	17 (68.00)
- เข้ารับรักษาอาการ stroke ชั่ว 1 ครั้ง	5 (20.00)
- เข้ารับรักษาอาการ stroke ชั่ว มากกว่า 1 ครั้ง	

4.3.1.2 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

(ร้อยละ 88)อายุมากกว่า 35 ปี (71.12) และมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือสูงกว่า (ร้อยละ 52) ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว (ร้อยละ 84) ทำงานด้านเกษตรกรรม (ร้อยละ 72) ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมผู้ดูแล (ร้อยละ 88) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58) ดังตารางที่ 4.2

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	3 (12.00)
- หญิง	22 (88.00)
อายุ (years) (Mean \pm SD)	65.4 \pm 18.6
- \leq 35	7 (28.88)
- $>$ 35	18 (71.12)
ระดับการศึกษา	

- ต่ำกว่า หรือเท่ากับประถมศึกษา	12 (48.00)
- สูงกว่าประถมศึกษา	19 (52.00)
สถานะภาพ	
- สมรส	21 (84.00)
- โสด	4 (16.00)
อาชีพ	
- รับจ้างทั่วไป รับราชการ ธุรกิจส่วนตัว	7 (28.00)
- เกษตรกร	18 (72.00)
ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
- ได้รับการอบรม	22 (88.00)
- ไม่ได้รับการอบรม	3 (12.00)
โรคประจำตัว	
- มี	11 (42.00)
- ไม่มี	14 (58.00)

ตารางที่ 4.2 ลักษณะทางประชากร ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี (n=25 คน)

4.1.1.3 ลักษณะทางประชากร ของทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน

ทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 35 ปี อสม. และผู้นำชุมชน อายุมากกว่า 35 ปี (ร้อยละ 80, ร้อยละ 87.50) ระดับการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) และทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่อสม. ทุกคนวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี สถานภาพพบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) และอสม. ส่วนใหญ่ (80%) มีสถานภาพสมรสคู่ ในขณะที่ทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) สถานภาพโสด ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ทำงานที่ชุมชนนี้ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ดังตารางที่ 4.3



ตารางที่ 4.3 ลักษณะทางประชากร ของทีมหมอบครบคร้ว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ ผู้นำชุมชนอำเภอป่องทอง จังหวัดชลบุรี (n=28 คน)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ทีมหมอบ ครบคร้ว (n=10)	อาสาสมัคร สาธารณสุข (n=10)	ผู้นำชุมชน (n=8)
เพศ			
- ชาย	2 (20.00)	1 (10.00)	1 (12.50)
- หญิง	8 (80.00)	9 (90.00)	7 (87.50)
อายุ			
- ≤ 35	8 (80.00)	2 (20.00)	1 (12.50)
- > 35	2 (20.00)	8 (80.00)	7 (87.50)
ระดับการศึกษา			
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	2 (20.00)	10 (100.00)	2 (25.00)
- ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญา ตรี	8 (80.00)	-	6 (75.00)
สถานภาพ			
- สมรส	3 (30.00)	8 (80.00)	7 (87.50)
- โสด	7 (70.00)	2 (20.00)	1 (12.50)
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน ชุมชน			
- น้อยกว่า 3 ปี	3 (30.00)	2 (20.00)	3 (37.50)
- มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี	7 (70.00)	8 (80.00)	5 (62.50)

4.1.2 ผลการศึกษาปัญหา และความต้องการ

4.1.2.1 ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

(1) ปัญหาทางด้าน สุขภาพร่างกาย จิตใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีปัญหาทางร่างกายด้านการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ เดิน การขับถ่าย เป็นต้น ทั้งยังพบปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล และภาวะอารมณ์ ความรู้สึกหดหู่ การขาดนัดเพื่อตรวจรักษา โดยเฉพาะในช่วงเดือนแรกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

“ในตอนแรก มีปัญหาที่แขนขาซ้าย ฉันเดินไม่ปกติเลย ในการเดินยังต้องใช้

อุปกรณ์ เมื่อเดินรู้สึกว้าวุ่นแต่ไม่สามารถขยับได้” (หญิง อายุ 49 ปี)

“หลังจากกลับบ้าน ตักข้าวกินไม่ได้ มือจับช้อนตักข้าว ยกใส่ปากไม่ได้ อาบน้ำก็ต้องนั่งเก้าอี้ ให้เมียอาบให้” (ชาย อายุ 68 ปี)

“ลูกมีปัญหาในเรื่องการเดินเข้าห้องน้ำ ช่วงแรกลำบากไม่มีใครอยู่ที่คลานเอา มีปัญหาห้องน้ำไกล (ห้องน้ำแยกออกจากตัวบ้าน)” (ชาย อายุ 56 ปี)

“ฉันคิดว่า ทำไมฉันยังไม่ตายในโรงพยาบาล ฉัน รู้สึกว่าตัวเองเป็น ภาระในครอบครัว ในช่วงแรกของการกลับมาอยู่บ้าน” (หญิง อายุ 56 ปี)

“เมื่อหมอนัดตรวจไม่มีรถไปโรงพยาบาล ผมไม่ได้ไปตามนัดหมอ บางครั้งยามหมด ผู้ดูแลก็จะไปปรับแทน เพราะผมไม่สามารถขี่มอเตอร์ไซด์ได้ในช่วง หนึ่งถึง สอง เดือน แรกหลัง จาก เป็นโรคหลอดเลือดสมอง” (ชาย อายุ 38 ปี)

(2) ปัญหาทางด้าน สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสิ่งสนับสนุนต่อการฟื้นฟูสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม เช่น ร่วมงานบุญ งานแต่ง หรืองานประเพณี ปัญหาภาระหนี้สิน และ การใช้จ่าย ด้านที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่บ้าน เช่น พื้นห้องน้ำ ที่ขยับถ่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ยัง

ขาดอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว เช่น ไม้ค้ำยัน เตียงสำหรับผู้ป่วย อุปกรณ์ในการทำ
กายภาพ

“ตั้งแต่ป่วยเดือนแรกนะ ไม่เคยมีญาติมาเยี่ยมเลย งานบวชหลานก็ไม่ได้
ทั้งที่ตั้งใจนะ ยังคิดเลยว่าตอนตายจะมีใครมางานไหม” (หญิง อายุ 42 ปี)

“จะไปเข้าห้องน้ำช่วงแรกนั่งคอห่าน (ห้องน้ำแบบนั่งราด) ลำบากมาก
กลางคืนต้องหากระป๋องมาไว้ ลำบากเมีย ลูก” (ชาย อายุ 62 ปี)

“บ้านนี้ก็เดินลำบากหมอ พี่ไม่เสมอ ผนตาก็สิ้น ฉันเดินเกาะไม้ไปมา ไม้
ทำอุปกรณ์ก็ไม่มีเงินซื้อ ฉันก็กลัวจะล้มอีก” (หญิง อายุ 55 ปี)

“ฉันไม่ได้ทำงานมาเกือบ 4 เดือนแล้ว ตั้งแต่ฉันเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
ฉันไม่มีรายได้ และยังมีภาระค่ารถ เงินที่ฉันมีมักจะใช้เป็นค่าเล่าเรียนของลูก
ของฉัน ก็จะถูกนำไปใช้ค่ายา และค่าเดินทางไปหาหมอที่โรงพยาบาล
แทน ฉันคิดว่าปัญหาหลักคือการเงินระหว่างที่ฉันป่วย” (ชาย อายุ 47 ปี)

3) ความต้องการ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทางด้านบริการทางการแพทย์ เพื่อช่วย
ดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ลดภาระ
หนี้สิน และค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อค่าอุปกรณ์ที่จำเป็น ต้องการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อม
ที่บ้าน

“ปัญหาที่เกิดบ่อยที่สุดในช่วงเดือนแรกของการออกจากโรงพยาบาล กังวล
อย่างมาก อยากมีทีมแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญเข้ามาดูแล
ช่วงแรกกลัวตาย กลัวพิการมาก” (ชาย อายุ 41 ปี)

“ฉันต้องการทีมแพทย์มาช่วยดูแลในช่วงแรก หลังจากที่ฉันกลับบ้านเพราะ
ฉันต้องการอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ให้ทีมแพทย์ช่วยสอน และอธิบายวิธีปฏิบัติตนให้
ฉันได้เดินได้อีกครั้ง” (หญิง อายุ 49 ปี)

“ต้องการได้รับการสนับสนุนสำหรับอุปกรณ์ ฉันไม่มีเงินซื้อเนื่องจากราคาแพงมากห้องน้ำฉันก็ไกลมาก ช่วงนั้นอยากได้ที่นั่งชักโครกเพราะฉันนั่งคอท่านไม่ไหว” (ชาย อายุ 52 ปี)

“ต้องการให้หน่วยงาน อบต. นำงบประมาณช่วยปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น ห้องน้ำและห้องนอน” (หญิง อายุ 46 ปี)

4.1.2.2 ผลการศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

(1) ปัญหาสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วย มีปัญหาปวดเมื่อย ปวดหัว ปวดท้อง เหนื่อย ทางด้านจิตใจ รู้สึกหงุดหงิด กังวล และเครียด

“ฉันปวดเมื่อยตามร่างกายมากเมื่อต้องช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมาก” (หญิง อายุ 38 ปี)

“ฉันปวดหัวบ่อย ฉันเหนื่อย บางครั้งฉันปวดท้องเพราะว่ากินข้าวไม่ตรงเวลา เพราะต้องดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว” (หญิง อายุ 22 ปี)

“ช่วงที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ฉันรู้สึกหงุดหงิดมาก ผมก็เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในช่วงหลายเดือน แพทย์แจ้งว่ามีภาวะโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ น่าจะมาจากความเครียดและความกังวลในช่วงแรก que ผู้ป่วยกลับมาที่บ้าน” (ชาย อายุ 46 ปี)

“ตอนนั้นผมแทบจะรับกับการป่วยของภรรยาไม่ได้ ช่วงนั้นยอมรับมีความเครียด นอนไม่หลับและหงุดหงิด ไม่ได้พูดคุยกับใคร รู้สึกเหมือนถูกตัดขาดจากเพื่อนฝูงและสังคมตั้งแต่ภรรยาป่วย” (ชาย อายุ 35 ปี)

(2) ปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ของผู้ดูแลผู้ป่วย

ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาหลักในแรกของการเจ็บป่วย ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากภาระหนี้สิน และการใช้จ่ายในครอบครัว เช่น ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการดูแล และอุปกรณ์ในการฟื้นฟูผู้ป่วย

“เมื่อพูดถึงเรื่องการเงิน ฉันคิดว่านั่นเป็นปัญหาที่ครอบครัวของฉัน มีภาระที่ต้องชำระทุกเดือน มีรายจ่ายประจำเป็นจำนวนมาก และสามีของฉันที่ป่วยก็หาเงินเพื่อจุนเจือในบ้านด้วย บางครั้งฉันต้องยืมเงินเพื่อน” (หญิง อายุ 51 ปี)

“เงินคือปัญหาแรกเลยนะ ที่บ้านต้องส่งเสียลูกสามคน ไปเรียนวันหนึ่งก็ สองสามร้อย บางทีลูกก็ต้องอดข้าวบ้าง สงสารลูก” (หญิง อายุ 38 ปี)

“ระหว่างที่สามีป่วย 1-3 เดือนที่ผ่านมา ต้องดูแลสามี ของก็ไม่ค่อยได้ขาย เงินหมดไปกับการซื้อ วิตามิน ฟ้าอ้อมสำเร็จ เดือนละ 600 – 700 บาท” (หญิง อายุ 44 ปี)

“นี่ไม่มีคนเปลี่ยนด้วย ดูแลคนเดียว ไม่ได้เข้าร่วมงานบุญ งานบวช แต่งใครไม่เคยไป ทิ้งไม่ได้เลยกลัวเป็นไรไป” (ชาย 34 ปี)

(3) ความต้องการ ของผู้ดูแลผู้ป่วย

ด้านระบบบริการ มีทีมแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการสนับสนุนอุปกรณ์การฟื้นฟูสุขภาพทางการแพทย์ที่จำเป็น ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาทางการเงิน หนี้สิน

“ฉันต้องการใครสักคนเพื่อช่วยฉันระหว่างที่สามีป่วย อยากให้ทีมแพทย์สอนวิธีดูแลคนไข้ (สามี) ฉันรู้สึกว่าการจัดการกับการฟื้นตัวของสามีได้ดี มันทำให้ฉันมีความมั่นใจมากขึ้นและไม่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล” (หญิง อายุ 24 ปี).

“หากรัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น วีลแชร์ ไม้ค้ำยัน หรืออุปกรณ์ ก็จะช่วยให้เราลดค่าใช้จ่ายบางส่วนลงได้” (ชายอายุ 44 ปี)

“ตอนนี้สิ่งสำคัญคือฟ้าอ้อม ช่วงนั้นแย่มาก ๆ เพราะพ่อของฉันติดเตียง เขาต้องใช้ ฟ้าอ้อม ทุกวันราคาฟ้าอ้อมค่อนข้างสูง รัฐบาลสามารถช่วยสนับสนุนฉันครอบคลุมค่าใช้จ่ายได้ หรือไม่ มีองค์กรใดบ้างที่สามารถช่วยบ้าง” (หญิง อายุ 29 ปี)

4.1.2.3 ผลการศึกษา ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) โดย สัมภาษณ์เชิงลึก

1) ปัญหา

ขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยขอบเขตการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนในระดับชุมชน

“ผมยังไม่ทราบว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง รู้แค่ว่ามันทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดความพิการ ไม่รู้จะช่วยเหลือและดูแลเขาอย่างไร” (ผู้นำชุมชน อายุ 48 ปี)

“การช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเรื่องสำคัญแต่นฉันไม่มีความรู้ในการดูแลพวกเขา ก็เลยไม่กล้าที่จะทำกายภาพ ให้อาหารทางสายยาง กลัวผิดพลาดเขาจะแยเอา” (อสม. อายุ 48 ปี)

“ปัญหาสำคัญคือ ฉันไม่มีความรู้เกี่ยวกับทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วย แต่ถ้าฉันได้รับการฝึกอบรมน่าจะทำได้ ฉันยินดีที่จะช่วยเหลือผู้คนที่อยู่ในชุมชนของฉัน” (อสม.อายุ 52 ปี)

2) ความต้องการ

ด้านความรู้ และ การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในระดับชุมชน

“ผู้นำชุมชนเราต้องอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหากต้องการพบผู้ป่วยที่บ้านเราต้องชี้แจงนโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับบทบาทของผู้นำชุมชน” (ผู้ใหญ่บ้าน อายุ 50 ปี)

“สิ่งสำคัญที่สุดคือ มีทีมงานที่ถูกสร้างขึ้นในระดับชุมชน จำเป็นต้องรู้ว่าปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลคืออะไร และนโยบายของรัฐบาลด้านใดบ้างที่สามารถสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยได้” (ผู้นำชุมชน อายุ 51 ปี)

“เราควรมีแนวทางการทำงานร่วมกัน รวมถึงทีมแพทย์และชุมชนมีนโยบายภาครัฐสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน” (ผู้นำชุมชน อายุ 47 ปี)

4.1.2.4 ผลการศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม

1) ด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน การประสาน การส่งต่อผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ทีมในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนี้

“ควรมีแนวทางการทำงานร่วมกันในระดับชุมชน การมีเครือข่ายสุขภาพ ที่ทำงานร่วมกัน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน” (อายุ 32 ปี)

“ขณะนี้ไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่จำเป็น บางครั้งฉันจะไปดูอาการของผู้ป่วย แต่ไม่มีทักษะในการฟื้นฟูผู้ป่วย เช่น การทำกายภาพบำบัดของผู้ป่วย การฝึกเดิน และการใช้ยาบางชนิด” (อายุ 24 ปี)

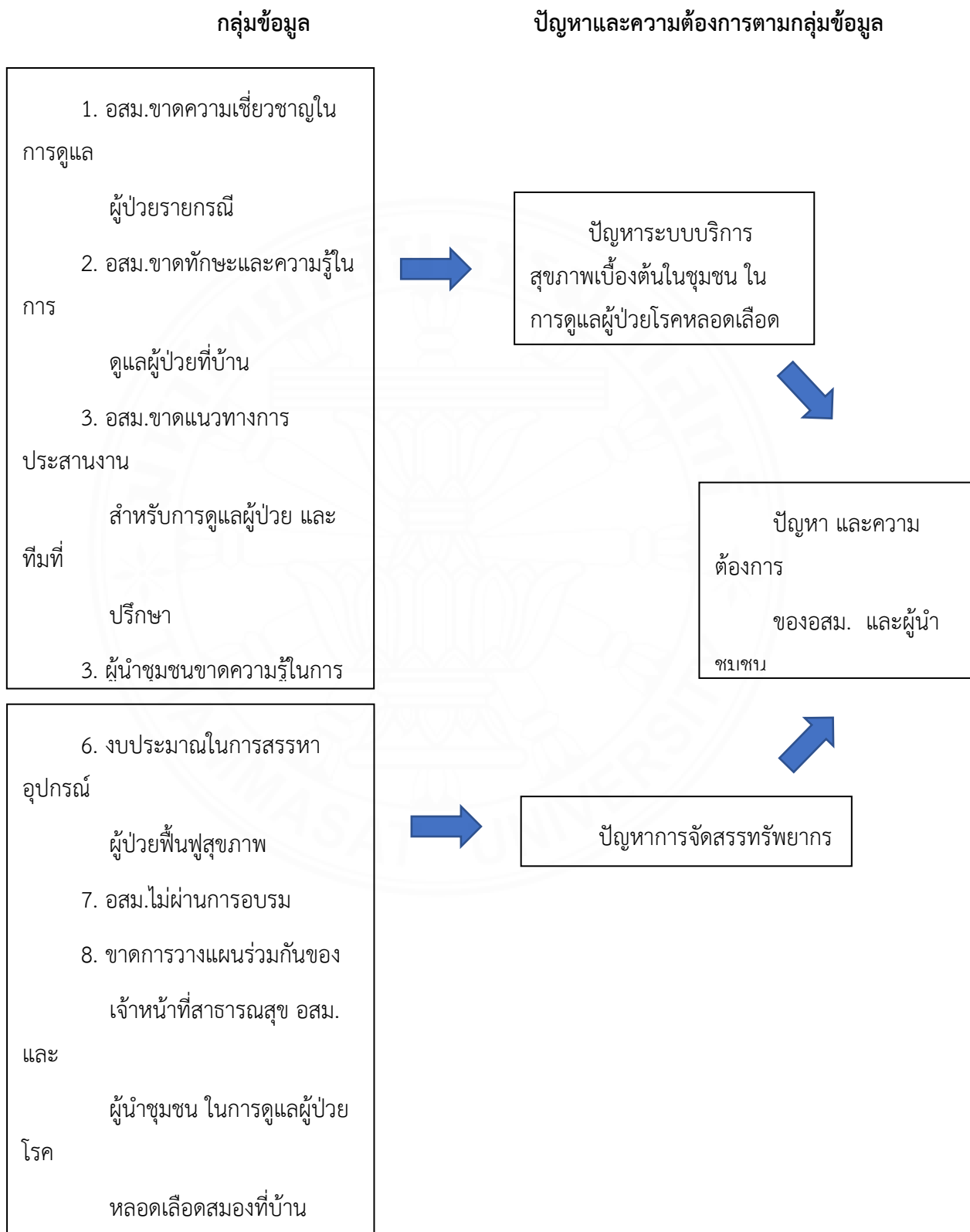
“ประเด็นนโยบายในทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจนในระดับชุมชน บางครั้งในระดับชุมชน ก็ขาดแคลนแพทย์ นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันเป็นทีม ภายในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้” (อายุ 30 ปี)

4.1.3 สรุปการจัดกลุ่มข้อมูล

4.1.3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย



4.1.3.2 ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน



4.2 ระยะเวลาที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase)

ระยะดำเนินการวิจัย โดยกระบวนการ Action Research ตามขั้นตอนของ Plan Do Check Action (PDCA) 3 วงรอบ (ระยะจำหน่าย - 1, 3, และ 6 เดือน) เริ่มต้นโดยระยะพัฒนาทีม การประสานงานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน จากนั้นนำไปสู่ระยะทดสอบ รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล ได้ผลดังนี้

4.2.1 ระยะพัฒนาทีมการประสานงานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

4.2.1.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชน

ทีมหมอครอบครัว และ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75 และร้อยละ 88.46) ชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) ทีมหมอครอบครัวมีอายุไม่ต่างกัน (อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี) ส่วนอสม. และชุมชน ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 35 ปี (ร้อยละ 80.77 และร้อยละ 70) ทีมหมอครอบครัว และชุมชน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.50 และร้อยละ 70) อสม. ทั้งหมดมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ทีมหมอครอบครัว ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 62.50) อสม. และชุมชน ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 92.31 และร้อยละ 70) ทั้งหมดมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในชุมชน มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 91.67, ร้อยละ 89.46 และร้อยละ 80) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ลักษณะทางประชากร ของทีมหมอบครีว อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และชุมชน
อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี (n=60 คน)

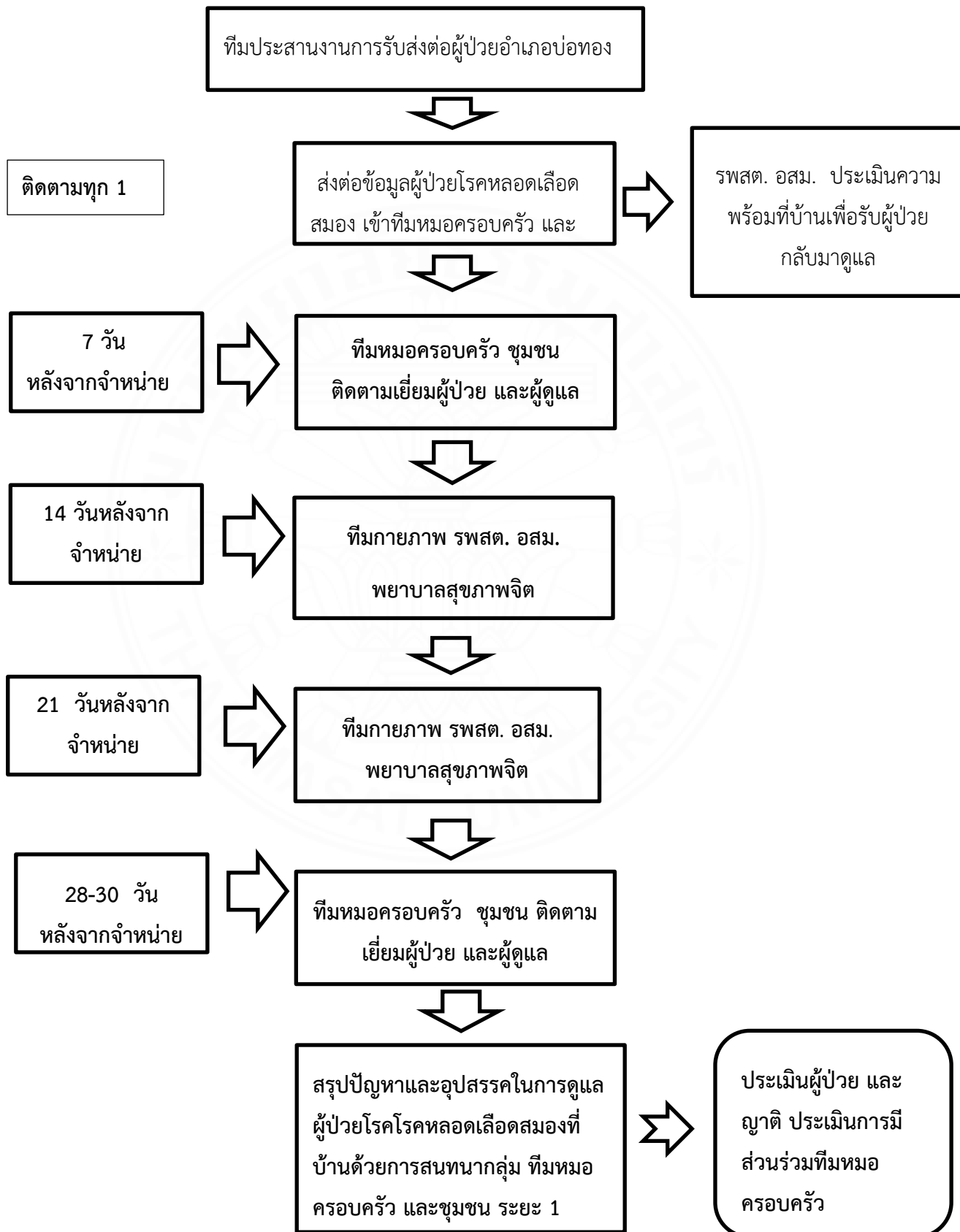
ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ทีมหมอบครีว (n=24)	อาสาสมัครสาธารณสุข (n=26)	ชุมชน (n=10)
เพศ			
- ชาย	6 (25.00)	3 (11.54)	6 (60.00)
- หญิง	18 (75.00)	23 (88.46)	4 (40.00)
อายุ			
- ≤35	12 (50.00)	5 (19.03)	3 (30.00)
- >35	12 (50.00)	21 (80.77)	7 (70.00)
ระดับการศึกษา			
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	3 (8.33)	26 (100.00)	3 (30.00)
- ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	21 (91.67)	-	7 (70.00)
สถานภาพ			
- สมรส	9 (34.61)	24 (92.31)	7 (70.00)
- โสด	15 (65.39)	2 (7.69)	2 (20.00)
- หม้าย หย่า แยก	-	-	1 (10.00)
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในชุมชน			
- น้อยกว่า 5 ปี	2 (8.33)	3 (11.54)	2 (20.00)
- มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	22 (91.67)	23 (89.46)	8 (80.00)

4.2.1.2 ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผ่านกระบวนการ Appreciation - Influence -
Control (AIC) ได้รูปแบบ การประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน
ระยะ 1 เดือน ดังนี้

- (1) รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว
และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 1 เดือน (0-30 วัน)



ก. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่ ทีมหมอครอบครัว และชุมชนระยะ 1 เดือน (0-30 วัน)



ข. ผลการสนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว และชุมชน ระยะ 1 เดือน (0-30 วัน)

การปรับเปลี่ยนช่วงระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะ 1 เดือน

“ควรมีการปรับแผนการติดตามในทีมลงชุมชน ชุดของหมอครอบครัว ให้ชุมชนรพสต. เข้ามาเสริมบทบาทในการดูแล และเพิ่มแนวทางการประสานเชื่อมโยงกัน” (แพทย์)

“ในส่วนระยะเวลาแก้ไขเรื่องห้องน้ำ บ้าน ทางเดิน อาจต้องใช้เวลาในการประสานในภาคชุมชน กลุ่มจิตอาสาเข้ามาช่วยก่อน ในส่วนงบประมาณอาจใช้เวลา ส่วนอุปกรณ์ ประสานทีมอาสาหน่วยงานอำเภอ (กลุ่มผู้พิการ) มีสนับสนุนรถวีลแชร์ได้แล้ว” (ผู้นำชุมชน)

“บางรายอาจยังคงต้องให้ทีมใหญ่ช่วยติดตาม ประเมินบ้างในบางครั้ง บางรายมีนัดตรวจที่โรงพยาบาล แต่เดินทางลำบาก ส่วนนี้จะช่วยสนับสนุนอย่างไร เรื่องยาเรื่องอุปกรณ์ที่ รพสต. ไม่มี” (พยาบาลวิชาชีพ)

การปรับเปลี่ยนด้านการสนับสนุนด้านการตรวจรักษา และการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ผู้ป่วยอาการคงที่ที่สามารถตัวรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ในช่วงเวลาที่แพทย์มาตรวจคลินิก และการสนับสนุนด้านยาจำเป็น

“เน้นให้ผู้ป่วย ญาติ อสม. พี่นุผู้ช่วยด้วยตนเอง สร้างความมั่นใจให้ญาติ ฝึกตามแผน เวลา และหาอุปกรณ์สนับสนุน เช่น ลอก ไม้ฝึกเดิน การอาบน้ำ กินข้าวเอง” (นักกายภาพ)

“ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ให้มาตรวจกับแพทย์ที่ลงคลินิก ในทุกสองสัปดาห์ที่รพสต. ส่วนเรื่องยาให้ รพสต. ประสานเภสัชเพื่อจัดเตรียมยาที่ไม่มีลงไปด้วย รวมถึงเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สามารถให้ผู้ดูแลผู้ป่วยประสานทางห้องเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อทำการเตรียม และจัดเปลี่ยนให้ผู้ป่วยที่บ้าน” (แพทย์)

“ประสานเรื่องการรับส่งผู้ป่วยกับองค์กรท้องถิ่น ในส่วนความช่วยเหลือเรื่องห้องน้ำ ได้ช่วยปรับให้เหมาะสมสามบ้านแล้ว และได้ประสานกลุ่มจิตอาสาองค์กรท้องถิ่นตำบลเกษตรสุวรรณ ที่มีรถในการบริการรับส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจตามนัด ส่วนใน

เรื่องเตี้ยง อุปกรณ์การเดิน ขอประสานให้หน่วย โรงพยาบาลจัดสรรได้ไหมครับ” (ผู้นำชุมชน)

การสนับสนุนทักษะ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน

“บางครั้งยังไม่กล้าประเมินในส่วนองแผลที่อาจจะเริ่มเป็น ไม่มั่นใจในว่าใช้แผลกดทับหรือไม่ ส่วนนี้ยากให้มีการสนับสนุนทักษะความรู้ในการประเมินแผล” (อสม.)

“ให้อสม. ประสานรพสต. ลงไปประเมินในส่วนองแผลได้ อสม. ให้นั้นเรื่อง การให้อาหารทางสายอาหาร ช่วยญาติในการดูแลเรื่องอาหารทางสายอาหาร และชนิดอาหารของผู้ป่วย หากมีข้อสงสัยสามารถประสานรพสต. ได้” (พยาบาล, รพสต.)

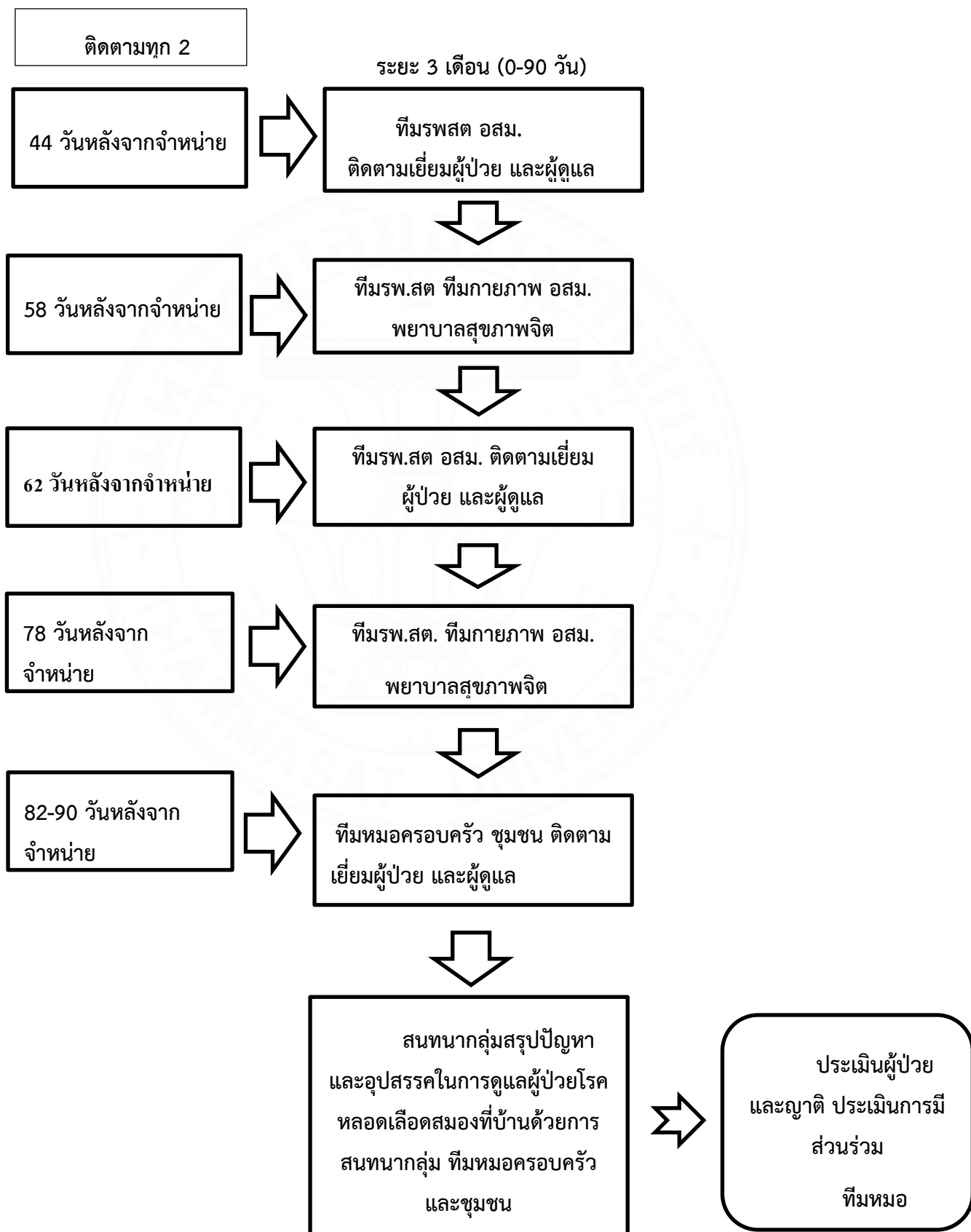
“ยังพบผู้ป่วยที่มีความกังวล บางรายปรับตัวได้ ลดปัญหาความเครียดได้ดี จากญาติ บางรายจากลูก อยากให้ทีมอสม. ให้การสนับสนุน พุดคุยเน้นเรื่องกิจกรรมทางสังคมที่เขาเคยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนในอดีต กระตุ้นให้เขายังคงเป็นส่วนหนึ่งพยาบาลจะติดตามกลุ่มที่มีความเครียดความกังวลสูงก่อน บางรายดีขึ้น จะเน้นรพสต. และ อสม. ช่วย” (พยาบาลสุขภาพจิต)

ผลการปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบระยะ 1 เดือน ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน หลังจากสิ้นสุดกระบวนการ PDCA ระยะที่ 1 ได้มีการปรับปรุงรูปแบบการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ระยะ 3 เดือน ดังนี้

(2) รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว

และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 3 เดือน (0-90วัน)

ก. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่ ทีมหมอครอบครัว และ
ชุมชน



ข. ผลการสนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว และชุมชน : ระยะ 3 เดือน (0-90 วัน) ปรับ
 เปลี่ยนการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามสภาพความ
 รุนแรงของผู้ป่วย จากการประเมิน BI

“ปรับกลุ่มผู้ป่วยตามระดับ BI ปัจจุบันผู้ป่วยบางรายมีคะแนนดีขึ้น ควร
 แนะนำการปรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ภายใต้อาสาสมัคร ปรับตาม คะแนนติดตาม ตามลี้
 ดังนี้

0 - 30 คะแนน ใช้แผนการติดตามในช่วงระยะเวลา หนึ่งเดือน

35 - 70 คะแนน ใช้แผนการติดตามช่วง สามเดือน

75 - 100 คะแนน ใช้แผนการติดตามช่วง หกเดือน

โดยยึดหลักขั้นตอนการติดตามเยี่ยม และกลุ่มของทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมองที่บ้าน ตามที่สรุป ให้บทบาทการดูแลอยู่ในส่วนของรพสต. อสม. ในพื้นที่
 เน้นการประสานการทำงานกับทีมหมอครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วย มีคะแนน BI เท่ากับ 75 -
 100” (แพทย์, นักกายภาพ, พยาบาล, เภสัชกร)

ปัญหาทางด้าน ยา โภชนาการ ภาวะแทรกซ้อน และสิ่งแวดล้อม

“ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างเหมาะสม และถูกต้องทุกราย
 ให้คงติดตามการกินยาต่อเนื่อง ให้ อสม. ติดตามดูของยา เม็ดยา การจัดเก็บรพสต.
 ติดตามเรื่องลดปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยหกรพสต. พบปัญหาประสานห้องยาได้”
 (เภสัชกร)

“ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้นทั้งญาติ และผู้ดูแล ความกังวลตอนนี้ส่วนใหญ่
 ยังกังวลเรื่อง การเดิน การฝึกการกินข้าว อาบน้ำเอง ขอความร่วมมือ ภายภาพ และ
 อสม. ช่วยทำความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติของผู้ป่วย และญาติ” (พยาบาลสุขภาพจิต)

“เน้นการฝึกตามแผนการดูแลได้ตามระยะเวลาได้เลยค่ะ ปัจจุบันเราจะเริ่ม
 เน้นในกลุ่มที่เริ่มมีแรงของกล้ามเนื้อ อาจจะไม่พร้อมกันทุกรายหรือระยะเวลาการป่วย ใน
 เรื่องการฝึกเดิน การกินอาหาร อาบน้ำค่ะ” (นักกายภาพบำบัด)

“พบเรื่องโภชนาการบางส่วน ส่วนใหญ่ พบว่าญาติยังปรุงอาหารตามใจ ไม่ลด ปริมาณอาหารมัน เค็ม พยายามปรับทำความเข้าใจญาติ ตอนนี้ก็มุ่งไปที่ญาติที่ทำอาหาร บางรายคิดไปเองว่าอาหารรสชาติเปลี่ยนผู้ป่วยเลยกินได้น้อย อาจารย์บวณ อสม. ติดตาม เรื่องการปรุงอาหารของผู้ป่วย” (พยาบาลวิชาชีพ)

“ตอนนี้ก็เริ่มมั่นใจมากขึ้น แต่เจอปัญหาบางรายช่วงทำกายภาพ ผู้ป่วยจะ ร้อง เจ็บคะ ก็กลัวเขาเจ็บนะ แต่หลังจากหมอกายภาพสอนให้ตอนนี้มั่นใจ เรื่องยา เรื่อง อาหารก็ดูตามเภสัช และพยาบาลบอกค่ะ แต่เรื่องอาหารยากนิด ที่จะให้เขาลดการใช้ เครื่องปรุง เขากินกันมานาน อยากให้หมออนามัย ช่วยบอกคุยกับเขาก่อนว่าควรลดไร และมีวิธีอะไรที่เขาทำได้” (อสม.)

