

ประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โรงพยาบาลเกาะสมุย*
EFFECTIVENESS OF CARE MODEL FOR STROKE PATIENTS AT HOME,
KOH SAMUI HOSPITAL

นฤมล อภิวัฒน์กุล

Narumon Apivatanagul

โรงพยาบาลเกาะสมุย สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย

Koh Samui Hospital, Suratthani, Thailand

*Corresponding author E-mail: salt_2513@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สุขภาพกาย และสุขภาพจิต) เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน - หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่ขึ้นทะเบียนศูนย์ดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม Smart COC มารักษาที่โรงพยาบาลเกาะสมุย หรือ รพ.สต. เครือข่าย อายุมากกว่า 18 ปี และน้อยกว่า 75 ปี เป็นอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก ไม่มีภาวะอ่อนแรง/การเคลื่อนไหวผิดปกติจากโรคระบบประสาทอื่น และยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัย จำนวน 40 คน ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและภาวะสุขภาพ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน = 0.85 แบบประเมินสุขภาพกาย = 0.71 และแบบประเมินสุขภาพจิต = 0.83 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน และหลังดำเนินการในเดือนธันวาคม 2566 และกุมภาพันธ์ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired simple T - test ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) ส่วนสุขภาพจิต ยังคงเหมือนเดิม (p - value > 0.05) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านทำให้เกิดผลดีต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพกาย ดังนั้น จึงควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านไปใช้ที่โรงพยาบาลเกาะสมุย และขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่นต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลที่บ้าน, โรคหลอดเลือดสมอง, กิจวัตรประจำวัน, สุขภาพกาย, สุขภาพจิต

Abstract

The research aimed to study the effectiveness of care model for stroke patients at home, (ability to do daily activities, physical and mental health). It was quasi - experimental research by one groups pre - posttest design. The sample group was 40 mid - stage stroke patients that were registered continuing care centers in the Smart COC program, came for treatment at Koh Samui Hospital or Subdistrict Health Promoting Hospital network, over 18 years old and less than 75 years old, was hemiplegia for the first time, no weakness or abnormal movement due to other

* Received March 13, 2024; Revised March 28, 2024; Accepted March 31, 2024



neurological diseases and willing to cooperate in research studies, selected by purposive sampling. Research instruments were 1) care model stroke patients at home 2) ability assessment form to carry out daily activities and health status of stroke patients which had a reliability value for ability assessment form to carry out daily activities = 0.85, physical health assessment form = 0.71 and mental health assessment form = 0.83. Data were collected before implementation in December 2023, after implementation in February 2024 and analyzed by descriptive statistics (namely number, percentage, mean, standard deviation) and paired simple T - test. The results found that after receiving the care model for stroke patients at home made the stroke patients to able daily activities and improved physical health status with statistical significance (p - value < 0.001). As for mental health status remains the same (p - value > 0.05). It had been shown that the care model for stroke patients at home were effective for the ability to perform daily activities and health status. Therefore, the care model for stroke patients at home should be applied at Koh Samui Hospital and continue to expand the results to other hospitals.

Keywords: Care Model at Home, Stroke Patients, Daily Activities, Physical Health, Mental Health

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke/Cerebrovascular disease) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2562 ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน ทุก ๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี (ธงชัย กิริติหัตถยากร, 2566) พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560 ถึงปี 2566 จาก 278.49 ในปี 2560 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) เป็น 349.12 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (ธงชัย กิริติหัตถยากร, 2566) ทั้งนี้ โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันจัดเป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตรุนแรงที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง และความพิการเรื้อรังที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่สมองอย่างเฉียบพลัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้หรือได้ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด เพื่อลดอัตราการตายและลดความพิการ (สถาบันประสาทวิทยา, ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2559) ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง มีปัญหาการทรงตัวและการทำงานไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อจาก ร่างกายที่มีความบกพร่องของระบบประสาทการสั่งการ ประสาทรับสัมผัส ความจำ การสื่อสาร การรับประทานอาหาร และการขับถ่าย รวมถึงปัญหาด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้รอดพ้นจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ใน 3 จะมีความพิการที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคม ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง รวมทั้งยังมีภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัวและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น (ศีล เทพบุตร, 2563) ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิต อาจทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความรับรู้เปลี่ยนแปลงไป (ปนัดดา รักดีวิวรรธ, 2561) นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลให้ครอบครัวสูญเสียในระยะยาว ตั้งแต่การสูญเสียรายได้จากการไม่ได้ทำงานของผู้ป่วยเอง ญาติพี่น้อง ครอบครัวต้องมาดูแล การจ้างคนดูแล รวมถึงค่ารักษา เพราะค่าใช้จ่ายที่ใช้รักษา

