

# การพัฒนารูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่าย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

กอบแก้ว สุภาธร, พย.บ.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่าย เปรียบเทียบศักยภาพของเครือข่าย และศักยภาพของผู้ดูแลระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา และศึกษาผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน สิงหาคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่าย จำนวน 88 คน, ผู้ดูแล จำนวน 33 คน และผู้ป่วย จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป  $CVI=1$  ศักยภาพของเครือข่าย  $\alpha=0.98$  และ ศักยภาพของผู้ดูแล  $\alpha=0.85$  วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีธาตุ กิจกรรม ได้แก่ 1) ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่อง และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย พบว่าหลังพัฒนามี ศักยภาพด้านการประเมินอาการเตือนมากกว่าก่อนพัฒนา จาก  $18.66\pm6.68$  เป็น  $19.50\pm7.05$  และมีบทบาทการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 38.6 เป็น 93.2 มีความพึงพอใจของเครือข่ายต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนระดับสูง ( $40.32\pm7.40$ ) ศักยภาพของผู้ดูแลด้านการจัดการดูแลผู้ป่วย หลังพัฒนามี ศักยภาพมากกว่าก่อนพัฒนา เพิ่มขึ้นร้อยละ 54.5 เป็นร้อยละ 30 และมีความพึงพอใจระดับสูง ( $41.03\pm6.17$ ) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.7 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 สาเหตุการป่วยมากที่สุดคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.4 สูบบุหรี่/ยาเสพติด ร้อยละ 36.4 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.3 ตามลำดับ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคืออาการมองเห็นไม่ชัดทันทีทันใด, แขน-ขาอ่อนแรง, ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ร้อยละ 90.9 ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับ severe impairment ร้อยละ 72.7 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.7 มีความสามารถในการเคลื่อนไหวมากที่สุดคือ ด้านเหยียดข้อศอก พลิกตะแคงตัว นอนหงายชันเข่า ยกสะโพกขึ้น ร้อยละ 90.9

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องจำเป็นต้องมีการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลถึงบ้านร่วมกับเครือข่ายสหวิชาชีพต่อไปอย่างต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยให้ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

\* โรงพยาบาลศรีธาตุ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดอุดรธานี

# Development of Home Visit Service Model and Continuing of Care in Stroke Patients of Sri That Hospital Udon Thai Province

Kobkaew Supason, B.N.S.\*

## Abstract

This quasi-experimental design research aims to study development of home visiting services and continuous care of the network, compare the potential of the network and the potential of caregivers before and after development and study of outcomes in stroke patients Srithat Hospital Udon Thani Province. Between August 2023-February 2024, sample groups: 88 networks, 33 caregivers, and 33 patients. Tools used in the research were questionnaires, including general data CVI=1, network potential questionnaire alpha= 0.98 alpha= 0.87, caregiver potential alpha= 0.85, and satisfaction alpha= 0.88. Data were analyzed including percentage, mean and standard deviation.

Results: Home visit service model and continuing of care in stroke patients of Sri That Hospital, activities including 1) providing knowledge continuing care for stroke patients 2) exchange of network experiences in caring for bedridden stroke patients. Found that potential of the network in assessing warning symptoms after development, there was more potential in assessing warning symptoms than before development, from  $18.66 \pm 6.68$  to  $19.50 \pm 7.05$ . patient care role increasing from 38.6% to 93.2%. A high level of satisfaction from the network with the care model for stroke patients in the community ( $40.32 \pm 7.40$ ). Potential of caregivers in managing patient care After development, there was more potential than before development, increasing from 54.5% to 30%, and caregivers' satisfaction was high ( $41.03 \pm 6.17$ ). Most stroke patients were male 72.7%, age 60 years and over 66.7%, the most common cause was hyperlipidemia 45.5%, diabetes 36.4%, smoking/drug use 36.4%, and high blood pressure 30.3%, respectively. The most common warning symptoms of stroke was sudden blurry vision, weakness of arms and legs, distorted mouth, slurred speech 90.9%, overall severity of patient's stroke neurological symptoms was at severe impairment 72.7%, overall mobility of patient was moderate level 72.7%. The most able to move was stretching the elbows, turning on the side, lying on the back-knees, and raising the hips 90.9%.

Suggestions: Home visiting services and continuous care model, it was necessary to continue caring for patients from the hospital in order to patient rehabilitation more health.

**Keyword:** Development Model, Continuing of Care, Stroke Patients

---

\* Sri That Hospital, Sri That Hospital District, Udon Thani Province

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองพบมากเป็นอันดับที่ 2 ใน 5 ของโรคไม่ติดต่อที่สำคัญคือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ มีการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2555 - 2558 พบจำนวนผู้เสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง อัตราตายก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นทุกพื้นที่เขตสุขภาพ สำหรับสัดส่วนการเสียชีวิตระหว่างอายุ 30-69 ปี จากโรคหลอดเลือดสมองลดลงทุกในพื้นที่ ในเขตสุขภาพที่ 8 โดยมีอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2555 เท่ากับ 16.7 และปีงบประมาณ 2558 เท่ากับ 13.7 โดยลดลง 7.6 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้โรคไม่ติดต่อที่มีการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองมีการเสียชีวิตสูงที่สุด รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ พบความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ 30 ปีถึง 70 ปี (40q30) ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก 347 คน ใน 100,000 คน เพิ่มขึ้นเป็น 404 คน ใน 100,000 คน<sup>1</sup>

จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Stroke) ระหว่างปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 17,540 คน (ร้อยละ 27.53), 19,283 คน (ร้อยละ 30.04), 20,368 คน (ร้อยละ 31.69) และ 23,350 คน (ร้อยละ 36.13) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อทั้งหมด ตามลำดับ ระหว่างปีงบประมาณ 2557 - 2560 พบผู้ป่วย 1246, 1362, 1504 และ 2,012 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 717, 499, 444 และ 429 ราย ตามลำดับ อัตราเข้าถึงระบบ Stroke Fast Track มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 50) ซึ่งมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 24.8, 38.1, 40.9 และ 39.5 ตามลำดับ<sup>2</sup>

สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเข้ารับการรักษาใน Stroke Unit (Stroke Corner) โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี จำนวนผู้ป่วยสะสมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 33 คน (ข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566) เลือกแบบเฉพาะเจาะจงศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตตำบลศรีธาตุ หมู่ที่ 2, 3, 4, 11 และตำบลจำปี หมู่ที่ 4, 5, 12, 13, 15 แบ่งเป็น จำนวน ischemic Stroke จำนวน 28 คน Hemorrhage Stroke จำนวน 5 คน จำนวนที่ได้ยา rt-PA จำนวน 3 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 9.09<sup>3</sup> โดยพบว่า ผู้ป่วยบางส่วนจะมีความพิการหลงเหลือทำให้เป็นภาระของครอบครัว โดยสถานการณ์ดังกล่าวยังขัดแย้งกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพราะจะเป็นจุดแรกที่ได้ดูแลผู้ป่วยและถ้าสามารถคัดกรอง วินิจฉัยโรคได้แบบรวดเร็วแม่นยำก็จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึง ที่ผ่านมามีปัญหาว่าการทำงานมีความล่าช้า บุคลากรขาดความรู้ในการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้การเข้าถึงบริการมีความล่าช้า เกิดความสูญเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น การฟื้นฟูลดลง ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เป็นผู้ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับแรก ที่สามารถพัฒนาทักษะในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ทันทั่วถึงมากขึ้น และไม่เป็นผู้ป่วยพิการหรือมีภาวะติดเตียง

การพัฒนาแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศรีธาตุ ครั้งนี้ เพื่อลดความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง สามารถฟื้นตัวได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ซึ่งจะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการพัฒนาคุณภาพบริการต่อเนื่องเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมให้มีความต่อเนื่องในการจัดบริการ ทำให้เกิดการพัฒนารองรับที่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างครอบคลุมและเชื่อมโยงการบริการจากโรงพยาบาลจนถึงชุมชน (home ward) ดังนั้น จึง

เป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีธาตุ ในครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีธาตุ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบด้านศักยภาพและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และศักยภาพของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังพัฒนา
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในผู้ป่วย ได้แก่ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท และความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

**กรอบแนวคิดของการวิจัย** ตัวแปรต้น ได้แก่ การพัฒนารูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีธาตุ ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายและผู้ดูแล ข้อมูลผู้ป่วยและลักษณะการป่วย ตัวแปรตาม ทำการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ได้แก่ ศักยภาพและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการสังเกตอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ศักยภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (วางแผนและการปรึกษาจากทีมหมอครอบครัว การฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการและการนำส่ง อาการของโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) และศักยภาพของผู้ดูแล

### วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental designs) ครั้งนี้ ศึกษาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลศรีธาตุ อำเภอสรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน สิงหาคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567

**ประชากรที่ศึกษา** ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ

1. กลุ่มเครือข่าย ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมดมีจำนวน 140 คน ประกอบด้วย บุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ stroke fast tract โรงพยาบาลศรีธาตุ จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาลตำบลศรีธาตุ จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลจำปี จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 98 คน

2. กลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วย กลุ่มละ 33 คน คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 33 คน (ข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566) เลือกแบบเฉพาะเจาะจงศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตตำบลศรีธาตุ หมู่ที่ 2, 3, 4, 11 และตำบลจำปี หมู่ที่ 4, 5, 12, 13, 15 แบ่งเป็น จำนวน ischemic Stroke จำนวน 28 คน Hemorrhage Stroke จำนวน 5 คน จำนวนที่ได้ยา rt-PA จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 ในจำนวน 33 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาดังนี้ 1) เครือข่าย จำนวน 88 คน 2) ผู้ดูแล จำนวน 33 คน และ 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 33 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน<sup>3</sup>

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 2 ชุด ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่บ้าน ประยุกต์จากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง<sup>5</sup> กำหนดเป็นรูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตโรงพยาบาลศรีธาตุ ดำเนินการใน 2 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ, ให้ความรู้และอธิบายเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน, การเข้าถึง

ข้อมูล และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 2 ประชุมการแลกเปลี่ยนผ่านประสบการณ์ตรงของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดเตียงต่อเนื่องที่บ้าน

2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเครือข่าย มีทั้งแบบให้เลือกตอบ (multiple choice) และคำถามแบบเปิด (open-ended) แบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 28 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ประเภทของเครือข่าย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 การประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้หลัก BEFAST ตอบ ใช่ ให้รหัส 1 ไม่ใช่ ให้รหัส 0

