



การพัฒนาระบบบริการในการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสหสาขาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Development of a Service System by Participation of the Community and Multidisciplinary Team through the Home-based Rehabilitation Nursing Program for Patients with Stroke

บรรณทวารรณ หิริญฺุเคราะหฺ์

Buntawan Hirunkhro

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) พัฒนาระบบบริการ HRNP Model โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) ประเมินผลของโปรแกรม HRNP โดยการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้ HRNP Model โดยผสมผสานทั้งวิธีเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.ปากแพรก อ.เมือง จ.กาญจนบุรี จำนวน 54 คน 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 44 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและ 3) ทีมสหสาขา จำนวน 19 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน Home-based Rehabilitation Program (HRNP Model) และระยะที่ 3 ประเมินผลของโปรแกรม HRNP วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติที่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการที่ได้รับไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมกับสภาพปัญหาและความต้องการ ระบบการติดตามยังไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความยากลำบากในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการด้านกายอุปกรณ์และเศรษฐกิจ 2) การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน HRNP Model โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสหสาขา พบว่ามีประสิทธิภาพในได้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสามารถใช้ได้ผลดีมีความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติและ 3) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังจากให้บริการพบว่า ด้านภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน ; ทีมสหสาขา ; การฟื้นฟูสมรรถภาพ ; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ABSTRACT

This study aimed: 1) to analyze the problems and obstacles in the rehabilitation of the stroke patients, 2) to develop a home-based rehabilitation nursing program model of service (HRNP Model), 2) to utilize the empowerment process for enhancing the quality of life of stroke patients, and 3) to evaluate the HRNP program by comparison of quality of life related to health perception of health status, and by comparison of the complications of stroke patients before and after using the HRNP Model by combining both qualitative and quantitative methods. The informants comprised 3 groups: 1) a group of 54 village public health volunteers in Pa Phraek sub-district, Mueang district, Kanchanaburi province, 2) a group of 4 patients with stroke who were selected by purposive sampling, and 3) a group of multidisciplinary team members. The study was divided into 3 phases: phase 1 – search and analyze problems, phase 2 – develop an HRNP Model. The qualitative data were analyzed using content analysis, while the quantitative data were analyzed using statistics of frequency, percentage, standard deviation, and paired t-test for comparing the score of quality of life concerning health and the score of health status perception of patients with stroke.

The results showed as follows: 1) problems and obstacles in the home-based rehabilitation of stroke patients at present showed that most of the patients have not received rehabilitation service. If any, the service is not fulfilled. It does not cover all the problems and needs. The tracking system is not complete. Stroke patients have difficulty in getting to the hospital. In addition, stroke patients have economic and orthosis/prosthesis needs. 2) Development of an HRNP Model by participation of the community and multidisciplinary team has been found to be efficient in the rehabilitation of stroke patients, and effective as well as possible to bring it into practice. And 3) comparison of the difference of mean scores of quality of life concerning health of the patients with stroke between before and after the implementation of the HRNP Model found that after the treatment the mean score was increased significantly at the .05 level. The comparison of the difference of mean scores of health status perception of the stroke patients between before and after the treatment found that the mean score decreased significantly at the .05 level; and after the provision of service, the complications of patients were found not severe.

Keywords : Community Participation ; Multidisciplinary Team ; Rehabilitation ; Stroke Patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease or Stroke) หรือเรียกโรคอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและในหลายๆ ประเทศ เนื่องจากมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่สูง องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนี้ 5 ล้านคนอยู่ในกลุ่มผู้รอดชีวิต และในกลุ่มนี้จะเป็นคนพิการ 2/3 และอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในปี 2563 คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Health

Organization, 2015) และองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) รายงานสาเหตุการจากตายโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลกและเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี (WSO, 2016) สำหรับในประเทศไทยจากรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย (2558) ในปี พ.ศ.2551 พบว่าอัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง 257/100,000 คน และผู้ป่วยนอก 980/100,000 คน และในปี พ.ศ.2552 โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราเสียชีวิต 20.6 รายต่อประชากรหนึ่งแสน รองจากมะเร็งและโรคหัวใจ และคาดว่าผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีจะมีจำนวน 150,000 ราย (สวิง ปันจัยสิทธิ์,