ระยะยาวที่ต้องได้รับการดูแลตลอดชีวิต จะมีค่าใช้จ่ายราวปีละ 2 - 3 ล้านบาทต่อคน ซึ่งส่งผลโดยตรงให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งส่วนตัว ครอบครัว และประเทศชาติโดยรวม (นิจศรี ชาญณรงค์, 2563) นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายโรคหลอดเลือดสมอง พบต้นทุนทางตรง สำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวัน นอนและสำหรับการรับบริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง ค่าเสียโอกาสเนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาท และสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาท รวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี (อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และคณะ, 2562)

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีภาระจากโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ถึง ร้อยละ 30 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เมื่อกลับไปดูแลบ้าน ต้องทำกายภาพบำบัดช่วยฟื้นฟูการทำงานของสมอง ทำให้มีการปรับเปลี่ยนการทำงานของเซลล์ประสาทในสมอง และส่งผลต่อการฟื้นฟูตัวในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, 2560) ถ้าต้องการให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีทักษะในการทำกิจกรรมในชีวิตที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องให้มีการใช้งานหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายซีกที่อ่อนแรงให้เร็วที่สุด ซึ่งวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายจะต้องใกล้เคียงกับการเคลื่อนไหวที่ปกติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนการทำงานของสมองที่มีการเคลื่อนไหวที่เป็นอัตโนมัติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมองของผู้ป่วยหลังการเกิดพยาธิสภาพ จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับหลังเกิดพยาธิสภาพ ซึ่งการฟื้นฟูของสมองต้องใช้เวลาประมาณ 1 - 7 ปี (Rand D. & Eng J. J., 2015) ดังนั้น การฟื้นฟูร่างกายให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ใกล้เคียงปกติต้องอาศัยเวลาและความอดทน การรักษาและการฟื้นฟูที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างมาก และสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน มีหน้าที่คอยดูแลให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการทำกิจกรรมในการฟื้นฟูร่างกาย ตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วยจนผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (ศีล เทพบุตร, 2563)

โรงพยาบาลเกาสุมย ตั้งแต่ปี 2563 - 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับใหม่ จำนวน 240 คน 223 คน 256 คน และ 247 คน ซึ่งต้องให้การติดตามเยี่ยมบ้าน และช่วยเหลือในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 162 คน 129 คน 98 คน และ 70 คน ตามลำดับ ที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (โรงพยาบาลเกาสุมย, 2566) ซึ่งได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกัน ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มีผู้ป่วยดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบ คือ 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการในการดูแลรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ 2) ทำความเข้าใจถึงสภาพของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ 3) ให้การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ตามความจำเป็นที่บ้านผู้ป่วย (อาทิ ให้คำแนะนำ และรักษาพยาบาลโดยแพทย์ เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ เปลี่ยนสายให้อาหาร และให้การพยาบาลและคำแนะนำในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาล/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำกายภาพบำบัดและฝึกญาติผู้ป่วยให้ทำกายภาพบำบัดตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล โดยนักกายภาพบำบัด ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและหรือญาติ โดยเภสัชกร) 4) ติดตาม ประเมินภาวะสุขภาพ และให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ (โรงพยาบาลเกาสุมย, 2566) เป็นรูปแบบการดำเนินการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลเกาสุมย ซึ่งได้ดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้ศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ได้ดำเนินการ ว่ารูปแบบดังกล่าวนี้ ได้ทำให้ผู้ป่วย



สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นอย่างไร จะได้พิจารณารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่ได้ดำเนินการไปใช้หรือพัฒนาให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สุขภาพกาย และสุขภาพจิต)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลัง (One groups pre - posttest design)

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แพทย์ได้จำหน่ายให้ไปรักษาที่บ้าน และได้ขึ้นทะเบียนศูนย์ดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม Smart COC ที่มารับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลเกาะสมุย หรือ รพ.สต. เครือข่ายอายุมากกว่า 18 ปี และน้อยกว่า 75 ปี เป็นอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก ไม่มีภาวะอ่อนแรง/เคลื่อนไหวผิดปกติจากโรคระบบประสาทอื่น และยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัย จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขึ้นทะเบียนศูนย์ดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม Smart COC มารับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลเกาะสมุย หรือ รพ.สต. เครือข่าย
2. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มีอายุมากกว่า 18 ปี และน้อยกว่า 75 ปี เป็นอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก
3. ไม่มีภาวะอ่อนแรงหรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติจากโรคทางระบบประสาทอื่น
4. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการเยี่ยมบ้านในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 - 29 กุมภาพันธ์ 2567 โดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเกาะสมุย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มีผู้ป่วยดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบ

5. ยินดีร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย
2. เกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรงจากการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขณะทำการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยให้มีขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.50, α = 0.05 และอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 (Cohen J., 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 34 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 6 คน เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของโรงพยาบาลเกาะสมุย ซึ่งได้มีการพัฒนาโดยการระดมสมองทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเกาะสมุย ซึ่งได้มีการกำหนดรูปแบบในการดำเนินการ ดังนี้

1.1 ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเกษมย์ประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการในการดูแลรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพทุกราย เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย และให้แนวความมั่นใจให้ทีมเยี่ยมบ้าน รพ.สต. ในเครือข่าย เพื่อดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยต่อได้อย่างอยู่ในความสามารถที่ รพ.สต.ในพื้นที่บ้านผู้ป่วยดำเนินการได้

1.2 ทีมสหวิชาชีพทำความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ สร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ

1.3 ให้การดูแลรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพตามบทบาท และความจำเป็นที่บ้านผู้ป่วย ดังนี้ แพทย์ ให้คำแนะนำ และรักษาพยาบาล พยาบาล เช่น 1) ให้การพยาบาล ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยและญาติ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาทิ อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดทำ การฝึกการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว การป้องกันและดูแลการเกิดแผลกดทับ การป้องกันภาวะข้อติดแข็ง การดูแลทางท่อน้ำ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ ๆ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาผู้ป่วย 2) จัดระบบบริการพยาบาลที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลจนถึงบ้าน ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจนสามารถดูแลตนเองได้ตามภาวะโรค/การเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล โดยบูรณาการ การดูแลแบบองค์รวม 3) เมื่อครบวันนัดต่าง ๆ ตามความจำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ก็ดำเนินการร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามบทบาท อาทิ เปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประเมินความก้าวหน้าหรือความพิการผู้ป่วยที่บ้าน การเบิกยา อุปกรณ์การแพทย์ แผลกดทับ การเจาะเลือดที่บ้าน เป็นต้น และนักกายภาพบำบัด ทำกายภาพบำบัดและฝึกญาติผู้ป่วยให้ทำกายภาพบำบัดตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล เกสซอร์ ให้คำแนะนำ และดูแลการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและหรือญาติ

1.4 ติดตาม ประเมินผลภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงและบริบทของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะใช้การติดตาม ประเมินด้วยการเยี่ยมบ้านแล้ว ก็ใช้ Line application หรือโทรศัพท์ เสริมจากการเยี่ยมบ้าน เพื่อการให้คำแนะนำ ให้ความรู้ และกำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