ส่วนที่ 3 บทบาทการทำงานของเครือข่าย จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับการสำรวจกลุ่มผู้ป่วย เพื่อค้นหาประเมินปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพ การฝึกอบรมการให้บริการผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม แบบผสมผสานต่อเนื่องร่วมกับทีมหมอครอบครัว แบบสอบถามชนิดมาตราส่วน rating scale 5 ระดับ<sup>6</sup> การตอบระดับบทบาทดังนี้ 1=น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย 35 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>7</sup> คือ คะแนน 7-11.33 ระดับต่ำ, 11.34-22.66 ระดับปานกลาง, 22.67-35.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพ 10 ข้อ เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อเกณฑ์บทบาทการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่ท่านรับผิดชอบในปัจจุบัน การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พึงพอใจระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล และชุมชน และความพึงพอใจเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวม แบบสอบถามเป็น rating scale 5 ระดับ<sup>6</sup> คือ 1 พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 พึงพอใจมากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>7</sup> คือ คะแนน 10-16.33 ระดับต่ำ, 16.34-32.66 ระดับปานกลาง, 32.67-50.0 มีความพึงพอใจระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 31 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ประเภทของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ การศึกษา การทำงาน จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล เครือข่ายที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วย จำนวน 14 ข้อ คำถามเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทในการทำงาน และด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปรับมาจาก โครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานต่อนโยบายทีมหมอประจำครอบครัว<sup>8</sup> แบบสอบถามเป็น rating scale 5 ระดับศักยภาพ<sup>6</sup> คือ ตอบระดับ 1=ระดับน้อยที่สุด ไปจนถึงระดับ 5 = ระดับมากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 70 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>7</sup> คือ คะแนน 14-23.0 ระดับต่ำ, 23.01-26.0 ปานกลาง, 26.01-70.0 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ คำถามเกี่ยวกับพึงพอใจต่อเกณฑ์มาตรฐานการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระบบส่งต่อ แบบสอบถามเป็น rating scale 5 ระดับ<sup>6</sup> คือ 1 พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 พึงพอใจมากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>7</sup> คือ คะแนน 10-16.33 ระดับต่ำ, 16.34-32.66 ระดับปานกลาง, 32.67-50.0 มีความพึงพอใจระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยทีมวิจัยเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยร่วมกับสอบถามญาติผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 60 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สาเหตุการป่วย ชนิดของโรค (หลอดเลือดสมองอุดตัน/ แตก) ระยะเวลานับจากเป็นโรค ช่างที่อ่อนแรง ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาล และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้หลัก BEFAST

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) จำนวน 15 ข้อ ประยุกต์มาจากแนวทางการประเมินของ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี<sup>9</sup>

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (Stroke Rehabilitation Assessment of Movement Measure หรือ STREAM) จำนวน 30 ข้อ โดยใช้แบบการประเมินของ นิธินันท์ ชัยศิริ และคณะ<sup>10</sup> เป็นแบบประเมินการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก คะแนนรวม 70 คะแนน การให้คะแนนดังนี้ ข้อ 1-6 การประเมินในท่านอนหงาย (supine) (15 คะแนน) ข้อ 7-21 การประเมินในท่านั่ง (Sitting) เท้าวางราบกับพื้น มีอวางบนหมอน หรือน้ำตัก (31 คะแนน) ข้อ 22-30 การประเมินในท่านยืน (Standing) (24 คะแนน)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** 1) การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ทั้งนี้ค่า CVI ที่ยอมรับไว้ว่ามีค่า +1 ทุกข้อ จึงนำไปใช้ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและลักษณะการป่วย CVI=1

2) หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในหน่วยบริการ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี นำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ผลการตรวจสอบแบบสอบถาม ปรากฏดังนี้ ศักยภาพของเครือข่าย alpha= 0.98 alpha= 0.87 ศักยภาพของผู้ดูแล alpha= 0.85 และความพึงพอใจ alpha= 0.88

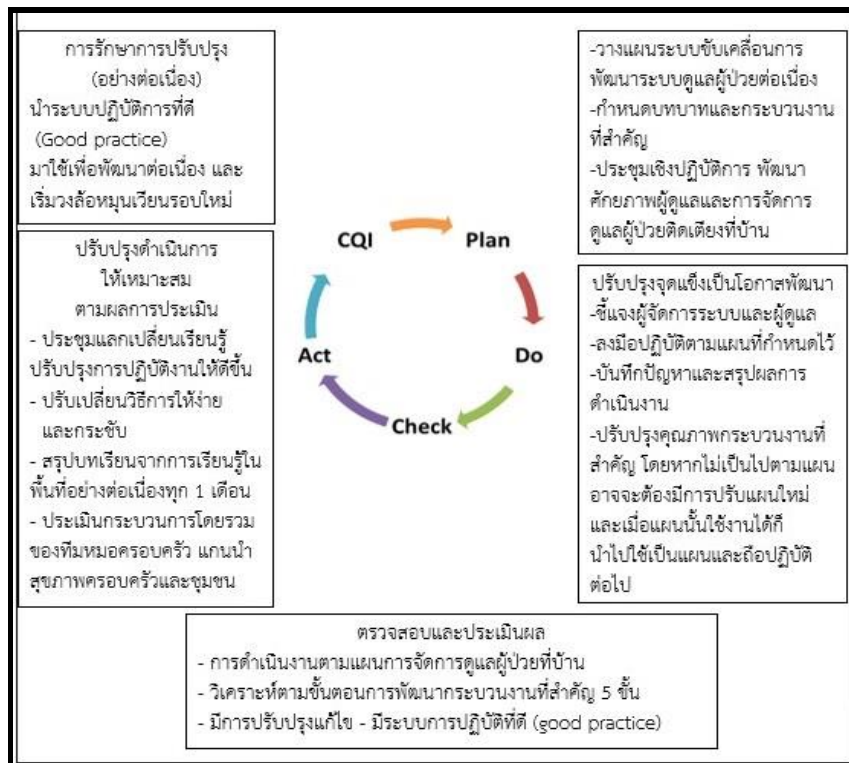
**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 5 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับ ตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสรุปเนื้อหา

**การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย** การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 14566 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2566

## ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีธาตุ การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน ใช้กระบวนการ PDCA และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis & McTaggart<sup>11</sup> เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Check) การปรับปรุงและการประเมินผล (Action) (ดังภาพที่ 1) ได้รูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายโรงพยาบาลศรีธาตุเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่บ้าน รูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการใน 2 สัปดาห์ ได้แก่ 1) ให้ความรู้และอธิบายเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน, การเข้าถึงข้อมูล และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 2) ประชุมการแลกเปลี่ยนผ่านประสบการณ์ตรงของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 วงล้อ PDCA การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลศรีธาตุ

**กลุ่มเครือข่าย** ศักยภาพการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่าย โดยใช้หลัก BEFAST พบว่าหลังพัฒนามีศักยภาพมากกว่าก่อนพัฒนา จาก  $18.66 \pm 6.68$  เป็น  $19.50 \pm 7.05$  มีศักยภาพมากที่สุดคือ ด้านแขน ขา (arm) อ่อนแรง จาก  $3.52 \pm 1.34$  เป็น  $3.76 \pm 1.41$  รองลงมาคือ ด้านการพูด (speech) จาก  $3.33 \pm 1.22$  เป็น  $3.51 \pm 1.26$  และด้านเวลา (time) ระยะเวลาที่เกิดอาการจนถึงส่งต่อ จาก  $3.02 \pm 1.18$  เป็น  $3.23 \pm 1.19$  ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ศักยภาพการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่าย (n= 88)

การประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อน	หลัง
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD
การทรงตัวผิดปกติ (balance)	2.89 $\pm$ 1.14	3.17 $\pm$ 1.26
การมองเห็น (eyes)	2.63 $\pm$ 1.11	2.89 $\pm$ 1.299
ใบหน้า (face) ชาที่ใบหน้า	3.09 $\pm$ 1.37	3.30 $\pm$ 1.47
แขน (arm) แขน ขาอ่อนแรง	3.52 $\pm$ 1.34	3.76 $\pm$ 1.41
การพูด (speech) ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด	3.33 $\pm$ 1.22	3.51 $\pm$ 1.26
เวลา (time) ระยะเวลาที่เกิดอาการจนถึงส่งต่อ	3.02 $\pm$ 1.18	3.23 $\pm$ 1.19
<b>เฉลี่ย</b>	<b>18.66<math>\pm</math>6.68</b>	<b>19.50<math>\pm</math>7.05</b>

บทบาทการทำงานของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนามีบทบาทการทำงานดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่า ก่อนพัฒนาระดับสูง เพิ่มจาก  $3.02 \pm 1.24$  เป็น  $3.58 \pm 0.17$  มีบทบาทมากที่สุดด้าน การจัดการและการ ประสานรถจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรถนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน จาก  $3.44 \pm 0.81$  เป็น  $3.76 \pm 0.95$  รองลงมาคือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยการประสานงานและดำเนินงานขอความช่วยเหลือร่วมกับ องค์กรภาคีอื่นๆ จาก  $3.15 \pm 0.91$  เป็น  $3.70 \pm 1.00$  และด้านการให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วย แก่ครอบครัวและญาติผู้ป่วย จาก  $2.93 \pm 0.81$  เป็น  $3.67 \pm 1.06$  ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** บทบาทการทำงานของเครือข่าย (n=88)

บทบาทในการทำงานดูแลผู้ป่วยในชุมชน	ก่อน	หลัง
	Mean±SD	Mean±SD
1. การสำรวจกลุ่มผู้ป่วย เพื่อค้นหา ประเมินปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.16±0.80	3.55±1.03
2. ได้รับการฝึกอบรม การให้บริการผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม แบบผสมผสานต่อเนื่อง	3.14±0.92	3.42±1.08
3. การประสานงานกับทีมหมอครอบครัวเพื่อจัดบริการที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยที่ดูแล	2.68±0.90	3.18±1.19
4. ร่วมวางแผน และการปรึกษากันที่ต้องการคำแนะนำในเรื่องต่างๆ จากทีมหมอครอบครัว	3.05±0.82	3.57±1.14
5. การจัดการและการประสานรถจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรถนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน	3.44±0.81	3.76±0.95
6. ให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยแก่ครอบครัวและญาติผู้ป่วย	2.93±0.81	3.67±1.06
7. ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ทันทูแลโดยการประสานงานและขอความช่วยเหลือร่วมกับภาคอื่นๆ	3.15±0.91	3.70±1.00
<b>เฉลี่ย</b>	<b>3.02±1.24</b>	<b>3.58±0.17</b>