นครชัย เพื่อนปฐม และกุลพัฒน์ วีรสสาร, 2556) ดังนั้นความท้าทายของการดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกในปัจจุบันคือ การให้การดูแลที่สอดคล้องและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการรับบริการ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความต้องการการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะ

หลังจากพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกจำหน่ายให้กลับไปอยู่บ้าน โดยบริบทของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ ยังมีสมรรถนะไม่ดีพอ เมื่อเทียบกับระบบตติยภูมิ ซึ่งมีแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการฟื้นฟูสภาพจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่บ้าน เป็นการฟื้นฟูสภาพระยะยาวตลอดชีวิต ซึ่งต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลเพราะเป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเรียกว่าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ / ฟื้นฟูสภาพระยะแรก (Hirunkhro, 2016) และการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความแตกต่างกันได้มาก แต่พบว่าการฟื้นตัวของโรคจะเริ่มเกิดขึ้นภายในเวลาตั้งแต่ 3 เดือนแรกที่เกิดโรคและอาการค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับจนกระทั่งถึง 6 เดือน แต่บางรายอาจมีการฟื้นตัวของโรคไปได้เรื่อยๆ ในช่วง 6 เดือนจนถึง 1 ปี ซึ่งเรียกว่าเป็นการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (Spence & Barnett, 2012) แต่ผู้ป่วยบางราย ยังสามารถฟื้นตัวได้อีกแม้ว่าเวลาจะผ่านไปเป็นปี (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) จุดมุ่งหมายในระยะนี้เพื่อดำรงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพ เสริมสร้างทักษะต่างๆ ในการช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงสามารถทำงานได้ดีขึ้นและเป็นการลดภาระของครอบครัว หากหลังจากจำหน่าย ในระยะแรกนี้ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมสอนและฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องหลงเหลืออยู่มาก นำไปสู่ความพิการได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่า ส่งผลดีกับผู้ป่วยและญาติที่ดูแล แต่เมื่อทบทวนวรรณกรรมเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปอยู่บ้าน พบว่ามีจำนวนน้อย และยังไม่มีพบว่ามีการศึกษาถึงการโปรแกรมการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างสมบูรณ์ ซึ่งบริบทแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ทั้งลักษณะของชุมชนและระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องยังคงมีปัญหามากมาย เช่น การทำงานแบบทีม

การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขา การขาดแคลนบุคลากรที่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต่างๆ ความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน ปัญหาการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และจากรายงานของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2555 มีจำนวน 2,826 ราย แต่มีจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล จำนวน 3366.90 ราย จึงสามารถอนุมานได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้ มีภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องกลับไปรักษาซ้ำและนอนในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน รายละเอียดมากกว่า 1 ครั้ง และจากรายงานสถิติผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อ.เมือง จ.กาญจนบุรี สถิติข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2557 อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้ 877/927, 892/932 และ 1082/1121 คน/ครั้ง (โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, 2558) จึงเห็นได้ว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นทุกปี ถึงแม้จะมีแนวทางการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อนำสู่ระบบบริการในการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสหสาขาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังงานอำนาจของ Gibson (1991 ; 1993) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการ HRNP Model โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต
3. เพื่อประเมินผลของโปรแกรม HRNP โดยการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการใช้ HRNP Model

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังงานอำนาจของกิปสัน (Gibson, 1991 ; 1993) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ รอดชีวิตส่วนใหญ่ มักมี



ความพิการหลงเหลืออยู่จากพยาธิสภาพต่างๆ เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาตามมาทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือญาติที่ดูแลของผู้ป่วยด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพิการเหลือน้อยที่สุดหรือช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้แม้มีความพิการหลงเหลืออยู่ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปสัน (Gibson, 1991; 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding On) ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนารูปแบบ HRNP Model โดยประยุกต์จากแนวคิดนี้ผ่านกิจกรรมหลักที่สำคัญ 3 ขั้นตอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) อสม. จำนวน 54 คน 2) ทีมสหสาขา จำนวน 19 คน และ 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 44 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มารับการรักษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2558-ธันวาคม 2558 ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น ตั้งแต่ตุลาคม 2558-พฤศจิกายน 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบการติดตามเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และแบบสอบถาม ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ พัฒนาโดยผู้วิจัย