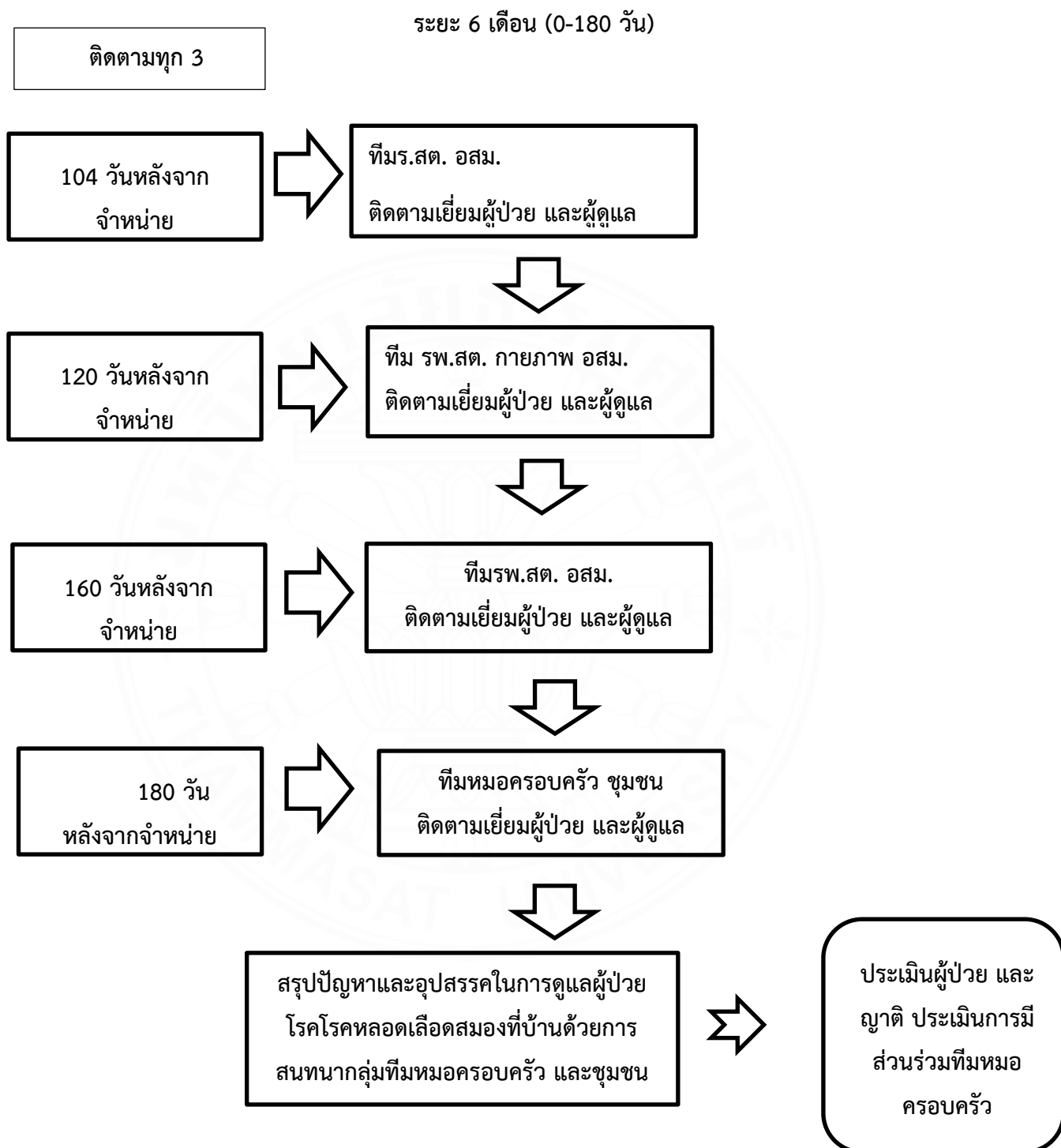
“ตอนนี้ผู้ป่วย ผู้ดูแล พอใจกันดูแลของเราค่ะ เราทำงานเป็นทีม เขามั่นใจ มากขึ้น ผู้ป่วยผู้ดูแลปฏิบัติตามได้ดีขึ้น เรื่องรถรับส่งผู้ป่วย ตำบลเกษตรสุวรรณ เขา สามารถนำส่งได้ ให้โทรประสานก่อนวันไปประมาณ สอง สามวันค่ะ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มี อาการแทรกซ้อนเราสามารถดูแลที่รพสต. ได้โดยมีทีมแพทย์ เภสัชที่มาตรวจผู้ป่วยที่ รพสต.” (พยาบาลรพสต.)

“การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน ตอนนี้เรามีทีมจิตอาสาของอำเภอมาร่วม ปรับบ้านเรือนให้คุณลุง มีกลุ่มเทศบาลเข้ามาช่วยครับ ในส่วนกลุ่มแม่บ้านอำเภอ เทศบาล องค์กรท้องถิ่นสนับสนุนชุดเครื่องอุปโภคครับ” (ผู้นำชุมชน)

ผลการปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบระยะ 3 เดือน ของทีม หมอครอบครัว และชุมชน หลังจากสิ้นสุดกระบวนการ PDCA ระยะที่ 2 ได้มีการปรับปรุงรูปแบบ การ ประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ระยะ 6 เดือน ดังนี้

(3) รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 6 เดือน (0-180 วัน)

ก. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่ ทีมหมอครอบครัว และชุมชน



ผลการสนทนากลุ่มของทีมหมอครอบครัว และชุมชน : ระยะ 6 เดือน (0-180 วัน)

ด้านการฟื้นฟูร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ ขับถ่าย ใส่เสื้อผ้า กินข้าว และการเดิน รวมถึงภาวะสุขภาพจิต ความกังวล และความเครียดด้านผู้ป่วย

“ผู้ป่วยเมื่อผ่านระยะสามเดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยสามารถยอมรับ และลดความเครียด และความกังวลลง พร้อมรับการฟื้นฟูที่ต่อเนื่อง ด้านร่างกาย และการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ดีขึ้นทุกรายหลังจากระยะสิ้นสุด 6 เดือน” (นักกายภาพบำบัด)

“การฟื้นฟูร่างกาย ควรต้องเริ่มให้ผู้ป่วยคลายกังวล รวมมือในการฟื้นฟู ลดความเครียด สิ้นหวัง การสนับสนุนจากทีมชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล มีกำลังใจมากขึ้น การฟื้นฟูสุขภาพจิต เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้การฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยได้เร็วขึ้น และต้องส่งเสริมให้รพสต. และ อสม. สามารถประเมินความเครียดขั้นพื้นฐาน และแยกความรุนแรงของภาวะสุขภาพจิตได้” (พยาบาลสุขภาพจิต)

“หลังจากนี้ ทีมรพสต. อสม. ต้องติดตามเรื่องการตรวจรับยาตามนัดอย่างต่อเนื่อง และติดตามการกินยาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากขาดยา อาจมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ เกล็ดซ์ เชื่อว่าจากการติดตามดูแลผู้ป่วย ร่วมกับญาติ มีความตระหนักในการทานยามากขึ้น และดีขึ้นทุกราย” (เภสัชกร)

ด้านโภชนาการ

ช่วงแรกยังมีผู้ป่วยที่มีระบบการกลืนไม่ดี ช่วงนี้อาจจะให้ความรู้เรื่องการเตรียมอาหารให้กับผู้ดูแล ในส่วนโภชนาการแก้ไขอยากในช่วงแรก เพราะ ผู้ป่วย ผู้ดูแล มีความเคยชิน ดิตรรสชาติอาหาร และรับประทานอาหารประเภททอดบอย เพราะง่ายต่อการทำ ไม่เสียเวลา แต่หลังการประเมิน การแก้ไข ผู้ป่วย ผู้ดูแลให้ความร่วมมือ แต่อาจไม่ครบทุกราย ต้องคอยแอบไปดูบ้างในครัว มีซอส ซีอิ้ว น้ำปลา น้ำตาล น้ำมัน ยังพอมิบ้าง แต่เริ่มพบมีการใช้ช้อนตวงเพื่อใช้อย่างเหมาะสม

4.2.1.3 เปรียบเทียบคะแนน การประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบ ก่อนกับหลัง (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)

(1) การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ก่อนการได้รับรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 7.9 และหลังการได้รับรูปแบบ (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 14.33, 18.65 และ 24.06 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แต่ละคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

(2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ก่อนการได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ย 8.23 และหลังการได้รับรูปแบบ (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 19.28, 28.11 และ 28.90 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แต่ละคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

(3) การมีส่วนร่วมในการประเมินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ก่อนการได้รับรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 7.18 และหลังการได้รับรูปแบบ (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 11.70, 18.36 และ 18.85 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แต่ละคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

(4) การมีส่วนร่วมในการรับรู้ประโยชน์ร่วมกันกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านก่อนการได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ย 4.86 และหลังการได้รับรูปแบบ (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.91, 13.48 และ 14.30 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แต่ละคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบคะแนน การประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนก่อน กับหลัง (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) (n=60)

การมีส่วนร่วม	Mean±SD	Mean Diff.	SE	95%CI Lower Upper	p-value
1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (25 คะแนน)					
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 1 เดือน	7.90±3.15 , 14.33±2.01	5.45	.45	-6.11 - 4.79	< 0.001
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 3 เดือน	7.90±3.15 , 18.65±1.13	11.67	.62	-12.34 - 9.16	< 0.001
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 6 เดือน	7.90±3.15 , 24.06 ±.71	14.11	.44	-14.88 - 13.75	< 0.001
1 เดือน กับ 3 เดือน	14.33±2.01 , 18.65±1.13	5.26	.38	-8.16 - 6.46	< 0.001
1 เดือน กับ 6 เดือน	14.33±2.01 , 24.06±.71	8.57	.39	-9.14 - 7.92	< 0.001
3 เดือน กับ 6 เดือน	18.65±1.13 , 24.06±.71	2.91	.42	-3.68 - 2.14	< 0.001
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (30 คะแนน)					
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 1 เดือน	8.23±2.61 , 19.28±3.22	7.26	.85	-8.13 - 6.49	< 0.001
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 3 เดือน	8.23±2.61 , 28.1±1.31	17.21	.42	-18.12 - 16.36	< 0.001
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 6 เดือน	8.23±2.61 , 28.9±.96	18.04	.41	-18.87 - 17.25	< 0.001
1 เดือน กับ 3 เดือน	19.28±3.22 , 28.11±1.31	9.95	.31	-10.58 - 9.13	< 0.001
1 เดือน กับ 6 เดือน	19.28±3.22 , 28.90±.96	10.78	.28	-11.53 - 10.21	< 0.001
3 เดือน กับ 6 เดือน	28.11±1.31 , 28.90±2.01	8.83	.14	-1.11 - 0.55	< 0.001
3. การมีส่วนร่วมในการประเมิน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (20 คะแนน)					

ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ เดือน	7.18±2.48 , 11.70±2.41	4.53-	0.38	3.76	-5.31 -	<
ก่อนการได้รับรูปแบบกับ 3 เดือน	7.18±2.48 , 18.36±1.24	11.11	.34	10.16	-11.79 -	<
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 6 เดือน	7.18±2.48 , 18.85±.93	11.751	.36	11.12	-12.47 -	<
1 เดือน กับ 3 เดือน	11.70±2.41 , 18.36±1.24	6.56	.41	5.74	-7.38 -	<
1 เดือน กับ 6 เดือน	11.70±2.41 , 18.85±.93	7.21	.40	6.41	-8.17 -	<
3 เดือน กับ 6 เดือน	18.36±1.24 , 18.85±.93	0.61	.11	0.42	-0.87 -	<
4. การมีส่วนร่วมในการรับรู้ประโยชน์ร่วมกัน กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (15 คะแนน)						
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 1 เดือน	4.86±2.41 , 8.91±2.40	4.16	.28	3.61	-4.73 -	<
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 3 เดือน	4.86±2.41 , 13.48±1.24	8.51	.27	8.09	-9.11 -	<
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 6 เดือน	4.86±2.41 , 14.30±.94	9.58	.24	9.60	-10.02 -	<
1 เดือน กับ 3 เดือน	8.91±2.40 , 13.48±2.01	4.38	.28	3.82	-4.94 -	<
1 เดือน กับ 6 เดือน	8.91±2.40 , 14.30±.935	5.17	.24	4.85	-5.97 -	<
3 เดือน กับ 6 เดือน	13.48±2.01 , 14.30±.935	1.03	.24	0.53	-1.53 -	<

4.2.2 การใช้รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ใน กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล

4.2.2.1 ลักษณะทางประชากร

(1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม

จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่
ศึกษา มีจำนวน 60 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอ

ครัว และชุมชน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม จำนวน 30 คน ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยเยี่ยมบ้านตามปกติ ดังข้อมูลต่อไปนี้

เพศ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.70 และ 53.33 ตามลำดับ

อายุ พบว่ากลุ่มได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 60 และ 63.30 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส พบว่าได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 และ 75.35 ตามลำดับ

อาชีพ พบว่าได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ค่าขายธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 63.30 และ 66.67 ตามลำดับ

สวัสดิการทางด้านสุขภาพ พบว่าได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มากกว่าครึ่งของมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 60 และ 63.33 ตามลำดับ

รายได้ประจำเดือน พบว่าได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มากกว่าครึ่ง มีรายได้มากกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 56.67 และ 63.30 ตามลำดับ

ประเภทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเภทหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 83.30 และ 89.03 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) พบว่าได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม เท่ากับ 61.50 และ 59.86 ตามลำดับ

ปัญหาด้านการรับประทานยา พบว่ากลุ่มได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ไม่พบปัญหาทางด้านการรับประทานยา

ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการตรวจตามนัด ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ (ภายใน 28 วันหลังจากจำหน่าย) ยังไม่มีข้อมูล

ปัญหาด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร พบว่าได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ไม่พบปัญหาทางด้านโภชนาการ ร้อยละ 60.0 และ 63.33 ตามลำดับ

ด้านสภาพแวดล้อม พบว่าได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ยังพบปัญหาด้านสภาพแวดล้อม เช่น ห้องน้ำ ที่นอน สภาพบ้านที่ไม่มีที่เกาะยืน พื้นไม่เสมอ พื้นมีความเสี่ยงต่อการล้มและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ร้อยละ 76.66 และ 73.33 ตามลำดับ

อุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย เช่น เตียงผู้ป่วย รถนั่งเข็นสำหรับผู้ป่วยไม้ค้ำยัน พบว่าได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมมีปัญหาเรื่องการขาดอุปกรณ์ ร้อยละ 73.34 และ 66.66 ตามลำดับ

โดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ในส่วนของข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ดังตารางที่ 4.6

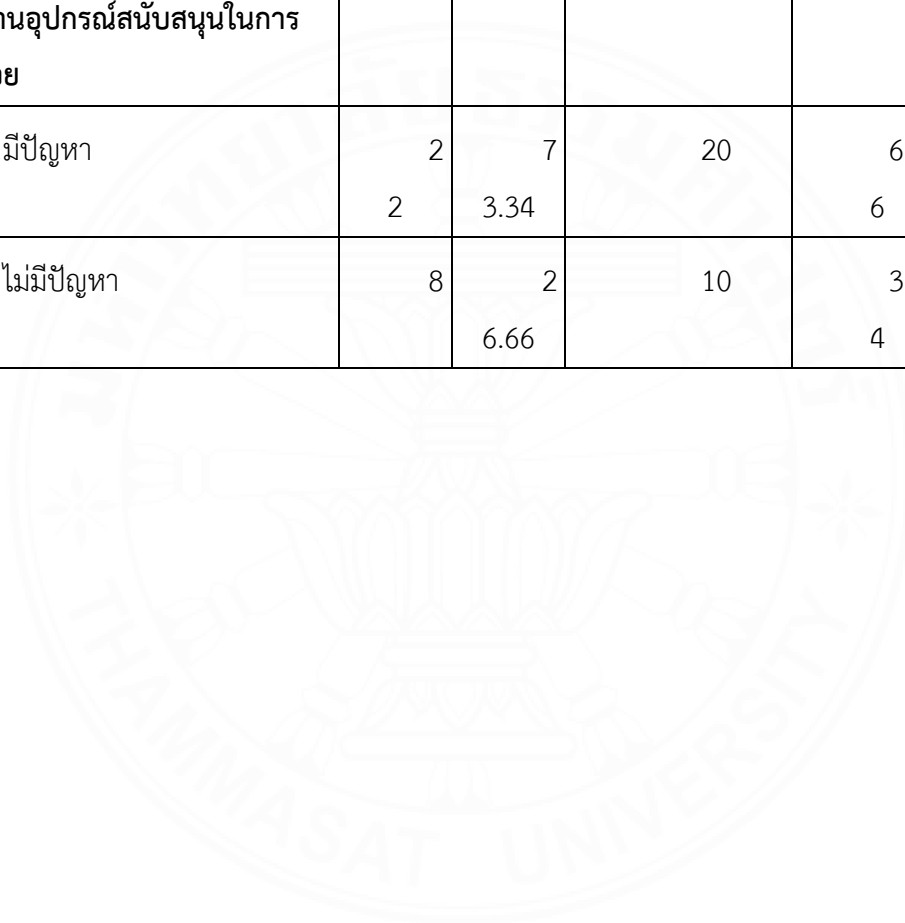
ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	17	56.70	16	53.33	0.78
หญิง	13	43.30	14	47.67	
อายุ (ปี)					
≤60 ปี	18	60.0	19	63.33	0.44
>60 ปี	12	40.0	11	36.67	
สถานภาพ					
คู่	24	80.00	23	75.34	0.42
ไม่มีคู่ (โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	6	20.00	7	23.66	
อาชีพ					
รับจ้าง รับราชการ พนักงานบริษัท	11	36.70	10	33.33	0.16
เกษตรกร ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	19	63.30	20	66.67	
สวัสดิการทางด้านสุขภาพ					
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	18	60.00	19	63.33	2.45
เบิกต้นสังกัด ประกันสังคม	12	40.00	11	36.67	
รายได้ประจำเดือน					
น้อยกว่า 10,000 ต่อเดือน	13	43.33	11	36.7	0.56
มากกว่า 10,000 ต่อเดือน	17	56.67	19	63.30	
ประเภทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
หลอดเลือดสมองตีบ	25	83.30	27	89.03	.831
หลอดเลือดสมองแตก	5	16.70	3	10.07	
BI แกร็บ Mean	61.50	21.63	59.86	24.1	0.92
ปัญหาการรับประทานยา					
มีปัญหา	30	100.0	30	100	-
ไม่มีปัญหา	0	0	0	0	-

ตารางที่ 4.6 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ (n=30)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ด้านภาวะแทรกซ้อน					
แผลกดทับ	0	0	0	0	0
ข้อติด	0	0	0	0	
ด้านการตรวจตามนัด					
ไปพบแพทย์ตามนัด	0	0	0	0	0
ไม่ไปตามนัด	0	0	0	0	
ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ (ภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย)					
ไม่เคยเข้ารับรักษาด้วยอาการ stroke ซ้ำ	0	0	0	0	0
เข้ารับรักษาด้วยอาการ stroke ซ้ำ 1 ครั้ง					
เข้ารับรักษาด้วยอาการ stroke ซ้ำ มากกว่า 1 ครั้ง	0	0	0	0	0
ด้านภาวะโภชนาการ					
มีปัญหา	5	4 0.00	4	36.6 7	
ไม่มีปัญหา	2 5	6 0.00	26	63.3 3	0.43

ด้านสภาพแวดล้อม					
มีปัญหา	2 3	7 6.66	22	73.3 3	
ไม่มีปัญหา	7	2 3.34	8	26.6 7	0.62
ด้านอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย					
มีปัญหา	2 2	7 3.34	20	66.6 6	
ไม่มีปัญหา	8	2 6.66	10	33.3 4	0.22



(2) ข้อมูลทางประชากร ของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแล รูปแบบเดิม

จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ ใช้ในการศึกษา มีจำนวน 60 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม จำนวน 30 คนได้รับการดูแลตามแผนการ ดูแลผู้ป่วยเยี่ยมบ้านตามปกติ ดังข้อมูลต่อไปนี้

เพศ พบว่าผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 และ 64 ตามลำดับ

อายุ พบว่าผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 80 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส พบว่าผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.33 และ 73.34 ตามลำดับ

อาชีพ พบว่า ผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ค่าขาย ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 56.67 แต่กลุ่มควบคุม ประกอบอาชีพ รับจ้าง รับราชการ พนักงานบริษัท เท่ากับ เกษตร ค่าขาย ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 50

สวัสดิการทางการแพทย์ พบว่าผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มากกว่าครึ่ง มีสิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 60 และ 63.33 ตามลำดับ

รายได้ประจำเดือน พบว่าผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มากกว่าครึ่ง ของกลุ่ม มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 56.66 และ 63.33 ตามลำดับ

โรคประจำตัว พบว่าผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ

ทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มากกว่าครึ่งของมีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.33 และ 60 ตามลำดับ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

การได้รับการอบรม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของผู้ดูแล

พบว่า กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ได้รับการฝึกอบรมครบทุกราย ร้อยละ 100

สรุปเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

ส่วนลักษณะทางประชากร ของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน

(p-value >0.05) ยกเว้นสถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ (n=30)		กลุ่มที่ได้รับรูปแบบเดิม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	9	30.0	11	36.00	0.83
หญิง	21	70.0	19	64.00	
อายุ (ปี)					
≤60 ปี	23	76.67	24	80.0	0.44
>60 ปี	7	23.33	6	20.0	
สถานภาพ					
คู่	25	83.33	22	73.34	0.02
ไม่มีคู่ (โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	5	16.67	8	26.66	
อาชีพ					

รับจ้าง รับราชการ พนักงานบริษัท	13	43.33	15	50.00	0.11
เกษตรกร ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	17	56.67	15	50.00	

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม (ต่อ)

สวัสดิการทางด้านสุขภาพ					
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	19	60.00	17	53.33	0.24
เบิกต้นสังกัด ประกันสังคม	11	40.00	13	43.33	
รายได้ประจำเดือน					
น้อยกว่า 10,000 ต่อเดือน	17	56.66	19	63.33	0.24
มากกว่า 10,000 ต่อเดือน	13	43.33	11	36.67	
โรคประจำตัวของผู้ดูแล					
มีโรคประจำตัว	19	63.33	18	60.00	0.28
ไม่มีโรคประจำตัว	11	36.67	12	40.00	
การอบรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน					
ได้รับการอบรม	30	100	30	100	-
ไม่ได้รับการอบรม	0	0	0	0	-

4.2.2.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์

(1) ค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ก่อน กับหลัง (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ก่อน และหลังที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) พบว่า มีค่า BI เพิ่มขึ้น 61.50, 71.83, 82, และ 91.67 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแต่ละคู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน ก่อน และหลัง (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) (n=30)

ค่า BI	Mean±SD	Mean Diff.	SE	95%CI Lower Upper	p-value
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 1 เดือน	61.50±21.62, 71.83±13.80	-10.33	10.12	-14.66 -6.01	<0.001
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 3 เดือน	61.50±21.62, 82.00±9.79	-20.50	10.60	-25.81 -15.19	<0.001
ก่อนการได้รับรูปแบบ กับ 6 เดือน	61.50±21.62, 91.67±6.48	-30.17	10.24	-36.79 -23.54	<0.001
1 เดือน กับ 3 เดือน	71.83±13.80, 82.00±9.79	-10.17	10.37	-12.96 -7.37	<0.001
1 เดือน กับ 6 เดือน	71.83±13.80, 91.67±6.48	-19.83	10.96	-23.83 -15.84	<0.001
3 เดือน กับ 6 เดือน	82.00±9.79, 91.67±6.48	-9.67	10.27	-12.26 -7.08	<0.001

หมายเหตุ ใช้สถิติ GLM Repeated Measures

(2) ค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ก่อน และหลังการได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)

เปรียบเทียบค่า BI ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะจำหน่าย พบว่ามีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 61.50 และ 59.83 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =0.74)

เปรียบเทียบค่า BI ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ ทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะ 1 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 71.83 และ 61.50 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.02)

เมื่อเปรียบเทียบค่า BI ระหว่างได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะ 3 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 82.00 และ 63.30 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p-value <0.001)

เมื่อเปรียบเทียบค่า BI ระหว่างกลุ่มกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมี ส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะ 6 เดือน พบว่ามี ค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 91.67 และ 63.83 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ก่อนการทดลอง กับหลังการ

ค่า BI	กลุ่มที่ได้รับ		กลุ่มที่ได้รับรูป		Mean Diff.	E	95% CI		p-value 2-tailed
	รูปแบบ (n=30)		แบบเดิม (n=30)				Lower	Uper	
	Adj. Mean	SD	Adj. Mean	SD					
ค่า BI ระยะจำหน่าย (ก่อนได้รับรูปแบบ)	61.50	±21.62	59 .83	±23.72	1.67	5.07	-8.70	12.04	0.74
ค่า BI ระยะ 1 เดือน	71.83	±13.80	61 .50	±21.86	10.33	4.37	1.39	19.28	0.02
ค่า BI ระยะ 3 เดือน	82.00	±9.79	63 .30	±22.03	18.70	3.95	10.63	26.77	< 0.001
ค่า BI ระยะ 6 เดือน	91.67	±6.48	63 .83	±19.59	27.83	3.67	20.32	35.35	< 0.001

หมายเหตุ ใช้สถิติ GLM Repeated Measures

(3) ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการเกิดภาวะ Stroke ช้ำ และด้านอื่น ๆ ดังนี้ การตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านโภชนาการ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการสนับสนุน ด้านอุปกรณ์ ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

(3.1) ด้านภาวะแทรกซ้อน

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 16.66 ระยะ 3 เดือน มีภาวะแทรกซ้อนลดลง ร้อยละ 6.67 และระยะ 6 เดือนไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อน เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

(3.2) ด้านการเกิดภาวะ Stroke ช้ำ ภายใน 28 วันหลังจากการ

จำหน่าย

ระยะติดตาม 1 เดือน 3 และ 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เกิดภาวะ Stroke ช้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ดังนี้

(3.3) ด้านการมาตรวจตามนัด

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มาตรวจตามแพทย์นัดร้อยละ 60 ระยะ 3 เดือนมาตรวจตามนัดแพทย์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 93.34 และระยะ 6 เดือนมาตรวจตามนัดแพทย์ร้อยละ 100 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

(3.4) ด้านการรับประทานยา

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอร้อยละ 63.34 ระยะ 3 เดือนมีการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.67 และระยะ 6 เดือนมีการ

รับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอร้อยละ 100 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

(3.5) ด้านโภชนาการ

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีปัญหาด้านโภชนาการ การปรุงอาหาร และประเภทของอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านร้อยละ 36.67 ระยะ 3 เดือนมีปัญหาลดลงเป็น ร้อยละ 13.33 และระยะ 6 เดือน ไม่พบปัญหาด้านโภชนาการ การปรุงอาหาร เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

(3.6) ด้านสิ่งแวดล้อม

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ ห้องน้ำ ทางเดิน ภาพพื้นผิวทางเดิน และอื่น ๆ ร้อยละ 30.00 ระยะ 3 เดือนไม่พบปัญหาร้อยละ 10.00 และระยะ 6 เดือนไม่พบปัญหาด้านสภาพแวดล้อม เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

(3.7) ด้านอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์การให้ให้อาหาร รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบปัญหาร้อยละ 30.00 ระยะ 3 เดือนพบปัญหาลดลงเป็น ร้อยละ 10.00 ระยะ 6 เดือนไม่พบปัญหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4.10

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง	ระยะ 1 เดือน กับ ระยะ 3 เดือน				p -value	ระยะ 1 เดือน กับระยะ 6 เดือน				p -value	ระยะ 3 เดือน กับระยะ 6 เดือน				p- value
	ระยะ 1 เดือน (n=30)		ระยะ 3 เดือน (n=30)			ระยะ 1เดือน (n=30)		ระยะ 6 เดือน (n=30)			ระยะ 3 เดือน (n=30)		ระยะ 6 เดือน (n=30)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ด้านภาวะแทรกซ้อน															
มี		6.66		.67	< .001**	5	1		0	< .001**		6		0	< .001**
ไม่มี	5	3.34	8	3.34		2	8		1		8	3.34	30	100	
ด้านการตรวจตามนัด															
ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด	2	0.00		.66	< .001**	1	4		0	< .001**		6		0	< .001**
ไปตามนัด	8	0.00	8	3.34		1	6		1		8	3.33	0	00	
ด้านการรับประทานยา															
พบปัญหา	1	6.66		3.33	< .001**	1	3		0	< .001**		1		0	< .001**
ไม่พบปัญหา	9	3.34	6	6.67		1	6		1		26	6.67	0	00	
ด้านการเกิดภาวะ Stoke ชั่ว (ภายใน 28 วัน หลังจากการจำหน่าย)															

เข้ารับรักษาด้วยอาการ stroke ช้ำ						0	0		0			0	0		
ไม่เคยเข้ารับรักษาด้วยอาการ stroke ช้ำ	0	00	0	00		3	1		1		0	1	1		
ด้านภาวะโภชนาการ															
พบปัญหา	1	6.67		6.67	<.001**	1	3		0	<.001**		1		0	<.001**
ไม่พบปัญหา	9	3.33	5	3.33		1	6		1		5	8		1	
ด้านสภาพแวดล้อม															
พบปัญหา		0.00		0.00	<.001**	9	3		0.	<.001**		1		0	<.001**
ไม่พบปัญหา	1	0.00	7	0.00		2	7		1		7	9		1	
ด้านอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย															
พบปัญหา		0.00		0.00	<.001**	9	3		0.	<.001**		1		0	<.001**
ไม่พบปัญหา	1	0.00	7	0.00		1	7		1		7	9		1	

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบผลลัพธ์ การดูแลผู้โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านการเกิดภาวะ Stroke ช้ำ ด้านโภชนาการ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ กลุ่มทดลอง ระยะติดตาม 1 กับ 3 เดือน ระยะติดตาม 1 กับ 6 เดือน และระยะติดตาม 3 เดือน กับ 6 เดือน

(4) ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ และผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ดังนี้ ด้านการตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านโภชนาการ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

(4.1) ด้านภาวะแทรกซ้อน

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 16.66 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ร้อยละ 30.00 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่แตกต่างกัน (p-value =0.22)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 6.67 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 46.67 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 53.33 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

(4.2) ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ (ภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เกิดภาวะ Stroke ซ้ำ ภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย แต่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม เกิดภาวะ Stroke ซ้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย ร้อยละ 30 (9 คน) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ ภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย แต่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม เกิดภาวะ Stroke ซ้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย ร้อยละ 23.33 (7 คน) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเกิดภาวะ Stroke ซ้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย แต่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม เกิดภาวะ Stroke ซ้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่ายร้อยละ 26.66 (8 คน) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ดังนี้

(4.3) ด้านการตรวจตามนัด

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มาตรวจตามนัดแพทย์ร้อยละ 60 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มาตรวจตามแพทย์ นัดร้อยละ 40 เมื่อทดสอบสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนมาตรวจตามนัดแพทย์ร้อยละ 93.34 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มาตรวจตามแพทย์นัดร้อยละ 23.34 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ากลุ่มกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนมาตรวจตามแพทย์นัดร้อยละ 100 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มาตรวจตามแพทย์นัดร้อยละ 26.67 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

(4.4) ด้านการรับประทานยา

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอร้อยละ 63.34 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมมีการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอร้อยละ 46.66 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p -value =0.44)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอร้อยละ 86.67กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอร้อยละ 26.67 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอร้อยละ 100 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอร้อยละ 23.64 เมื่อทดสอบสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$)

(4.5) ด้านโภชนาการ

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนมีปัญหาด้านโภชนาการ การปรุงอาหาร และประเภทของอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านร้อยละ 36.67 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมมีปัญหาด้านโภชนาการ การปรุงอาหาร และประเภทของอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านร้อยละ 46.67 เมื่อทดสอบสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.44$)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนมีปัญหาด้านโภชนาการ การปรุงอาหาร และประเภทของอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านร้อยละ 16.67 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีปัญหาด้านโภชนาการ การประกอบอาหาร และประเภทของอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านร้อยละ 60 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนไม่พบปัญหาด้านโภชนาการ การปรุงอาหาร และประเภทของอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีปัญหาด้านโภชนาการ การปรุงอาหาร และประเภทของอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านร้อยละ 73.33 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

(4.6) ด้านสภาพแวดล้อม

ระยะติดตาม 1 เดือน ด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ ห้องน้ำ ทางเดิน ภาพพื้นผิวทางเดิน และอื่น ๆ พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนมีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมร้อยละ 30.00 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมร้อยละ 56.33 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 3 เดือน ด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ ห้องน้ำ ทางเดิน ภาพพื้นผิวทางเดิน และอื่น ๆ พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรเทา และชุมชนมีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมร้อยละ 10.00 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมร้อยละ 60.00 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ ห้องน้ำ ทางเดิน ภาพพื้นผิวทางเดิน และอื่น ๆ พบว่ากลุ่มกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรเทา และชุมชนไม่พบปัญหาด้านสภาพแวดล้อม กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมร้อยละ 73.34 เมื่อทดสอบสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