ความพึงพอใจของเครือข่ายต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน หลังพัฒนามีความพึงพอใจระดับสูง (4.32±0.40) พึงพอใจมากที่สุด คือ พึงพอใจต่อการสนับสนุนของทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลศรีธาตุ ด้านการฝึกอบรม และการสนับสนุน (4.20±0.76) พึงพอใจต่อระบบหรือวิธีการประสานงานกับทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาล (4.14±0.79) ความพึงพอใจโดยรวมต่อการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแบบบูรณาการและเชื่อมโยงระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (4.11±0.81) ตามลำดับดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความพึงพอใจของเครือข่ายต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n= 88)

ความพึงพอใจ	Mean±SD	ระดับความพึงพอใจ
1. พึงพอใจต่อเกณฑ์บทบาทการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.94±0.83	สูง
2. พึงพอใจระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่ทันรับผิดชอบ	3.86±0.94	สูง
3. พึงพอใจการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.98±0.78	สูง
4. พึงพอใจระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลและชุมชน	4.03±0.91	สูง
5. พึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์/ การตรวจสุขภาพประจำปี/ การตรวจสุขภาพตามโรค/ การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการแก่ผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วย	4.08±0.83	สูง
6. ความเหมาะสมของงบประมาณที่ช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.91±0.73	สูง
7. พึงพอใจต่อการสนับสนุนของทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลศรีธาตุ ด้านการฝึกอบรม และการสนับสนุน	4.20±0.76	สูง
8. พึงพอใจต่อระบบหรือวิธีการประสานงานกับทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาล	4.14±0.79	สูง
9. พึงพอใจต่อแรงจูงใจและมีกำลังใจในการมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.05±0.80	สูง
10. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแบบบูรณาการและเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.11±0.81	สูง
<b>เฉลี่ย</b>	<b>4.32±0.40</b>	<b>สูง</b>



**ศักยภาพของผู้ดูแล** พบว่าด้านการจัดการดูแลผู้ป่วย หลังดำเนินการมีศักยภาพมากกว่าก่อนดำเนินการเพิ่มจาก  $3.24 \pm 0.71$  เป็น  $4.07 \pm 0.82$  ผู้ดูแลมีมากที่สุดคือด้านการเยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน และมีตารางปฏิบัติงาน จาก  $3.03 \pm 0.77$  เป็น  $4.18 \pm 0.88$  รองลงมาคือ มีบันทึกการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ความพิการให้ได้รับเงินช่วยเหลือรายเดือนจากรัฐ จาก  $3.58 \pm 0.79$  เป็น  $4.15 \pm 0.90$  และมีการรายงาน/ข้อมูล/อาการผู้ป่วย ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน จาก  $3.45 \pm 0.61$  เป็น  $4.08 \pm 0.82$  ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ศักยภาพผู้ดูแลด้านการจัดการดูแลผู้ป่วย (n= 33)

ศักยภาพด้านการจัดการดูแลผู้ป่วย	ก่อน	หลัง
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD
1. มีการบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่หน้ารับผิดชอบ ถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน	3.15 $\pm$ 0.79	3.85 $\pm$ 0.90
2. ประเมินปัญหาผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้เฉพาะด้านในการดูแลแก่ญาติและวางแผนการดูแล	3.18 $\pm$ 0.80	3.76 $\pm$ 0.93
3. มีบันทึกผลการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยส่งต่อฉุกเฉินร่วมกับ อปท.	3.21 $\pm$ 0.99	3.48 $\pm$ 0.97
4. มีบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการฟื้นฟูสุขภาพหรือกายภาพบำบัดที่เหมาะสม	3.55 $\pm$ 0.75	3.94 $\pm$ 0.96
5. เครือข่ายและ อสม.ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหรือตามพยาธิสภาพ	3.42 $\pm$ 0.70	4.09 $\pm$ 0.84
6. มีระบบส่งต่อ และติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยมีแบบทะเบียนการรับ-ส่งต่อ	3.21 $\pm$ 0.82	4.03 $\pm$ 0.98
7. มีการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มการส่งต่อ ครบถ้วน	3.12 $\pm$ 0.74	3.94 $\pm$ 0.93
8. มีการเยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน และมีตารางปฏิบัติงาน	3.03 $\pm$ 0.77	4.18 $\pm$ 0.88
9. มีการจัดทำแผนดูแลรายบุคคล care plan ของเครือข่าย	3.27 $\pm$ 0.76	3.94 $\pm$ 0.96
10. มีผัง flow chart การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลความต้องการความช่วยเหลือของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย	3.27 $\pm$ 0.76	3.88 $\pm$ 0.85
11. มีบันทึกการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ความพิการให้ได้รับเงินช่วยเหลือรายเดือนจากรัฐ	3.58 $\pm$ 0.79	4.15 $\pm$ 0.90
12. จัดทำตารางปฏิบัติงาน รายเดือน และวันเวลาเยี่ยม	3.48 $\pm$ 0.71	3.88 $\pm$ 0.92
13. มีการรายงาน/ข้อมูล/อาการผู้ป่วย ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน	3.45 $\pm$ 0.61	4.08 $\pm$ 0.82
14. มีสรุปรายงานผลภาวะสุขภาพ สภาพปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ป่วย	2.94 $\pm$ 0.70	4.06 $\pm$ 0.70
<b>เฉลี่ย</b>	<b>3.24<math>\pm</math>0.71</b>	<b>4.07<math>\pm</math>0.82</b>

ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูง ( $4.13 \pm 0.17$ ) มากที่สุดคือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ( $4.24 \pm 0.70$ ) การสนับสนุนของทีมหมอครอบครัว ( $4.19 \pm 0.78$ ) และพึงพอใจโดยรวม ( $4.18 \pm 0.72$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย (n= 33)

ความพึงพอใจ	Mean $\pm$ SD	ระดับความพึงพอใจ
1. พึงพอใจต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.03 $\pm$ 0.77	สูง
2. พึงพอใจระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่รับผิดชอบ	4.09 $\pm$ 0.80	สูง
3. พึงพอใจการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยของเครือข่าย	4.15 $\pm$ 0.71	สูง
4. พึงพอใจระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลและชุมชน	4.24 $\pm$ 0.70	สูง
5. พึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์/ การตรวจสุขภาพประจำปี/ การตรวจสุขภาพตามโรค	4.12 $\pm$ 0.69	สูง

**ตารางที่ 5** ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

ความพึงพอใจ	Mean±SD	ระดับความพึงพอใจ
6. ความเหมาะสมของงบประมาณที่ช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.97±0.81	สูง
7. พึงพอใจต่อการสนับสนุนของทีมหมอบรรเทา	4.19±0.78	สูง
8. พึงพอใจต่อระบบหรือวิธีการประสานงานกับทีมหมอบรรเทาของโรงพยาบาล	4.12±0.82	สูง
9. พึงพอใจต่อแรงจูงใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเครือข่ายครอบครัว	4.06±0.65	สูง
10. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล	4.18±0.72	สูง
<b>เฉลี่ยรวม</b>	<b>4.13±0.17</b>	<b>สูง</b>

### ผลลัพธ์ในผู้ป่วย

ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย พบว่า ความรุนแรงมากที่สุดคือ ด้านการรับรู้รู้สึก ความสามารถด้านการเข้าใจภาษาความสามารถด้านการเข้าใจภาษา การออกเสียงให้อ่านหรือพูด ร้อยละ 93.9 รองลงมาคือด้านการตอบคำถาม การเคลื่อนไหวลูกตา การตรวจลานสายตา อาการเพิกเฉย ร้อยละ 90.9 และการทำตามคำสั่ง ร้อยละ 87.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย (n= 33)

ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับความรู้สึกตัว		
Drorsy ง่วงซึมปลุกตื่นง่าย	5	15.2
Stuporous ปลุกตื่นยาก	28	84.8
2. ถาม 2 คำถาม อายุเท่าไร เดือนอะไร		
ตอบถูก 2 ข้อ	3	9.1
ตอบถูกข้อเดียว	30	90.9
3. การทำตามคำสั่ง 2 ครั้ง		
ทำได้ 2 อย่าง	4	12.1
ทำถูกอย่างเดียว	29	87.9
4.การเคลื่อนไหวของลูกตา		
กรอกได้ 2 ข้าง	3	9.1
กรอกไม่ได้เลยทั้ง 2 ข้าง	30	90.9
5. การตรวจลานสายตา		
มองเห็นทุกทิศทาง	3	9.1
มองข้างเดียว หรือ 2 จุด	30	90.9

**ตารางที่ 6** ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย (ต่อ)

ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท	จำนวน	ร้อยละ
6. การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า		
ปกติ	6	18.2
ปากเบี้ยวข้างหนึ่งแต่อีกด้านยังพอเคลื่อนไหวได้	27	81.8
7. กำลังของแขนซ้าย		
คงไว้ได้ 10 วินาที	6	18.2
ยกแขนได้ แต่คงไว้ไม่ถึง 10 วินาที	27	81.8
8. กำลังของแขนขวา		
คงไว้ได้ 10 วินาที	5	15.2
ยกแขนได้ แต่คงไว้ไม่ถึง 10 วินาที	28	84.8
9. กำลังของขาซ้าย		
คงไว้ได้ 5 วินาที	5	15.2
ยกขาได้ แต่คงไว้ไม่ได้ถึง 5 วินาที	28	84.8
10. กำลังของขาขวา		
คงไว้ได้ 5 วินาที	9	27.3
ยกขาได้ แต่คงไว้ไม่ได้ถึง 5 วินาที	24	72.7
11. การประสานงานของแขนหรือขา		
ทำได้ ไม่มีสั่น ไม่มีการอ่อนแรง ทั้งแขนและขา	5	15.2
ผิดปกติที่แขนหรือขาอย่างใด อย่างหนึ่ง	28	84.8
12. การรับรู้ความรู้สึก		
ปกติ	2	6.1
รู้สึกเจ็บเล็กน้อย หรือขาด้านเดียว ไม่รู้สึกตัว	31	93.9
13. ความสามารถในการเข้าใจภาษา		
ปกติ	2	6.1
สื่อสารให้เข้าใจได้เล็กน้อย	31	93.9
14. การออกเสียงให้อ่านหรือพูด		
พูดปกติ	2	6.1
พูดไม่ชัดเล็กน้อย	31	93.9
15. การเพิกเฉย		
รู้ว่ามี การแต่งร่างกายทั้งสองด้านทุกจุด	3	9.1
การรับรู้และการมองเห็น ผิดปกติเล็กน้อย	30	90.9

ระดับความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ severe impairment ร้อยละ 72.7 ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ระดับความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโดยรวม (n=33)

รวมทุกด้าน 25 คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน $\leq 4$ = mild impairment	2	6.1
คะแนน 5–14 = mild to moderately	7	21.2
คะแนน 15–24 = severe impairment	24	72.7
คะแนน 25 = very severe impairment	0	0.0

ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวมากที่สุด คือ ด้านเหยียดข้อศอก พลิกตะแคงตัว นอนหงายชันเข่า ยกสะโพกขึ้น ร้อยละ 90.9 รองลงมาคือ งอเข่าและสะโพก ร้อยละ 87.9 ยกมือแตะด้านบนของศีรษะ ร้อยละ 84.8 เปลี่ยนจากท่านอนหงายเป็นนั่ง หายมือคว้ามือ และกระดกข้อเท้าข้างอ่อนแรงพร้อมเหยียดเข่า ร้อยละ 81.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย รายข้อที่ทำได้ (n= 33)

ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>การประเมินในท่านอนหงาย</b>		
1. กางสะบัก	28	84.8
2. เหยียดข้อศอก	30	90.9
3. งอเข่าและสะโพก	29	87.9
4. พลิกตะแคงตัว	30	90.9
5. นอนหงายชันเข่า ยกสะโพก	30	90.9
6. เปลี่ยนจากท่านอนหงายเป็นนั่ง	27	81.8
<b>การประเมินในท่านั่ง</b>		
7. ยกไหล่สองข้างขึ้น หรือยกสะบักขึ้น	27	81.8
8. ยกมือแตะด้านบนของศีรษะ	28	84.8
9. วางมือไหลหลัง	26	78.8
10. ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะให้เต็มที่	24	72.7
11. หายมือ และ คว่ำมือ	27	81.8
12. กำมือ (เริ่มจากท่าแบมือ)	21	63.6
13. แบมือออก (เริ่มจากท่า กำมือ)	21	63.6
14. เอาปลายนิ้วโป้งและนิ้วชี้มาแตะกัน	21	63.6
15. งอข้อสะโพก ในท่านั่ง	26	78.8
16. เหยียดข้อเข่า ในท่านั่ง	26	78.8
17. งอข้อเข่า ในท่านั่ง	26	78.8
18. กระดกข้อเท้าขึ้น ในท่านั่ง	26	78.8
19. กระดกข้อเท้าลง ในท่านั่ง	26	78.8
20. เหยียดข้อเข่า และกระดกข้อเท้าขึ้น ในท่านั่ง	26	78.8
21. ลูกขึ้นยืนจากท่านั่ง	26	78.8
22. ยืนอยู่กับที่จนกระทั่งนับถึง 20	26	78.8
23. กางข้อสะโพกข้างอ่อนแรงออก โดยข้อเข่าเหยียด	26	78.8
24. งอเข่าข้างอ่อนแรง โดยข้อสะโพก เหยียด	26	78.8
25. กระดกข้อเท้าข้างอ่อนแรง พร้อมเหยียดเข่า	27	81.8
26. วางเท้าข้างอ่อนแรงบนสเต็ป	21	63.6
27. ก้าวเท้าไปด้านหลัง 3 ก้าว	21	63.6
28. ก้าวเท้าไปด้านข้าง 3 ก้าวทางด้าน อ่อนแรง	21	63.6
29. เดินเป็นระยะทาง 10 เมตร	24	72.7
30. เดินลงบันได 3 ขั้นโดยวางเท้า สลับกัน	24	72.7

ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.7 ดังตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโดยรวม (n=33)

ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
รวมทุกด้าน 70 คะแนน		
ทำได้ 1-23 ระดับต่ำ	9	27.3
ทำได้ 24-46 ระดับปานกลาง	24	72.7
ทำได้ 47-70 ระดับสูง	0	0.0

### สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. รูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีธาตุ ดำเนินการใน 2 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ, ให้ความรู้และอธิบายเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน, การเข้าถึงข้อมูล และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 2 ประชุมการแลกเปลี่ยนผ่านประสบการณ์ตรงของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวณีย์ อยู่ตระกูล และ เพ็ญภา ศิริหรี<sup>12</sup> ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลถึงบ้านของผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน การสนับสนุนจากเครือข่าย และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นโดยยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลถึงบ้านและดูแลร่วมกับเครือข่ายสหวิชาชีพอีกต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยและการศึกษาของ ศील เทพบุตร<sup>13</sup> ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า แบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะที่อยู่โรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและให้ความสำคัญของการให้ความรู้การดูแลตนเอง การสอบถาม การสาธิตย้อนกลับในการเยี่ยมครั้งต่อไป มีการติดตามทางโทรศัพท์ และการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อีกทั้งยังมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองและพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด

2. ศักยภาพของเครือข่ายด้านการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้หลัก BEFAST พบว่าหลังพัฒนามีศักยภาพด้านการประเมินอาการเตือนมากกว่าก่อนพัฒนา และมีบทบาทการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนพัฒนาระดับสูง ความพึงพอใจของเครือข่ายต่อแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหลังพัฒนามีระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในช่วงที่สำคัญครอบคลุมในระยะฟื้นฟู 6 เดือนหลังป่วย แบบการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ ทำให้ญาติผู้ดูแล เครือข่ายการดูแล มีความรู้มีทักษะหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจนสามารถช่วยฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยลดระดับความรุนแรงอาการป่วยและฟื้นฟูสุขภาพได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารามา ใช้บริการสุขภาพฟื้นฟูสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุหลังป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศบราซิล แสดงให้เห็นถึงการมีประสิทธิภาพสูงของเครือข่ายทางการพยาบาลโดยการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้านหลังออกจากโรงพยาบาล<sup>11</sup>

3. ศักยภาพของผู้ดูแลด้านการจัดการดูแลผู้ป่วย หลังพัฒนามีศักยภาพมากกว่าก่อนพัฒนา และมีความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระดับสูง การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ของผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และการดูแลระยะฟื้นฟูสุขภาพหลังจากออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้หลังพัฒนาผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Enderby, et al<sup>15</sup> ทำการศึกษาศักยภาพและคุณค่าของ "ศักยภาพการฟื้นฟูสุขภาพ" ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 12 เดือน พบว่า สิ่งที่สำคัญในการจัดการ ได้แก่ ต้องมีการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการกำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่จะได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ การให้ความรู้ศักยภาพผู้ดูแล และให้การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกด้าน

**4. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย** ด้านความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับ severe impairment ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีความสามารถในการเคลื่อนไหวมากที่สุดคือ ด้านเหยียดข้อศอก พลิกตะแคงตัว นอนหงายชันเข่า และการยกสะโพก ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีธาตุ ใน 2 สัปดาห์ สามารถส่งผลกระทบต่ออาการดูแลและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้เป็นอย่างดี เป็นการยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (intermediate care) อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนียบพลันด้านความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความรุนแรง 0 ถึง 2 ถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่ดีในกลุ่มตัวอย่าง และมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นระดับสูงเมื่อติดตามดูแลผู้ป่วยที่ 3 เดือน<sup>16</sup>

#### ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการรักษากลับมาอยู่บ้าน ควรได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านโดยประเมินระบบประสาทและการเคลื่อนไหว มีความสามารถฟื้นตัวได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและไม่ใช่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้สามารถดำรงชีวิตได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ด้านคุณภาพบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลที่สำคัญ คือ การพยาบาลระยะฟื้นฟูเมื่อกลับมาอยู่ในชุมชน การพยาบาลจึงต้องเน้นเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยการออกกำลังกาย (passive exercise) การป้องกันแผลกดทับ และแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติและการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก เพื่อส่งเสริมการรักษาฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสรุปข้อมูลการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำข้อมูลโรคไม่ติดต่อระดับประเทศในการประชุม UN General Assembly High-Level Meeting on Prevention and Control of Non Communicable Diseases. นนทบุรี: โอวิทย์ (ประเทศไทย); 2560.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริการสุขภาพ : District Health System (DHS) และการประเมินตนเองตามมาตรฐาน แนวทาง UCARE. นนทบุรี: 2561. [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2566]. จาก: <http://www.nhso.go.th>
3. โรงพยาบาลศรีธาดู. สถานการณ์ผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธาดู จังหวัดอุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://www.srithathospital.com/index.php>
4. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2557.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด; 2564.
6. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
7. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc; 1970.
8. สุพัตรา ศรีวนิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พกฤษา บุณบุญ, ปิยนัตร์ ตระกูลวงษ์. รายงานผลการสำรวจสถานการณ์และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอประจำครอบครัว (Family Care Team: FCT). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558.
9. ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, สีนินา นาคศรี. ความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคกับอาการทางระบบประสาทที่แย่งในในระยะแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันแบบเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564; 32(2): 146-60.
10. นิธินันท์ ชัยศิริ, จิราภรณ์ วรรณปะเช, รัมภา บุญสินสุข, กำไล ตันติวงษ์, ณัฏชา เพชรชาติชั้น, เทพนารี เพชร วงศ์คม. แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย. วารสารกายภาพบำบัด 2561; 40(1): 93-111.
11. Kemmis S & McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Victoria, Australia: Deakin University Press, 1988.
12. เสาวณีย์ อยู่ตระกูล, เพ็ญภา ศรีหรั่ง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลถึงบ้านของผู้ป่วย. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา 2565; 5(2): 42-55.
13. ศील เทพบุตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2563; 17(3): 112-24.
14. Bierhals CCBK, Day CB, Mocellin D, et al. Use of health services by elderly people post-stroke: a randomized controlled trial. Rev Gaucha Enferm. 2020; 41(spe): e20190138. doi:10.1590/1983-1447.2020.20190138
15. Enderby P, Pandyan A, Bowen A, Hearnden D, Ashburn A, Conroy P, Logan P, Thompson C, Winter J. Accessing rehabilitation after stroke – a guessing game?. Disability and Rehabilitation J. 2017; 39(7): 709–13.

16. Jagini SP, IS. Clinical profile of patients with acute ischemic stroke receiving intravenous thrombolysis (rtPA-alteplase). International Journal of Advances in Medicine. 2018; 5(1): 164-169.