หมายเหตุ การเยี่ยมบ้านจะทำตามสภาพความจำเป็นของผู้ป่วย ซึ่งถ้ามีอาการดีขึ้น ไม่ซับซ้อน/ไม่น่าเป็นห่วง ก็จะให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เป็นผู้เยี่ยมผู้ป่วยต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา และระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 7 ข้อ ใช้บันทึกข้อมูลจากแบบบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย ความสามารถในการเรื่อง 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด 3) การลุกนั่งจากที่นอนไปที่เตียง/เก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้อง/บ้าน นั่ง ยืน เดิน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละข้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Brathel ADL Index : BI - ADL) ซึ่งมีคะแนนเต็ม = 20 คะแนน ใช้บันทึกข้อมูลก่อน และหลังการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย ซึ่งในการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง ได้มีการบันทึกความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงบันทึกข้อมูลดังกล่าวในช่วงก่อน และหลังการเยี่ยมบ้าน 2 เดือนครึ่ง

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพ ซึ่งใช้วัดสุขภาพกาย สุขภาพจิต ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านครบ 2 เดือนครึ่ง ซึ่งประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของ หทัย พันธุ์พงษ์วงศ์ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต จำนวน 20 ข้อ สุขภาพกาย



14 ข้อ สุขภาพจิต 6 ข้อ ประเมินโดยการให้คะแนนในแต่ละรายการ ทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ไม่มี/ไม่เคย เล็กน้อย และมาก ถ้าตอบไม่มี/ไม่เคย ให้ 2 คะแนน เล็กน้อย ให้ 1 คะแนน และมาก ให้ 0 คะแนน ใช้บันทึกข้อมูลก่อน และหลังการเยี่ยมบ้าน 2 เดือนครึ่ง โดยผู้วิจัย ด้วยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากการบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยในแต่ละประเด็นที่ได้กำหนดไว้ แล้วบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านทั้งก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านตามแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (หทัย พันธุ์พงษ์วงศ์, 2559)

คุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินทั้งหมดที่สร้างขึ้นมา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการให้บริการปฐมภูมิ และด้านการวิจัย เพื่อดูความถูกต้องของเนื้อหาที่จะวัด ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence: IOC) ซึ่งจะนำข้อรายการประเมินที่มีค่าระหว่าง 0.66 - 1.00 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ ๆ ศึกษา แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของแบบประเมิน โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน = 0.85 แบบประเมินสุขภาพกาย = 0.71 และแบบประเมินสุขภาพจิต = 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 และหลังการดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ด้วยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ และใช้การสังเกตร่วมด้วย เมื่อทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตามรายละเอียดของแบบบันทึกดังกล่าว และทำการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมา แล้วนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ก่อนและหลังที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ก่อนกับหลังการได้รับการเยี่ยมบ้าน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Paired simple t - test

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ให้คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พิจารณา ซึ่งได้ผ่านการรับรองตามหนังสือรับรอง เลขที่ COA 106/2566 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

ลักษณะประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.5 รองลงมา มีอายุน้อยกว่า 50 ปี และ 50 - 59 ปี ร้อยละ 30.0 และ 27.5 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีอายุ 55.8 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 92.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ตอนต้น อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า และมีมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 35.0, 25.0, 12.5, 12.5 และ 10.0 ทั้งนี้ มีผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 5.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 65.0 มีสิทธิในการรักษาพยาบาล คือ สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 75.0 ที่ผ่านมานอนพักรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาล

น้อยกว่า 5 วัน ร้อยละ 55.0 รองลงมา 5 - 9 วัน และตั้งแต่ 10 วัน ขึ้นไป ร้อยละ 27.5 และ 17.5 ตามลำดับ โดยเปลี่ยนนอนพักรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาล 5.5 วัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละลักษณะประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	ร้อยละ (100.0)	
เพศ		
ชาย	22	55.0
หญิง	18	45.0
อายุ		
น้อยกว่า 50 ปี	12	30.0
50 - 59 ปี	11	27.5
60 ปี ขึ้นไป	17	42.5
$\bar{X}$ = 55.8 S.D. = 10.0 Min = 29 Max = 70		
สถานภาพการสมรส		
คู่	37	92.5
โสด	3	7.5
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	5.0
ประถมศึกษา	14	35.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	25.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	4	10.0
อนุปริญญา / ปวส.	5	12.5
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	5	12.5
อาชีพ		
รับจ้าง	26	65.0
ค้าขาย	6	15.0
ธุรกิจส่วนตัว	4	10.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	5.0
เกษตรกร	1	2.5
ทำงานบ้าน / ไม่ได้ทำงาน	1	2.5
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพ	30	75.0
ประกันสังคม	9	22.5
เบิกได้	1	2.5
นอนพักรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาล		
น้อยกว่า 5 วัน	22	55.0
5 - 9 วัน	11	27.5
ตั้งแต่ 10 วัน ขึ้นไป	7	17.5
$\bar{X}$ = 5.5 S.D. = 10.0 Min = 1 Max = 19		

ประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สุขภาพกาย และสุขภาพจิต) ได้เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อนกับหลังการได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ที่บ้าน 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการได้รับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 9.7 คะแนน สุขภาพกาย 23.7 คะแนน และสุขภาพจิต 10.9 คะแนน และเมื่อได้รับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาแล้ว พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 16.5 คะแนน สุขภาพกาย 25.3 คะแนน และสุขภาพจิต 10.5 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างก่อนกับหลังการได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) ส่วนคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต ไม่มีความแตกต่างกัน (p - value = 0.284)

หมายความว่า หลังการได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพกายที่ดีขึ้น ส่วนสุขภาพจิต ยังคงเหมือนเดิม รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

รายการ	n	$\bar{x}$	SD	t	p - value
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน					
ก่อนได้รับการดูแล	40	9.7	4.8	- 15.122	<0.001
หลังได้รับการดูแล	40	16.5	3.7		
สุขภาพกาย					
ก่อนได้รับการดูแล	40	23.7	2.1	- 4.689	<0.001
หลังได้รับการดูแล	40	25.3	1.3		
สุขภาพจิต					
ก่อนได้รับการดูแล	40	10.9	2.2	- 1.086	0.284
หลังได้รับการดูแล	40	10.5	1.9		

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพกายที่ดีขึ้น ส่วนสุขภาพจิต ยังคงเหมือนเดิม ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพกายของผู้ป่วย

ทั้งนี้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพในพื้นที่ โดยเริ่มตั้งแต่ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลรักษาพยาบาล แล้ววางแผนการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ดำเนินการให้การดูแล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ตามความจำเป็นที่บ้าน และติดตาม ประเมินภาวะสุขภาพ และให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการดำเนินการนี้ มีทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/รพ.สต. ในพื้นที่ ทั้งนี้ แต่ละสายงานจะมีความเข้าใจและความเชี่ยวชาญในวิชาชีพของตน โดยรู้และเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด สอดคล้องกับหลักการดูแลรักษาที่ พบว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรหลายฝ่ายประกอบกัน ร่วมทีมกันให้การดูแลรักษา ให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตลอดจนปรึกษาร่วมกันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจะประสบ ความสำเร็จ (Bisailon, et al., 2014) นับเป็นข้อดีของโปรแกรมนี้ อีกทั้งมีการดำเนินการร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งได้มีการติดตาม ประเมิน ดูความก้าวหน้าให้

คำแนะนำอย่างต่อเนื่องเช่นกัน และดำเนินการที่บ้านผู้ป่วย นับว่ารูปแบบนี้ เป็นการให้บริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่หลายคนมีความลำบากต่อการเดินทางมาโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ในระยะแรกต้องการความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลจนกระทั่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2559) สอดคล้องกับผลการศึกษาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของ ศील เทพบุตร ที่มีการดูแลผู้ป่วย และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศีล เทพบุตร, 2563) สอดคล้อง อวยพร จงสกุล และคณะ ใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง OIMCCE ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ มีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ มีการปฏิบัติการ และติดตามประเมินผล พบว่า ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบมีนัยสำคัญทางสถิติ (อวยพร จงสกุล และคณะ, 2563) สอดคล้อง จารุพัทธ์ สุขุมลย์พิทักษ์ พบว่า การใช้รูปแบบการจัดการดูแลที่มีแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบหลักช่วยให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในการดูแล (จารุพัทธ์ สุขุมลย์พิทักษ์, 2559)