(4.7) ด้านอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย

ระยะติดตาม 1 เดือน การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์การให้อาหาร รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรเทา และชุมชน พบปัญหาร้อยละ 30.00 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบปัญหาร้อยละ 60.00 เมื่อทดสอบสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.19$)

ระยะติดตาม 3 เดือน การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์การให้อาหาร รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่ากลุ่มกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรเทา และชุมชนพบปัญหาร้อยละ 10.00 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบปัญหาร้อยละ 73.34 เมื่อทดสอบสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์การให้อาหาร รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรเทา และชุมชน ไม่พบปัญหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบปัญหาร้อยละ 76.66 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ และผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	ระยะ 1 เดือน				p-value	ระยะ 3 เดือน				p-value	ระยะ 6 เดือน				p-value
	กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ (n=30)		กลุ่มรูปแบบเดิม (n=30)			กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ (n=30)		กลุ่มที่ได้รับรูปแบบเดิม (n=30)			กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ (n=30)		กลุ่มที่ได้รับรูปแบบเดิม (n=30)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1) ด้านภาวะแทรกซ้อน															
มี	5	16.66	9	30.00	0.22	2	6.67	4	46.67	<0.001**	0	0.0	16	53.33	<0.001**
ไม่มี	25	83.34	21	70.00		28	93.33	6	53.33		30	100.0	14	46.67	
ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ (ภายใน 28 วัน หลังจากการจำหน่าย)															
เข้ารับรักษาด้วยอาการ stroke ซ้ำ	0	0	9	30.00	<.001**	0	0	3	23.33	<0.001**	0	0.0	8	26.66	<0.001**
ไม่เคยเข้ารับรักษาด้วยอาการ stroke ซ้ำ	30	100	21	70.00		30	100	3	76.67		0	100	22	73.34	
ด้านการตรวจตามนัด															
ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด	12	40.00	18	60.00	0.19	2	6.66	3	76.66	<0.001**	0	0.0	22	73.33	<0.001**
ไปตามนัด	18	60.00	12	40.00		28	93.34	3	23.34		30	100.0	8	26.67	
ด้านการรับประทานยา															
พบปัญหา	11	36.66	16	53.34	0.44	4	13.33	2	73.33	<0.001**	0	0.0	23	76.66	<0.001**
ไม่พบปัญหา	19	63.34	14	46.66		26	86.67	3	26.67		30	100.0	7	23.64	

2) ด้านโภชนาการ															
พบปัญหา	11	36.67	14	46.67	0.44	5	16.67	8	60.00	<0.001**	0	0.0	22	73.33	<0.001**
ไม่พบปัญหา	19	63.33	16	53.33		25	83.33	2	40.00		30	100.0	8	26.67	
3) ด้านสิ่งแวดล้อม															
พบปัญหา	9	30.00	17	56.33	0.02*	3	10.00	8	60.00	<0.001**	0	0.0	22	73.34	<0.001**
ไม่พบปัญหา	21	70.00	13	43.33		27	90.00	2	40.00		30	100.0	8	26.66	
4) ด้านอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย															
พบปัญหา	9	30.00	18	60.00	0.19	3	10.00	2	73.34	<0.001**	0	0.0	23	76.66	<0.001**
ไม่พบปัญหา	11	70.00	12	40.00		27	90.00		26.66		30	100.0	17	23.34	

กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

(4.8) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Modified Rankin Scale (mRS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ก่อนกับหลัง การได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน (ระยะติดตาม 3 และ 6 เดือน)

ระยะ 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบค่า mRS ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่ามีค่าเฉลี่ย mRS เท่ากับ 1.80 และ 2.46 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

ระยะ 6 เดือน เมื่อเปรียบเทียบค่า mRS ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่ามีค่าเฉลี่ย mRS เท่ากับ 0.77 และ 2.43 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Modified Rankin Scale (mRS) ประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

ค่า mRS	กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ (n=30)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม (n=30)		Mean Diff.	SE	95%CI		p-value
	Adj. Mean	SD	Adj. Mean	SD			Lower	Uper	
ค่า mRS ระยะ 3 เดือน	1.80	1.22	2.46	1.19	-.67	.29	-1.27	-.068	<0.03
ค่า mRS ระยะ 6 เดือน	0.76	0.77	2.43	1.26	-1.66	.27	-2.24	-1.10	< 0.001

เลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน (ระยะติดตาม 3 และ 6 เดือน)

หมายเหตุ ใช้สถิติ GLM Repeated Measures

(4.9) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและ ชุมชน ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

โดยเปรียบเทียบ ระยะติดตาม 1 กับระยะติดตาม 3 เดือน, ระยะติดตาม 1 กับระยะติดตาม 6 เดือน และระยะติดตาม 3 กับระยะติดตาม 6 เดือน ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ระยะติดตาม 1 เดือนพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย 23.46 กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 25.20 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.05$)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย 23.46 กับระยะติดตาม 6 เดือนพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 28.96 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ระยะติดตาม 3 เดือนพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย 25.20 กับระยะติดตาม 6 เดือนพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 28.96 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 19.66 ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 25.53 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 19.66 ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 27.63 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 25.53 ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 27.63 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 9.63 ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 11.36 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 9.63 ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 12.80 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 11.36 ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 12.80 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 25.30 ระยะ 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 29.60 และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 25.30 ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 33.16 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 29.60 ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 33.16 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

คุณภาพชีวิต โดยรวม

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 59.11 ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 95.70 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 59.11 ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 103.10 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคุณภาพชีวิตโดยรวม 95.70 ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 103.10 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและ ชุมชน ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

คุณภาพชีวิต	Mean±SD		Mean Diff.	SE	95%CI		P-value
					Lower	Uper	
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย							
1 เดือน กับ 3 เดือน	23.46±3.83	25.20±2.62	-2.003	.665	-3.394	-.673	.050
1 เดือน กับ 6 เดือน	23.46±3.83	28.96±2.65	-5.467	.518	-4.407	-4.407	<.001
3 เดือน กับ 6 เดือน	25.20±2.62	28.96±2.65	-3.433	.587	-4.633	-2.234	<.001
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ							
1 เดือน กับ 3 เดือน	19.66±2.32	25.33±3.16	-5.600	.420	-6.458	-4.742	<.001
1 เดือน กับ 6 เดือน	19.66±2.32	27.63±1.51	-8.600	.511	-9.645	-7.555	<.001
3 เดือน กับ 6 เดือน	25.33±3.16	27.63±1.51	-3.00	.512	-4.047	-.1953	<.001
คุณภาพชีวิตสัมพันธ์ทางสังคม							
1 เดือน กับ 3 เดือน	9.63±1.36	11.37±1.24	-1.733	.283	-2.313	-2.313	<.001
1 เดือน กับ 6 เดือน	9.63±1.36	12.80±1.06	-3.167	.250	-3.677	-2.656	<.001
3 เดือน กับ 6 เดือน	11.366±1.24	12.80±1.06	-1.433	.294	-2.035	-.831	<.001
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม							
1 เดือน กับ 3 เดือน	25.31±2.42	29.60±2.49	-4.200	.649	-5.528	-2.872	<.001
1 เดือน กับ 6 เดือน	25.31±2.42	33.17±2.49	-7.767	.683	-9.163	-6.371	<.001
3 เดือน กับ 6 เดือน	29.60±2.49	33.17±2.49	-3.567	.516	-4.621	-2.512	<.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม							
1 เดือน กับ 3 เดือน	59.11±2.44	95.70±7.66	-36.500	2.02 6	-40.644	-32.335	<.001
1 เดือน กับ 6 เดือน	59.11±2.44	103.10±2.49	-43.900	1.54 4	-47.058	-40.742	<.001
3 เดือน กับ 6 เดือน	95.70±7.66	103.10±2.49	-7.400	1.10 2	-9.655	-5.145	<.001

หมายเหตุ ใช้สถิติ GLM Repeated Measures

(4.10) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและ ชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 23.46 และ 18.30 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.006$)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 25.20 และ 17.70 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและ ชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 28.96 และ 17.30 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 19.66 และ 15.10 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 25.53 และ 12.43 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนน

เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 27.63 และ 12.10 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 9.63 และ 8.80 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 11.36 และ 6.90 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 12.80 และ 6.58 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและ ชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 25.30 และ 18.53 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 29.60 และ 18.40 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 33.16 และ 18.66 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คุณภาพชีวิต โดยรวม

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 59.11 และ 57.06 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.003)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 95.70 และ 56.56 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้ดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 103.10 และ 55.96 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้การดูแลรูปแบบเดิม ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

คุณภาพชีวิต		กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ	กลุ่มที่ดูแลรูปแบบเดิม	Mean diff.	(95%CI) Lower Uper	p-value
		mean±SE	mean±SE			
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	ระยะ 1 เดือน	23.46±3.83	18.30±1.55	5.16	3.63 6.69	0.006*
	ระยะ 3 เดือน	25.200±2.62	17.70±1.85	7.500	6.33 8.69	<.001**
	ระยะ 6 เดือน	28.966±2.65	17.30±2.16	11.66	10.41 12.98	<.001**
	ระยะ 1 เดือน	19.66±2.32	15.100±2.86	.649	3.19 6.03	0.005*

คุณภาพ ชีวิตด้านจิตใจ	ระยะ 3 เดือน	25.533±3.16	12.433±2.22	13.10	11.69 14.50	<.001**
	ระยะ 6 เดือน	27.633±1.51	12.100±2.75	15.55	14.39 16.68	<.001**
คุณภาพ ชีวิตด้าน สัมพันธภาพ ทางสังคม	ระยะ 1 เดือน	9.633±1.36	8.800±1.27	.83	1.55 1.51	0.017*
	ระยะ 3 เดือน	11.366±1.07	6.900±.845	4.46	3.93 4.69	<.001**
	ระยะ 6 เดือน	12.800±1.06	6.582±.776	5.91	5.40 6.39	<.001**
คุณภาพ ชีวิตด้าน สภาพแวดล้อม	ระยะ 1 เดือน	25.300±2.42	18.533±1.59	6.76	5.69 7.83	<.001**
	ระยะ 3 เดือน	29.600±2.49	18.400±1.27	11.20	5.69 7.83	<.001**
	ระยะ 6 เดือน	33.16 6±2.69	18.66±1.74	14.50	5.69 7.83	<.001**
คุณภาพ ชีวิต โดยรวม	ระยะ 1 เดือน	59.11±2.44	57.066±2.71	2.033	13.32 15.67	.003*
	ระยะ 3 เดือน	95.70 ±7.66	56.566±3.03	39.12	36.12 42.13	<.001**
	ระยะ 6 เดือน	103.10 ±5.68	55.966±3.41	41.13	44.70 49.55	<.001**

หมายเหตุ ใช้สถิติ GLM Repeated Measures * < .01 ** < .001

(4.11) คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
ภายในในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน(ระยะ
จำหน่าย,1, 3 และ 6 เดือน)

โดยเปรียบเทียบ ระยะเวลาจำหน่าย กับระยะ 1 เดือน, ระยะเวลาจำหน่าย กับระยะ 3 เดือน, ระยะเวลาจำหน่าย กับระยะ 6 เดือน, ระยะติดตาม 1 กับระยะติดตาม 3 เดือน, ระยะติดตาม 1 กับระยะติดตาม 6 เดือน และระยะติดตาม 3 กับระยะติดตาม 6 เดือน ดังนี้

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ระยะเวลาจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนน

เฉลี่ย 19.66 กับระยะ ติดตาม 1 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 18.93 ทดสอบทางสถิติ พบไม่แตกต่างกัน (p-value 0.70)

ระยะเวลาจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 19.66 กับระยะติดตาม 3 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 24.00 ทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะเวลาจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนน

เฉลี่ย 19.66 กับระยะติดตาม 6 เดือนพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 27.50 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือนพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 18.93 กับระยะติดตาม 3 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 24.00 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือนพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมี

คะแนนเฉลี่ย 18.93 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 27.50 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือนพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมี

คะแนนเฉลี่ย 24.00 กับระยะติดตาม 6 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 27.50 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระยะเวลาจำหน่ายพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนน

เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 17.10 กับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.80 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.012)

ระยะเวลาจำหน่ายพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนน

เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 17.10 กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น
19.80 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะจำหน่ายพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมี
เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 17.10 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 20.13
เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมี

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 17.80 กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย
เพิ่มขึ้นเป็น 19.80 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมี
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 17.80 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น
20.13 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมี
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 19.80 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น
20.13 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 7.87 กับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น
6.83 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.010)

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนน
เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 7.87 กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย
ลดลงเป็น 7.26 เมื่อทดสอบทางสถิติพบไม่แตกต่างกัน (p-value 0.222)

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนน
เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 7.87 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย
เพิ่มขึ้นเป็น 10.33 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนน
เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 6.83 กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย
เพิ่มขึ้นเป็น 7.26 เมื่อทดสอบทางสถิติพบไม่แตกต่างกัน (p-value 0.122)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 6.83 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 10.33 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .001$)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 7.26 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 10.33 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

คุณภาพชีวิตด้าน สิ่งแวดล้อม

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 19.13 กับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 24.44 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 19.13 กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 31.13 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 19.13 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 32.03 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 24.44 กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 31.13 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 24.40 ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 32.03 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 31.13 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 32.03 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.039)

คุณภาพชีวิต โดยรวม

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 63.63 กับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 64.90 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.037)

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 63.63 กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 92.30 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 63.63 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 97.66 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 64.90 กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 92.30 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 64.90 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 97.66 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม 92.30 กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 97.66 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ก่อน กับหลัง (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)

คุณภาพชีวิต	Mean±SD		Mean Diff.	SE	95%CI		P-value
					Lower	Uper	
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย							
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 1 เดือน	19.66±1.42	18.93±1.48	0.73	0.12	-0.20	0.48	0.070
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 3 เดือน	19.66±1.42	24.00±1.35	-7.70	0.38	-8.47	-6.92	< 0.001**
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 6 เดือน	19.66±1.42	27.50±1.25	-8.56	0.33	-9.24	-7.89	< 0.001**
1 เดือน กับ 3 เดือน	18.93±1.48	24.00±1.35	-7.93	0.39	-8.71	-7.15	< 0.001**
1 เดือน กับ 6 เดือน	18.93±1.48	27.50±1.25	-8.80	0.30	-9.42	-8.18	< 0.001*
3 เดือน กับ 6 เดือน	24.00±1.35	27.50±1.25	-8.67	0.30	-1.48	-0.25	0.007*
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ							
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 1 เดือน	17.10±1.68	17.80±2.00	6.33	0.24	-1.12	-0.14	0.012*
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 3 เดือน	17.10±1.68	19.80±1.84	2.70	0.45	-3.61	2.22	< 0.001**
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 6 เดือน	17.10±1.68	20.13±1.65	3.03	0.44	-3.94	2.12	< 0.001**
1 เดือน กับ 3 เดือน	17.80±2.00	19.80±1.84	2.06	0.48	-3.04	1.09	< 0.001**
1 เดือน กับ 6 เดือน	17.80±2.00	20.13±1.65	2.40	0.47	-3.36	1.44	< 0.001**
3 เดือน กับ 6 เดือน	19.80 ±1.84	20.13±1.65	0.33	0.94	-0.10	0.73	0.630
คุณภาพชีวิตสัมพันธ์ภาพทางสังคม							
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 1 เดือน	7.87±1.27	6.83±1.13	1.04	0.22	0.36	1.24	0.010*

ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 3 เดือน	7.87±1.27	7.26±1.11	0		-0.26	0.
			.40	.32	1.06	222
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 6 เดือน	7.87±1.27	10.33±1.23	-		-3.18	<.
			0.26	.27	2.08	001**
1 เดือน กับ 3 เดือน	6.83±1.13	7.267±1.11	-		-0.96	0.
			0.40	.27	0.16	155
1 เดือน กับ 6 เดือน	6.83±1.13	10.33±1.23	-		-4.07	<
			3.43	.31	2.79	0.001**
3 เดือน กับ 6 เดือน	7.267±1.11	10.33±1.23	-		-3.69	<
			3.03	.32	2.38	0.001**
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม						
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 1 เดือน	19.13±1.70	24.40±3.22	-		-5.44	<
			4.16	.62	2.90	0.001**
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 3 เดือน	19.13±1.70	31.13±1.24	-		-12.62	<
			11.20	.70	9.77	0.001**
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 6 เดือน	19.13±1.70	32.03±3.05	-		-13.44	<
			12.10	.70	10.76	0.001**
1 เดือน กับ 3 เดือน	24.44±3.22	13.48±2.01	-		-8.73	<
			7.03	.83	5.34	0.001**
1 เดือน กับ 6 เดือน	24.44±3.22	32.03±3.05	-		-9.67	<
			7.93	.48	6.20	0.001**
3 เดือน กับ 6 เดือน	31.13±1.24	32.03±3.05	-		0.05	0.
			0.90	.16	1.75	039*
คุณภาพชีวิตโดยรวม						
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 1 เดือน	63.63±4.06	64.90±4.74	0		-2.45	0.
			.57	.04	0.08	037*
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 3 เดือน	63.63±4.06	92.30±1.24	-		-30.78	<
			28.66	.04	26.55	0.001**
ก่อนได้รับรูปแบบ กับ 6 เดือน	63.63±4.06	97.66±6.14	-		-36.56	<
			34.03	.24	31.50	0.001**
1 เดือน กับ 3 เดือน	64.90±4.74	92.30±4.87	-		-29.86	<
			27.40	.20	24.94	0.001**
1 เดือน กับ 6 เดือน	64.90±4.74	97.66±6.14	-		-35.49	<
			32.76	.34	30.04	0.001**
3 เดือน กับ 6 เดือน	92.30±4.87	97.66±6.14	-		2.53	<
			5.36	.38	8.21	0.001**

หมายเหตุ ใช้สถิติ GLM Repeated Measures * < 0.05 ** < 0.001

(4.12) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะจำหน่าย (ก่อนได้รับรูปแบบ) ระยะติดตาม (1, 3 และ 6 เดือน)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 19.66 และ 19.30 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =0.379)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 18.933 และ 18.06 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value 0.052)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 23.40 และ 17.11 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 27.50 และ 16.33 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 17.10 และ 16.233 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =0.058)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

แบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 17.80 และ 15.00 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 19.80 และ 13.50 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 20.13 และ 13.40 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 7.866 และ 7.60 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.407$)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 6.833 และ 6.10 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.035$)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 7.26 และ 5.96 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคม 10.33 และ 5.82 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 19.30 และ 18.86 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.437)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 24.40 และ 18.50 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 31.13 และ 17.70 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสิ่งแวดล้อม 32.03 และ 17.36 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

คุณภาพชีวิต โดยรวม

ระยะจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่ม

ที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 63.63 และ 61.44 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =0.056)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 64.90 และ 61.33 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.016)

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

แบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 92.30 และ 59.33 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 97.66 และ 59.03 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ก่อน และหลัง และระยะติดตาม (1, 3 และ 6 เดือน)

คุณภาพชีวิต		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean diff	95%CI	P-value
		mean±SE	mean±SE			
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	ก่อนทดลอง	19.66±1.42	19.30±1.70	0.36	-0.46 1.19	0.37
	ระยะ 1 เดือน	18.93±1.48	18.06±1.87	0.86	-0.01 1.74	0.052
	ระยะ 3 เดือน	23.40±1.35	17.11±1.88	8.40	7.49 9.35	$<0.001^{**}$
	ระยะ 6 เดือน	27.50±1.25	16.33±1.62	11.17	10.41 11.91	$<0.001^{**}$
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	ก่อนทดลอง	17.10±1.68	16.23±1.77	0.87	-0.02 1.76	0.058
	ระยะ 1 เดือน	17.80±2.00	15.00±2.70	0.61	0.56 3.03	0.005*
	ระยะ 3 เดือน	19.80±1.84	13.50±2.99	6.30	5.01 7.58	$<0.001^{**}$
	ระยะ 6 เดือน	20.13±1.65	13.40±2.63	6.73	5.59 7.87	$<0.001^{**}$

คุณภาพ ชีวิตด้าน สัมพันธภาพ ทางสังคม	ก่อน	7.86±1.27	7.60±1.19	0.27	-0.03	0.407
	ทดลอง				0.90	
	ระยะ 1 เดือน	6.83±1.13	6.10±1.47	0.73	0.51 0.51	0.035*
	ระยะ 3 เดือน	7.26±1.11	5.96±0.92	1.30	0.77 1.83	<0.001**
ระยะ 6 เดือน	10.33±1.23	5.82±0.89	4.33	3.76 4.89	<0.001**	
คุณภาพ ชีวิตด้าน สภาพแวดล้อม	ก่อน	19.30±1.70	18.88±2.56	0.43	-0.68	0.437
	ทดลอง				1.55	
	ระยะ 1 เดือน	24.40±3.22	18.50±1.63	0.56	4.59 7.22	<0.001**
	ระยะ 3 เดือน	31.13±3.21	17.70±1.64	13.43	12.11 14.74	<0.001**
ระยะ 6 เดือน	32.03±3.05	17.36±1.73	14.67	13.38 15.95	<0.001**	
คุณภาพ ชีวิต โดยรวม	ก่อน	63.63±4.06	61.44±4.5	2.17	-0.06	0.056
	ทดลอง				4.38	
	ระยะ 1 เดือน	64.90±4.74	61.33±6.21	2.03	0.69 6.43	0.016*
	ระยะ 3 เดือน	92.30±4.87	59.33±2.74	32.97	6.43 34.19	<0.001**
ระยะ 6 เดือน	97.66±6.14	59.03±2.96	38.70	36.13 41.14	<0.001**	

หมายเหตุ ใช้สถิติ GLM Repeated Measures * < .05 ** < .001

4.3 อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้า 2) รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน และ 3) ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ดังนี้

4.3.1 ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase)

4.3.1.1 ลักษณะทางประชากร (ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมหมอครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน)

ลักษณะทางประชากร (จากตาราง 1, 2, 3) ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมหมอครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน ทุกกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้ป่วย และผู้ดูแล อายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วยมีโรคร่วม โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย ก่อนกลับมาดูแลที่บ้าน สำหรับทีมหมอครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในชุมชนมากกว่า 3 ปี

4.3.1.2 การศึกษาปัญหา และความต้องการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย พบปัญหา 3 ประการหลัก

ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพกาย 2) ปัญหาการทำกิจวัตรประจำวัน และปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด และ 3) ปัญหาเศรษฐกิจ การเงิน หนี้ และสังคม สอดคล้องกับงานวิจัย⁹⁶ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ

นอกจากนี้ ความต้องการ ของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่ามี 3 ประการ ได้แก่ 1) ต้องการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย 2) ต้องการความช่วยเหลือทางด้านทรัพยากร และระบบบริการสุขภาพ 3) ต้องการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในช่วงแรกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ขาดการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมทางศาสนา และบางรายที่ทำงานในกลุ่มภาคอุตสาหกรรม ถูกให้พักงานหรือออกจากงาน สอดคล้องกับงานวิจัย^{95,96} พบว่าความสำคัญของปัจจัยทางสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตหลังโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และสอดคล้องกับงานวิจัย⁹⁷ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในชุมชน

สามารถช่วยเหลือ และสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

อสม. และผู้นำชุมชน ต้องการเพิ่มความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมถึงวิธีการสนับสนุนนโยบายของรัฐบาลให้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย⁹⁷ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนส่วนใหญ่ต้องการทีมสหวิชาชีพ ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายบุคคล ซึ่งมีลักษณะการดูแลที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัย^{98,99} พบว่าผู้ป่วย และผู้ดูแล มีความต้องการทีมผู้เชี่ยวชาญ และให้การสนับสนุนญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มผู้นำชุมชน เสนอให้มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้ชัดเจน เพิ่มบทบาทประสานงานด้านความช่วยเหลือ ระหว่างทีมหมอครอบครัว และการสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰⁰⁻¹⁰⁴ พบว่าการร่วมมือระหว่างทีมวิชาชีพ และชุมชนสนับสนุนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถได้รับการฟื้นฟูทางด้านสุขภาพ และลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ รวมถึงลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการสนทนากลุ่ม ทีมหมอครอบครัว สามารถอภิปรายได้ดังนี้

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในระดับอำเภอไม่ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการติดตามดูแลที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรบุคคล รวมถึงจำนวนผู้ป่วยที่ทีมสหวิชาชีพต้องรับผิดชอบ มีผู้ป่วยโรคต่าง ๆ จำนวนมาก การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จึงมีความจำเป็นต้องมีแนวทางที่ชัดเจน และมีทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแล ในระยะฟื้นฟู และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ควรให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัว ที่เป็นผู้ดูแลหลัก และพบปัญหาการประสานขอความช่วยเหลือ และคำแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัย^{105,106} พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการดูแล และฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุนทางด้านจิตใจ

การสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยทีมแพทย์ระดับอำเภอ หรือทีมหมอครอบครัว ที่ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นหน่วยประสานงานร่วมกับพยาบาลชุมชน หรือนักวิชาการสาธารณสุขในระดับชุมชน ที่ต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰⁷ พบว่าแพทย์เป็นส่วนสำคัญของทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ทีมหมอครอบครัว ที่มีนักกายภาพบำบัด ควรมีบทบาทในการสอนทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล และอสม. เพื่อให้เกิดทักษะความสามารถในการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰⁸ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในปฏิบัติการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วย ร่วมกับผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิต และดูแลด้านสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ซึ่งพบในสถานการณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมีความเครียดสูง สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰⁹ พบว่าในระยะ 1-2 เดือนแรก ผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย มีความกังวล และมีความเครียด รวมถึงมีภาวะซึมเศร้า

สรุป ได้แนวทางการแก้ไขสำหรับการปรับปรุงปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับชุมชน ดังนี้

ประการแรก ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม และผู้นำชุมชน ต้องมีความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ประการที่สอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ควรจัดให้มีแนวทางที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในการระบุนความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องเป็นผู้ประสานให้ความร่วมมือกับอสม. และผู้นำชุมชน ในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰⁰⁻¹⁰¹ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ในช่วงระยะจำหน่าย มีความต้องการ ทีมวิชาชีพ ที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม

4.3.1.3 การจัดการกลุ่มข้อมูล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย จัดกลุ่มปัญหา และความต้องการตามกลุ่มข้อมูล ได้ 3 ประเด็น ดังนี้

(1) ด้านการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย จิตใจ

(1.1) ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ

(1.2) ผู้ป่วยมีปัญหาการพูดและการกลืน ในช่วง 1 เดือนแรกที่ถูก

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(1.3) ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการอาบน้ำ และการเข้าห้องน้ำ

(1.4) ผู้ดูแล เครียด พักผ่อนน้อย

(2) ความต้องการช่วยเหลือด้านทรัพยากร และระบบบริการสุขภาพ

(2.1) ผู้ป่วยขาดอุปกรณ์ฟื้นฟู และอุปกรณ์ ในการทำกิจวัตรประจำวัน

(2.2) ผู้ป่วยขาดการรักษาจากแพทย์ ทีมผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

(2.3) ผู้ป่วยขาดยา

(2.4) ผู้ดูแลขาดความรู้ เทคนิคการปฏิบัติ ฟื้นฟูร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เลือดสมองที่บ้าน

(3) ต้องการสนับสนุนทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

(3.1) ขาดผู้ดูแล ในช่วงระยะ 1-3 เดือนแรก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยถูกปล่อยให้อยู่ลำพัง เนื่องจากผู้ดูแลมีกิจกรรมภายนอกบ้าน

(3.2) ขาดปฏิสัมพันธ์ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เกิดความคิดว่าถูกทอดทิ้ง

(3.3) ปัญหาการเงิน ภาระหนี้สิน

(3.4) สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมสำหรับการพักฟื้น สภาพเตียงนอน ห้องน้ำ และลักษณะที่อยู่อาศัยเสี่ยงต่อการล้มของผู้ป่วย

ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จัดกลุ่มปัญหา และความต้องการตามกลุ่มข้อมูล ได้ 2 ประเด็น ดังนี้

(1) ปัญหาระบบบริการสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองที่บ้าน

1.1 อสม. ขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายกรณี

1.2 อสม. ขาดทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1.3 อสม. ขาดแนวทางการประสานงานสำหรับการดูแล และทีมที่ปรึกษา

1.4 ผู้นำชุมชน ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

1.5 ผู้นำชุมชน ไม่เคยมีส่วนในการดูแล และขาดประสบการณ์

1.6 ผู้นำชุมชน มีบทบาทไม่ชัดเจนในงานสาธารณสุข

(2) ปัญหาการจัดสรรทรัพยากรชุมชน

2.1 งบประมาณในการสรรหาอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพ

2.2 อสม. ไม่ผ่านการอบรม หรือผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย ดิดเตียง

และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3 ขาดการวางแผนร่วมกันของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ ผู้นำ

ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4.3.1.4 การพัฒนาทีมการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และ

ชุมชน

จากตารางที่ 4.4 ผลกระบวนการการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ โดยใช้ Appreciation - Influence – Control (AIC) อภิปรายได้ดังนี้

การจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วัน ใช้เวลา 18 ชั่วโมง จัดอยู่ในขั้นตอนการวางแผน (Plan) การประชุมแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ 6 ขั้นตอนย่อย ดังนี้ A-1, A-2, I-1, I-2, C-1, C-2

ลักษณะทางประชากร (ทีมหมอครอบครัว และชุมชน)

ทีมหมอครอบครัว 50 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 10 คน นักวิชาการสาธารณสุข 6 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน พยาบาลสุขภาพจิต 1 คน นักแพทย์แผนไทย 2 คน อสม. 26 คน

ชุมชน 10 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 6 คน ตัวแทนองค์กรท้องถิ่น 4 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุมากกว่า 35 ปี ทำงานในสายงานตามวิชาชีพ และปฏิบัติงานมา มากกว่า 5 ปี แสดงให้เห็นว่ามีประสบการณ์การทำงาน ในการให้บริการสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1 (Appreciation) พัฒนาการมีส่วนร่วมในการสร้างความรู้โดยใช้การสนทนากลุ่ม ดังนี้
ตารางที่ 4.17 ประเด็นการมีส่วนร่วมโดยการสนทนากลุ่ม

ประเด็น	ปัจจุบัน	อนาคต
ปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	<p>-มีระบบการติดตามดูแลของ ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล ร่วมกับ รพสต.</p> <p>(ทีมภาระงานมาก เกิดปัญหาเรื่องการติดตาม และขาดแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>-อสม.ขาดบทบาทที่ชัดเจน รวมถึงหน้าที่ที่ชัดเจน</p> <p>-ผู้นำชุมชนยังไม่ค่อยมีบทบาทเข้ามาสนับสนุน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้อง ได้รับการดูแลตามด้วยทีมสหวิชาชีพที่มีความเฉพาะด้าน</p> <p>-เกิดความร่วมมือของทีมสุขภาพ ระดับชุมชน เข้ามาสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน</p> <p>-ต้องลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>
อนาคตและความต้องการ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	<p>-มีระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน</p> <p>-มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ชัดเจน และมีบทบาทหน้าที่ตามความเหมาะสม</p>	<p>-ชุมชนมีทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีการทำงานประสานความร่วมมือกันในการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม - ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล</p> <p>-มีผู้ได้รับการดูแลและ ประเมินผลตามหลักวิชาชีพ อย่างเหมาะสม</p> <p>-ลดปัญหาภาวะความพิการของผู้ป่วย</p> <p>-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</p>

ขั้นตอนที่ 2 (Influence) การสร้างแนวทางการพัฒนา การคิดโครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ และจัดลำดับความสำคัญซึ่งผลของการปฏิบัติ ดังนี้

ตารางที่ 4.18 การจัดลำดับความสำคัญของโครงการ

โครงการ	แนวทางปฏิบัติ
<p>การประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> -สร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะ 1 เดือน -กำหนดกิจกรรมของแต่ละบุคคล และบทบาทตามความสามารถในทีมหมอครอบครัว และชุมชน -ทีมหมอครอบครัว ประเมินผู้ป่วยตามทักษะวิชาชีพของตนเองตามรูปแบบการประเมิน -แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้ยึดผู้ป่วยและญาติเป็นหลักในการดูแลแก้ไข และสนับสนุนช่วยเหลือตามหลักปัญหาและความต้องการ -กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะติดตาม 0-1 เดือน ระยะติดตาม 1-3 เดือน และระยะติดตาม 3-6 เดือน
<p>จัดตั้งกลุ่มจิตอาสาชุมชน ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่บ้าน ด้านสิ่งแวดล้อม</p>	<p>-ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรท้องถิ่น จัดหากกลุ่มจิตอาสา เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และสนับสนุนการปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมให้เกิดความเหมาะสม</p>

ขั้นตอนที่ 3 (Control) การสร้างแนวทางปฏิบัติ และกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินงาน ซึ่งรับผิดชอบต่อแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และกิจกรรมขั้นตอน โดยการแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ สร้างข้อการตกลงในรายละเอียดในการดำเนินงานดังนี้

ตารางที่ 4.19 โครงการจากผลการประชุมวางแผนโครงการ

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน	ปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน -เน้นฟื้นฟูทางด้านร่างกายผู้ป่วย -เน้นทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย และผู้ดูแล	ทีมหมอครอบครัว และชุมชน
จัดตั้งกลุ่มจิตอาสาชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสิ่งแวดล้อม	เพื่อพัฒนาสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือน -มุ่งเน้นการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้าน -จัดหากลุ่มจิตอาสาในชุมชน สนับสนุนกายอุปกรณ์ทางการแพทย์ และทรัพยากรที่เหมาะสม	ทีมหมอครอบครัว และชุมชน

อภิปรายผล จากการใช้เทคนิค AIC เพื่อการเฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการประสานการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในพื้นที่ อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (Appreciation) ผลจากการได้ร่วมกันเสนอและวิพากษ์วิจารณ์สถานการณ์ปัจจุบันของกลุ่มสมาชิก อสม. และชุมชน และได้เสนอแนวคิดในการสร้างแนวทางร่วมกันโดยเน้นถึงการประสานการมีส่วนร่วมของแต่ละทีม การมองถึงอนาคตและทุกคนยอมรับในการร่วมดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมที่เหมาะสม และตามความถนัดทั้ง ทางวิชาชีพและแนวทางการร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชนที่เข้ามาแก้ปัญหา และความต้องการ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางสุขภาพได้อย่างถูกหลักวิชาการ และได้รับการฟื้นฟูสุขภาพได้เป็นอย่างดี โดยแนวทางนี้ได้มาจากทุกคนที่มีความปรารถนาาร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 (Influence) การสร้างแนวทางการพัฒนา บทบาทของแต่ละบุคคลในทีม แต่กลุ่มเน้นการเสนอแนวทางในการพัฒนาการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ได้มาในรูปแบบแนวทางการปฏิบัติ และกิจกรรมต่าง ๆ จำนวน 2 แนวทาง ได้แก่ 1) แนวทางการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน 2) จัดตั้งกลุ่มจิตอาสาชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้งสองแนวทางมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตามความสามารถ และความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล โดยมีกรอบด้านเวลาเข้ามากำหนดในการเข้าไปดูแลผู้ป่วย สนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อแก้ไขภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย เน้นการฟื้นฟูผู้ป่วย และลดปัญหาความเครียดความกังวล ด้านภาวะโภชนาการ ด้านการรับประทานยา ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ลดการเกิดภาวะแผลกดทับ ภาวะข้อติด และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ปัญหาทางด้านการตรวจรักษาตามนัด ปัญหาทางสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย รวมถึงคุณภาพชีวิต ทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล โดยในช่วงระยะที่ 0-1 เดือน มีการปรับกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในระยะ 1-3 เดือน และการปรับกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในระยะ 3-6 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 (Control) การสร้างแนวทางการปฏิบัติ ถือเป็นแผนการปฏิบัติการ (Action Plan) ขั้นตอนนี้มีการจัดแนวทางการดำเนินการตั้งแต่ขั้นแรกมาจนถึงการทำให้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในแต่ละขั้นตอนในการดำเนินการ ทั้งนี้เกิดจากการใช้ขั้นตอนในประชุมแบบมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ในการร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน การระดมสมอง การสรุปเชื่อมโยงโดยใช้แผนความคิด (Mind Map)