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ Health Related Quality of life (HRQoL) เพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมีการพัฒนาแบบสอบถาม SF-36 ฉบับภาษาไทย โดย Leurmarnkul &

Meetam (2005) เป็นแบบสอบถามที่มี จำนวน 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 36-149 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ถูกประเมินมีภาวะสุขภาพโดยรวมดี

1.3 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ General Health Questionnaire (GHQ) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินของ Nilchaikovit et al (1996) ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ได้ 2 ประการคือการไม่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติและการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ แบบประเมิน GHQ-12 มีข้อคำถามที่เป็นด้านบวกและด้านลบ ดังนี้ ข้อคำถามด้านบวกได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 7, 8, 12 ข้อคำถามด้านลบได้แก่ข้อ 2, 5, 6, 9, 10, 11 เกณฑ์การให้คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 4 แปลผลว่า มีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีแนวโน้มเกิดความผิดปกติทางจิต คะแนนรวม เท่ากับ 12 คะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูลของ HRQoL และ GHQ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน อายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) หลังจากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 1, 1 ตามลำดับ และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) มีการทดสอบความเชื่อมั่นในการใช้แบบบันทึก ดังกล่าวนำไปทดลอง (Try Out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 รายที่แผนกคลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.98

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 HRNP Model เป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกันกับทีมสหสาขา ประกอบด้วย การอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมแก่กลุ่ม อสม. เพื่อให้เข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เทคนิคการเยี่ยมบ้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจและการเก็บข้อมูล อบรมเป็นเวลา 1 วัน ประกอบด้วย การบรรยาย สาธิต สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับและขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน รวมถึงวิธีการลงบันทึกต่างๆ และการลงบันทึก และการใช้แบบประเมินต่างๆ

2.2 คู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกันกับทีมสหสาขา

2.3 แบบบันทึกการฝึกการออกกำลังกายรายวัน พัฒนาโดยผู้วิจัยร่วมกับทีมสหสาขา



2.4 แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการ พัฒนาโดยผู้วิจัยร่วมกับทีมสหสาขา

2.5 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดยผู้วิจัยร่วมกับทีมสหสาขา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไข ปรับปรุงเพิ่มเติมอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและฝึกฝนผู้ช่วยนักวิจัยในการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อดูความเป็นไปได้ของการนำไปปฏิบัติ และนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม เลขที่ 42/2559 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย วิธีการดำเนินการศึกษาสามารถแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือเป็น 5 วิธีการ ตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของหน่วยงานที่ศึกษา ที่ห้องเวชระเบียน หาข้อมูลอุบัติการณ์การกลับซ้ำของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ค้นหาประเด็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขปรับปรุงและความต้องการพัฒนางานจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งสังเกตการปฏิบัติงาน

2. ทำการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมถึงปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน หลังจากจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการ จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ อสม. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชนการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งต่อคน 30-45 นาที และการดำเนินการสัมภาษณ์แบบกลุ่มในกลุ่มอสม. กลุ่มละ 50-60 นาที โดยอาศัยแนวคำถาม การสัมภาษณ์

และการจดบันทึก (Take Note) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลไปเรื่อยๆ จนกว่าข้อมูลอิ่มตัว และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และสังเคราะห์ประเด็นหลักที่ได้จากข้อมูล สามารถพบปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพจากการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในที่ประชุมครั้งที่ 1 และ 2 และทีมนำมาจัดแยกหมวดหมู่สรุปเป็นสาระสำคัญ และเตรียม นำเสนอต่อที่ประชุมร่วมกับทีมสหสาขา

3. จัดประชุมครั้งที่ 1 เพื่อสร้างทีมสหสาขา โดยการเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยผู้วิจัยได้ประสานงานกับ 4 หน่วยงานหลัก ได้แก่ ทีมของเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหลพลพยุหเสนา เจ้าหน้าที่รพ.สต.เขาพุงวาง และเจ้าหน้าที่ อสม. เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลปากแพรก ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ทำการสัมภาษณ์ ผลการประชุมทำให้ได้ปัญหาและสาเหตุ และข้อเสนอแนะเพื่อจะพัฒนางานร่วมกันให้เป็นรูปแบบที่ดีขึ้น และเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน

4. จัดประชุมครั้งที่ 2 เพื่อวางแผนการพัฒนา โปรแกรมฯ โดยพัฒนาจากการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในชุมชน หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประชุมทีมการทำงานและวางแผนร่วมกัน เพื่อที่จะดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยดำเนินการนำร่างโปรแกรม HRNP Model ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านดังกล่าว เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ครบถ้วนของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาแบบ HRNP Model โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและทดสอบโปรแกรมฯ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขา ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับจัดอบรม อสม.

2. จัดประชุมอบรมให้แก่กลุ่ม อสม. เพื่อให้เข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เทคนิคต่างๆ ที่ใช้สำหรับการเยี่ยมบ้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจและการเก็บข้อมูล อบรม เป็นเวลา 1 วัน ประกอบด้วย การบรรยาย สาธิต สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพและการลงบันทึกเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงาน

3. นำโปรแกรมฯ ไปปฏิบัติ โดยทดสอบโปรแกรมเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ ฉบับร่างไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ราย ภายในระยะเวลา 1 เดือน กิจกรรมได้แก่ ออกเยี่ยมบ้านตามแผนการสอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และใช้คู่มือฯ ประกอบ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และวางแผนร่วมกัน กิจกรรมที่ 2 กำหนดกิจกรรมในการฟื้นฟู



สมรรถภาพร่วมกันและให้ญาติที่ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำการสาดิยย้อนกลับ หากญาติที่ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ คณะผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม และนัดญาติที่ดูแลครั้งต่อไปเพื่อทำการประเมินต่อไปอีกครั้ง อีก 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการประเมินผลของโปรแกรม HRNP โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการทดสอบโปรแกรมฯ ระยะแรกนำสู่การพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมฯ เพื่อสรุปปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่ได้
2. นำโปรแกรมฯ ที่มีปรับปรุงลงไปปฏิบัติ ทดสอบโปรแกรมฯ ครั้งที่ 2 โดยการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 44 ราย ร่วมกับทีมสหสาขา โดยนำผลจากการทดสอบโปรแกรมฯ ครั้งที่ 1 มาปรับปรุง ซึ่งพบว่าจำนวนครั้งที่เยี่ยมผู้ป่วยจะมากกว่า 2 ครั้ง บางรายมีปัญหามากเยี่ยมถึง 6 ครั้ง ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทั้งนี้สามารถอนุมานได้ว่า จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านจะขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน คณะผู้วิจัยประสานงานทำงานร่วมกับทีมสหสาขา ติดตามต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป
3. คณะผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนในการดำเนินการเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้าย ทีมได้ทำการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ โดยประเมินจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อน
4. นำผลการทดสอบทั้งหมดมาปรับปรุง โปรแกรมฯ ครั้งที่ 3 ประเมินผลทั้งด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและสรุปบทเรียนร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์ เนื้อหา (Content Analysis) และสังเคราะห์ประเด็นหลักที่ได้จากข้อมูล
2. ข้อมูลเชิงปริมาณการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำมาจัดแยกหมวดหมู่สรุปเป็นสาระสำคัญพบว่าสามารถแยกได้ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านการให้บริการและการติดตาม 2) ด้านจำนวนบุคลากรทางสาธารณสุขที่ขาดแคลน และ 3) ด้านปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ด้านการให้บริการและการติดตาม พบว่าการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้รับการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการที่ได้รับไม่ครบถ้วนไม่ครอบคลุมกับสภาพปัญหาและความต้องการ การติดตามที่เป็นอยู่เดิมยังติดตามได้ไม่ทั่วถึง

“...ตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล ยังไม่เห็นมีใคร มาเยี่ยมเลย มีแต่ลูกกับหลานนี่แหละ เซ็ดซีเซ็ดเยียว จนฉันต้องสู้ ต้องลุกขึ้นมาเดิน ส่งสารลูก ลูกเป็นทหาร ลางานมาดูแลฉัน ตอนแรกเดินไม่ได้ ตะแคงๆ ลูกจับนั่ง จนยืนได้เนี่ยหม่อ...” (ตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหญิง อายุ 56 ปี)