สำหรับในส่วนของคุณภาพจิต พบว่า การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ไม่ได้ทำให้คุณภาพจิตเกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ เป็นเพราะว่า ในส่วนคุณภาพจิตก่อนเริ่มดำเนินการผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพจิตที่สูง (มีค่าคะแนนเฉลี่ย 10.9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน) เมื่อนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านไปใช้ จึงไม่มีความแตกต่างกัน (มีค่าคะแนนเฉลี่ย 10.5 คะแนน) ซึ่งจากการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่ทางครอบครัวของผู้ป่วยให้การดูแลสนใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ดังนั้น การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนี้ จึงไม่มีผลที่ทำให้เกิดคุณภาพจิตที่ต่างกัน

สรุป/ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่โรงพยาบาลเกาะสมุยได้ดำเนินการนี้ เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ แก่ปัญหาผู้ป่วยได้ตรงจุด ร่วมกันดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกันกับญาติ ให้คำแนะนำ และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อนำไปใช้ พบว่า มีประสิทธิผลดี ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพกายที่ดีขึ้น จึงมีข้อเสนอแนะให้โรงพยาบาลเกาะสมุยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านไปใช้ต่อไป และอาจพิจารณานำเสนอรูปแบบนี้ในที่ประชุมผู้บริหารของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีกำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยบริการสุขภาพ นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านไปใช้ หรือโรงพยาบาลต่าง ๆ อาจพิจารณานำไปใช้ตามรูปแบบดังกล่าว ซึ่งมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ 1) มีทีมสหวิชาชีพประเมินและดูแลผู้ป่วย 2) ต้องศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 3) วางแผนและดูแลรักษา/ฟื้นฟูสภาพร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ 4) ติดตาม ประเมินภาวะสุขภาพ และให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- ขจรพรรณ คงวิวัฒน์. (2560). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), 129-137.
- จารุพัทธ์ สุขุมลย์พิทักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชายในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิโดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(1), 32-47.



- ธงชัย กิริติหัตถยากร. (2566). กรมควบคุมโรค รมรณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566 เผยปีนี้ประเทศไทยพบผู้ป่วยกว่า 3 แสน. เรียกใช้เมื่อ 22 มกราคม 2567 จาก <https://www.hfocus.org/content/2023/10/28741>
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2563). รู้เร็วรอด! "หลอดเลือดสมอง" ครองแชมป์สาเหตุผู้สูงอายุ พิกการ-เสียชีวิต. เรียกใช้เมื่อ 15 กันยายน 2566 จาก <https://www.hfocus.org/content/2020/10/20381>
- ปนัดดา ภักดีวิวรรธ. (2561). ปัจจัยทำนายนการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรก. วารสารพยาบาลทหารบก, 2561(19), 185-193.
- โรงพยาบาลเกาะสมุย. (2566). จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเยี่ยมบ้าน. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเกาะสมุย.
- ศีล เทพบุตร. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 17(3), 112-124.
- สถาบันประสาทวิทยา, ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). อุบัติการณ์ โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 39(2), 39-46.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุปริดา มั่นคง และคณะ. (2559). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30(3), 84-101.
- หทัย พันธุ์พงษ์วงศ์. (2559). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมนมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม. สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม.
- อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และคณะ. (2562). ต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก. วารสารกรมการแพทย์, 2562(44), 167-173.
- อวยพร จงสกุล และคณะ. (2563). รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา : OIMCCE Model. วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(3), 454-471.
- Bisaillon, et al. (2014). Bringing innovation to stroke care: development of a comprehensive stroke unit. AXON/ L'AXONE, 25(4), 12-27.
- Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associate.
- Rand D. & Eng J. J. (2015). Predicting daily use of the affected upper extremity 1 year after stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis, 24(2), 274-283.