จากการใช้เทคนิค AIC สามารถทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในขั้นตอน Plan Do Check Action (PDCA) 3 วงรอบ (0-1, 3, และ 6 เดือน) อภิปรายได้ดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน และการจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านสิ่งแวดล้อม แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการสรุปประเด็น และการตัดสินใจร่วมกันได้อย่างรวดเร็ว

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) ระยะติดตาม 0-1 เดือน การปฏิบัติตามขั้นตอนแนวทางการประสานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะติดตาม 0-1 เดือน ดำเนินการทีมประสานงานรับส่งต่อผู้ป่วยในอำเภอทอง Thai COC (ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามการดูแลที่บ้าน) ได้มีการจัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เตรียมการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบ “ไลน์กลุ่ม” ทีมหมอครอบครัว อำเภอทอง จังหวัดชลบุรี

ก่อนที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการจำหน่าย 7 วัน ทีมจะทำการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยกับไปฟื้นฟูที่บ้าน โดยให้พยาบาลเวชปฏิบัติ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการ รวมถึงผู้นำชุมชน เข้าร่วมประเมินความพร้อมร่วมกัน ก่อน 3 วัน เพื่อเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน หลังจากผู้ป่วยกับไปฟื้นฟูที่บ้าน

ภายใน 7 วัน ทีมหมอครอบครัว (แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาล สุขภาพจิต นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนองค์กรท้องถิ่น) เข้าร่วมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ตามหลักวิชาชีพ และความชำนาญของบุคคล

ระยะ 14 วันหลังจากจำหน่าย และ 21 วันหลังจากจำหน่าย ทีมที่เข้าติดตามจะเป็นทีมกายภาพบำบัด ทีมพยาบาลรพสต. พยาบาลสุขภาพจิต และ อสม. เพื่อเข้าดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย และช่วงเวลา 28-30 วันหลังจากการจำหน่าย

ระยะ 1-3 เดือน ทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการปรับกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีการปรับระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วย และการปรับกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ระยะ 3-6 เดือน แบ่งประเภทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามค่า BI (0-25 คะแนนให้สีแดง 30-75 คะแนนให้สีเหลือง และ 75-100 คะแนนให้สีเขียว)

ขั้นตอน (Check) ระยะ 0 - 1 เดือน ส่วนใหญ่ครั้งแรกพบเรื่องปัญหาความกังวลของญาติ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) ปัญหาเรื่องการกินอาหารตามหลักโภชนาการ เรื่องอาหารที่พบช่วงนี้ ญาติปรุงอาหารตามความถนัด แต่มีบางส่วนสามารถงดอาหารที่มีรสชาติเค็ม บางส่วนยังรับประทานอาหารประเภททอด 2) ปัญหาเรื่องการรับประทานยา มีบางส่วนลืมการรับประทานยากลุ่มละลายลิ้มเลือด การรับประทานยาคลาดเคลื่อนเวลา และกลุ่มยาลดไขมันก่อนนอน

ซึ่งผู้ดูแลลืมหายาบ่อยครั้งเนื่องจากผู้ป่วยหลับก่อน 3) ปัญหาเรื่องเกิดแผลกดทับ เริ่มผิวหนังมีสีแดงหรือเกิดแผลกดทับระดับที่ 1 เนื่องจากผู้ดูแลต้องทำงานนอกบ้าน 4) ปัญหาขาดการนัดพบแพทย์ถึง 11 คน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถนั่งได้

ระยะ 1 - 3 เดือน ในกลุ่มผู้มีภาวะแทรกซ้อน ให้กลุ่มพยาบาลฝึกหัดการดูแลแผลกดทับระยะแรก สร้างความเข้าใจและความตระหนักของผู้ดูแล ในการพลิก ตะแคงผู้ป่วยตามเวลา (นาฬิกาผู้ดูแลผู้ป่วยป้องกันแผลกดทับ ยังพบผู้ป่วย 2 คน ที่ยังคงมีภาวะแทรกซ้อนด้านแผลกดทับ

ด้านยา พบ 4 คน ยังพบผู้ป่วยลืมนับรับประทานยา ช่วงก่อนนอนบ่อยครั้ง และปรับขนาดยาในยาโรคร่วม เบาหวาน เนื่องจากคิดว่าตนเองทานยาหลายชนิดแล้ว

ด้านโภชนาการ ยังพบปัญหา 5 คน ยังคงไม่ควบคุมอาหาร มีการปรุงอาหารรสเค็ม และใช้เครื่องปรุงที่ไม่เป็นไปตามสัดส่วนโภชนาการ

ด้านสภาพแวดล้อม พบ 3 คน ในเรื่องของสภาพโครงสร้าง ห้องน้ำ มีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณ

ด้านอุปกรณ์สนับสนุน 3 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ฟื้นตัวจากผู้ป่วยติดเตียง และยังไม่สามารถเดินได้ มีความจำเป็นการใช้วีลแชร์ หรือไม้เท้า 3 ขา

ระยะ 3-6 เดือนกลุ่มผู้ป่วย ทุกผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการแก้ไข ทำให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการตรวจตามนัดแพทย์ ด้านการรับประทานยา ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำ ด้านโภชนาการ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วย พบว่าสามารถแก้ไขได้ครบทุกปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ขั้นตอน (Action) การประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และ

ชุมชน เกิดการปรับปรุงกระบวนการในการดูแลที่เกิดขึ้น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถึงระยะ 1 เดือน 2)ระยะ 1-3 เดือน และ 3) ระยะ 3-6 เดือน มีกระบวนการในการประชุม สรุบนโยบายแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโดยวิธีการสนทนากลุ่ม ทั้งสิ้นจำนวน 3 ครั้ง เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน หาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมถึงสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยพบว่า การดูแลทางด้านร่างกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อีกทั้งได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว และในส่วนขององค์ประกอบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมที่บ้าน อุปกรณ์ ชุมชนสามารถเข้ามาช่วยเหลือ และประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานในระดับชุมชน ให้เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

โดยสรุป กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ต้องมีการพัฒนาผ่านกระบวนการ Action Research โดยใช้ขั้นตอน Plan Do Check Action ร่วมกับการประชุมเชิง

ปฏิบัติการ AIC และมีทีมหมอครอบครัว ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านภาวะโรค และการฟื้นฟูร่างกาย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เกษีกร นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลสุขภาพจิต โภชนาการ และอสม. ร่วมกับชุมชน ที่เข้ามาสนับสนุนในเรื่องงบประมาณ การสนับสนุนทางด้านสังคม และการช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อลดปัญหาความกังวลรวมถึงความคิดในเรื่องการถูกทอดทิ้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย⁹⁰⁻⁹³ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประเทศผู้มีรายได้น้อย มีความจำเป็นที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญในการดูแลภาวะโรค รวมถึงการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชนมีความจำเป็นต้องใช้กลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าช่วยเหลือ และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในด้านที่ยังเป็นปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจภาระค่าใช้จ่าย หนี้สิน สอดคล้องกับงานวิจัย⁹⁴ พบว่ารูปแบบการฟื้นฟูที่บ้านต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว เพื่อลดความรุนแรง และลดระยะเวลาในการรักษา สนับสนุนการฝึกฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล จัดหาอุปกรณ์ และมีการบริการฟื้นฟูโดยทีมวิชาชีพ และให้สังคมร่วมสนับสนุนในการจัดการเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล สอดคล้องกับงานวิจัย⁹⁵ พบว่าการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องมี 1) การพัฒนานโยบายสนับสนุนทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น 2) การพัฒนาและกำหนดแนวทางการดูแล และ 3) ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ดูแล ตลอดจนการสนับสนุนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และชุมชน ผลลัพธ์และข้อเสนอแนะเหล่านี้เป็นประโยชน์ต่อพยาบาลชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่รับผิดชอบในการออกแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

สรุปขั้นตอนพัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านผ่านกระบวนการ Action Research โดยใช้ขั้นตอน Plan Do Check Action (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)

การพัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ประกอบด้วย

(1) ขั้นตอนการค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการสำรวจ และการค้นหาปัญหาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแล ในแต่ละพื้นที่ และสภาพทางเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกัน

การสนทนากลุ่มของทีมหมอครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน เรื่องนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในด้านปัญหา อุปสรรค รวมถึงความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน

(2) ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย

(2.1) การอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข และ ผู้นำชุมชน

(2.2) การอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข

(2.3) การประชุมแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้เสียเสีย (กระบวนการ AIC) ในการดูแลผู้ป่วยในระดับอำเภอ ประกอบด้วยทีมแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่รพสต. อสม. และผู้นำชุมชนในพื้นที่ เพื่อทำการทราบถึงปัญหา และความต้องการของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน การแลกเปลี่ยนความคิด และสร้างวิสัยทัศน์ และกำหนดบทบาทกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กำหนดกรอบเวลาในการปฏิบัติ กำหนดการวัดผล และกำหนดผลลัพธ์ตามเกณฑ์การดูแลของแต่ละวิชาชีพ และการทำงานร่วมกัน และกำหนดแผนการทำงานเป็นทีมในการประสานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน

(3) ขั้นตอนการดำเนินการ ผ่านกระบวนการ PDCA โดยกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 3 ระยะ คือ 1. ระยะ 1 เดือน 2. ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน โดยเมื่อสิ้นสุดระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน จะมีการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน ปัญหา ข้อดี ข้อควรพัฒนา และสรุปเพื่อปรับปรุงรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรอบครัว

(4) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนด 5 ผลลัพธ์ ดังนี้
1. ค่า BI 2. ภาวะแทรกซ้อน 3. การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และผลลัพธ์ด้านอื่น 4. ภาวะพิการ 5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

สรุปได้ดังภาพแสดงการพัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรอบครัว และชุมชนได้ดังนี้

พัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน

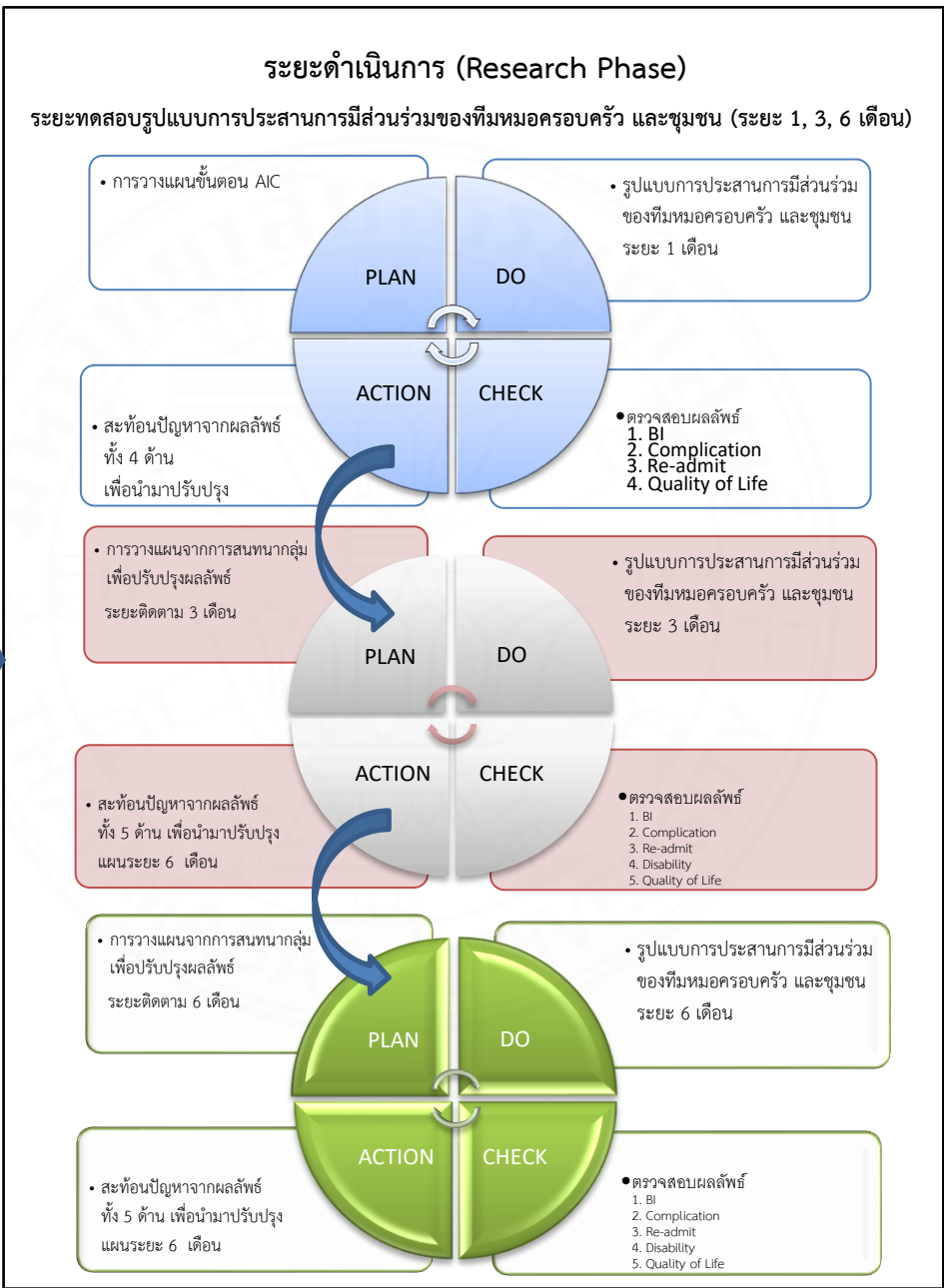
ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase)

1. การค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก)
2. การค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด



ระยะดำเนินการ (Research Phase)

1. ระยะพัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน
 - 1.1 การอบรมให้ความรู้ อสม. ทีมชุมชน เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
 - 1.2 การฝึกการปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของ อสม.
 - 1.3 การประชุมเชิงปฏิบัติการ ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผ่านกระบวนการ AIC
 - กำหนดบทบาท
 - ทีมหมอครอบครัวและชุมชน
 - ทีมฟื้นฟูร่างกาย และสุขภาพจิต



ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

1. ค่า Barthel Index
2. ภาวะแทรกซ้อน
3. ภาวะ Re-admit
4. ภาวะพิการ
5. คุณภาพชีวิต

4.3.2 ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการ ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

4.3.2.1 รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัวและชุมชน

(1) การจัดทีม

ทีมหมอครอบครัว ควรประกอบด้วย แพทย์ เกษัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติ
ชุมชน พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย
พยาบาลสุขภาพจิต อาสาสมัครสาธารณสุข

ชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น และ จิตอาสา
ในการดำเนินการ แบ่งเป็นทีมย่อย 3 ทีม ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว ทีมฟื้นฟูร่างกาย และสุขภาพจิต ทีม
ประเมินสภาพแวดล้อม และทีมสุขภาพชุมชน

(2) จัดการอบรม

ให้ความรู้ กับอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน 5 ชั่วโมง เรื่อง
ตามที่ได้จากระยะเตรียมการ คือ - เรื่องการเกิดโรค ประเภท และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด
สมอง

(2.1) เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะแทรก
ซ้อน การดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา และการดูแลโรคร่วม เรื่องการฟื้นฟูร่างกาย และจิตใจ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เรื่องการไต่ถาม และภาวะโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองที่บ้าน

(2.2) เรื่องสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์สนับสนุน
ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ กับอาสาสมัครสาธารณสุข 7 ชั่วโมง เรื่องตามที่ได้จากระยะเตรียมการ คือ

- การฟื้นฟูผู้ป่วยด้านร่างกาย การใช้อุปกรณ์เพื่อสนับสนุนผู้ป่วย และการ
เคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- การประเมินภาวะแทรกซ้อน การป้องกัน และการดูแล ภาวะแทรกซ้อน
- การประเมินภาวะเครียด ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
- การดูแลด้านโภชนาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเตรียมอาหาร

(3) กิจกรรมที่ทีมต้องดำเนินการ

(3.1) ประชุมแบบมีส่วนร่วม (โดยใช้เทคนิค AIC) เพื่อวางแผนงาน (Plan)

3.2 กำหนดกิจกรรม เช่น เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดย
แบ่งระยะติดตามเป็น 3 ช่วง

ช่วงที่ 1 หลังจำหน่าย ถึง 1 เดือน

ช่วงที่ 2 1 เดือน ถึง 3 เดือน

ช่วงที่ 3 3 เดือน ถึง 6 เดือน

จากนั้นดำเนินการ (Do) ตามแผนงานที่วางไว้ และมีการตรวจสอบ (Check) และจัดกระทำ (Act)

ตารางที่ 4.20 รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัวและชุมชน

ทีมหมอครอบครัว รับแจ้งข้อมูลว่าผู้ป่วยจะได้กลับบ้าน

รพสต. อสม. ผู้นำชุมชน ประเมินความพร้อมเพื่อรับผู้ป่วยกลับบ้าน

ช่วง 1 เดือนแรก (0 – 30 วัน) ทีมหมอครอบครัวเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทุก 7 วัน		
วัน	ทีมที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และผู้ดูแล	วัตถุประสงค์
7 วัน	ทีมหมอครอบครัว ชุมชน	เพื่อติดตามอาการผู้ป่วย ปัญหาทางสุขภาพ และ ปัญหาของผู้ดูแล รวมถึงสภาพแวดล้อมที่บ้าน สรุปรูปปัญหา ของผู้ป่วย
14 วัน	ทีมกายภาพ พยาบาลสุขภาพจิต อสม.	เพื่อติดตามการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และ ปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ป่วยและผู้ดูแล
21 วัน	ทีมกายภาพ พยาบาลสุขภาพจิต อสม.	เพื่อติดตามการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และ ปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินปัญหาทางการฟื้นฟู/สุขภาพจิต ของผู้ป่วย และผู้ดูแล
28 - 30 วัน	ทีมหมอครอบครัว ชุมชน	เพื่อประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแล ผู้ป่วย ระยะ 1 เดือน
สรุปรูปปัญหา และอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยทีมหมอครอบครัว และ ชุมชน		



ตารางที่ 4.20 รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัวและชุมชน (ต่อ)

ช่วง 3 เดือน (31 – 90 วัน) ทีมหมอครอบครัวเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทุก 14 วัน		
วัน	ทีมที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และ ผู้ดูแล	วัตถุประสงค์
44 วัน	ทีมรพสต. อสม.	เพื่อติดตามอาการทางสุขภาพร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย (ติดตามอาการโรคร่วม) และความปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ
58 วัน	ทีมรพสต. ทีมกายภาพ พยาบาล สุขภาพจิต อสม.	เพื่อติดตามการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย และสุขภาพจิต และประเมินผู้ดูแลในการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วย
62 วัน	ทีมรพสต. อสม.	เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ((ติดตามอาการ โรคร่วม) ความต้องการความช่วยเหลือ
78 วัน	ทีมรพสต. ทีมกายภาพ พยาบาล สุขภาพจิต อสม.	เพื่อติดตามการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย และสุขภาพจิต และประเมินผู้ดูแลในการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วย
82 - 90 วัน	ทีมหมอครอบครัว ชุมชน	เพื่อประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะ 3 เดือน
สรุปปัญหา และอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยทีมหมอครอบครัว และ ชุมชน		



ตารางที่ 4.20 รูปแบบการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัวและชุมชน (ต่อ)

ช่วง 6 เดือน (91 – 180 วัน) ทีมหมอครอบครัวเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทุก 14 - 20 วัน		
วัน	ทีมที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และ ผู้ดูแล	วัตถุประสงค์
104 วัน	ทีมรพสต. อสม.	เพื่อติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และผู้ดูแล (สำรวจปัญหาทางสุขภาพ และ ความต้องการช่วยเหลือ)
120 วัน	ทีมรพสต. ทีมกายภาพ พยาบาล สุขภาพจิต อสม.	เพื่อติดตามการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย และสุขภาพจิต ของ ผู้ป่วย และผู้ดูแล
160 วัน	ทีมรพสต. อสม.	เพื่อติดตามอาการป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย (สำรวจปัญหาทาง สุขภาพ และ ความต้องการช่วยเหลือ)
180 วัน	ทีมหมอครอบครัว ชุมชน	เพื่อประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะ 6 เดือน
สรุปปัญหา และอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยทีมหมอครอบครัว และชุมชน		

4.3.3 ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

4.3.3.1 เปรียบเทียบคะแนน การประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ก่อน กับหลัง (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเพิ่มขึ้น จากก่อนการได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน ตามลำดับ และอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกประเด็นและทุกช่วงเวลา ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ก่อนการได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน การทำงานในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัช กายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และมีสนับสนุนจากรพสต. อสม.ในพื้นที่ เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย

(ส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้ป่วย) ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่ค่อยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุมปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งปัญหาดังกล่าวไม่ใช่แค่เพียงภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ ที่ผู้ป่วยต้องการ ยังพบปัญหาทางด้านอุปกรณ์สภาพแวดล้อม และทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม สอดคล้องกับงานวิจัย⁹⁶ พบว่าคนในครอบครัวที่ให้การดูแลอย่างไม่เป็นทางการแก่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดูแลที่เห็นอกเห็นใจ และในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วย พบปัญหาที่คล้ายกับผู้ป่วย ที่ได้รับผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน เช่นเดียวกัน

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ใช้กระบวนการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว (ทีมสหวิชาชีพ) ร่วมกับชุมชน ที่ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในองค์กรท้องถิ่น เข้ามาร่วมกันวางแผนสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน รวมถึงการแบ่งบทบาท กิจกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตามหลักวิชาชีพ และหน้าที่ความรับผิดชอบทางสุขภาพในระดับชุมชน ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านขั้นตอนการวางแผน ก่อนการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคะแนนระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 7.90 คะแนน) หลังจากการดำเนินการประชุมแบบมีส่วนร่วม AIC ทุกคนในทีมหมอครอบครัว ที่มีสหวิชาชีพ และอสม. เข้ามาประชุมแบบมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ร่วมกับชุมชน ที่มีผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และเจ้าหน้าที่องค์กรส่วนท้องถิ่น เข้ามาร่วมกันเสนอปัญหาในส่วนที่รับผิดชอบ และเสนอแนวทางการพัฒนา

ระยะติดตาม 1 เดือน หลังจากการดำเนินการตามแผนจนครบระยะติดตาม 1 เดือน มีค่าคะแนนระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 14.33 คะแนน) การมีส่วนร่วมในการวางแผนชุมชน ยังมองว่าในการกำหนดบทบาท หรือตัดสินใจ ชุมชนยังไม่ชัดเจน บทบาทบางส่วนยังคงเป็นหน้าที่ของของทีมหมอครอบครัว เป็นผู้กำหนดในการวางแผน อสม. ยังไม่สามารถเสนอความคิดในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เกิดจากการไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น หรือขาดความมั่นใจในการสื่อสารที่จะเสนอความต้องการของตนเอง โดยหลังจาก มีการประชุมวางแผนการดำเนินการ ทีมหมอครอบครัว และชุมชนได้มีการร่วมตัดสินใจในบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สรุปแผนการร่วมกัน ปรับแก้ไขกิจกรรม

ระยะติดตาม 3 เดือน หลังจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่ามีค่าคะแนนในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 18.65 คะแนน) เนื่องจากการทำงาน

ในกลุ่มของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้นสามารถแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอในการพัฒนา เพื่อแก้ไขการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในบทบาทที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้

ระยะติดตาม 6 เดือน มีการปรับแผนวางแผนการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านภาวะแทรกซ้อน การติดตามดูแลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ พยาบาลรพสต. อสม. เรียนรู้และมีการปฏิบัติตามแผนจนครบ 6 เดือน หลังจากนั้นมีการประเมินการมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่ามีค่าคะแนนในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 24.06 คะแนน) จะเห็นได้ว่าระยะ 6 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่แตกต่างจากระยะติดตาม 3 เดือน เนื่องจากทั้งทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีความสามารถในการวางแผนการทำงานร่วมกันเป็นทีมมากขึ้น สามารถแสดงความคิดเห็น และยอมรับความคิดเห็นของแต่ละคนในทีม มีการวางบทบาท และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาจากการทำงานร่วมกันในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

(2) การมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านก่อนการได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน พบว่ามีคะแนนในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 8.23 คะแนน) โดยพบว่าชุมชนไม่ค่อยได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และบทบาทในเรื่องการปฏิบัติงานร่วมกับทีมแพทย์ (ทีมหมอครอบครัว) ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีบทบาทการช่วยเหลือ เรื่องเครื่องบริโภค อาหาร น้ำดื่ม ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเตียง โดยทำงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

อสม. ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยจะไปร่วมกับทีมรพสต.

เป็นส่วนใหญ่ซึ่งการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ยังไม่ได้มีการทำงานในรูปแบบทีมที่ชัดเจน ครั้งนี้นำทีมหมอครอบครัว และชุมชน เข้ามาประชุมแบบการมีส่วนร่วม (AIC) โดยมีแผนการดำเนินงาน มีกิจกรรมที่ได้มาจากการมีส่วนร่วมในการวางแผน ของแต่ละคนในทีม มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ในระดับปานกลาง (มีคะแนนเฉลี่ย 19.28 คะแนน) ซึ่งพบว่าช่วงแรกในการปฏิบัติทีมหมอครอบครัว พบปัญหาการทำงานเป็นทีมร่วมกับชุมชน มีบทบาทในการปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ชุมชนพบว่ามีความคิดเห็นยังไม่เป็นส่วนหนึ่งของทีมในการปฏิบัติงาน อสม. ยังไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทของตนเองได้อย่างอิสระ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อาจยังคงต้องมีทิวาชีพกำกับดูแลในรายกรณี การมีส่วนร่วมในปฏิบัติ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 เดือน โดยแผนการปฏิบัติ

ครั้งนี้ มีการลดระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน **ปรับจากติดตามทุก 1 สัปดาห์ เป็นทุก 2 สัปดาห์**

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในระดับดี (มีคะแนนเฉลี่ย 28.11 คะแนน) ทุกคนในทีม ร่วมปฏิบัติงาน ตามแผนอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ทุกคนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีม มีบทบาทในการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการแผนในการดูแลของแต่ละทีม อาสาสมัครสาธารณสุข มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติในการฟื้นฟูร่างกาย รวมถึงการดูแล แผลกดทับ โดยสามารถประสาน แพทย์ และพยาบาลเมื่อเกิดความไม่มั่นใจ ชุมชนสามารถสรรหาทรัพยากร เช่น เงิน อุปกรณ์ โดยพบว่าชุมชน สามารถประสานจิตอาสาตำบลเกษตรสุวรรณ มารับส่งผู้ป่วยในการตรวจตามนัด การจัดหาทีมกลุ่มจิตอาสาบ่อทอง เข้ามาปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน และจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ

ระยะติดตาม 6 เดือน ปรับแผนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 6 เดือน ปรับแผนการดูแลผู้ป่วยโดยมีการแบ่ง ค่าระดับ BI ดังนี้ ค่า BI ระดับ 0-35 สีแดง (ระดับรุนแรง) แผนการดูแลในระยะติดตาม 1 เดือน ค่า BI ระดับ 40-75 สีเหลือง (ระดับปานกลาง) ใช้แผนการดูแลในระยะติดตาม 3 เดือน และค่า BI ระดับ 75-100 สีเขียว (ระดับดี) ใช้แผนการดูแลในระยะติดตาม 6 เดือน และในส่วนแผนการปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดตามนัด พบผู้ป่วยในประเภทสีเหลือง และเขียวสามารถดูแล และพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรังที่มีแพทย์ลงตรวจที่รพสต. หลังการปฏิบัติติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในระดับดี (มีคะแนนเฉลี่ย 28.90 คะแนน) ส่วนการปฏิบัติติดตามดูแลผู้ป่วยด้วยการประสานการมีส่วนร่วมในระดับชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัย^{99,105} การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การบูรณาการชุมชน การมีส่วนร่วมในการสนับสนุน การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการรับรู้ถึงการฟื้นฟูตัว ได้รับการพิจารณาว่าเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษา¹⁰⁶ ที่ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยทีมนักกายภาพบำบัดร่วมกับแพทย์แผนโบราณในชุมชนร่วมฝึกปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชน

(3) การมีส่วนร่วมการประเมินผล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ก่อนการได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรณ และชุมชน หรือก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ (AIC) มีคะแนนการประเมินผลการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ใน ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 7.18 คะแนน) หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ และทุกคนได้ร่วมวางแผน มีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เมื่อสิ้นสุดการ

ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีการประชุมทีมเพื่อจะมีการประเมินผลการปฏิบัติ ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน

ระยะ 1 เดือน พบว่าการประสานการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะ 1 เดือน มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการรับรู้และประเมินผลการปฏิบัติ ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 11.70 คะแนน) ซึ่งทีมหมอครอบครัวให้ความสำคัญถึงการทางงบประมาณเพื่อช่วยเหลือ และปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อม หรือสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ ซึ่งยังคงไม่ทราบถึงการสรรหา หรือการได้มาของงบประมาณที่จะสนับสนุนด้านอุปกรณ์ อสม. ยังขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากไม่มั่นใจในการดูแล และไม่สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน

ระยะ 3 เดือน ชุมชน พบว่ามีส่วนร่วมในการรับรู้ผลของการปฏิบัติ การประเมินผลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพราะขาดความรู้ และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย ระยะติดตาม 3 เดือน คะแนนการมีส่วนร่วมในการรับรู้ และประเมินผลการปฏิบัติในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 18.36 คะแนน) ซึ่งพบว่าช่วงนี้ทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมการประเมินผลการปฏิบัติ มีส่วนร่วมในการรับรู้ผลการปฏิบัติ ตามบทบาทในทีม การดูแลผู้ป่วยรับทราบร่วมกัน

ระยะ 6 เดือน พบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมการประเมินผลการปฏิบัติ ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 18.85 คะแนน) ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมการประเมินผลการปฏิบัติ ไม่ค่อยแตกต่างกับช่วงการติดตามในระยะ 3 เดือน เนื่องจาก ทุกคนในทีมหมอครอบครัว และชุมชน สามารถสื่อสารทางด้านข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีบทบาทในการดูแล รวมถึงการแลกเปลี่ยนผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้กับทุกคนในทีมทราบ พบว่าทีมหมอครอบครัว และชุมชน สามารถแลกเปลี่ยนผลลัพธ์ของการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการสนทนากลุ่ม และสรุปผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การสะท้อน เพื่อเป็นแนวทางแก้ไข และปรับปรุงกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัย⁹⁹ พบว่าความจำเป็นในการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มิฉะนั้น ความเบื่อหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และการทำงานแย่ลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับงานวิจัย^{107,108} มีหลักฐานว่าการดูแลและการฟื้นฟูที่ดี หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการจัดการที่ดี ช่วยลดอัตราการตาย และเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว พร้อมทั้งมีการจัดหาเครื่องมือในการฟื้นฟู โดยทีมแพทย์ และให้หน่วยงานในชุมชนเข้ามาร่วมสนับสนุน รวมถึงซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถทำกิจกรรมฟื้นฟู และปฏิบัติกิจวัตรในชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย ร่วมกันปรับกิจกรรมและสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

(4) การมีส่วนร่วมในการรับรู้ประโยชน์ร่วมกับผู้ป่วย

ก่อนได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน สะท้อนผลการปฏิบัติ พบว่าทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการสะท้อนผลการปฏิบัติในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 4.86 คะแนน) และหลังจากการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (AIC) และสิ้นสุดการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะที่ 1 ทุกคนในทีมหมอครอบครัว และชุมชนร่วมกันรับรู้ และประเมินผลการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หลังจากนั้นทีมหมอครอบครัว และชุมชนจะร่วมกันในการสะท้อนผลการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ามีคะแนนการมีส่วนร่วมในการสะท้อนผลการปฏิบัติในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 8.91 คะแนน) เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุข ยังคงมีปัญหาเรื่องการประเมินผลในเรื่องการดูแลผู้ป่วย และยังไม่กล้าที่จะสะท้อน หรือ แสดงความคิดเห็นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องการฟื้นฟูร่างกาย และการประเมินผลกดทับ ชุมชนยังคงขาดความเข้าใจเรื่องการประเมินผลทางการรักษา จึงไม่กล้าที่จะสะท้อนความคิดเห็นในเรื่องการดูแลผู้ป่วย และยังไม่รู้สีกว่าตนเองยังไม่ใช่ส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีค่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการสะท้อนผลการปฏิบัติในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 13.48 คะแนน) เป็นผลมาจากการเริ่มมีความเป็นส่วนหนึ่งของทีม จึงเริ่มมีการแลกเปลี่ยน รวมถึงการสะท้อนผลการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เห็นได้จากทีมอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสานขอความช่วยเหลือจากทีมพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านแผลกดทับ ปัญหาด้านโภชนาการ สามารถสะท้อนให้เห็นการเตรียมอาหารที่ใช้เครื่องปรุงที่ไม่มี การใช้ตามสัดส่วนโภชนาการ แต่ใช้ตามความชอบ และเคยชิน สะท้อนให้เห็นถึงการปรับลดปริมาณการกินยาของผู้ป่วยด้วยตนเองตามความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล ชุมชน เห็นได้จากการสะท้อนถึงการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าใจในหลักการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางด้านร่างกาย และสามารถหาทีมสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชน เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยในด้าน การตรวจตามนัด จัดหารถเพื่อส่งต่อผู้ป่วย และช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ และทั้งทีมหมอครอบครัว และชุมชน สามารถทำงานร่วมกันเป็น ผ่านการประสานการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบทบาทของตนเองได้ดีขึ้น

ระยะติดตาม 6 เดือน เมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่ 6 เดือน พบว่ามีค่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการสะท้อนผลการปฏิบัติในระดับดี (คะแนน

เฉลี่ย 14.30 คะแนน) จะเห็นได้ว่าระยะนี้มีผลคะแนนไม่แตกต่างจากระยะที่ 3 เดือน ผลจากการทำงานมีความคืบหน้าในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแลกเปลี่ยน สะท้อนผลการปฏิบัติ รับรู้ผลการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง รวมถึงสามารถประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือ เพื่อปรับปรุงให้เกิดผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เกิดผลลัพธ์ทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰⁹ พบว่าโครงการฟื้นฟูที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางควรตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองก่อน จากนั้นจึงควรเน้นที่การฟื้นฟูบทบาทครอบครัวและสังคมด้วย สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰³ พบว่าพยาบาลในชุมชนควรมีบทบาทสำคัญในการสร้างโอกาสในการฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹⁰ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังโรคหลอดเลือดสมองอาจเป็นช่องทางสำหรับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่เพิ่มขึ้นและการรวมตัวของชุมชนทำให้ประสบความสำเร็จมากขึ้นในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰⁵ พบว่าการจัดการ การมีส่วนร่วมที่จะประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องคำนึงถึงอิทธิพลที่เป็นไปได้ของปัจจัย ทางจิตสังคม ความรู้ความเข้าใจ และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นตัวทำนายการจำกัดการมีส่วนร่วมในอนาคต สอดคล้องกับงานวิจัย¹¹⁰⁻¹⁰⁴ พบว่าการมีส่วนร่วมมีความจำเป็นต้องมีองค์ประกอบของกิจกรรมหลักประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ กิจกรรมทางวิชาชีพ (งาน งานอาสาสมัคร การศึกษา กิจกรรมในครัวเรือน) และกิจกรรมยามว่างและสังคม ซึ่งจะสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีระยะเวลาการดูแล 6 เดือน สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰⁵⁻¹⁰⁷ พบว่าบ้านที่เป็นสถานที่บำบัด เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการออกจากโรงพยาบาลโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสร้างความพร้อมให้ผู้ป่วยที่จะกลับบ้าน อธิบายได้ว่าบ้านเป็นสถานที่ปลอดภัย และสงบ ซึ่งการฟื้นตัวอาจเกิดขึ้นได้อย่างมีความหมาย รวมถึงการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยประกอบด้วยประสบการณ์ในการปรับตัว และดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰⁸ พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นส่วนสำคัญของการดูแลผู้ป่วย มีหลักฐานสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยสาขาวิชาชีพที่มีการประสานกันเป็นอย่างดี หรือผ่านการจัดเตรียมทีมในระดับชุมชนเพื่อเป็นการสนับสนุนผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว จะเป็นประโยชน์สำหรับการฟื้นฟูกล้ามเนื้อแขน ขา ได้แก่ การบำบัดด้วยการเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการวิจัย^{109,110} พบว่าโปรแกรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อันเนื่องมาจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ภาวะซึมเศร้า และความเป็นอิสระในการทำงานลดลง การจัดหาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมด้วยทรัพยากร ปริมาณยา และระยะเวลาที่เพียงพอเป็นลักษณะสำคัญของการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง และควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกในการออกแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹¹ พบว่าการจัดบริการในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เฉพาะทางหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบสำคัญ

ต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ของ ดัชนี ADL ปัจจัยพยากรณ์เชิงบวกที่สำคัญ ได้แก่ การทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพมีประโยชน์มากที่สุด สามารถลดความรุนแรง และความทุพพลภาพ หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4.3.3.2 การทดสอบรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย

(1) ลักษณะทางประชากร (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย)

(1.1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม (กลุ่มละ 30 คน)

จากตารางที่ 6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุต่ำกว่า 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม/ ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว รายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาท สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง 30 บาท) ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดหลอดเลือดสมองตีบ และในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีค่า Barthel Index (BI) เฉลี่ย 61.50 คะแนน (35-100 คะแนน) กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีค่า Barthel Index (BI) เฉลี่ย 59.83 คะแนน (35-100 คะแนน) ทั้ง 2 กลุ่มมีปัญหาการรับประทานยา ด้านสภาพแวดล้อม และด้านอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย

(1.2) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

จากตารางที่ 7 ผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุต่ำกว่า 60 ปี ประกอบอาชีพ เกษตร/ ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว สถานภาพสมรสคู่ รายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาท สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง 30 บาท) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เบาหวาน และความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นคู่สามี ภรรยา ในการดูแลผู้ป่วย แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นสามีภรรยา และพี่น้อง ในการดูแลผู้ป่วย

(2) ค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ก่อนกับหลัง รับ (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 8) พบว่าภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ระยะจำหน่าย (ก่อนการได้รับรูปแบบ) กับ ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน มีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 61.50, 71.83, 82 และ 91.67 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแต่ละคู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

อภิปรายได้ว่า ผลดังกล่าวเนื่องมาจากการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การประเมินค่าเฉลี่ย BI ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จากแผนการปฏิบัติที่ได้จาก ขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะเวลาในการติดตาม และบทบาทแต่ละทีมในการดูแลผู้ป่วย

ระยะติดตาม 1 เดือน ทีมกายภาพ พยาบาลสุขภาพจิต และรพสต. อสม. ดูแลการฟื้นฟูร่างกายการ ฝึกกายภาพกล้ามเนื้อ มุ่งเน้นในการให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในเรื่องการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฝึกสอนผู้ดูแลโดยมีการติดตามดูแลผู้ป่วยทุกสัปดาห์ พบว่าหลังจาก การติดตามระยะ 1 เดือน ผู้ป่วยมีค่า BI 71.83 ที่สูงขึ้น และมีการปรับแผนการดูแล หลังจากมีการ ประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และประชุมทีมหมอครอบครัว และชุมชน

ระยะติดตาม 3 เดือน แผนการปฏิบัติดูแล มีการขยายระยะติดตามเวลา การติดตามผู้ป่วย จากทุกสัปดาห์ เป็นทุกสองสัปดาห์ แต่ยังคงมุ่งเน้นทางด้าน การดูแลผู้ป่วย ทางด้านร่างกาย จิตใจ โดยทีมหมอครอบครัว (แพทย์ เกษัชกร พยาบาล กายภาพ พยาบาล สุขภาพจิต นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย) ให้การสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีการปรับทีมสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย เกษัชกร พยาบาลรพสต. อสม. มีเป้าหมายหลักคือการลดปัญหาภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ รวมถึง ปฏิบัติการฟื้นฟู ฝึกผู้ป่วยให้มีการผ่อนคลายข้อมือ นิ้วมือ กล้ามเนื้อ ข้อเท้าต่าง ๆ เพื่อลดปัญหาเรื่อง ข้อติด และการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การฝึกผู้ป่วยเดิน เข้าห้องน้ำ รับประทานอาหาร อาบน้ำ หวีผม แปรงฟัน เป็นต้น แพทย์แผนไทย สนับสนุนการนวดผ่อนคลาย ให้กับผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย และมีการใช้ลูกประคบสมุนไพร ร่วมกับการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 82.00 คะแนน (ต่ำสุด 70 สูงสุด 100 คะแนน) หลังจากการประเมินผลลัพธ์ทางการรักษาทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการ

ปรับปรุงแผนการปฏิบัติดูแล มีการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง และมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับ BI ปัจจุบันผู้ป่วยบางรายมีคะแนนดีขึ้น จึงปรับแผนการติดตาม ตามคะแนนระดับ BI ดังนี้

ค่า BI เท่ากับ 0 - 30 คะแนน ใช้แผนการติดตาม 1 เดือน

ค่า BI เท่ากับ 35 - 70 คะแนน ใช้แผนการติดตาม 3 เดือน และ

ค่า BI เท่ากับ 75 - 100 คะแนน ใช้แผนการติดตามช่วง 6 เดือน

ระยะติดตาม 6 เดือน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ค่อยพบปัญหา ทางด้านร่างกาย สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ กินข้าว ใส่เสื้อผ้า การเข้าห้อง การขับถ่าย เป็นต้น ระยะนี้เป็นบทบาทของผู้ดูแลในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมีทีมหมอครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน ร่วมกับ พยาบาลรพสต. อสม. คอยประสานความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล เมื่อพบปัญหาทางสุขภาพ และพบว่าหลังจากการติดตามระยะ 6 เดือนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 91.67 คะแนน (ต่ำสุด 75 สูงสุด 100 คะแนน) พบว่าผลจากการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครัว และชุมชน จากรูปแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมถึงการประเมินผลการปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ในแต่ละระยะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ระยะจำหน่าย, ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน) นั้นส่งผลต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางด้านร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลลัพธ์ทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัย^{112,113} พบว่ากระบวนการฟื้นฟู การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักจิตสังคม นักกายภาพฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยมีเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹⁴ พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพในการดูแล ระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

(3) ค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ก่อน กับหลัง (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 9) เปรียบเทียบค่า BI ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูป

แบบเดิม พบว่าระยะจำหน่าย เท่ากับ 61.50 และ 59.83 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (P-value =0.745)

ระยะติดตาม 1 เดือน มีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 71.83 และ 61.50 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน มีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 82.00 และ 63.30 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน มีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 91.67 และ 63.83 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

อภิปรายได้ว่า ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การประเมินค่าเฉลี่ยเครื่องมือ Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ตามระยะการติดตาม (1, 3 และ 6 เดือน) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 61.50 คะแนน (ต่ำสุด 30 สูงสุด 100 คะแนน) มีรูปแบบการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ ไม่พบการประสานการมีส่วนร่วมกับรพสต. และ อสม.ในพื้นที่ ในช่วงระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ได้รับการติดตามครั้งแรกเฉลี่ยที่ 14 วัน (เร็วสุด 11 วัน ช้าสุด 30 วัน) และยังพบว่าใน ระยะติดตาม 1 เดือน ทีมเยี่ยมบ้านไม่สามารถลงพื้นที่พร้อมกันทุกคนทีมได้ เนื่องจากไม่มีการแยกประเภทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ออกจากโรคอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน จึงเกิดการไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตามเวลา ส่วนระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 61.50 คะแนน ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมในระยะนี้ 11 ราย และระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 63.83 คะแนน ก็ยังพบปัญหาเรื่องการติดตามเช่นเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน สามารถสร้างความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับโรงพยาบาลชุมชน รพสต. เข้ามาทำกิจกรรม และบทบาท การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมีชุมชน มีส่วนร่วมในการประสานในการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เมื่อสิ้นสุดระยะติดตามกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีค่าเฉลี่ย BI สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

(4) ด้านภาวะแทรกซ้อน ด้านการเกิด ภาวะ Stroke ช้ำ และผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ดังนี้ ด้านการตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านโภชนาการ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน (ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน)

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 4.10) กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการ
ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน พบว่าด้านภาวะแทรกซ้อน

ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะ
ติดตาม 6 เดือน เท่ากับกับ 16.66, 6.67 และไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อน เมื่อ
ทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$)

ด้านการเกิดภาวะ Stroke ซ้ำภายใน 28 วันหลังจาก
การจำหน่าย

ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะ 3 เดือน และระยะ 6 เดือน
พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เกิดภาวะ Stroke ซ้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย เมื่อทดสอบ
ทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์ด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านการมาตรวจตามนัด

ระยะติดตาม 1 เดือน, ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะ
ติดตาม 6 เดือน พบว่ากลุ่มได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน
มาตรวจตามแพทย์นัดร้อยละ 60 ร้อยละ 93.34 และระยะ 6 เดือนมาตรวจตามนัดแพทย์ร้อยละ
100 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$)

ด้านการรับประทานยา

ระยะติดตาม 1 เดือน, ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน
พบว่ากลุ่มได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการ
รับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอร้อยละ 63.34 ระยะ 3 เดือนมีการรับประทานยาถูกต้องและ
สม่ำเสมอร้อยละ 86.67 และระยะ 6 เดือนมีการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอร้อยละ 100
เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$)

ด้านโภชนาการ

ระยะติดตาม 1 เดือน, ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะ
ติดตาม 6 เดือน ร้อยละ 36.67 ร้อยละ 13.33 และ พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วน

ร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบปัญหาด้านโภชนาการ การปรุงอาหาร และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ด้านสิ่งแวดล้อม

ระยะติดตาม 1 เดือน,ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ากลุ่มได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ร้อยละ 30.00 ร้อยละ 10.00 และไม่พบปัญหาด้านสภาพแวดล้อม เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ด้านอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย

ระยะติดตาม 1 เดือน,ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ากลุ่มได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบปัญหาร้อยละ 30.00 ร้อยละ 10.00 และไม่พบปัญหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

(5) ด้านภาวะแทรกซ้อน ภาวะ Stroke ช้ำ และผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ดังนี้ ด้านการตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านโภชนาการ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 4.11) กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่า

ผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน

ระยะจำหน่าย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ทั้ง 2 กลุ่ม

ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม เท่ากับ ร้อยละ 16.66 และ 30.00 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.22$)

ระยะติดตาม 3 เดือน ร้อยละ 6.67 และ 46.67 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 53.33 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001)

อภิปรายได้ว่า ด้านภาวะแทรกซ้อน ของกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่พบอาการแทรกซ้อนทุกราย ในจำนวนผู้ป่วยจำนวน 30 คน มีผู้ป่วยติดเตียง 11 คน และมี 5 คน ใส่สายให้อาหารทางจมูก และใส่สายสวนปัสสาวะ พบว่า ในช่วงระยะติดตาม 1 เดือน มีความจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อผู้ป่วยที่ใส่สายสวนต่าง ๆ ทีมพยาบาล อสม. ติดตามอาการ และป้องกันการเกิดการติดเชื้อของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แต่พบว่าในระยะติดตาม 1 เดือน ด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก คือ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะแผลกดทับเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่แผลกดทับอยู่ในระยะที่ 1 ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาดมีรอยแดง (Pressure Injury: Non-blanchable Erythema of Intact Skin) ซึ่งเกิดขึ้นบริเวณหัวไหล่ และก้น เป็นส่วนใหญ่ ปัญหาที่พบคือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในช่วงแรก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีกิจกรรมที่ต้องทำนอกบ้าน ขาดการพลิก ขยับร่างกาย การขยับแขน ขาพลิกตัว ให้ผู้ป่วยตามเวลา ทุก 2 ชั่วโมง รวมถึงการทำกายภาพผู้ป่วย

ระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วย และ อสม. ยังขาดทักษะการประเมินแผลกดทับ ไม่มั่นใจในการประเมินในระยะแรก ทีมหมอครอบครัว ให้ความรู้กับกลุ่ม อสม. เรื่องการป้องกันแผลกดทับ และการประเมินแผลกดทับ และเมื่อเกิดความไม่มั่นใจให้ประสาน พยาบาลรพสต. ผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถประสานขอความช่วยเหลือ อสม. เมื่อต้องออกไปทำกิจกรรมภายนอกบ้าน เพื่อให้ อสม. เข้ามาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง เมื่อสิ้นสุดระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน ด้านแผลกดทับลดลง (จากพบผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับจำนวน 5 คน เหลือจำนวน 2 คน) เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วย เข้าใจถึงความจำเป็นในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากทีมหมอครอบครัว รวมถึงมีแนวทางการประสานการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่วนที่ยังคงมีภาวะแทรกซ้อนนั้นเนื่องจากภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย ได้แก่โรคเบาหวาน ซึ่งแพทย์ในทีมหมอครอบครัวได้ปรับการดูแลแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน โดยให้ พยาบาลรพสต. ติดตาม และดูแลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

หลังสิ้นสุดระยะติดตาม 6 เดือน ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ด้านแผลกดทับ ส่วนการดูแลเรื่องภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อไม่มีแรง พบว่า ทุกระยะการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ไม่พบปัญหา เนื่องจากทีมนี้กายภาพบำบัดมีการฝึกผู้ดูแล

ฝึกผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติเรื่องการบริหารข้อต่าง ๆ ได้บางส่วน สอดคล้องกับงานวิจัย^{114,115} พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบมากในเรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกควรได้รับการดูแลด้วยทีมวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัย^{116,117} พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อจะเริ่มเกิดผิวหนังมีสีแดง ม่วง เกิดขึ้นในระยะ 6-14 วัน หากไม่ได้รับการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹⁸ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ Advanced Therapy Surfaces ที่บ้านหรือการดูแลระยะยาว ผลที่มีความหนา บางส่วนหายเป็นปกติในร้อยละ 16.68 ต่อสัปดาห์ ในการบำบัดด้วยการหมุนด้านข้างอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 9.25 สัปดาห์ ผลที่มีความหนาจะหายเป็นปกติในร้อยละ 14.38 ต่อสัปดาห์ (เวลาในการรักษา 11.25 สัปดาห์)

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ด้านภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หลอดเลือดสมองที่บ้าน ในช่วงระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีภาวะของแผลกดทับเกิดขึ้น 9 คน เริ่มมีเนื้อเปลี่ยนจากสีแดงเป็นสีม่วง ออกคล้ำ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น อีกรวม 14 คน และเกิดแผลกดทับในส่วนนี้มีผู้ป่วยเริ่มเกิดแผลกดทับ ระยะติดตาม 3 เดือน แผลกดทับระยะนี้ มีแผลตุ่มน้ำพองหรือเป็นแผลเปิด บริเวณแผลเปลี่ยนสี ผิวหนังหลุดลอก ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บมากยิ่งขึ้น และระยะติดตาม 6 เดือน มีผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก 2 คน รวมเป็น 16 คน ในส่วนนี้มีผู้ป่วยเริ่มมีแผลกดทับ ระยะติดตาม 6 เดือน แผลกดทับระยะนี้จะมีลักษณะเป็นแผลโพรงลึก เนื่องจากเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนังถูกทำลาย ซึ่งผลเกิดจากการไม่ได้รับการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยทีมวิชาชีพ รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามการฟื้นฟูผู้ป่วยตามระยะเวลา เนื่องจากขาดความรู้ และทักษะการปฏิบัติ รวมถึงผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือกับญาติในเรื่องการฟื้นฟู พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องข้อติด แขนขาเริ่มเล็กลง กล้ามเนื้อไม่มีแรงต้าน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ขาดการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพในรพสต. รวมถึงบทบาทของ อสม. ไม่ชัดเจนในการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและตามแผนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเรื่องการขยับร่างกายทุก 2 ชั่วโมง แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรณกิจ และชุมชน สามารถดูแลภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ เกิดจากการประสานความร่วมมือ การส่งต่อข้อมูลในทีมหมอบรรณกิจ การสนับสนุนความรู้ทักษะ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และสามารถกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลภาวะแทรกซ้อน

ผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ดังนี้

ผลลัพธ์ด้านการตรวจตามนัด

ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ป่วยไปตรวจตามนัด กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการ

ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม เท่ากับ ร้อยละ 60 และ 40 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =0.19)

ระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ป่วยไปตรวจตามนัด กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการ

ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม เท่ากับ ร้อยละ 93.34 และ 23.34 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ป่วยไปตรวจตามนัด กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการ

ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม เท่ากับ ร้อยละ 100 และ 26.67 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีการนัดตรวจจากแพทย์ ไม่ว่าจะ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี โรงพยาบาลแม่ข่าย (พนัสนิคม) และโรงพยาบาลในพื้นที่ (โรงพยาบาลบ่อทอง) ซึ่งปัญหานี้เกิดขึ้นต่อเนื่องโดยพื้นที่ในการศึกษาวิจัยมีสภาพเป็นสังคมชนบท การคมนาคมในการเดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถประจำทาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีรถยนต์ ระยะติดตาม 1 เดือน เกิดปัญหาการขาดนัดตรวจซ้ำ จำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่มีปัญหายานพาหนะ (รถมอเตอร์ไซด์) ในการเดินทาง ผู้ป่วยไม่สามารถนั่งไปได้ เนื่องการเป็นกลุ่มติดเตียง และมีนัดที่โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี บางรายมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าน้ำมันรถ) เรื่องสิทธิ์การรักษาไม่พบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ ทีมหมอครอบครัว ได้มีการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ มีภาวะแทรกซ้อน หรือจำเป็นต้องใช้ยา ที่ต้องมีการสั่งจ่ายโดยแพทย์เฉพาะทาง สามารถให้ผู้ป่วยมา รับการตรวจตามนัด และรับยาที่รพสต. ในพื้นที่ โดยให้ประสานเภสัชกรที่โรงพยาบาล นำยาที่ผู้ป่วย จำเป็นต้องนำมาสั่งจ่ายที่รพสต. ในวันที่มีการออกตรวจโดยแพทย์ คลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อลดปัญหาผู้ป่วยขาด นัด หากมีความจำเป็นต้องส่งเลือดตรวจประเมินอาการ หรือวินิจฉัยโรค ให้ประสานห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์โรงพยาบาล โดยให้พยาบาลรพสต. เจาะเลือดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านส่งตรวจ

ทีมหมอครอบครัว ประสานชุมชนช่วยเหลือในการเดินทางไปตรวจตาม นัด หลังจากระยะติดตาม 3 เดือน พบมีผู้ป่วยขาดนัด 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะติดเตียงในช่วง 1-2 เดือน หลังจากผู้ป่วยเริ่มลุกนั่งได้ แต่ยังไม่สามารถทรงตัวได้ ระยะเวลานาน ผู้ดูแลผู้ป่วยก็มีอายุ มาก และมีโรคประจำตัว การช่วยเหลือส่วนใหญ่จะพึ่ง อสม. การแก้ไขปัญหาการขาดนัด ได้รับการ แก้ไขโดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน โดยชุมชน ได้ประสานในส่วน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมจิตอาสา ของแต่ละพื้นที่เข้ามาช่วยเหลือ เช่น ทีมอาสาเกษตรสุวรรณ ทีมอาสาธรรมมิตรบ่อทอง ทีมอาสาพลวงทอง ซึ่งมีรถที่สามารถนำส่งผู้ป่วยได้ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ให้ พยาบาลรพสต. ประสานองค์การท้องถิ่นก่อนอย่างน้อย 3-5 วัน ก่อนเดินทางไปตรวจรักษาตามนัด ระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้รับการตรวจตามนัดครบทุกคน สอดคล้องกับงานวิจัย^{119,120} พบว่าผู้ป่วยได้รับการประสานงานด้านการดูแลที่ดีที่สุด จำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิควรเตรียม พร้อมทั้งจะรับรู้องค์ประกอบเชิงโครงสร้างของการประสานงานด้านการดูแลได้ดีที่สุด และประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ด้านการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ได้มาได้รับการตรวจตามนัดของแพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จำนวน 18 ราย ส่วนใหญ่ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน เพราะว่าพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท การคมนาคมลำบาก ญาติไม่มีเวลาไปส่งตรวจตามนัด ยานพาหนะก็ไม่สามารถให้ผู้ป่วยนั่งได้ เนื่องจากที่บ้านมีรถมอเตอร์ไซด์ และค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอต่อการเดินทางไปตรวจรักษา ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน ก็เกิดปัญหาต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยขาดนัดจำนวน 22 ราย และ 23 ราย คำลำดับ ในส่วนนี้ปัญหาที่พบคือทีมสหวิชาชีพขาดการประสานส่งต่อข้อมูล ทีมรพสต. อสม. ในพื้นที่ และไม่มีแนวทางในการทำงานร่วมกับชุมชน องค์การท้องถิ่น หรือผู้นำชุมชน ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน โดยทีมหมอครอบครัวจะเป็นผู้ประเมินความจำเป็นของผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องหรือการตรวจตามนัด และแยกประเภทผู้ป่วยที่สามารถ ตรวจที่รพสต. หรือการรับยาที่รพสต. โดยมีเภสัชกรในทีมหมอครอบครัว เป็นผู้ประสานเรื่องยา และชุมชน จะเป็นผู้ดูแลประสานการในระดับชุมชน องค์กรท้องถิ่น จิตอาสา ในชุมชนในเรื่องการสนับสนุน รถรับส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในการตรวจตามนัด ทำให้แก้ไขเรื่องผู้ป่วยขาดนัดได้

ด้านการรับประทานยา

ระยะจำหน่าย ไม่พบปัญหาด้านการรับประทานยา ทั้งกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม

ระยะติดตาม 1 เดือน การรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอ กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน และกลุ่มที่ได้รับการดูแล

รูปแบบเดิม เท่ากับร้อยละ 63.34 และ 46.66 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =0.44)

ระยะติดตาม 3 เดือน การรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอ กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมออนามัย และชุมชน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมเท่ากับร้อยละ 86.67 และ 26.67 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน การรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอ กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมออนามัย และชุมชน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม เท่ากับร้อยละ 100 และ 23.64 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001)

อภิปรายได้ว่า ในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมออนามัย และชุมชน ซึ่งมากกว่าร้อยละ 60 ผู้ป่วยมีโรคร่วม และต้องรับประทานยาต่อเนื่อง เช่น ยาลดความดันโลหิตสูง ยาโรคเบาหวาน ยาไขมัน และยาด้านการแข็งตัวของเส้นเลือด เช่น Aspirin Copidogrel กลุ่มยาด้านการเกิดลิ่มเลือด Wrafarin ซึ่งจะต้องมีการติดตามในการเจาะเลือดเพื่อดูค่าระดับยาในกระแสเลือด INR (International Normalized Ratio) ซึ่งจำเป็นต้องมีการตรวจติดตามเป็นประจำ ซึ่งในช่วงระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับประทานยา ไม่รับประทานยา ลืมทาน ผู้ดูแลลืมให้ยา บางเวลาที่ผู้ป่วยทานยาเองมีการปรับขนาดยาบางตัว เช่น ไม่รับประทานตามขนาดยาที่แพทย์ระบุ ไม่ปรับยาตามแพทย์นัดตรวจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วม อาจต้องไปพบแพทย์ มากกว่า 2 ถึง 3 ครั้ง ใน 1 เดือน ซึ่งเป็นปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ไปตรวจตามนัด และขาดยาในกลุ่มโรคร่วม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระยะ 1 เดือน พบปัญหาในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 คน ระยะ 3 เดือน มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการตรวจรับยาตามนัด โดยให้ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนนั้นสามารถรับยาที่รพสต. ในเขตพื้นที่ตนเอง และให้มีการเจาะเลือดผู้ป่วยที่รพสต. และนำส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ซึ่งลดปัญหาเรื่องการขาดยา ในส่วนเรื่องของการลืมรับประทานยา อสม. ได้มีการจัดเตรียมยาให้เป็นชุดกับผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลสามารถหยิบยาตามซองยาที่แพทย์สั่งให้ทาน ลดปัญหาการลืมกินยาบางตัว เพิ่มบทบาทพยาบาลรพสต. ทุกสองสัปดาห์ ประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาเรื่องการปรับยาด้วยตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมนั้น ทีมหมออนามัย แพทย์ เภสัช มีการสร้างความเข้าใจในการรับประทานยา รวมถึงรับฟังปัญหาของผู้ป่วยที่ปรับลดจำนวนยาเอง โดยบางส่วนให้เภสัชกรติดตามการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่ปรับยาเอง หลังจากสิ้นสุดระยะติดตาม 3 เดือน ยังพบปัญหาเรื่องการรับประทานยา 4 คน ในส่วนนี้เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหา

เรื่องความจำ และสายตา และผู้ดูแลก็เป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน มีโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ลืมนับประทานยาก่อนนอนเป็นส่วนใหญ่ คือกลุ่มยาไขมัน ซึ่งมีความจำเป็นในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมหมอครอบครัว มีการปรับแก้ไขให้รพสต. อสม. ติดตามดูแล และให้ผู้ป่วยทานยาในระยะเวลา 20.00 น หลังจากการติดตามระยะ 6 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความตระหนักในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยเภสัชกรจะประเมินการรับประทานยาตามหลักประเมิน 5 ถูก ได้แก่ ถูกที่ 1 ถูกโรคใช้ยาให้ตรงกับโรคที่เป็น ถูกที่ 2 ถูกคนใช้ยาให้ตรงกับคน เพศ อายุ วัย ถูกที่ 3 ถูกขนาด ใช้ยาให้ถูกขนาดที่แพทย์กำหนด ถูกที่ 4 ถูกเวลา ใช้ยาให้ถูกเวลาตามที่ระบุบนฉลากยา เช่น กินยาก่อนอาหาร หลังอาหาร ก่อนนอน ถูกที่ 5 ถูกวิธี สอดคล้องกับงานวิจัย ¹²¹ พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีความสอดคล้องกับการรักษาปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย การใช้ยาป้องกันโรคหลอดเลือด การใช้ยาลดความดันโลหิตสูง (82% TIA, 86 % ischemic stroke) และยาด้านลิ้มเลือด (TIA ร้อยละ 84, ischemic stroke ร้อยละ 90) และสอดคล้องกับงานวิจัย ¹²² พบว่าการใช้สแตติน (ยาลดไขมันในเลือด) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวาน เพื่อลดปัญหาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่บ้าน ในช่วงระยะ 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง จำนวน 16 คน เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีเวลาในการให้ยาผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง ลืมการให้ยาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน ปัญหาในกลุ่มผู้ป่วย โรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ขาดการรับยาต่อเนื่อง รวมถึงการปรับขนาดยาเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน พบปัญหาการรับประทานยาต่อเนื่อง เป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่ได้ไปตรวจตามนัด ไม่พบระบบการติดตามของเจ้าหน้าที่ ขาดการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านรพสต. พื้นที่ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เนื่องจากไม่มีการประสานส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่สามารถดูแลตนเองได้มีการปรับยา กลุ่มยาเบาหวาน ยาลดความดันโลหิต เนื่องจากกังวลว่าตนเองรับประทานยามากเกินไป ซึ่งปัญหาดังกล่าวคือแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เชื่อมต่อระหว่าง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และรพสต. พื้นที่ ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ พบปัญหาเรื่องการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดยา และปรับขนาดยา มีจำนวน 23 คน และ 22 คน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ที่มีการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน พบว่าทีมมีแผนการดูแลผู้ป่วยโดยมีเภสัชกรเป็นผู้ดูแลในเรื่องยาให้กับ

ผู้ป่วย มีพยาบาลรพสต. อสม. ในการเข้ามามีบทบาทในการติดตาม ประเมินการรับประทานยา รวมถึงปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยาให้ถูกต้อง และเหมาะสม และมีการแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชน ในเรื่องการส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไปรับการตรวจตามนัด ซึ่งพบว่า ระยะติดตาม 6 เดือนสามารถแก้ปัญหาเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้ทุกราย

ด้านการเกิดภาวะ Stroke ช้ำ (ภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย)

ระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ ทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เกิดภาวะ Stroke ช้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย แต่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่าเกิดภาวะ Stroke ช้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย ร้อยละ 30 (9 ราย) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ ทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเกิดภาวะ Stroke ช้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย แต่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบร้อยละ 23.33 (7 คน) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ ทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเกิดภาวะ Stroke ช้ำภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย แต่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบร้อยละ 26.66 (8 คน) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001)

อภิปรายได้ว่า การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 28 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งแรก พบว่าปัญหาดังกล่าวเป็นเป้าหมายหลักที่ทีมหมอครอบครัวให้ความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ที่ทีมหมอครอบครัวมีความต้องการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลรพสต. อสม. ติดตามเรื่องการรับประทานยาที่สม่ำเสมอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การเคลื่อนไหวร่างกาย ปัญหาเรื่องการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมหมอครอบครัว มอบหมายให้พยาบาลรพสต. อสม. ดูแล และควบคุมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วม ควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต ให้ความสำคัญด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คุมอาหาร รสหวาน มัน เค็ม กิจกรรมนี้มุ่งเน้นให้ อสม. ติดตามการดูแลเรื่องการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต ทุกสัปดาห์ และทีมหมอครอบครัว เภสัชกร พยาบาล รวมติดตามโดยประสานการมีส่วนร่วม

กับพยาบาลรพสต. และ อสม. ในพื้นที่ ในกรณีพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต ให้ประสานแพทย์ ในทีมหมอครอบครัวเพื่อตรวจรักษาทันที จากกิจกรรมพบว่า ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับ งานวิจัย^{88,123} พบว่าการให้ข้อมูลสำหรับการดำเนินการให้ความรู้กับผู้ดูแลครอบครัวผู้รอดชีวิตจาก โรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ทีมวิชาชีพ สามารถจัดโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และวางแผนการดำเนินการเพื่อสนับสนุนผู้ดูแล ช่วยลดภาระของผู้ดูแล และปรับปรุงคุณภาพ ชีวิตตลอดจนหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สอดคล้องกับงานวิจัย¹²⁴ พบว่า ปัจจัยที่สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำคือการรับประทานยาต่อเนื่อง และสอดคล้องกับ งานวิจัย¹²⁵ พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำ เกิดจากการมีโรคอื่นร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะหัวใจห้องบนขาดเลือดชั่วคราว และความรุนแรงของโรคหลอดเลือด สมองสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดซ้ำ

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อย

กว่า 28 วันหลังจากออกจากโรง พยาบาลครั้งแรก พบว่าในช่วงระยะ 1 เดือน พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 9 ราย โดยพบรายแรกเกิดขึ้นหลังจากจำหน่ายออกโรงพยาบาล 14 วัน เนื่องผู้ป่วยมี ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย มีการใส่สายสวนปัสสาวะ และมีปัญหาเรื่อง

การรับประทานยา ขาดการติดตามของทีมสหวิชาชีพ และรพสต. ในพื้นที่ รวมถึงปัญหาทางผู้ดูแล ขาดทักษะ การดูแลผู้ป่วย เนื่องปัญหาภายในครอบครัว การเดินทาง ยานพาหนะ รวมถึงสภาพ เศรษฐกิจ ระยะติดตาม 3 เดือน ได้เกิดผู้ป่วยกลุ่มเดิมเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เนื่องจาก ผู้ป่วยขาดยา และมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผู้ป่วยพบปัญหาเรื่องการขาดนัดพบแพทย์ ระยะ 6 เดือน พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีปัญหาด้านโภชนาการควบคุมอาหาร การรับประทาน อาหาร หวาน มัน เค็ม มีการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ จำนวน 3 ราย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เนื่องผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนแล้ว จึงสามารถหาสุรา และบุหรี่ ด้วย ตนเอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และ ชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัย¹²⁶ พบว่ามีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโรค หลอดเลือดสมองซ้ำ โดยเน้นถึงการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง การควบคุมภาวะรุนแรงของโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางด้านการสูบบุหรี่ และ การดื่มสุรา โดยทีมจะมีการประเมิน

ตาม ระยะ 1 เดือน ระยะ 3 เดือน และระยะ 6 เดือน เพื่อลดปัญหาการเกิดโรคสมองซ้ำ สอดคล้องกับงานวิจัย

ด้านโภชนาการ

ระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอ

ครอบครัว และชุมชน มีปัญหาการปรุงอาหาร และประเภทของอาหารที่ไม่เหมาะสมกับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านร้อยละ 36.67 กลุ่มควบคุมมีปัญหาร้อยละ 46.67 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =0.44)

ระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอ

ครอบครัว และชุมชน มีปัญหาการปรุงอาหาร และประเภทของอาหารที่ไม่เหมาะสมกับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านร้อยละ 16.67 กลุ่มควบคุมมีปัญหาร้อยละ 60 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีม

หมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบปัญหาด้านโภชนาการ การปรุงอาหาร และประเภทของอาหารที่ไม่เหมาะสมกับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แต่กลุ่มควบคุมมีปัญหาร้อยละ 73.33 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

อภิปรายผลได้ว่า ด้านโภชนาการกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของ

ทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในช่วงระยะ 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ และเข้าใจในการรับประทานอาหาร อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น อาหารหวาน มัน เค็ม แต่พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 11 ราย พบปัญหาเรื่องโภชนาการ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน บางรายมีผู้ดูแลในการจัดเตรียมอาหาร มีการปรุงอาหารตามรสชาติของตนเอง ผู้ดูแลเลือกทำอาหารประเภททอด เนื่องจากสะดวก และใช้เวลาในการเตรียมน้อย ระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 5 คน พบปัญหาเรื่องโภชนาการ ทีมหมอครอบครัว มอบหมายพยาบาลด้านโภชนาการ ประสานการมีส่วนร่วมกับพยาบาลรพสต. อสม. ในการให้ความรู้เรื่องการปรุงอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมถึงให้ติดตามปัญหาด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่มีปัญหาให้มากขึ้น รวมถึงติดตามการควบคุมภาวะรุนแรงของโรคร่วมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยมี แพทย์ เภสัชกร เป็นผู้รับผิดชอบดูแลติดตามใกล้ชิด พยาบาลรพสต. ติดตามดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้กับผู้ดูแล ในเรื่องการปรุงอาหาร และการเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล และค่าความดันโลหิตได้ดีขึ้น ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล สามารถดูแลภาวะโภชนาการได้อย่างเหมาะสมทุกราย สอดคล้องกับงานวิจัย¹²⁷ รูปแบบของอาหารเพื่อสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถูกกำหนดโดยไม่มีอาหารที่มีพลังงานสูง มีไขมันอิ่มตัวสูง (เช่น เนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันอิ่มตัว) อาหารประเภททอด แปรรูป แนะนำให้ทาน ผลไม้ ผัก อาหารประเภทถั่วเหลือง และพืชตระกูลถั่วอื่น ๆ อาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว และอาหารที่พลังงานต่ำ และมีเส้นใยสูง สอดคล้องกับงานวิจัย¹²⁸ การบริโภคอาหารจากพืชที่ไม่ผ่านการขัดสี และการจำกัดอาหารแปรรูป เนื้อแดงและเนื้อแปรรูป เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในเบื้องต้น