ประเด็นที่ 2 จำนวนบุคลากรทางสาธารณสุข ที่ขาดแคลน ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำงานใน รพ.สต. พบว่า การทำงานของบุคลากรสาธารณสุข มีการย้ายสถานที่ทำงาน ทำให้ผู้ที่มาทำงานใหม่ต้องศึกษางานใหม่พร้อมกับการศึกษาพื้นที่เพิ่มเติม ข้อมูลจากรพ.สต.เขาพุราญ รายงานว่า ต.ปากแพรง มีจำนวน 13 หมู่ จากข้อมูล ณ วันที่ 9 สิงหาคม 2559 มีประชากรทั้งสิ้น 24,335 คน มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 13,100 หลังคาเรือน แต่มีเจ้าหน้าที่พยาบาลเพียง 4 คน (ไม่นับรวม ผอ.รพ.สต.) ดังนั้นค่าเฉลี่ยบุคลากร 1 คน ต้องดูแลเยี่ยมบ้านถึง 4 หมู่บ้าน หรืออนุมานได้ว่าเจ้าหน้าที่ 1 คนดูแลประมาณ 3,000 หลังคาเรือน ซึ่งเป็นภาระงานที่มาก ยังไม่รวมถึงงานประจำที่ต้องตรวจรักษาที่ รพ.สต. แต่เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดประเด็นผู้ป่วยและญาติที่ดูแล พบว่า บางครอบครัวเมื่อมีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แต่ลูกหลานที่ดูแลและทำงานอยู่จังหวัดอื่น จึงรับผู้ป่วยไปอยู่ที่จังหวัดอื่นๆ เพื่อสะดวกในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับ การเยี่ยมจากการย้ายที่อยู่ “...พอพี่ ๆ อสม.มาแจ้งว่า มีผู้ป่วยอัมพาตเพิ่งเป็นใหม่อยู่หมู่บ้านนี้ พี่ก็ให้พี่อสม.นัดเพื่อจะไปเยี่ยม แต่พี่อสม.มาแจ้งใหม่ว่า คนไข้ย้ายไปอยู่บ้านลูกที่อื่นแล้ว บ้านปิด...” (ตัวอย่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหญิง อายุ 41 ปี)

ประเด็นที่ 3 ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความยากลำบากในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล หลังจากเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอาจมี



มีความทุพพลภาพ หรือมีระดับความพิการต่างๆ เช่นระดับความพิการน้อยจนถึงระดับมาก จึงมีความลำบากในการเดินทางของผู้ป่วยเพื่อมารับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องพึ่งพาญาติและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านกายอุปกรณ์และมีปัญหาเศรษฐกิจ

“...ลำบากมากเลยหมอ ไม่ได้ออกไปไหนเลย อยากได้รถเข็นแบบโยกๆ ใช้มือข้างเดียว อยากออกนอกบ้าน ไปเห็นอย่างอื่นบ้าง อยู่บ้านเหงา ซอรถเข็นโยกสักรันได้ไหม....” (ตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหญิง อายุ 65ปี)

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของอสม. จำนวน 54 ราย พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จำนวน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.40 และเป็นเพศชายจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.60 อายุอยู่ระหว่าง 30-79 ปี อายุเฉลี่ย 54.87 ปี (S.D. = 9.18) ด้านรายได้อยู่ระหว่าง 600-30,000 บาทต่อเดือน ค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 6537,74 บาทต่อเดือน (S.D. = 5842.82) ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.90 รองลงมาคือจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 44 ราย สามารถเก็บข้อมูลครบทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 ในระยะติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างได้รับการเยี่ยมบ้านครบทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 ในระยะติดตามเยี่ยมบ้าน มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 1 รายจากโรคหัวใจ (ไม่ได้ทดแทนกลุ่มตัวอย่างเข้ามาใหม่) ทำให้สูญเสียจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ คิดเป็นร้อยละ 98 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากที่สุดจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.80 และเพศหญิง จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.20 กลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือด

2.2 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหสาขา จำนวน 19 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหสาขา

ข้อมูลทั่วไปทีมสหสาขา (n = 19)	จำนวน	
	คน	คิดเป็นร้อยละ
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา		
แพทย์	1	5.26
พยาบาลวิชาชีพ	2	10.52
เภสัชกร	1	5.26
นักกายภาพบำบัด	1	5.26
นักโภชนาการ	1	5.26
รพ.สต.เขาพูราง		
พยาบาลวิชาชีพ	5	26.32
เทศบาล.ปากแพรก		
ปลัดเทศบาล	1	5.26
ผอ.กองสาธารณสุขฯ	1	5.26
เจ้าหน้าที่	2	10.52
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีน		
อาจารย์พยาบาล	3	15.79
ผู้ช่วยนักวิจัย	1	5.26
รวม	19	100

3. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 43)

HRQoL	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	sig
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
HRQoL	55.29	9.9	100.63	12.69	4.99*	.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



3.2. การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าการค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 43)

GHQ	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	sig
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
GHQ	5.63	4.42	1.29	2.18	7.31*	.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำมาจัดแยกหมวดหมู่สรุปเป็นสาระสำคัญพบว่า สามารถแยกได้ 3 ประเด็นหลัก คือ ด้านการให้บริการและการติดตาม ด้านจำนวนบุคลากรทางสาธารณสุขที่ขาดแคลน และด้านปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Petchroung, Priyatrak & Thongkeang (2013) เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าการจัดบริการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ควร มีประเด็นที่ประกอบไปด้วย มีการออกแบบระบบการจัดและให้บริการผู้ป่วย ให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านและให้การพยาบาลที่บ้าน ให้มีการสร้างเครือข่ายและการจัดทำคู่มือ

2. ผลการพัฒนารูปแบบ HRNP Model โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถให้บริการสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของทั้งญาติที่ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดูแลแบบองค์รวมสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าญาติที่ดูแลมีความต้องการการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล จึงสามารถบริหารจัดการและตอบสนองความต้องการของการดูแลของผู้ป่วย (Monkong, Sirapongam & Wongvatunya, 2016) การพัฒนานี้ครอบคลุมตั้งแต่การจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชนขึ้นมา ทำให้งานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในแง่การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแบบครอบคลุม ทำให้นักวิชาการในพื้นที่มีแหล่งประโยชน์

เพิ่มมากขึ้น ทำงานร่วมกันสะดวกขึ้น มีการประสานงานของสหสาขาวิชาชีพร่วมกันปรึกษา แก้ปัญหาต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีงบประมาณสำหรับดำเนินการและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามที่ดี มีของเยี่ยมเป็นกำลังใจและได้บำรุงสุขภาพ ได้รับคู่มือการดูแลฯ ลดปัญหาอุปสรรคต่างๆ มีกำลังใจและความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ดีขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาพื้นที่ที่ศึกษาต้องประกอบไปด้วยการทำงานร่วมกันของ 4 หน่วยงานที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทุกภาคส่วนต้องสนับสนุนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน สิ่งสำคัญในการดูแลคือ ประชาชนในพื้นที่ การมีจิตอาสาของทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชน การมีส่วนร่วมในการดูแล และงบประมาณ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล รพ.สต. และวิทยาลัยพยาบาล ควรทำงานเชื่อมโยงกันทุกภาคส่วน เพื่อจัดระบบการบริการที่เข้มแข็งในชุมชน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

3.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากการ ส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงญาติที่ดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดียิ่งขึ้น รวดเร็ว แก้ปัญหาได้อย่างแท้จริงและ ทั้งยังได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติที่ดูแล เจ้าหน้าที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยรูปแบบโปรแกรมฯ มีทั้งการสอนสาธิตสาธิตย้อนกลับการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านเฉพาะราย และการที่ผู้ป่วยได้รับการเสริมแรง ได้รับกำลังใจอย่างต่อเนื่อง จากการเยี่ยมพูดคุย หรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ คู่มือฯ กายอุปกรณ์ เป็นต้น และสอดคล้องกับ ปรารณิ เกษรสันต์ (2558) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยการใช้โทรศัพท์พบว่าได้ผลดี