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ด้านโภชนาการ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล จากการพูดคุยช่วงระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโภชนาการ การปรุงอาหารทำอาหารเกิดจากความเคยชิน หรือบางกลุ่มผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องออกไปประกอบอาชีพ มีความจำเป็นต้องซื้ออาหารปรุงสุก จากตลาด ส่วนใหญ่อาหารปรุงสุกเป็นอาหารประเภททอด แกงกะทิ และใช้เครื่องปรุงที่มีรสจัด เช่น เค็ม หวาน มัน ในส่วนขององค์ประกอบในอาหารปรุงสุก ใช้พวกเนื้อหมูสามชั้น หมูบด หรือจำพวกอาหารที่มีไขมันสูง จึงทำให้เกิดภาวะความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่มีโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกิดภาวะคุมน้ำตาลไม่ได้ และคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ ในส่วนของ ระยะติดตาม 3 เดือน ยังพบปัญหาในเรื่องภาวะโภชนาการมากขึ้น เพราะผู้ป่วยบางรายสามารถหาซื้ออาหารรับประทานเอง จะมีการกินอาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารแปรรูป จากร้านสะดวกซื้อ ระยะติดตาม 6 เดือน ปัญหาดังกล่าวได้ถูกติดตาม และดูแลให้ความรู้มากขึ้น แต่ขาดการติดตามอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ยังไม่เกิดความรู้ตระหนัก เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลเรื่องโภชนาการ แต่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีแรง และกลัวว่าตนเองจะหมดสติด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ขาดการสื่อสารสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโภชนาการ จึงทำให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลไม่ปฏิบัติตามเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบผลทางด้านภาวะโภชนาการ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น ทั้งระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน เนื่องจากมีการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน สร้างแนวทางการติดตามกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล สนับสนุนให้พยาบาล อสม. ให้ความรู้ และติดตามภาวะโภชนาการที่ต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน สามารถมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมได้

ด้านสภาพแวดล้อม

ระยะติดตาม 1 เดือน ด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ ห้องน้ำ ทางเดิน ภาพพื้นผิวทางเดิน และอื่น พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดมมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมร้อยละ 30 กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดม มีปัญหาร้อยละ 56.33 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$)

ระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดมมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อมร้อยละ 10 กลุ่มควบคุมมีปัญหาร้อยละ 60 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดมมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน ไม่พบปัญหาด้านสภาพแวดล้อม กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดม มีปัญหาร้อยละ 73.34 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน ปัญหาหลักที่ผู้ป่วยในชุมชนของกลุ่มผู้มีรายได้น้อย มักประสบปัญหาในเรื่องสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ทีมหมอครอบครัวจะมีการประสานรพสต. เพื่อลงประเมินความพร้อมที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งในช่วงแรกพบปัญหาเรื่องเตียง และห้องน้ำ หลังจากระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการประสานการมีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาเรื่องเตียงที่จำเป็น โดยประสานขอยืมเตียงในโรงพยาบาล และมีจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการให้ยืมสำหรับผู้ป่วย แต่ยังคงพบปัญหา เรื่องห้องน้ำ ทางเดินในบ้าน ซึ่งปัญหาดังกล่าวต้องใช้งบประมาณในการปรับปรุง ทางชุมชนได้มีการนำข้อมูลดังกล่าวไปเสนอ เพื่อปรับปรุงแก้ไขจำนวน 9 คน ทางชุมชนเสนอของบประมาณผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงทางชุมชนประสานการมีส่วนร่วมในกลุ่มทีมจิตอาสา และทีมสตรีอำเภอบ่อทอง ในส่วนนี้ได้รับการสนับสนุนในการปรับปรุงเรื่องห้องน้ำให้เหมาะสม สำหรับผู้ป่วย ได้สำเร็จจำนวน 3 คน ระยะติดตาม 3 เดือน ยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 3 คน ที่ยังพบปัญหาเรื่องตัวอาคารบ้านเรือน ระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 3 คน ได้รับการแก้ไข แต่ 1 คน ที่เหลือ พบว่าสภาพตัวโครงสร้างบ้านมีความทรุดโทรม ทางหน่วยงานได้ประสานของบประมาณ ร่วมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม ให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัย¹²⁹ พบว่า ต้องให้ความสนใจมากขึ้นเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และการฟื้นฟูผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการส่งเสริมให้เกิด

สภาพแวดล้อมในการฟื้นฟูผู้ป่วย จะทำการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย¹³⁰ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มองว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการในการฟื้นฟูร่างกาย สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสำคัญต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ดังนั้นกระบวนการวางแผนและออกแบบสภาพแวดล้อม จึงมีความจำเป็นที่ต้องเตรียมพร้อมก่อนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปฟื้นฟูร่างกายที่บ้าน และสอดคล้องกับงานวิจัย¹³¹ พบว่าการออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสำคัญต่อการทำงานเป็นทีมจากหลายสายอาชีพ ต้องเน้นที่ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากหลายอาชีพในการออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดผลกระทบสำหรับการฟื้นฟูร่างกาย แลรวมถึงการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพสามารถนำไปสู่การสนับสนุนการฟื้นฟูร่างกายได้มากขึ้น

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ด้านสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง ในช่วงระยะ 1 เดือนพบว่าสภาพแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบปัญหา 17 ราย ส่วนใหญ่ก็พบปัญหาเรื่องเตียงนอนผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม เป็นการนอนกับพื้นบ้าน ไม่เหมาะสมกับการฟื้นฟูร่างกาย การลุกนั่ง การยืน รวมถึงสภาพห้องนอน ห้องสุขาที่เป็นแบบนั่งราด เกิดปัญหาเรื่องการขับถ่าย ซึ่งปัญหาดังกล่าวผู้ป่วย และผู้ดูแลรับทราบถึงปัญหา พบการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ แต่ไม่ได้รับการประสานการมีส่วนร่วมของทีมรพสต. และชุมชน ให้เข้ามาช่วยเหลือระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน ก็พบว่าปัญหาสภาพแวดล้อมไม่ได้รับการแก้ไข และได้มีปัญหาทางสิ่งแวดล้อมเพิ่มอีก จากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดตามมากขึ้น และพบปัญหาเรื่องห้องสุขาเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบผลด้านสภาพแวดล้อมกลุ่มที่ได้รับการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่าแตกต่างกัน สิ่งสำคัญของกลุ่มที่ได้รับการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน คือ การทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหา ทีมหมอครอบครัว ไม่สามารถดูแลการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมได้ทั้งหมด การสนับสนุนจากหน่วยงานภายในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถเข้ามาช่วยในการแก้ไขปัญหาให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการสนับสนุนอุปกรณ์

ระยะติดตาม 1 เดือน การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์การให้อาหาร รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน พบ

ปัญหาร้อยละ 30 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบปัญหาร้อยละ 60 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.19$)

ระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน พบปัญหาร้อยละ 10 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมพบปัญหาร้อยละ 73.34 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่มกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ไม่พบปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมพบปัญหาร้อยละ 76.66 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ด้านการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ในกลุ่มทดลอง ระยะ 1 เดือน พบว่าปัญหาเรื่องอุปกรณ์ ในเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อทำกิจวัตรประจำวัน เช่น รถวีลแชร์ ไม่เท่า 3 ขา รวมถึงอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางด้านการแพทย์ เช่น อุปกรณ์เตียงลม สำหรับผู้ติดเตียง ในสวนอุปกรณ์ทีมหมอครอบครัว จัดให้มีระบบการยืมอุปกรณ์ของทางโรงพยาบาลบ่อทอง แต่เนื่องจากอุปกรณ์มีจำนวนจำกัด และมีกลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วย จึงทำให้อุปกรณ์สนับสนุนยังไม่เพียงพอ ระยะ 3 เดือนชุมชนได้ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มจิตอาสาชมรมคนพิการ อำเภอบ่อทอง มีอุปกรณ์ จึงให้การสนับสนุนอุปกรณ์เพิ่มเติม รวมถึงมีระบบบริการยืมอุปกรณ์ จึงทำให้อุปกรณ์ เกิดการหมุนเวียน ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์จนครบทุกราย ระยะ 6 เดือน สอดคล้องกับงานวิจัย¹³² พบว่าการใช้อุปกรณ์พุงแขนวีลแชร์ ช่วยลดอาการปวดไหล่ อัมพาตครึ่งซีกและลดอุบัติเหตุการล้มความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ยังอาจช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัย¹³³ การศึกษาพบว่าในทางปฏิบัติหลายประการในแง่ของความสามารถในการเข้าถึงอุปกรณ์การฟื้นฟูร่างกาย และอรรถประโยชน์ และข้อจำกัดในการเข้าถึงการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย ด้วยอุปกรณ์ในกาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นอยู่กับการสนับสนุนทางทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ พบว่าหากได้รับการอำนวยความสะดวก และส่งเสริมการฟื้นฟูหลังโรคหลอดเลือดสมองด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสมจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการฟื้นฟูร่างกาย และคุณภาพชีวิต

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ด้านการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัญหาเรื่องอุปกรณ์ในการสนับสนุนผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีระบบการให้ยืมอุปกรณ์ที่ชัดเจน ขาดการประสานขอความช่วยเหลือจากชุมชน และหน่วยงานในระดับชุมชน เพื่อเข้า

มาช่วยเหลือนับสนุนด้านอุปกรณ์ต่าง ๆ และยังพบเรื่องการขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน เช่น อุปกรณ์ดูแลแผล อุปกรณ์สายสวนปัสสาวะ ถุงปัสสาวะ และอุปกรณ์การให้อาหารทางสายยางเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืนเกิดขึ้น ปัญหาดังกล่าวอาจชี้ให้เห็นถึงการไม่มีระบบการประสานขอความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และรพสต. รวมถึงการสร้างความร่วมมือของชุมชน เพื่อเข้ามาช่วยเหลือนับสนุนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลเมื่อเปรียบเทียบผลด้านการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ และมีระบบการแก้ปัญหาที่ชัดเจนจากการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน ได้ดีกว่าที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(6) ประเมินภาวะพิการ (mRS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่

บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ก่อน กับหลัง ระยะติดตาม 3 และ 6 เดือน

จากตารางที่ 4.12 เมื่อเปรียบเทียบค่า mRS ระหว่าง ระยะ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่ามีค่าเฉลี่ย mRS เท่ากับ 1.80 และ 2.46 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

เมื่อเปรียบเทียบค่า mRS ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมระยะ 6 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ย mRS เท่ากับ 0.77 และ 2.43 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุปผลประเมินโดยใช้ modified Rankin Scale (mRS) score ผลที่ต้องการในการรักษา (คะแนน 0 -1 คะแนน) พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน ระยะ 3 เดือน มีค่าคะแนน 0-1 คะแนน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 ระยะ 6 เดือน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะ 3 เดือน มีค่าคะแนน 0-1 คะแนน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ระยะ 6 เดือน จำนวน 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 36.66 พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน จะได้รับการดูแลฟื้นฟูร่างกายอย่างต่อเนื่อง โดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยพบว่าระยะ 1 และ 3 เดือน ทีมฟื้นฟูสภาพร่างกาย และสุขภาพจิต สามารถฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถฝึกทักษะ

ผู้ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องการวิจัย⁷⁸⁻⁸² พบว่าค่าประเมินความพิการมีผลต่อคุณภาพชีวิต รวมถึงการได้รับการฟื้นฟูที่ต่อเนื่อง พบมีค่าประเมินความพิการ ระยะ 90 วันหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับ (0-1 คะแนน) ร้อยละ 34⁹⁰

(7) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 4.13) ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน สรุปผลและอภิปราย ได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ระยะติดตาม 1 เดือน, ระยะติดตาม 3 และกับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 23.46, 25.20 และ 28.96 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.005)

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระยะติดตาม 1 เดือน, ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 19.66, 25.53 และ 27.63 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ระยะติดตาม 1 เดือน, ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 9.63, 11.36 และ 12.80 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ระยะติดตาม 1 เดือน, ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 25.30, 29.60 และ 33.16 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

คุณภาพชีวิต โดยรวม

ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 59.11, 95.70 และ 103.10 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

(8) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 4.14) พบว่า

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยด้านร่างกาย 23.46 และ 18.30 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value =0.006)

ระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยด้านร่างกาย 25.20 และ 17.70 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ย 28.96 และ 17.30 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง ระยะ 1 เดือน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายในระดับปานกลาง ยังพบปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นส่วนใหญ่ เช่น การเดิน การนั่ง และรู้สึกไม่ยอมรับทางสภาพร่างกายตนเอง มีอาการปวดยึดตามข้อ ปัญหาหลักที่พบในระยะ 1 เดือน คือผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับ เนื่องจากกังวลเรื่องสภาพร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ห้องน้ำขัดถ่าย การอาบน้ำ แต่งตัวรับประทานอาหาร ซึ่งพบว่าความพึงพอใจในสภาพร่างกายค่อนข้างน้อย

ระยะติดตาม 3 เดือน สภาพร่างกายผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู รวมถึง

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูร่างกาย และฝึกปฏิบัติในด้านกิจวัตรประจำวันมากขึ้น รวมถึงผู้ดูแลมีทักษะความชำนาญที่ได้รับการฝึก ได้รับองค์ความรู้ต่างๆ จากทีมหมอครอบครัว อสม. และพยาบาลรพสต. ระยะ 3 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พอใจในสภาพร่างกายดีขึ้น รู้สึกยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายได้ และมีสมรรถภาพในการฝึกปฏิบัติร่วมกับทีมหมอครอบครัวได้เป็นอย่างดี ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระยะ 3 เดือน อยู่ในระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นต่อเนื่องถึงระยะ 6 เดือน พบว่าคุณภาพชีวิตดังกล่าวยังได้รับการสนับสนุน จากชุมชนทางด้านความต้องการในเรื่องสถานที่อุปกรณ์ ในการฟื้นฟูต่าง ๆ ที่พบว่าชุมชนช่วยเหลือดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะติดตาม 6 เดือน คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจในสภาพร่างกายตนเองในระดับดี และยอมรับสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปได้ เช่น แขน ขา มีแรงไม่เท่ากัน หรือไม่เหมือนเดิม ผู้ป่วยสามารถเดินได้ตามปกติ แต่ไม่มีแรงที่จะวิ่งหรือทำกิจกรรมทางกายได้รวดเร็วเหมือน เดิมสอดคล้องกับงานวิจัย¹³² พบว่าโปรแกรมการที่สนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ที่บ้านในช่วง 6 เดือนแรกหลังป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สมรรถภาพทางด้านร่างกายดีขึ้น ลดความทุพพลภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตมากกว่าการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับงานวิจัย¹³³ พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายที่บ้านในระยะแรกช่วยลดความทุพพลภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย การฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้นคุ้มค่ากว่าเมื่อเทียบกับการดูแลมาตรฐาน

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่ามีระยะ

ติดตาม 1 เดือน มีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายในระดับปานกลาง ซึ่งระยะแรกผู้ป่วยไม่ยอมรับสภาพร่างกายตนเอง ระยะติดตาม 3 เดือน มีคะแนนต่ำลงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ไม่ได้รับการฟื้นฟูร่างกายที่สม่ำเสมอจากทีมวิชาชีพ ร่วมกับผู้ดูแลไม่มีเวลาในการฟื้นฟูร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีความกังวลเรื่องความพิการทางด้านร่างกาย ระยะ 6 เดือน คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน กับระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ป่วยบางรายเริ่มติดเตียง เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ข้อมือติด แขน ขา กล้ามเนื้อ

ไม่มีแรงในการเคลื่อนไหว ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการเข้ามาสนับสนุนการฟื้นฟูร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการสนับสนุนความรู้ ทักษะ ในการฟื้นฟูร่างกาย เป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระยะ 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 19.66 และ 15.10 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.005)

ระยะ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 25.53 และ 12.43 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

ระยะ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 27.33 และ 12.10 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านนี้เป็นปัญหาในส่วนแรก ที่อาจกระทบถึงระดับคุณภาพชีวิตในด้านอื่น ๆ พบว่า ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ป่วยมีความเครียดกังวลที่สูงมาก ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ทั้งร่างกาย ด้านสังคม เศรษฐกิจ และครอบครัว ซึ่งพบว่าในระยะติดตาม 1 เดือนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับไม่ดี โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ มีความรู้สึกเหงาเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง มีความกังวล เพิ่มภาระให้ครอบครัว เครียดเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว เพราะผู้ป่วยบางราย เป็นผู้หารายได้เข้าครอบครัว และรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไม่มีค่า ทีมหมอครอบครัวได้มีกิจกรรมสนับสนุนดูแลเรื่องจิตใจ ระยะติดตาม 1 เดือน พยาบาลสุขภาพจิต ทีมกายภาพ อสม. และพยาบาลรพสต. เข้าไปดูแลทุกสัปดาห์ ร่วมประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วย แก้ไขความเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ประสานการทำงานร่วมกัน ระหว่างทีมหมอครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ดูแล และชุมชน ซึ่งบางปัญหาที่ทำให้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะเครียดนั้น อาจไม่ได้เกิดเฉพาะตัวโรคที่เกิดขึ้น พบว่ามาจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ด้านการเงิน การเดินทางไปตรวจตามนัด ซึ่งปัญหาดังกล่าวทีมหมอบรรอบครัวได้จัดแนวทางการตรวจรักษาที่รพสต. บางรายอาจต้องพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งปัญหาดังกล่าวชุมชนได้ประสานกลุ่มจิตอาสาในชุมชน โดยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือของกลุ่มจิตอาสาเกษตรสุวรรณ และกลุ่มจิตอาสาเทศบาลบ่อทอง ในการช่วยเหลือเรื่องการรับส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจตามนัด

ระยะติดตาม 3 เดือน คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับดี เนื่องจากปัญหาในเรื่องที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีความกังวลได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากทีมหมอบรรอบครัว และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกำลังใจ เพื่ออยู่กับคนในครอบครัว และบุคคลอื่นในสังคม ส่วนภาระหนี้สินอาจเป็นปัญหาหนึ่งที่แก้ไขได้ยากเนื่องจากมีความซับซ้อน แต่สิ่งที่ชุมชนสามารถลดภาระส่วนนี้ได้จากการสนับสนุนด้านอุปโภค บริโภค หรือการมีทีมภายนอกเข้ามาช่วยเหลือ เช่นกลุ่มสตรีจังหวัด หาดขุดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยผ่านการประสานความร่วมมือระหว่างทีมหมอบรรอบครัว และชุมชน เมื่อสิ้นสุดระยะ 6 เดือน คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี และเป็นคะแนนที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัย¹³⁴ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญในการฟื้นฟูร่างกาย รวมถึงการได้รับการสนับสนุนการดูแลจากบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัย¹³⁴ พบว่าการผสมผสานโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิต เน้นความแข็งแกร่งทางด้านจิตใจผู้ป่วย ร่วมกับการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง สามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย^{135,136} พบว่าการสนับสนุนด้านจิตใจ และการจัดการความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย มีความจำเป็น เพื่อการปรับตัว หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัย¹³⁷⁻¹⁴⁰ พบว่าในการเผชิญปัญหาภาวะซึมเศร้า กับสุขภาพจิตในผู้ป่วยระยะหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยต้องการวิธีการรับมือที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้า ผ่านการดูแลด้วยทีมวิชาชีพเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม คุณภาพชีวิตด้านจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่ดี ผู้ป่วยมีความเครียดกังวล ในเรื่องสภาพร่างกาย เศรษฐกิจ รายได้ และรายจ่ายในครอบครัว กังวลที่ตนเองเป็นภาระ ให้กับครอบครัว ซึ่งในระยะ 1 เดือน คุณภาพชีวิตจะไม่ค่อยแตกต่าง กับกลุ่มทดลอง แต่พบว่าในระยะติดตาม 3 เดือน คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับไม่ดี และไม่แตกต่างกัน ในระยะติดตาม 6 เดือน และพบว่ามี ความแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรอบครัว และชุมชน เนื่องจากทีมประกอบด้วยทีมวิชาชีพที่เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา ทางด้านคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีพยาบาล

สุขภาพจิต และนักกายภาพ เข้าไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อเพิ่มทักษะการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านให้กับผู้ป่วย และผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ลดปัญหาความคิดที่ว่าเป็นภาระครอบครัว รวมถึงยังมีชุมชนเข้ามาสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด และความกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในเรื่องค่าใช้จ่าย

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 9.63 และ 8.80 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.005)

ระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 11.36 และ 4.44 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 12.80 และ 6.58 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านส่วนใหญ่ ระยะ 1 เดือน คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับไม่ดี อาจเป็นผลมาจากคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ เช่น สามี ภรรยา บุตร พ่อ แม่ พี่น้อง เป็นต้น ที่ก่อนป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ในช่วงแรกผู้ป่วยกล่าวว่าตนเองได้รับกำลังใจจากคนกลุ่มดังกล่าว ซึ่งผู้ป่วยความคาดหวังที่ต้องการให้คนในครอบครัว เข้ามาช่วยเหลือตน พบว่าปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางด้านสังคม ดังกล่าวกระทบกับตัวผู้ป่วยโดยตรงเมื่อกลุ่มคนดังกล่าว ขาดการติดต่อทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน คิดว่าตนถูกทอดทิ้ง หรือหมดประโยชน์ ซึ่งปัญหานี้ก็จะไปกระทบทางคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยตรง คิดว่าตนเองด้อยค่า ไม่ฝึกร่างกาย ฟื้นฟูร่างกาย ไม่ให้ความร่วมมือกับทีมหมอครอบครัว ในระยะติดตาม 1 เดือน กิจกรรมการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน สนับสนุนให้คนในชุมชน (อสม. พยาบาลรพสต. ผู้นำชุมชน) เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ร่วมกัน กิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนกับทางสังคม ชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากคนในชุมชนของตนเอง โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความพอใจกิจกรรมที่ได้รับการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ในระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน มีคะแนนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴¹ พบว่าการรับรู้คุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ เป็นสิ่งจำเป็นเพราะสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และสอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴² พบการสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชน เป็นการสนับสนุนให้คนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังโรคหลอดเลือดสมอง การมีส่วนร่วมทางสังคมทำให้เกิดการยั่งยืนในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน มีค่าอยู่ในระดับน้อย และพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมลดลง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ต้องมีดูแลรักษา และฟื้นฟูร่างกายเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ขาดการติดต่อจากกลุ่มสังคม ครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีกิจกรรมในการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนพูดคุย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีสัมพันธภาพกับกลุ่มคนในชุมชน และสังคม ทำให้ไม่เกิดความคิดที่ถูกละเลย ทอดทิ้ง รวมถึงยังมีกิจกรรมทางต่าง ๆ ร่วมกับกลุ่มทีมหมอครอบครัว และชุมชน ต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน

คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม

ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 25.30 และ 18.53 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระหว่างกลุ่มที่

ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 29.60 และ 18.40 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่

ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสิ่งแวดล้อม 33.16 และ 18.66 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่

บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟู และดูแลต่อเนื่องทางด้านร่างกาย ซึ่งพบว่า ระยะติดตาม 1 เดือนนั้น ส่วนใหญ่สภาพแวดล้อม เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ เป็นเรื่องเตียงผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ห้องน้ำ ทางลาด การแก้ไขปัญหาด้านสภาพแวดล้อมทีมหมอครอบครัว เข้าประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัญหาเรื่องเตียงผู้ป่วย ทีมหมอครอบครัว ได้ให้หน่วยงานโรงพยาบาลทำระบบการยืมเตียงผู้ป่วย ส่วนของสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาเรื่องห้องน้ำ การขยับย้าย ทีมหมอครอบครัว และชุมชน ได้มีแผนดำเนินกิจกรรมในการปรับปรุงให้กับผู้ป่วยได้แก่ การเปลี่ยนที่ขยับย้ายแบบนั่งรถ (คอก่าน) เป็นลักษณะเป็นชักโครก หรือมีการเพิ่มราวจับเกาะในการลุกนั่งเวลาขยับย้าย มีการปรับพื้นที่ผิวบ้านให้เหมาะสม จากหน่วยงานจิตอาสาเทศบาลบ่อทอง และปรับปรุงบ้านให้กับผู้ป่วยที่ยากจนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากการปรับปรุงสภาพแวดล้อม โดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ทั้งระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระยะติดตาม 1 เดือน พบคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านในการฟื้นฟูผู้ป่วยนั้น ทางครอบครัวได้รับการประเมินจากทีมสหวิชาชีพ ให้มีการปรับปรุงแต่พบว่าทางครอบครัวที่มีภาวะมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่สามารถที่จะปรับปรุงได้ โดยพบมากที่สุดเป็นเรื่องเตียงผู้ป่วย และห้องน้ำ ซึ่งปัญหานี้คล้ายคลึงกันกับกลุ่มทดลอง และพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกลุ่มควบคุม ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีการแยกประเภทของสภาพแวดล้อม โดยทีมหมอ

ครอบครัวประสานโรงพยาบาล สามารถสนับสนุนเตียงผู้ป่วย อุปกรณ์สนับสนุนทางเคลื่อนไหวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับโครงสร้าง ทางเดิน ท่อน้ำ ชุมชนประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จิตอาสา ในชุมชนเข้ามาช่วยสนับสนุนปรับปรุงแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่บ้าน ได้รับการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมครบทุกคน

คุณภาพชีวิต โดยรวม

ระยะ 1 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวม 59.11 และ 57.06 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$)

ระยะ 3 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคุณภาพชีวิต โดยรวม 95.70 และ 56.56 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระยะ 6 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวม 103.10 และ 55.96 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าในช่วงระยะติดตาม 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกังวลสูงมากในช่วงระยะแรก กระทบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีความกังวลเรื่องคนใกล้ชิด ปัญหาเศรษฐกิจ ภาระหนี้สิน รายรับที่ลดลง และมีรายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แต่ในสถานการณ์ในปัจจุบันนั้นระบบบริการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยลดปัญหาเรื่องค่ายา ค่าบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ แต่ยังคงพบปัญหาการเข้าถึงระบบสุขภาพที่รวดเร็วในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชนบท ที่มีรายได้น้อย ระบบคมนาคมที่ไม่สะดวก รวมถึงความเข้าใจในสิทธิการรักษาเบื้องต้นของตนเอง ผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องสุขภาพทางด้านร่างกาย ในช่วงแรกพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านทั้งหมดไม่สามารถยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปทางสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และร่างกายที่มีผลเชื่อมโยงกัน พบว่า ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน ทีมหมอครอบครัว และชุมชน ที่เข้า

มาดูแลผู้ป่วยตามแผนการปฏิบัติ พบคุณภาพชีวิตรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้น ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴² พบว่าการร่วมมือระหว่างทีมวิชาชีพ ผู้ดูแล ในการฟื้นฟูร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงลดความพิการได้ สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴³ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยลดภาระผู้ดูแล และเพิ่มคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴⁴ พบว่า การเชื่อมลักษณะทางคลินิกของโรคหลอดเลือดสมอง และทางด้านสังคมวิทยา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถส่งเสริมการความต้องการที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยลดความพิการให้น้อยที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴⁵ พบว่า คุณภาพชีวิต มีส่วนช่วยในการประเมินผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อสุขภาพโดยรวม และควรให้ความสำคัญด้านคุณภาพชีวิตกับทีมสหวิชาชีพทางด้านสุขภาพด้วย และสอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴⁶ พบว่าการประเมินความเสี่ยงทางด้านคุณภาพชีวิต และสามารถระบุปัญหาที่ชัดเจนได้ นำไปสู่การแก้ไข จะลดปัญหาภาวะซึมเศร้าและความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(9) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการระสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรณคร้ว และชุมชน ระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 4.15) สรุปผล และอภิปราย ได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ระยะจำหน่าย กับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 19.66 และ 18.93 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบไม่แตกต่างกัน (p-value 0.70)

ระยะจำหน่าย กับระยะติดตาม 3 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 19.66 และ 24.00 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะจำหน่าย กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 19.66 และ 27.50 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 18.93 และ 24.00 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน กับระยะ ติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 18.93 และ 27.50 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 24.0 และ 27.50 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระยะจำหน่าย กับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 17.10 และ 17.80 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value =0.012)

ระยะจำหน่าย กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 17.10 และ 19.80 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะจำหน่าย กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 17.10 และ 20.13 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 17.80 และ 19.80 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 17.80 และ 20.13 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 19.80 และ 20.13 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ระยะจำหน่าย กับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 7.87 และ 6.83 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.010)

ระยะจำหน่าย กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 7.87 และ 7.26 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบไม่แตกต่างกัน (p-value 0.222)

ระยะจำหน่าย กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 7.87 และ 10.33 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 1 เดือน กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 6.83 และ 7.26 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.122)

ระยะติดตาม 1 เดือน กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนน 6.83 และ 10.33 เมื่อทดสอบทางสถิติพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน กับระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 7.26 และ 10.33 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

คะแนนด้านคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคะแนนในช่วงผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงได้รับการสนับสนุนจากในครอบครัว แต่หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อรับการฟื้นฟูร่างกาย ในระยะติดตาม 1 เดือน คะแนนลดลงมาก ผลมาจากการขาดการติดต่อ พุดคุย และการทำกิจกรรมร่วมกับสังคมลดลง ให้ความเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในระยะติดตาม 3 เดือนนั้นทีมหมอครอบครัว และชุมชน เข้ามาสนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการฟื้นฟูร่างกาย สุภาพจิต การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้น และต่อเนื่องจนครบระยะติดตาม 6 เดือน

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ระยะจำหน่าย ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้าน สิ่งแวดล้อม 19.13 และ 24.44 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะจำหน่าย กับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 19.13 และ 31.13 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

(10) คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ระยะจำหน่าย และระยะติดตาม 1, 3 และ 6 เดือน

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 4.16) พบว่า

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ระยะจำหน่าย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ย 19.66 และ 19.30 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value 0.379)

ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ย 18.933 และ 18.06 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่แตกต่างกัน (p-value .052)

ระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ย 23.40 และ 17.11 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนเฉลี่ย 27.50 และ 16.33 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านกลุ่มทดลอง พบว่าช่วงระยะเวลา 1 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วย มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เพราะต้องมีการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า หอมน้ำขี้ถ่าย ผู้ป่วยบางคนในระยะนี้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ บางคนใส่สายอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งผู้ดูแล ยังคงมีความกังวลไม่มั่นใจในเรื่องการปฏิบัติ ทำให้เกิดอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามร่างกาย บางคนมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ต้องดูแลตนเองด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดปัญหาทางสุขภาพได้ ช่วงระยะ 1 เดือน กิจกรรมที่ได้จากแผนการปฏิบัติ ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน นั้นก็สามารถสนับสนุนให้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยได้

พักผ่อน โดยมีสม. พยาบาลพสท. เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุน ในเรื่องการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วย ทีมหมอครอบครัว ให้ความรู้ เทคนิคการปฏิบัติในการดูแล และฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจมากขึ้น ในการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และปรับกิจกรรมในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลอยู่ในระดับดี

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ที่ผู้ดูแลมีคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง ระยะ 1 เดือน ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลองเนื่องจากผู้ดูแลอยู่ในระยะแรกของการดูแลที่ต้องมีการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วย ที่ไม่เคยได้ทำมาก่อนจึงเกิดความเมื่อย ปวดหลัง ปวดหัว ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงขาดการประสานข้อมูลในระดับชุมชน ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ขาดกิจกรรมที่สนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴⁵ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายในระดับน้อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องของทีมวิชาชีพและพบว่าผู้ดูแลประสบปัญหาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ในระยะแรก เช่นเดียวกับผู้ป่วย

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระยะจำหน่าย ผู้ดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเฉลี่ย 17.10 และ 16.23 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =0.058)

ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเฉลี่ย 17.80 และ 15.00 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.005)

ระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเฉลี่ย 19.80 และ 13.50 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.005)

ระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม มีคะแนน

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเฉลี่ย 20.13 และ 13.40 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่ามีค่าคะแนนอยู่ในปานกลาง ระยะ 1 เดือน เนื่องจากผู้ดูแล เกิดความกังวลหลายเรื่อง พบว่าช่วงแรกผู้ดูแลผู้ป่วย ทุกราย มีภาวะความเครียด กังวลว่าจะสูญเสียคนในครอบครัว กังวลว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จะไม่กลับมาเป็นปกติ หรือเกิดความพิการ กังวลเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลัวทำผิดพลาด อาจทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการทรุดลง กังวลเรื่องภาระหนี้สิน ที่ตนเองอาจต้องรับมา กังวลเรื่องบุตร ค่าอาหาร ค่าเดินทางไปเรียน ค่าเล่าเรียนต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จากกิจกรรมในแผนการปฏิบัติของทีมหมอครอบครัว และชุมชน นั้นได้เน้นถึงเรื่องภาวะสุขภาพจิต ทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล สนับสนุนให้ในระยะ 1 เดือน ทีมหมอครอบครัว นักกายภาพบำบัด พยาบาลสุขภาพจิต พยาบาลรพสต. และ อสม. เข้าไปดูแลผู้ป่วยทุกสัปดาห์ ประเมินและจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือสนับสนุนในการประสานการมีส่วนร่วมของชุมชน เข้ามาแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เช่น ในด้านอุปโภค บริโภค อาหาร ปัญหาค่าใช้จ่ายการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดต่าง ๆ ซึ่งชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างดี พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนที่สูงขึ้นระยะ 3 เดือน และระยะ 6 เดือน พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴⁶ พบว่า ภาระในการดูแล และภาระทางครอบครัวที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และสังคม กับ ผู้ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴⁷ ผลการศึกษาขององค์ประกอบทางคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴⁸ พบการบำบัดฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถปรับปรุง คุณภาพชีวิตได้ โดนผ่านการฝึกอบรมผู้ดูแล และการสนับสนุนทางการเงินสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอาจเป็นประโยชน์ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴⁹ พบว่า ผู้ดูแลควรได้รับคำปรึกษา และการฝึกอบรมที่เหมาะสม ผ่านสถาบันการดูแลสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแล และการจัดการกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นไปอย่างเหมาะสม จะช่วยลดปัญหาทางด้านคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และสังคม และลดความกังวล หรือความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่าในระยะแรกคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจอยู่ระดับต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีความกังวล มีความกลัว ไม่ยอมรับในสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กังวลเรื่องการเป็นภาระของครอบครัว รวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในส่วน ระยะ 3 และ 6 เดือนคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ไม่แตกต่างกัน

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ ไม่รับการการสนับสนุนจากหน่วยงานในระดับชุมชนและการดูแลจากทีมสหวิชาชีพที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน เข้ามาสนับสนุนผู้ดูแล ให้ความรู้ และทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้วยทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญทางสาขาวิชาชีพที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลป่วยในการปฏิบัติ การฟื้นฟูร่างกาย ภาวะในด้านต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ รวมถึงชุมชนช่วยเหลือ ประสานหน่วยงานในระดับชุมชน ช่วยลดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รายจ่าย ได้บางส่วน

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ระยะจำหน่าย ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 7.86 และ 7.60 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่แตกต่างกัน (p-value =0.407)

ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 6.83 และ 6.10 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.035)

ระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 7.266 และ 5.96 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 10.33 และ 5.82 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มทดลอง พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระดับปานกลาง ระยะติดตาม 1 เดือน เนื่องจากปัญหาหลัก คือผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ใช้เวลากับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทำให้ไม่ได้ร่วมกิจกรรมทางสังคม ทางศาสนา แต่พบบางคนที่มีความรู้สึกเหมือนสังคมทอดทิ้งในช่วงที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางจิตใจ ได้ จากกิจกรรมจากแผนการปฏิบัติ โดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ได้รับการมีส่วนร่วมของบุคคลในชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน พยาบาลรพสต. ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ รวมถึงการพูดคุยแลกเปลี่ยน ผู้ดูแลรับรู้ได้ถึง การไม่ได้ถูกคนในชุมชนทอดทิ้ง บางครั้งผู้ดูแลมีความจำเป็นที่จะต้องไปทำกิจ กรรมภายนอกบ้าน

อสม. สามารถสลับเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแทน ผู้ดูแล และอสม. ยังสามารถช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ร่วมกับผู้ดูแลในระยะ 1 เดือน สามารถเป็นตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยในการประสานกับทีมหมอครอบครัว และชุมชน

ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือนพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁵⁰ พบว่า การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการฝึกทักษะหลักของการแก้ปัญหาพร้อมกับทิวาอาชีพ และการเผชิญความเครียดรวมอยู่ในโปรแกรมทางจิตใจ และสังคม

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ปัญหาคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระยะติดตาม 1 ระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน อยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากกลุ่มผู้ดูแล ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่าผู้ดูแลบางคนต้องไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ และขาดการปฏิสัมพันธ์กับญาติ ทำให้สัมพันธภาพทางครอบครัวลดลง เกิดภาวะเครียด กังวล เรือรัง เนื่องจากขาดการพูดคุย และติดต่อกับผู้อื่น ซึ่งแตกต่าง จากกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ทำให้กลุ่มผู้ดูแล ได้แลกเปลี่ยนพูดคุย รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชน เข้ามาช่วยเหลือจึงทำให้ผู้ดูแล ยังคงสถานะ และบทบาททางสังคม

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ระยะจำหน่าย ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 19.30 และ 18.86 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =.437)

ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 24.40 และ 18.50 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 31.13 และ 17.70 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสภาพแวดล้อม 32.03 และ 17.36 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีปัญหาเรื่องการเข้าถึง แหล่งของอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น เตียงนอน รถเข็นวีลแชร์ ไม้เท้า ชนิด 2 ขา และ 3ขา และสิ่งแวดล้อมห้องน้ำ พื้นบ้าน เป็นต้น ปัญหาเรานี้กระทบผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง เนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีความจำเป็นต้อง มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู ที่มีประสิทธิภาพ และพบว่าปัญหาสิ่งแวดล้อม บางเรื่องอาจเกินความสามารถในการช่วยเหลือของทีมหมอบรรอบครัว ดังนั้นกิจกรรมที่เกิดจากกระบวนการวางแผน ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรอบครัว และชุมชน ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวตั้งแต่ ระยะ 1 เดือน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากทีมหมอบรรอบครัว มีระบบการเยี่ยมอุปกรณ์สนับสนุน จากโรงพยาบาล เช่น เตียงนอนผู้ป่วย ไม้เท้า 2 ขา และ 3 ขา ซึ่งลดปัญหาเรื่องการจัดหาอุปกรณ์ของผู้ดูแล และช่วยลดค่าใช้จ่าย ส่วนทางด้านโครงสร้าง หรือการปรับปรุงห้องน้ำ ทางเดิน ชุมชนเข้ามา ร่วม ประสานหน่วยงาน จิตอาสา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ห้องน้ำ ห้องสุขา และพื้นที่ทางเดินภายในบ้าน ให้เหมาะสมกับการดูแล ฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งพบว่า ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย มีค่าสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอยู่ในระดับดี

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะติดตาม 1เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง เนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนดูแลจากหน่วยงานในชุมชน การปรับปรุงสภาพแวดล้อม จึงเป็นบทบาทของครอบครัว แต่ยังมีปัญหาสถานะทางเศรษฐกิจ ของแต่ละครอบครัว และมีผู้ป่วยบางคนได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลในด้านอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วย

คุณภาพชีวิต โดยรวม

ระยะจำหน่าย ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 63.63 และ 61.44 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =0.056)

ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ดูแลป่วย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 64.90 และ 61.33 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.016)

ระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ดูแลป่วย มีคุณภาพชีวิตโดยรวม 92.30 และ 59.33 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 97.66 และ 59.03 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิต โดยรวม ของผู้ดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าในช่วง 1 เดือน คุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง พบว่าผู้ดูแล มีความเครียด ความกังวลสูง ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมถึงความกังวลทางด้าน เศรษฐกิจ รายได้ ภาระหนี้สินต่าง ๆ ทำให้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย มีผลกระทบทางด้านร่างกาย ปวดหัว ปวดตามร่างกาย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เป็นต้น ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน คุณภาพชีวิต โดยรวม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดีขึ้น และอยู่ในระดับดี เป็นผลจากการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอบริการ และชุมชน มีการสนับสนุนในเรื่องความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย การฟื้นฟู การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องช่วย ลดความเครียด ความกังวล ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายก็ดีขึ้น ในส่วนการสนับสนุนจากทีมหมอบริการ และชุมชน สามารถสนับสนุนทางสัมพันธภาพทางสังคม เนื่องจากในทีมจะมีบุคคลในชุมชนเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนในด้าน สิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเดินทางรับส่งผู้ป่วย เป็นต้น ทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁵¹ พบว่าการฟื้นฟูที่สนับสนุนเฉพาะตัวผู้ป่วยนั้น ไม่เพียงพอการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ที่ยังต้องการความช่วยเหลือ และสนับสนุน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัย¹⁵² ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศจีนมีความต้องการที่หลากหลาย ซึ่งเป็นความรู้ที่สำคัญในการประเมินความต้องการของการดูแลสุขภาพ การศึกษาระบุครอบคลุม และเป็นองค์รวม (ระดับบุคคล ชุมชน และสังคม) ที่ต้องมีการประเมินความต้องการ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁵³ พบว่าการสนับสนุนความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แก่ผู้ดูแล ด้านการฟื้นฟูร่างกาย จะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁵⁴ พบว่าการดำเนินการให้ความรู้กับผู้ดูแล ครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมวิชาชีพร่วมกับ ผู้ดูแล และครอบครัวจะลดความกังวล และการเพิ่มทักษะการฟื้นฟูร่างกาย จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ลดปัญหาการเข้ารับการรักษาภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม คุณภาพชีวิต โดยรวม ของผู้ดูแล ระยะติดตาม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากไม่ได้รับการ

สนับสนุน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จากทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงการสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชน ทำให้บทบาทการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแล ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลือ และสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในพื้นที่อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี โดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่

ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-Research Phase) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และวิธีการสนทนากลุ่ม ในทีมหมอครอบครัว เพื่อให้ทราบปัญหา และความต้องการ และนำเข้าสู่ระยะที่ 2

ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) โดยการใช้ Plan Do Check Action (PDCA) ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทีมการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน 2) การทดลอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะจำหน่าย ถึง 1 เดือน, ระยะ 3 เดือน และระยะ 6 เดือน ดังนี้

ระยะจำหน่าย ถึง 1 เดือน ประกอบด้วย ขั้นตอนของ PDCA มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอน Plan (P) ระยะพัฒนากระบวนการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพ ของชุมชน และ อสม. โดยทีมหมอครอบครัวเป็นวิทยากร ในวันที่ 28 - 29 กันยายน 2563 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผ่านกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) ในวันที่ 30 กันยายน และ 1 ตุลาคม 2563 เมื่อสิ้นสุดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ดำเนินการตาม กระบวนการปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และขั้นตอนการปรับปรุง (Action) จนสิ้นสุดระยะ 1 เดือน ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และมีการปรับปรุงแผนปฏิบัติ นำเข้าสู่ระยะ 3 เดือน ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน PDCA จนสิ้นสุดระยะ 3 เดือน ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และมีการปรับปรุงแผนปฏิบัติ นำเข้าสู่ระยะ 6 เดือน ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน PDCA จนสิ้นสุดระยะ 6 เดือน มีการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ 1) ระยะเตรียมการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 2) ระยะดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แบบประเมินการมีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแบบประเมิน Barthel Index (BI) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก ทั้ง 2 ระยะตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

นอกจากนี้ มีโปรแกรมอบรมเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) เท่ากับ 0.8 และแบบติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และสภาพแวดล้อม ได้ค่าความตรงของแบบสอบถาม (IOC) เท่ากับ 0.9

สถิติที่ใช้ในการวิจัย 1) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) 2) การวิเคราะห์เชิงอนุมาน ใช้ Chi-square test, Student T test และ General Linear Model (GLM) Repeated Measures สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ ได้ตามหัวข้อ ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 สรุป ผลการพัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ดังนี้

5.1.1.1 ระยะระยะเตรียมการวิจัย (Pre-Research Phase)

ระยะนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากร 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 25 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 25 คน ทีมหมอครอบครัว 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 10 คน และผู้นำชุมชน 8 คน เพื่อศึกษาปัญหา และความต้องการของกลุ่มต่าง ๆ ดังกล่าว โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มต่าง ๆ ยกเว้นทีมหมอครอบครัว ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการ ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

5.1.1.2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase)

ระยะนี้แบ่งเป็นระยะพัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีกิจกรรมดังนี้

(1) การอบรมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 36 คน

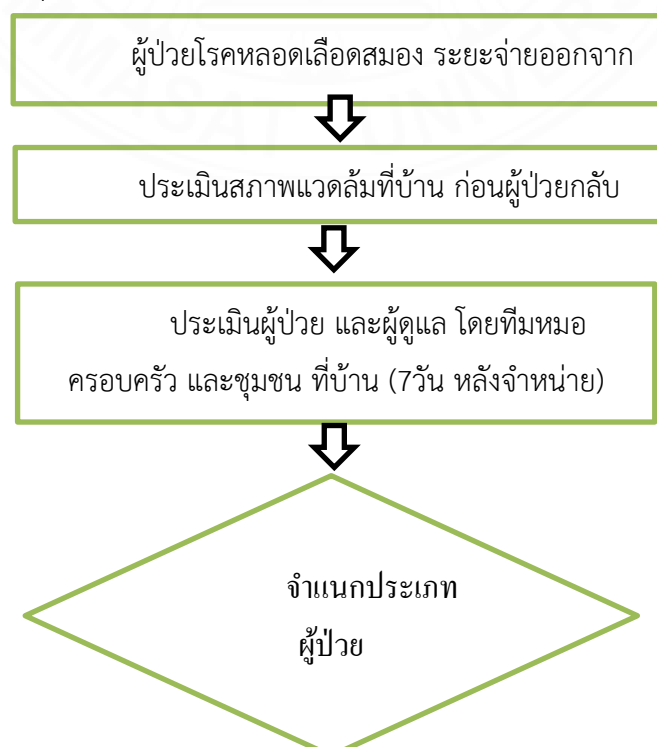
(2) การอบรมเชิงปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กับอาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน

(3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผ่านกระบวนการ AIC ประกอบด้วย ทีมหมอครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน จำนวน 60 คน

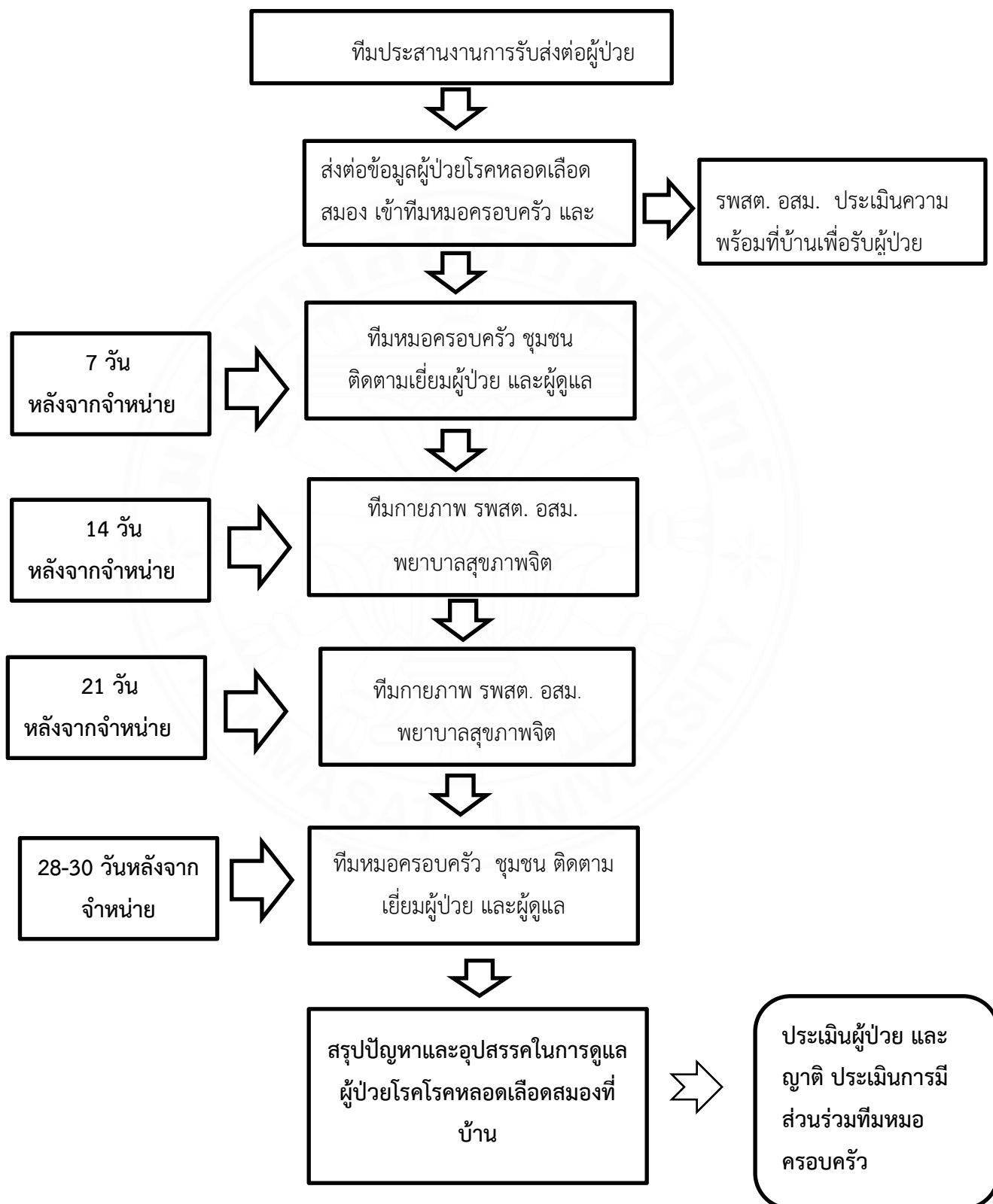
หลังการดำเนินการในระยะ พัฒนารูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน จะได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะ 1 เดือน

ระยะทดสอบรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ดำเนินการตามแผน (Plan) กระบวนการปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และขั้นตอนการปรับปรุง (Action) จนสิ้นสุดระยะติดตาม 1 เดือน ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และมีการปรับปรุงแผนปฏิบัติ นำเข้าสู่ระยะติดตาม 3 เดือน ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน PDCA จนสิ้นสุดระยะ 3 เดือน ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และมีการปรับปรุงแผนปฏิบัติ นำเข้าสู่ระยะติดตาม 6 เดือน ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน PDCA จนสิ้นสุดระยะ 6 เดือน มีการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สรุปได้ดังนี้

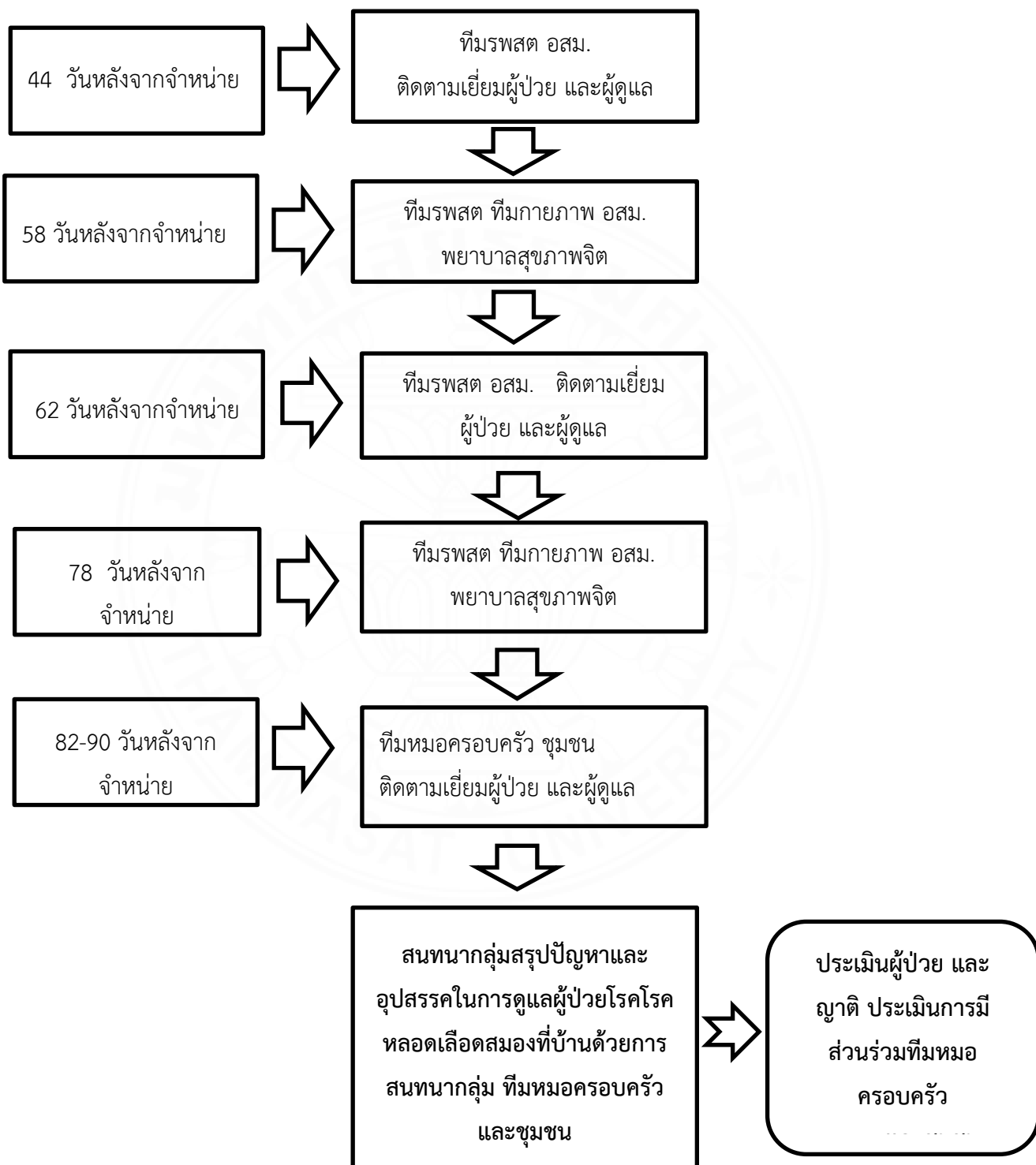
ภาพที่ 5.1 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่ ทีมหมอครอบครัว และชุมชน



รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 1 เดือน (0-30 วัน)

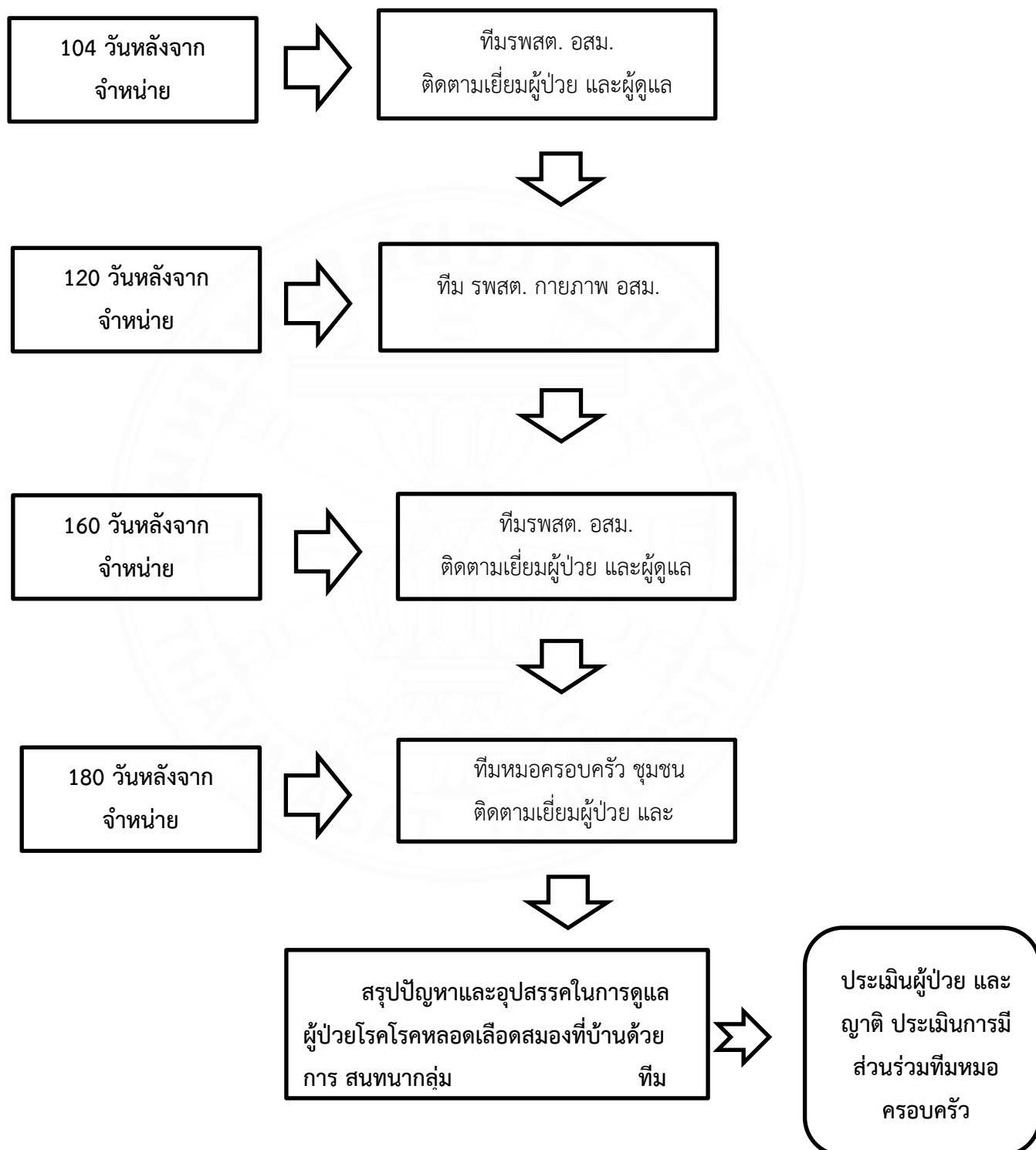


รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 3 เดือน (0-90วัน)



รูปแบบกระบวนการประสานงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชน

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน : ระยะ 6 เดือน (0-180 วัน)



5.2 สรุปผลการวิจัย ตามสมมติฐาน

5.2.1 ภายหลังจากได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่า BI สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่า ค่าเฉลี่ย Barthel Index (BI) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีค่า เฉลี่ย BI สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน

5.2.2 ภายหลังจากได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบการเกิด ภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของ ทีมหมอครอบครัว และชุมชน เกิดภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน

5.2.3 ภายหลังจากได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Re-admit) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน เกิดหลอดเลือดสมองซ้ำ (ภายใน 28 วันหลังจากจำหน่าย) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน

5.2.4 ภายหลังจากได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะพิการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะพิการ (mRS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน พบภาวะพิการ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน

5.2.5 ภายหลังจากได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอ

ครอบครัว และชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน

5.2.6 ภายหลังจากได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคุณภาพชีวิตโดยรวม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มได้รับรูปแบบการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน

5.3 ข้อจำกัดงานวิจัย

5.3.1 ในช่วงระบาดของโรค Covid-2019 ทำให้มีมาตรการการรวมกลุ่มมีจำนวนจำกัด ส่งผลต่อการดำเนินงานวิจัย ที่ต้องปรับเปลี่ยนเป็นกลุ่มย่อย หลาย ๆ กลุ่ม

5.3.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ AIC มีผู้เข้าร่วมการประชุมหลายคนติดภารกิจเร่งด่วน ทำให้ต้องเลื่อนวันประชุมออกไป ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการการประชุม

5.3.3 ทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในอำเภอบ่อทอง จัดเป็นระบบบริการสุขภาพ ชั้นทุติยภูมิ (F2) มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งไม่มีครบทุกสาขาวิชาชีพ ขาดนักสุขภาพจิต และนักโภชนาการ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำบุคลากรที่ได้รับการผ่านการอบรม ทางด้านพยาบาลสุขภาพจิต และพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านโภชนาการ มาร่วมงานวิจัย

5.4 การค้นพบ และการนำไปปฏิบัติ

5.4.1 แนวทางการพัฒนารูปแบบ การประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัว และชุมชนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แนวทางการพัฒนารูปแบบ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม Appreciation Influence Control (AIC) ใช้เป็นขั้นตอนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม 3 ขั้นตอนใหญ่ 6 กิจกรรมย่อย เมื่อสิ้นสุดจะได้มาซึ่ง เป้าหมาย ทิศทาง ทีมงาน กิจกรรม และ

บทบาท ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ดังขั้นตอนต่อไปนี้

5.4.1.1 ขั้นตอน A1, A2 ในทีมหมอครอบครัว และชุมชน สร้างวิสัยทัศน์ ร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้รับการฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ และ คุณภาพชีวิตที่ดี)

5.4.1.2 ขั้นตอน I1, I2 เกิดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแต่ละวิชาชีพในทีมหมอครอบครัว และชุมชน (ทีมใหญ่ สำหรับการวางแผน ติดตาม และประเมินผล) และได้ทีมปฏิบัติ เพื่อติดตามดูแลและเฉพาะด้าน ตามผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

5.4.1.3 ขั้นตอน C1, C2 สรุปได้โครงการ ดังนี้ โครงการการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ตามแผนการปฏิบัติ

5.4.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

โดยการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน (ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน) ใช้พัฒนากระบวนการดังนี้

5.4.2.1 การสร้างทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

5.4.2.2 การวางแผนการประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

5.4.2.3 การกำหนดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านร่วมกับทีมวิชาชีพ และความผู้เชี่ยวชาญแต่ละผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

5.4.2.4 การกำหนดบทบาทตามสาขาวิชาชีพ/ หรืออำนาจในการปฏิบัติงานในระดับชุมชน

5.4.2.5 มีการวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน ตามระยะการติดตาม (ระยะติดตาม 1 เดือน ระยะติดตาม 3 เดือน และ ระยะติดตาม 6 เดือน)

5.4.2.6 การประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 5 ผลลัพธ์ (ค่า BI, mRS, ภาวะแทรกซ้อน, การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และ ผู้ดูแลผู้ป่วย)

5.5 ข้อเสนอแนะ

5.5.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

5.5.1.1 การประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครัว และชุมชน เกิดการปฏิบัติที่มีทิศทางการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.5.1.2 ทีมหมอบรรอบครัว เป็นแกนนำหลักในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้วยทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน พยาบาลวิชาชีพนักกายภาพบำบัด นักสุขภาพจิต (พยาบาลสุขภาพจิต) นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย อสม. เป็นต้น โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และสนับสนุนผู้ดูแลในเรื่องความรู้ทักษะ ในการฟื้นฟูร่างกาย การดูแลภาวะโภชนาการ การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในช่วงการฟื้นฟูที่บ้าน

5.5.1.3 ชุมชน มีการปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอบรรอบครอบครัว มีการวางแผนในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ร่วมกัน และมีบทบาทสำคัญที่สนับสนุนทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสุขภาพ และเป็นผู้ประสานกับหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มจิตอาสาต่าง ๆ ในชุมชน

5.5.1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีบทบาทที่สำคัญในการประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอบรรอบครัว และชุมชน รวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อทราบถึงปัญหา และความต้องการ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ทีมหมอบรรอบครัว และชุมชน สามารถสนับสนุนช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.5.1.5 การประสานการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครัว และชุมชน ต้องคำนึงถึงการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย ตามระยะการติดตาม เพื่อให้เกิดผลทางด้านกายภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผลลัพธ์ของผู้ป่วย

5.5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.5.2.1 ควรมีนโยบาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตั้งแต่หน่วยบริการตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ ที่เชื่อมโยงกัน และสนับสนุนให้หน่วยงานทางสุขภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีการทำงานของทีมหมอครอบครัว และทีมชุมชน ที่สามารถประสานความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติ การฟื้นฟูร่างกาย สุขภาพจิต รวมถึงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูร่างกาย ในช่วงระยะจำหน่ายให้เร็วที่สุด (ระยะติดตาม 1 เดือน)

5.5.2.2 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ อาจเชื่อมต่อกับองค์กรท้องถิ่น ที่มีทรัพยากรที่สามารถสนับสนุน และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ นอกเหนือจากการดูแลทางด้านสุขภาพ เช่น การสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม สนับสนุนทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

5.5.2.3 ทีมหมอครอบครัว มีความจำเป็นต้องจัดการประชุมเพื่อประเมินความสามารถ และเพิ่มทักษะแก่ เจ้าหน้าที่ รพสต. และ อสม. ในพื้นที่ ในเรื่องความรู้ และการปฏิบัติ การฟื้นฟูร่างกาย ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

5.5.2.4 มีนโยบายที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ช่วงระยะเวลาฟื้นฟูร่างกายที่บ้าน (0 - 6 เดือน หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

5.5.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.5.3.1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรให้ความสำคัญกับ ครอบครัวผู้ป่วย ทีมสุขภาพในระดับชุมชน รวมถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน

5.5.3.2. ควรมีการศึกษาวิจัยที่มีความเฉพาะรายกรณี กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีความรุนแรงของโรคในระยะ 1 เดือนแรก ที่แตกต่างกัน เพื่อลดปัญหาความรุนแรง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และลดปัญหาความพิการในอนาคต

5.5.3.3. ควรมีการศึกษาวิจัยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผู้ดูแล โดยระยะที่ควรพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค ระยะ 3 เดือน ควรศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิต ทางด้าน เศรษฐกิจ และสังคม

5.5.3.4. ควรมีการศึกษาเชิงนโยบาย เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะหนี้สิน ค่าใช้จ่าย เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพ และไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เพื่อลดความเครียดที่ส่งผลต่อภาวะจิตใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล

5.5.3.5. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในเรื่องของผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น การกลืน การพูด ฯลฯ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้อาจยังไม่ครอบคลุมผลลัพธ์ทั้งหมด

5.5.3.6. ควรมีการติดตามต่อ เพื่อศึกษาการดำรงอยู่ของผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้มาของรูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะเวลา 6 เดือน ในบริบทของพื้นที่ อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี.



เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global Burden of Stroke. *Circ Res.*2017;120(3):439-48.
2. Global Health Estimates. Geneva.World Health Organization; 2017.Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/ [cited 2019 June 1].
3. คณะทำงานจัดทำรายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ.รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2560 กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2560.
4. ธีรรัตน์ อภิญญา.สถานการณ์สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. ยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดชลบุรีปี; 2559.
6. พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล.โรคหลอดเลือดสมอง.สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร;2561.
7. เมธินี เกตวาธิมิตร.บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะวิกฤต.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ;2560.11(2) :71-80.
8. ธีรรัตน์ อภิญญา.ชุดรูปแบบการบริการในการป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังสำหรับสถานบริการ.กลุ่มโรคเรื้อรัง สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข;2562.
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560 – 2564.โรงพิมพ์ชุมชนทางการเกษตรสหกรณ์แห่งประเทศไทยจำกัด;2560.
10. กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการดำเนินงานคลินิกหออกรับสำหรับหน่วยบริการ.สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.โรงพิมพ์ชุมชนทางการเกษตรสหกรณ์แห่งประเทศไทย จำกัด;2559.
11. ปิยนุช ภิญโญ.การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์;2558.35(2).
12. อาคม รัฐวงษา.การพัฒนาแนวทางจัดการรายกรณีเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ต่อเนื่องที่บ้านโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา;2561.24(1).

13. ฉัญลักษณ์ ขวัญสนิท. ผลการพัฒนาระบบฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute rehabilitation) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.วารสารวิชาการแพทย์;2560.31(4) :723 -732.
14. นันทกาญจน์ ปักซี.ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล.Rama Nurs J;January - April 2016.30(2).
15. สมพร สังข์รัตน์. ความน่าเชื่อถือภายในและระหว่างผู้ประเมินในการใช้แบบประเมิน Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM)Intra- and inter-rater reliability of the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM). Journal of Associated Medical Sciences.Jan. 2017;50,(1).
16. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดชลบุรี;2560
17. สมบัติ มุ่งทวีพงษา.โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ.สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2565.
18. กิ่งแก้ว ปาจารย์.การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.กรุงเทพฯ : งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล;2550.
19. ดิษยา รัตนากร , เจษฎา เขียนดวงจันทร์.โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) บรรณาธิการ.อายุศาสตร์ฉุกเฉิน : Emergency in medicin กรุงเทพฯ;2550.
20. ก้องเกียรติ ภูณท์กัณฑ์กร.ประสาทวิทยาทันสมัย Modern neurology.กรุงเทพฯ:งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
21. World health organization. (2013). Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: สืบค้นจาก http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
22. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.รายงานประจำปี 2560 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.จัดพิมพ์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;2560.
23. นางสาวพุกษา บุกบุญ. สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2547 – 2558. บริษัทสหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด;2558.
24. พรภัทร ธรรมสโรช. Role of Antiplatelet Drugs in Treatment of Acute Ischemic Stroke.วารสารโรคหลอดเลือดสมองไทย;2560.17(1)

25. น้อมจิตต์ นวลเนตร์,เดือนเพ็ญ ศรีชา. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด.2560;24.(3):318-330.
26. กานต์ธิดา กำแพงแก้ว.ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.2558;25,(2).
27. ศรีนยา ดีสมบุรณ์.โปรแกรมกิจกรรมทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล;2551.
28. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ.พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี การประยุกต์ใช้. พิษณุโลก สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร;2560.
29. กิ่งแก้ว ปาจรี .เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป.กรุงเทพฯ:คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล;2554.
30. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.กรุงเทพมหานคร:กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพมหานคร;2560.
31. สภาการพยาบาล. รายงานการวิจัย เรื่อง พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่:กรุงเทพมหานคร;2560
32. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลโภชนาบำบัดในโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ.จัดพิมพ์โดยสำหรับผู้สูงอายุ: ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย;2560.
33. กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ, เวชศาสตร์ฟื้นฟูดูแลพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.2554; 56(4):449-462.
34. สุพัตรา ศรีวิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร;2560
35. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด;2557.
36. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง.บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว.วารสารวิจัยสาธารณสุขมหาวิทยาลัยขอนแก่น.2559;9(2).
37. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer (3rd ed.).Victoria :Deakin University; 2558.

38. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน.การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research.วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี.2558;2,(1).
39. อติศักดิ์ ธีระวิเศษ.เทคนิคและเครื่องมือสื่อความคิดในการศึกษาชุมชน.มูลนิธิมันพัฒนากรุงเทพ;2561.
40. วิสุทธิ วงศ์สว่าง.เครื่องมือส่งเสริมการมีส่วนร่วมชุมชน.[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค. 2564].เข้าถึงได้จาก: สืบค้นจาก <https://pubhtml5.com/zulk/mjav/basic>.
41. Coghlan & Brannick Doing Action Research in Your Own Organization.SAGE,Mar 20,2557.
42. นวลจันทร์ วงศ์ศรีใส.การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน:กรุงเทพมหานคร;2555.
43. จิตลัดดา ประสานวงศ์, ปฐมวดี สิงห์ตง, และรสสุคนธ์ สามแสน.การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ.วารสารกองการพยาบาล.2558;39(2):92-113.
44. ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่นวารสารศึกษาศาสตร์.2559;17(2):121-132.
45. องอาจ นัยพัฒน์.วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ ฯ;2559.
46. ดลปัทม ทรงเลิศ.การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.2561;5(2):48-57.
47. ปิยนุช ภิญโย,กิตติภูมิ ภิญโย.การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์,2558;35,(2):21-29.
48. นันทกาญจน์ ปักซี.ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล,รามาศิริพยาบาลสาร;2559.22(1).
49. วรณศิริ โกมาสถิตย.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เครือข่ายจังหวัดเลย.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.2557;33(2).
50. กุสุมา สุวรรณบุรณ์.การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร.วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.2561;14(3).

51. Saad M. Bindawas, Stroke rehabilitation A call to action in Saudi Arabia, *Neurosciences*.2016; 21(4):297–305.doi: 10.17712/nsj.2016.4.20160075PMCID:PMC5224426.
52. Shilpa Krishnan, “Patient-centered mobility outcome preferences according to individuals with stroke and caregivers: A qualitative analysis,” Published in final edited form as: *Disabil Rehabil*.Jun.2018;40,(12):1401–1409.doi:10.1080/09638288.2017.1297855.
53. Sabina B. Gesell, COMPASS-CP: An Electronic Application to Capture Patient-Reported Outcomes to Develop Actionable Stroke and Transient Ischemic Attack Care Plans.2518;11(8).doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004444.
54. Aziz AF, Aziz NA, What is next after transfer of care from hospital to home for stroke patients Evaluation of a community stroke care service based in a primary care clinic, *J Neurosci Rural Pract*.2017;4(4):413-20.doi:10.4103/0976-3147.120243.
55. Toni D. Withiel, Effectiveness of a manualised group training intervention for memory dysfunction following stroke: a series of single case studies, *Disabil Rehabil*.2018;42(21):3033-3042, Oct .2020, doi: 10.1080/09638288.2019.1579260.
56. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R, Integrated care programmes for chronically ill patients: A review of systematic reviews, *Int J Qual Health Care*,2015;17(2):141-,doi:10.1093/intqhc/mzi016.
57. Mitchell GK, Brown RM, Erikssen L, Tieman JJ, Multidisciplinary care planning in the primary care management of completed stroke: A systematic review. *BMC Fam Pract*,2008.5(9):44.doi: 10.1186/1471-2296-9-44.
58. McEwen S, Polatajko H, Baum C, Rios J, Cirone D, Doherty M, et al, Combined cognitive-strategy and task-specific training improve transfer to untrained activities in subacute stroke: an exploratory randomized controlled trial, *Neurorehabil Neural Repair*.2015;29(6):526–36.doi: 10.1177/1545968314558602.
59. Aznida Firzah Abdul Aziz, Mohd Fairuz Ali, Profile and outcome of post stroke patients managed at selected public primary care health centres in Peninsular

Malaysia: A retrospective observational study, *Sci Rep.* 19.2018;8(7):17965, Dec. 2018, doi: 10.1038/s41598-018-36154-0.

60. Charles David Alexander Wolfe , Judith Redfern, Anthony George Rudd, Community-Based Intervention to Improve Cardiometabolic Targets in Patients With Stroke A Randomized Controlled Trial. *Stroke.* 2017;48(9):2504-2510. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.017499.

61. Joubert J, Davis SM. ICARUSS An effective model for risk factor management in stroke survivors. *Int J Stroke.* 2020;15(4):438-453. doi: 10.1177/1747493019830582.

62. Mari Nakao, Shinichi Izumi, Yuki Yokoshima, Yoshiko Matsuba & Yutaka Maeno. Prediction of life space mobility in patients with stroke 2 months after discharge from rehabilitation: a retrospective cohort study. *Disability and Rehabilitation.* 2020;42(14):2035-2042. Jul. 2020, DOI: [10.1080/09638288.2018.1550533](https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1550533).

63. Hammel J., Magasi S., Heinemann A., et al. Environmental barriers and supports to everyday participation a qualitative insider perspective from people with disabilities *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2015;96(4):578–588. doi:10.1016/j.apmr.2014.12.008.

64. Hollingsworth H, Gray D. B. Structural equation modeling of the relationships between participation in leisure activities and community environments by people with mobility impairments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2010;91(8):1174–1181. doi: 10.1016/j.apmr.2010.04.019.

65. Wong AWK, Ng S, Dashner J, Baum MC, Hammel J. Relationships between environmental factors and participation in adults with traumatic brain injury, stroke, and spinal cord injury: a cross-sectional multi-center study. *Qual Life Res.* vol. 2017;26(10):2633-2645. doi:10.1007/s11136-017-1586-5.

66. Aira Merali, Jill I. Cameron, Ruth Barclay & Nancy M. Salbach. Experiences of people with stroke and multiple sclerosis and caregivers of a community exercise programme involving a health care-recreation partnership” *Disabil Rehabil* 2020;42,(9):1220-1226, doi:10.1080/0963828 .2018.1519042.

67. Viscogliosi, C, Desrosiers, J, & Belleville, S. (n.d.).Optimizing Participation of Older Adults with Cognitive Deficits Post-stroke: Types of Help and Caregiver Burden. *an J Aging*.2019;38(2):222-235.doi:10.1017/S0714980818000521.
68. Mores, G., Whiteman, R., Ploeg, J.Knobl, P., Cahn, M., Klaponski, L Fisher, K.,“An Evaluati on of the Family Informal Caregiver Stroke Self-Management Program. *Can J Neurol Sci*.2018;45,(6) ,doi: 10.1017/cjn.2018.335.
69. laire Stewart, Emma Power, Annie McCluskey and Suzanne Kuys, “participatory develop ment, intervention, behavioral changes that are adapted to increase active practice during rehabil itation of stroke patients *Disability and Rehabilitation*.2018;40(3):542-557,doi: 10.1080/ 09638288.2019.1597178]
70. Kokorelias KM, Lu FKT.Caregiving is a full-time job impacting stroke caregivers health and well-being A qualitative meta-synthesis.***Health Soc Care Community***.2020;.28(2):325-340.doi: 10.1111/hsc.12895.
71. Pindus DM, Mullis R,(2018).Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services - A systematic review and meta-ethnography” *PLoS One* 2018;18(4),doi: 10.1371/journal.pone.0196185.
72. Hartford W, Lear S.Stroke survivors' experiences of team support along their recovery continuum. *BMC Health Serv Res* 2019;21(19),doi:10.1186/s12913-019-4533-z.
73. E. Twardzik, P. Clarke, M. R. Elliott, W. E. Haley, S. Judd, and N. Colabianchi,.Neighborhood Socioeconomic Status and Trajectories of Physical Health-Related Quality of Life Among Stroke Survivors. *Stroke* 2019;50(11),doi: 10.1161/strokeaha.119.025874.
74. A.Nordin, K. S. Sunnerhagen, and Å. B. Axelsson.Patients expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC Neurology* 2015;15(1),doi:10.1186/s12883-015-0492-0.
75. E. Lynch et al.A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008;40(7):518–523, doi: 10.2340/16501977-0203.

76. A. Rashidian, M. P. Eccles, and I. Russell. Falling on stony ground A qualitative study of implementation of clinical guidelines prescribing recommendations in primary care. *Health Policy* 2007;85(2):148–161 doi:10.1016/j.healthpol.2007.07.011.
77. S. Kamalakannan et al. Rehabilitation needs of stroke survivors after discharge from hospital in India. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2016;97(9):1526-1532.e9, doi: 10.1016/j.apmr.2016.02.008.
78. N. Davoody, S. Koch, I. Krakau, and M. Hägglund. Post-discharge stroke patients information needs as input to proposing patient-centred eHealth services,” *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2016;16(1):66-72, doi:10.1186/s12911-016-0307-2.
79. J. K. da Silva and R. N. S. de O. Boery. Effectiveness of a support intervention for family caregivers and stroke survivors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2021;29(9):1459-1466, doi: 10.1590/1518-8345.4991.3482.
80. G. S. Magwood et al.. Barriers and facilitators of stroke recovery perspectives from african americans with stroke, caregivers and healthcare professionals. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2019;28(9):2506-2516, doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.06.012.
81. L. Chen, L. D. Xiao, D. Chamberlain, and P. Newman. Enablers and barriers in hospital to home transitional care for stroke survivors and caregivers A systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 2021;30(20):2786–2807.
82. S. Tiwari, A. Joshi, N. Rai, and P. Satpathy. Impact of stroke on quality of life of stroke survivors and their caregivers: a qualitative study from India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 2021;12(4):680–688, doi: 10.1055/s-0041-1735323.
83. E. Y. H. Tang, C. Price, B. C. M. Stephan, L. Robinson, and C. Exley. Impact of memory problems post-stroke on patients and their family carers a qualitative study. *Frontiers in Medicine* 2020;7,(4), doi: 10.3389/fmed.2020.00267.
- 84 Y. Fan et al.. Chinese stroke association guidelines for clinical management of cerebrovascular disorders executive summary and 2019 update of clinical management of cerebral venous sinus thrombosis. *Stroke and Vascular Neurology* 2020;5(2):152–158, doi:10.1136/svn-2020-000358.

85. M. Camicia, T. Black, J. Farrell, K. Waites, S. Wirt, and B. Lutz. The Essential Role of the Rehabilitation Nurse in Facilitating Care Transitions A White Paper by the Association of Rehabilitation Nurses. *Rehabilitation Nursing* 2014;39(1):3–15, doi: 10.1002/rnj.135.
86. M. I. Loft, B. Martinsen, B. A. Esbensen, L. L. Mathiesen, H. K. Iversen, and I. Poulsen. Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke rehabilitation developing a complex intervention using the Behaviour Change Wheel. *International Journal of Qualit* 2018;40(7):518–523.
87. S. Tyagi et al. Dyadic approach to supervised community rehabilitation participation in an Asian setting post-stroke: exploring the role of caregiver and patient characteristics in a prospective cohort study. *BMJ Open* 2020;10(4), doi: 10.1136/bmjopen-2019-036631.
89. G. Pucciarelli, C. S. Lee, K. S. Lyons, S. Simeone, R. Alvaro, and E. Vellone. Quality of Life Trajectories Among Stroke Survivors and the Related Changes in Caregiver Outcomes A Growth Mixture Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2019;100(3):433-440, doi: 10.1016/j.apmr.2018.07.428.
90. S. Tyagi et al. Healthcare utilization and cost trajectories post-stroke: role of caregiver and stroke factors. *BMC Health Services Research* 2018;18(1):881-890, doi: 10.1186/s12913-018-3696-3.
91. G. Urimubenshi. Activity limitations and participation restrictions experienced by people with stroke in Musanze district in Rwanda. *African Health Sciences* 2015;15(3):917-921, doi: 10.4314/ahs.v15i3.28.
92. Husna Ahmad Ainuddin , Muhammad Hibatullah Romli. An Exploratory Qualitative Study With Older Malaysian Stroke Survivors Caregivers and Healthcare Practitioners About Falls and Rehabilitation for Falls After Stroke. BRIEF RESEARCH REPORT article *Front. Public Health* 2021;27(1) ,doi.org/10.3389/fpubh.2021.611814.
93. Almira Doreen Abigail O Apor , Gerald T Pagaling. Stroke Research Disparity in Southeast Asia: Socioeconomic Factors, Healthcare Delivery, and Stroke Disease Burden. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2020;30(2):10548, doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105481.

94. Christine S Cobley ,Rebecca J Fisher .A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke.Clin Rehabil.27(8):750,doi: 10.1177/0269215512474030.
95. Nootchayong Yaowapanon , Prapim Buddhirakkul.Situational Analysis Community Care for Survivors of Stroke and Suggestions for Improving the Provision of Care .ac Rim Int J Nurs Res Th ail 2018;22(4):372-385,doi: 10.1080/10749357.2018.1481353.
96. Muditha Wagachchige Muthucumarana.Caring for stroke survivors experiences of family caregivers in Sri Lanka - a qualitative study. op Stroke Rehabil 2018;25(6):397-402,dio: 10.1080/10749357.2018.1481353.
97. N Naidoo, R Barnes, “Physiotherapy in rehabilitation and prohabilitation across the lifespan,”South African Medical Journal 2019;109(3):142-144,doi:10.7196/SAMJ.2019.v109i3.01 13902.
98. Aravind G, Bashir K, Cameron JI, Howe JA,Community-based exercise programs incorporating healthcare-community partnerships to improve function post-stroke feasibility of a 2-group ran domized controlled trial.Pilot Feasibility Stud 2022;22(8):88-94,doi: 10.1186/s40814-022-01037-9.
99. Eriksson G., Baum C. M., Wolf T. J., Connor L. T.Perceived participation after stroke the influence of activity retention, reintegration and perceived recovery. The American Journal of Occ upational Therap 2013;67(5):e131–e138,doi: 10.5014/ajot.2013.008292.
100. Line Lunau,Henrik Boye Jensen.Early discharge after stroke with rehabilitation in the h ome. Ugeskr Laeger 2021;183(41):V01210050,PMID: 34704933.
101. Stina Lou , Kathrine Carstensen.Early supported discharge following mild stroke: a qu alitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home.Scand J Caring Sci 2017;31(2):302-311,doi: 10.1111/scs.12347.
102. Marieke M Visser, Laurien Aben.The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. J Rehabil Med2018; 46(6):514-523,doi: 10.2340/16501977-1803.

103. Margherita Schiavi , Stefania Costi.Occupational therapy for complex inpatients with stroke identification of occupational needs in post-acute rehabilitation setting.*Disabil Rehabil* 2018;40, (9):1026-1032,doi: 10.1080/09638288.2017.1283449.
104. Erin L Foley, Marjorie L Nicholas.Influence of Environmental Factors on Social Participation Post-Stroke.*Behav Neurol* 2019;16,(2),doi: 10.1155/2019/2606039.
105. Avvai Singam , Charlotte Ytterberg.Participation in Complex and Social Everyday Activities Six Years after Stroke Predictors for Return to Pre-Stroke Level.*PLoS One*,vol 2018;10(12):e014 4344,doi: 10.1371/journal.pone.0144344.
106. Stina Lou ,Kathrine Carstensen.Early supported discharge following mild stroke a qualitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home.*Scand J Caring Sci* 2017;(31),,doi:10.1111/scs.12347.
107. Carolee J Winstein, Joel Stein,Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association *Stroke*2016;47(6):e98-e169,doi: 10.1161/STR.0000000000000098.
108. Birgitta Langhammer,Katharina S Sunnerhagen.Factors enhancing activities of daily living after stroke in specialized rehabilitation an observational multicenter study within the Sunna as International Network.*Eur J Phys Rehabil Med* 2019;53(5):725-734,doi:10.23736/S1973-9087.17.04489-6.
109. Tomoko Ohura 1, Kimitaka Hase.Validity and reliability of a performance evaluation tool based on the modified Barthel Index for stroke patients. *BMC Med Res Methodol* 2019;25(17): 131-139,doi: 10.1186/s12874-017-0409-2.
110. Elisheva R Coleman , Rohitha Moudgal.Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review.*Curr Atheroscler Rep* 2017;7(19):59-67,doi: 10.1007/s11883-017-0686-6.
111. Maureen Le Danseur.Stroke Rehabilitation. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2020;;32(1):97--108,doi: 10.1016/j.cnc.2019.11.004.
112. Aznida F Abdul Aziz, Nor Azlin Mohd.Care for post-stroke patients at Malaysian public health centres: self-reported practices of family medicine specialists.*BMC Fam Pract* 2016;2,(1):15-40,doi:10.1186/1471-2296-15-40.

113. Maja Wästfelt, Yang Cao. Predictors of post-stroke fever and infections a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol* 2018;23(18):49-57, doi:10.1186/s12883-018-1046-z.
114. Rhonda Sullivan. A two-year retrospective review of suspected deep tissue injury evolution in adult acute care patients. *Ostomy Wound Manage. Adv Skin Wound Care* 2016;7(3):33-40, doi: 10.1097/01.ASW.0000443267.25288.87.
115. จารุวรรณ ปิยศิริชัย, ทวีศักดิ์ กสิผล. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมจร*. 2561;22(43-44).
116. Ianita Zlateva, Daren Anderson. Development and validation of the Medical Home Care Coordination Survey for assessing care coordination in the primary care setting from the patient and provider perspectives. *BMC Health Serv Res* 2015;74(15):226-231, doi: 10.1186/s12913-015-0893-1.
117. Hyuk Sung Kwon, Dongwhane Lee. Post-stroke cognitive impairment as an independent predictor of ischemic stroke recurrence. *PICASSO sub-study. Randomized Controlled Trial J Neurol* 2019;267(3):688-693, doi:10.1007/s00415-019-09630-4.
118. Xing Zhang, Shu-Ya Li. Inpatient statin use and stroke recurrence in patients with or without diabetes mellitus. *Neurol Res* 2019;41(10):893-899, doi:10.1080/0161412.2019.1642436.
119. Janet K Sluggett, Gillian E Caughey. Medicines taken by older Australians after transient ischaemic attack or ischaemic stroke: a retrospective database study. *Int J Clin Pharm* 2017;37(5):782-790, doi: 10.1007/s11096-015-0115-2.
120. Husna Ahmad Ainuddin, Muhammad Hibatullah Romli. An Exploratory Qualitative Study With Older Malaysian Stroke Survivors Caregivers and Healthcare Practitioners About Falls and Rehabilitation for Falls After Stroke. *Front Public Health* 2021;27(9):611-624, doi:10.3389/fpubh.2021.611814.
121. Susanna Nordin, Anna Swall, "Does the physical environment matter? A qualitative study of healthcare professionals' experiences of newly built stroke units." *Int J Qual Stud Health Well-being* 2021;16(1):1917880, doi:10.1080/17482631.2021.1917880.

122. Mia Kolmos ,Laura Christoffersen.Recurrent Ischemic Stroke - A Systematic Review and Meta-Analysis.J Stroke Cerebrovasc Dis 2021;8(1):105935,doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis .2021.105935.
123. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MS.Share Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention.Circ Res 2017;3(3):472-495, doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308398.
124. Charles Esenwa , Jose Gutierrez.Secondary stroke prevention challenges and solutions,"Vasc Health Risk Manag2016;7(11):437-50,doi: 10.2147/VHRM.S63791.eCollection.
125. Husna Ahmad Ainuddin, Muhammad Hibatullah Romli.Cross-Cultural Adaptation and Reliability of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST) in Assessing Fall-Risk Home Hazards for Stroke Using Technologies over a Conventional Home Visit.Occup Ther Int 2022; Published online 2022 Mar 16.doi: 10.1155/2022/6044182.
126. Waroonapa Srisoparb.Relationships between Heart Rate Variability Motor Impairments and Level of Disability in Chronic Ischemic Stroke PatientsJ Stroke Cerebrovasc Dis 2020;35(6).
127. B Baena Álvarez ,García-Madrona.Intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke in centenarians.Published 2020;12(4):893-897,doi:10.1007/s41999-021-00494-4.
128. Anna Anåker,Lena von Koch.It's Lonely Patients Experiences of the Physical Environment at a Newly Built Stroke Unit. HERD2018;12(3):141–152,doi: 10.1177/1937586718806696.
129. Rune Skovgaard.Rasmussen Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: a randomised controlled trial.Clin2016;30(3):225-36,,doi:10.1177/0269215515575165.
130. Elisheva R Coleman,Rohitha Moudgal,Early Rehabilitation After Stroke: Narrative Review .Curr Atheroscler Rep 2017;7(12):59-65,doi:10.1007/s11883-017-0686-6.
131. Pakaratee Chaiyawat.Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life a randomized controlled trial.Clin Neurol Neurosurg 2017;114(7) 866-70,doi:10.1016/j.clineuro.2012.01.018.

132. Rune Skovgaard,Rasmussen Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: a randomised controlled trial.*Clin Rehabil* 2019;30,(3):225-236,doi:10.1177/0269215515575165.
133. Maria José ,Melo Ramos-Lima.Quality of life after stroke impact of clinical and socio demographic factors .*Clinics* (Sao Paulo)2017;8(3):e418,,doi:10.6061/clinics/2017/e418.
134. Camila Caminha Caro.Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients.*Occup Ther Health Care* 2018;32(2):154-171,doi: 10.1080/0738577.2018.1449046.
135. Ho Yu Cheng,Sek Ying Chair. Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence problem-solving abilities psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2018;8(72):84-93, doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005.
136. Tasneem Hartley , Marlette Burger.Post stroke health-related quality of life, stroke severity and function A longitudinal cohort study. *Afr J Disabil* 2018;26(11):947-951,doi:10.4102/ajod. .v11i0.947.
137. Marieke M Visser , Laurien Aben .The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *J Rehabil Med*2017;46, (6):514-523,doi: 10.2340/16501977-1803.
138. Abdulrahman M Alshahrani.Quality of life and social support: Perspectives of Saudi Arabian stroke survivors. *SciProg*2019;10,(3):36850420947603.doi:10.1177/0036850420947603.
139. Eva Lourenço,Determinants of Quality of Life after Stroke in Southern Portugal A Cross Sectional Community-Based Study. *Brain Sci*2022;11(11):1509,doi:10.3390/brainsci11111509.
140. Erin L Foley 1, Marjorie L Nicholas.Influence of Environmental Factors on Social Participation Post-Stroke.*Behav Neurol*2019;16(1):2606039,doi:10.1155/2019/ 2606039.

141. Günter Seidel, Amely Röttinger. Quality of life and disability after severe stroke and early neurological rehabilitation. *Nervenarzt* 2019;90(10):1031-1036, doi:10.1007/s00115-019-0740-4.
142. Hacer Gok Ugur , Behice Erci. 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):321-332, doi: 10.20471/acc.2019.58.02.16.
143. Maria José, Melo Ramos-Lima. Quality of life after stroke: impact of clinical and socio demographic factors. *Clinics (Sao Paulo)* 2018;8(73):e418, doi:10.6061/clinics/2017/e418.
144. Eva Lourenço. Determinants of Quality of Life after Stroke in Southern Portugal A cross sectional Community-Based Study. *Brain Sci* 2021;14(11):1509, doi:10.3390/10.3390/brainsci11111509.
145. Hsiang-Chu Pai , Yi-Chen Tsai. The Effect of Cognitive Appraisal on Quality of Life of Providers of Home Care for Patients With Stroke. *J Neurosci Nurs* 2016;48,(1), Feb. 2016, E2-E11.
146. Tasneem Hartley, Marlette Burger. Post stroke health-related quality of life, stroke severity and function: A longitudinal cohort study. *Afr J Disabil* 2021;26(11):94-964, doi: 10.4102/ajod.v11i10.947.
147. Camila Caminha Caro, Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patient. *Occup Ther Health Care*. 32,(2) : 154-171, Apr. 2018, doi:10.1080/077380577.2018.1449046.
148. Sharad Tiwari. Impact of Stroke on Quality of Life of Stroke Survivors and Their Caregivers: A Qualitative Study from India, *J Neurosci Rural Pract* 2021;22(12):680-688, doi: 10.1055/s-0041-1735323.
149. Hsiang-Chu Pai , Yi-Chen Tsai. The Effect of Cognitive Appraisal on Quality of Life of Providers of Home Care for Patients With Stroke. *J Neurosci Nurs* 2021;48(1):E2-E11, Feb. 2021, doi:10.1097/JNN.000000000000175.
150. Enkhzaya Chuluunbaatar. Quality of life of stroke survivors and their informal caregivers: A prospective study. *Disabil Health J* 2016;9(2):306-312, doi:10.1016/j.dhjo.2015.10.007.

151. Sharad Tiwari. Impact of Stroke on Quality of Life of Stroke Survivors and Their Caregivers: A Qualitative Study from India. *J Neurosci Rural Pract* 2021;22(12):680-688, doi:10.1055/s-0041-1735323.
152. Carolina Baltar Day, Carla Cristiane. Becker Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE) study protocol for a randomised trial”, *Trials* 2018;9(19):96-105, doi:10.1186/s13063-018-2454-5.
153. Ildikó Szcs, Balázs Dobi. Health related quality of life and satisfaction with care of stroke patients in Budapest: A substudy of the EuroHOPE project. *PLoS One* 2020;10,(1):e0241059, doi: 10.1371/journal.pone.0241059



ภาคผนวก ก

ทีมหมอ

แบบบันทึก แผนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทีมหมอบริการ

อาชีพ.....สถานภาพ.....DX.....Type of Stroke Ischemic
Hemorrhage

อาการแรกเริ่ม

.....

BP.....mmHg. PR.....ครั้ง/min PR.....ครั้ง/min BT.....C วันที่คาดว่าจะจำหน่าย

การประเมินความพร้อมก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล Barthel Index D/Cคะแนน

ด้านจิตใจ ปกติ ซึมเศร้า

การประเมินความต้องการก่อนการจำหน่าย IN HOME SSS

1. Immobility Impairment (การเคลื่อนไหวร่างกาย)

ADL ตามแนวทางของ Barthel index

คะแนนรวม.....คะแนน แปลความหมาย.....

2. Nutrition (โภชนาการ)

พฤติกรรมการบริโภค เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย ไม่เหมาะสม

ระบุ.....

ภาวะโภชนาการ อ้วน ผอม ปกติ ต่ำเหลือ ไม่ต่ำ ต่ำบ้าง ต่ำเป็นประจำ

น้ำหนักกิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI อื่น ๆ ระบุ.....

3. Housing (ภาวะแวดล้อมทั่วไปของบ้าน)

สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

เป็นระเบียบ ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบ้าน สกปรก

สะอาด รกรุงรัง มีสัตว์เลี้ยง

สิ่งแวดล้อมภายนอก.....

4. Other people (บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง)

ผู้ดูแล (Care giver) ชื่อ – สกุล.....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัว

สมาชิกในครอบครัว มีจำนวน.....คน ได้แก่

1. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
2. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
3. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
4. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
5. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

Version 1 Date 31/3/2563

5. Medication (การใช้ยา)

- รายการยาที่แพทย์สั่งใช้โรคหลอดเลือดสมอง

รายชื่อยา.....

รายการยาโรคเรื้อรัง

- โรคเบาหวาน รายชื่อยา.....

- ความดันโลหิตสูง รายชื่อยา.....

- โรคหัวใจ รายชื่อยา.....

- โรคอื่นๆ ระบุ.....

รายชื่อยา.....

- รายการยาหรือสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่ซื้อกินเอง.....

การกินยาตามแพทย์สั่ง

- ถูกต้อง

- ไม่ถูกต้องระบุ

6. Examination (ตรวจร่างกาย)

Vital Sign BT.....องศาเซนเซียส PR.....ครั้ง/นาที RR.....ครั้ง/นาที BP.....mmHg

7. Safety (ความปลอดภัย) ได้แก่ พื้นที่ ห้องน้ำ ห้องครัว บันได เฟอร์นิเจอร์ ไฟฟ้า เตาหุงข้าว
 ระบุ.....

8. Spiritual (จิตวิญญาณ).....

9. Service (ความช่วยเหลือ).....

ปัญหาอื่น ๆ ที่พบ (นอกเหนือจาก IN HOME - SSS)

.....

.....

10.ประเมินภาวะแทรกซ้อน

พบภาวะแทรกซ้อน ข้อติด..... แผลกดทับ.....

อื่นๆ.....

ไม่พบพบภาวะแทรกซ้อน

11.เกิดการ Re-admetion มีภายใน 28 วันหลังจากการจำหน่าย มีมากกว่า 28 วันหลังจากการจำหน่าย

ไม่เกิดการ Re-admetion

เกิดภาวะ Re-admetion ด้วยอาการ.....

สรุปสภาพผู้ป่วยหลังได้รับการดูแล

() สามารถสิ้นสุดการเยี่ยมได้

() สมควรได้รับการติดตามเยี่ยมต่อนัดเยี่ยมครั้งต่อไป อีก เดือน

() ปิด case

วันที่จำหน่าย...../...../..... วันที่นัดตรวจ...../...../..... ส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง

.....

แบบประเมิน การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ Barthel Index

THE MODIFIED RANKIN SCALE

กิจกรรม - คะแนน	แรกรู้	จำหน่าย
1.ล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย (0) <input type="checkbox"/> ทำได้เอง (5)		
2.การอาบน้ำ <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย (0) <input type="checkbox"/> ทำได้เอง (5)		
3.การแต่งตัว <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย (0) <input type="checkbox"/> มีคนช่วยบางส่วน (5) <input type="checkbox"/> ทำเองได้รวมทั้งการติดซิป ติดกระดุม (10)		
4.การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย (0) <input type="checkbox"/> มีคนช่วยบางส่วน (5) <input type="checkbox"/> ทำได้เอง (10)		
5.การปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปัสสาวะเองไม่ได้คาสายสวน (0) <input type="checkbox"/> ปัสสาวะเองได้ (10) <input type="checkbox"/> สวนบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน (5)		
6.การถ่ายอุจจาระ <input type="checkbox"/> ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย (0) <input type="checkbox"/> อุจจาระเองได้เป็นส่วนใหญ่ ต้องการคนช่วยเหลือหรือเหน็บยาเป็นบางครั้งไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์ (5) <input type="checkbox"/> ทำเองได้ สวนหรือเหน็บยาเองได้ (10)		
7.การเข้าห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วย (0) <input type="checkbox"/> มีคนช่วยบางส่วน (5) <input type="checkbox"/> ทำได้เอง (10)		

<p>8.การขึ้นลงจากเตียง</p> <p><input type="checkbox"/> ลุกจากเตียงไม่ได้ (0)</p> <p><input type="checkbox"/> ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนคอยช่วยพยุง 1-2 คน (5)</p> <p><input type="checkbox"/> ลุกนั่งได้ ต้องการคนคอยช่วยเหลือเล็กน้อย (10)</p> <p><input type="checkbox"/> ลุกนั่งได้เอง ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เอง (15)</p>		
<p>9.การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน</p> <p><input type="checkbox"/> นั่งบนรถเข็นได้แต่ไปไหนเองไม่ได้ (0)</p> <p><input type="checkbox"/> นั่งรถเข็นและไปได้ไกล 50 หลา (5)</p> <p><input type="checkbox"/> เดินได้ไกล 50 หลา โดยมีคนช่วยเล็กน้อย (10)</p> <p><input type="checkbox"/> เดินได้เอง อาจใช้ไม้เท้าช่วย (15)</p>		
<p>10.การขึ้นบันได</p> <p><input type="checkbox"/> ขึ้นบันไดเองไม่ได้ (0)</p> <p><input type="checkbox"/> ขึ้นบันไดเองได้แต่ต้องการคนช่วยเหลือเล็กน้อย (5)</p> <p><input type="checkbox"/> ขึ้นบันไดเองได้ อาจจะต้องเกาะราวช่วย (10)</p>		
รวมคะแนน		

แบบสอบถามเรื่อง

การประสานมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

แบบสอบถามนี้ เป็นแบบสอบถามสำหรับทำคุณภินิหาร ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ศึกษา และรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบในแง่ลบแก่ท่านผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านได้ให้คำตอบในแบบสอบถามฉบับนี้ด้วยความจริงทุกประการ ทางผู้วิจัยต้องขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ

18 – 29 ปี 30 – 39 ปี
 40 – 49 ปี 50 – 59 ปี
 60 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญา/ปวส.
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

4. ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร
 พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชศาสตร์ พยาบาลสุขภาพจิต นักกายภาพ

- นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข
 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการประสานมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว ทีมชุมชน

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการมีส่วนร่วมที่ตรงกับหมายเลขที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

กำหนดให้ 6 หมายถึง มากที่สุด 5 หมายถึง มาก 4 หมายถึง ปานกลาง
 3 หมายถึง น้อย 2 หมายถึง น้อยที่สุด 1 หมายถึง ไม่มีส่วนร่วม

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม
---------	--------------------

การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน						
1. ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอปัญหา ในส่วนที่ท่าน รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอความต้องการในส่วนที่ ท่านรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. ท่านได้ร่วมคิด และเสนอแนวทางการพัฒนา เพื่อ แก้ไขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4. เมื่อมีการประชุมเสนอ แผน ในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่บ้าน ท่านได้เข้าประชุมอย่างน้อยเพียงใด	.....	.....	.....	.....	.....	.....
5. ทุกคนในทีมได้ให้ท่านตัดสินใจในบทบาทการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งเป็นบทบาทในการทำงานของท่าน อย่างน้อยเพียงใด	.....	.....	.....	.....	.....	.....

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ						
ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม					
8. ท่านได้เข้าร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน บทบาท หรือกิจกรรมที่วางแผนไว้	.....	.....	.....	.....	.....	.....
9. ท่านได้เป็นร่วมการปฏิบัติงาน ตามแผนอย่าง สม่ำเสมอ						

10. ท่านได้แสดงความสามารถของตนเองอย่างอิสระในการปฏิบัติตามแผน	.....	.....	.....	.....	.....	.....
11. ท่านรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย	.....	.....	.....	.....	.....	.....
12. ท่านได้มีส่วนร่วมสนับสนุนทรัพยากร และช่วยสนับสนุนเพื่อให้การปฏิบัติ	.....	.....	.....	.....	.....	.....
13. ท่านได้มีส่วนร่วมประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	.....	.....	.....	.....	.....	.....
เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ เช่น หน่วยงานต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล	.....	.....	.....	.....	.....	.....
การมีส่วนร่วมในการรับรู้ และการประเมินผลการปฏิบัติ						
ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม					
14. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลของการปฏิบัติงานตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	.....	.....	.....	.....	.....	.....
15. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ ข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมงบประมาณต่าง ๆ และการจัดสรรทรัพยากร ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านว่าประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด	.....	.....	.....	.....	.....	.....
16. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และสามารถใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมากน้อยเพียงใด	.....	.....	.....	.....	.....	.....
17. ท่านมีส่วนร่วมในการสนทนาและแลกเปลี่ยนความคิด ที่จะปรับปรุงกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบ้านได้มากน้อยเพียงใด	.....	.....	.....	.....	.....	.....

การมีส่วนร่วมในสะท้อนผลการปฏิบัติ						
ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม					
18. ท่านมีส่วนร่วมในการสะท้อนข้อมูลข้อมูล แก่ทีม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากน้อยเพียงใด						
19. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมากน้อยเพียงใด
20.ท่านมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของตนเองมากน้อยเพียงใด						

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นาย อุเทน สุทิน
 วุฒิการศึกษา ปีการศึกษา 2558: วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาธารณสุข
 ศาสตร์ สาขานามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลงานทางวิชาการ

1. ผลของโปรแกรมการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง นำเสนอวิชาการสมาคมประชากรแห่งประเทศไทย 2557
2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการอ่านฉลากโภชนาการของขนมขบเคี้ยว และเครื่องดื่มต่อความรู้พฤติกรรมการอ่านฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชน 2560
3. การประยุกต์ใช้เพลงพื้นบ้านในโปรแกรมการใช้อย่างถูกต้องต่อความรู้ในการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561
4. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินและส่งต่อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองและของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชน 2561
5. ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพบุคคลในครอบครัวร่วมกับผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน การหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอบ่อทอง การประชุมวิชาการระดับชาติ (ครั้งที่ 4) และนานาชาติ (ครั้งที่ 2) เรื่อง การวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
6. The effect of home rehabilitation program to improve Barthel ADL index among patients with stroke in sub rural Thailand.The 5th International Conference on Advancing the Life Sciences and Public Health (japan)
- 7.วามสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหา กับ แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นนหลังคลอดในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี วารสารวิทยาลัยพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2565