3.2 ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เป็นผลมาจากการได้รับการเยี่ยมบ้าน การเสริมสร้างพลังงานอำนาจโดยการชมเชยให้กำลังใจ การให้ข้อมูลย้อนกลับส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ (Gibson, 1991) เกิดความมั่นใจ



ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้รับการเอาใจใส่จากญาติที่ดูแล ส่งผลให้คลายความวิตกกังวลและความเครียดต่างๆ รู้สึกมีกำลังใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Hirunkhro (2016) ที่ศึกษาพบว่า การส่งเสริมให้ญาติที่ดูแลหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ญาติตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับงบประมาณจาก สปสช. หรือการจัดสรรงบประมาณจากทุนที่มีอยู่ในชุมชน ในการจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปราณี เกษรสันต์. (2558). รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25 (1), 83-96.
- โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. (2558). *รายงานข้อมูลทั่วไป*. สืบค้นเมื่อ ธันวาคม 2558, จาก <http://www.Phahol.go.th/index.php>
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2558). *สถิติและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นเมื่อ ธันวาคม 2558, จาก <https://www.thaistrokesociety.org/purpose>
- สวิง ปันจยีสีห์, นครชัย เพื่อนปฐม และกุลพัฒน์ วีรสาร. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์: Clinical Practice Guidelines for Hemorrhagic Stroke*. กรุงเทพฯ : ธนาเพชร.
- Gibson, C.H. (1993). *A study of empower in mothers of chronically ill in children* (Unpublished doctoral dissertation). Boston College, Boston, USA.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Hirunkhro, B. (2016). *Effectiveness of home-based rehabilitation nursing program on functional status health perceptions and health related quality of life among ischemic stroke survivors* (Unpublished doctoral dissertation). Burapha University, Chonburi, Thailand.
- Leurmankul, W., & Meetam, P. (2005). Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *Thai J Pharm Sci*, 29(1-2), 69-88.
- Monkong, S., Sirapongam, Y., & Wongvatunya, S. (2016). Roles of family caregivers of palliative care patients: preliminary qualitative study. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(4), 104-120.
- Nilchaikovit, T., Sukying, C., & Silpakit, C. (1996). Reliability and validity of the Thai version of the general health questionnaire. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 41(1), 2-17.

ต่างๆ ของชุมชน เป็นการเปิดโอกาสและเพิ่มศักยภาพของชุมชน โดยการจัดให้มีการกิจกรรมต่างๆ เป็นระยะๆ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรเริ่มต้นจากการการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ที่ศึกษา การประเมินเชิงลึก ทำให้สามารถหารูปแบบในการส่งเสริมการให้ความรู้ และการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง นำสู่การปรับระบบการให้บริการเชิงรุก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ผลที่ได้จากการศึกษานี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ในบริบทพื้นที่อื่นๆ ในชุมชน



- Petchrong, N., Priyatrak, P., & Thongkeang, V. (2013). The study of continuing care for patients with cerebrovascular disease in primary care unit. *Journal of the Royal Thai Army Nurses, 14* (1), 25-34.
- Spence, J.D. & Barnett, H.J.M. (2012). *Stroke prevention, treatment, and rehabilitation*. Canada. The McGraw-Hill companies.
- World Health Organization. (2015). Definition of Stroke. Retrieved 28 December 2015, from <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/>
- Worldwide Stroke Organization. (2016). Research. Retrieved 28 December 2015, from <http://www.worldstrokecampaign.org/Facts/Pages/WhatisStroke.aspx>

Translated Thai References

- Kesornsunt, P. (2015). A transitional period care model for stroke patients at Chaopraya Yommarat Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 25*(1), 83-96. [in Thai]
- Paholpolpayuhasena Hospital. (2015). *General Report*. Retrieved December 2015, from <http://www.Pahol.go.th/index.php> [in Thai]
- Phuangvarin, N. (2001). *Stroke* (4th Ed.). Bangkok : Rueankaew. [in Thai]
- Punjaisri, S., Phueanpathom, N., & Werasarn, K. (2013). *Clinical practice guidelines for hemorrhagic stroke*. Bangkok : Thana Press. [in Thai]
- Thai Stroke Society. (2015). *Statistics and Cost of Care for Stroke Patients*. Retrieved from <https://thaistroke.society.org/> purpose. [in Thai]