

# การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

ดราวรรณ ทรพิสิงห์, พย.ม.\*  
กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, ปร.ด.\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในจังหวัดอุดรธานี และประเมินรูปแบบดังกล่าว โดยใช้แนวคิดจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 60 คน ผู้ดูแลหลัก 60 คน และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ 25 คน โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากโรงพยาบาลแม่ข่าย 5 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความยากง่ายเท่ากับ 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ paired t-test ประเมินค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยในประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นเครื่องมือสนับสนุน ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลในทุกมิติ ตามแนวคิด Health Belief Model โดยเฉพาะการเพิ่มการรับรู้ด้านประโยชน์และความสามารถในการดูแล และลดอุปสรรคในการดูแล ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น และความพึงพอใจของทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง

ควรมีการขยายผลการใช้รูปแบบฯ ไปยังหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ โดยพิจารณาปรับบริบทตามความเหมาะสมของพื้นที่และทรัพยากรในแต่ละชุมชน รวมทั้งสนับสนุนการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแล

**คำสำคัญ :** การดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมอง, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

---

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

\*\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดอุดรธานี

# The Development of a Continuous Nursing Care Model for Stroke Patients at Home with Family Participation in Udon Thani Province

Darawan Torrapeesing, M.N.S.\*

Kamonthip Tanglakmankhong, Ph.D.\*\*

## Abstract

This action research study aimed to develop a model of continuous nursing care at home for stroke patients through family participation in Udon Thani Province, and to evaluate the effectiveness of the model. The conceptual framework was based on the Health Belief Model (HBM). The sample consisted of 60 stroke patients, 60 primary caregivers, and 25 multidisciplinary healthcare professionals, selected through purposive sampling from five regional hospitals. Research instruments included questionnaires assessing knowledge, beliefs, attitudes, and caregiving behaviors; an assessment form for activities of daily living (ADL); in-depth interview guidelines; and a satisfaction evaluation form. The content validity of the questionnaires was verified, with an overall reliability coefficient of 0.80, while the stroke knowledge test had a reliability coefficient (KR-20) of 0.80. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics—frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were conducted using paired t-tests to compare the mean differences in related groups. Qualitative data was analyzed through content analysis.

The results showed that the developed model of continuous nursing care at home for stroke patients, using a caregiving logbook as a supportive tool, significantly improved the primary caregivers' knowledge, understanding, health perception, and caregiving behavior ( $p < 0.001$ ). This reflects the effectiveness of the model in enhancing caregiver capabilities in all dimensions based on the Health Belief Model, especially in increasing perceived benefits and caregiving abilities, while reducing perceived barriers. Moreover, caregivers' behavior significantly improved, leading to greater patient independence in performing daily activities. Both caregivers and healthcare providers reported high levels of satisfaction with the model.

It is recommended that the implementation of this model be expanded to other healthcare settings, with contextual adjustments based on community resources and needs. Furthermore, continuous practical training for caregivers in the community should be promoted to enhance knowledge and boost confidence in caregiving.

**Keywords:** Continuous nursing care , Stroke, Family Participation

---

\*Udonthani Public Health Provincial Office

\*\* Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับสามของโลก โดยตั้งแต่ปี 1990 ถึง 2019 ภาระของโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างมาก (อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้น 70.0%, อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 43.0%, อัตราความชุกของโรคเพิ่มขึ้น 102.0% และค่า DALYs เพิ่มขึ้น 143.0%) โดยภาระหลักของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก (86.0% ของการเสียชีวิตและ 89.0% ของค่า DALYs) อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง<sup>(1)</sup> ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 185,000 คน หรือเกือบ 1 ใน 4 เกิดขึ้นกับผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการร้ายแรงในระยะยาว ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ก็พบว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงวัย โดยในปี 2014 พบว่าร้อยละ 38 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมีอายุต่ำกว่า 65 ปี<sup>(2)</sup>

จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ลำดับที่ 1 ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2561-2566 มีอัตราตายร้อยละ 10.60, 10.24, 10.35, 11.00 10.29 และ 10.37<sup>(3)</sup> ตามลำดับ จังหวัดอุดรธานีพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 2 ของจังหวัด โดยพบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2561-2566) เป็น 290.65, 320.58, 346.98, 399.53 ,1,060.09 และ 1,257.75 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอัตราป่วยในปี พ.ศ.2566 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2564 ถึง 3 เท่า ส่วนอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบร้อยละ 3.80, 4.90, 4.85, 5.27 5.56 และ 10.37 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566 คิดเป็น 89.50 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 (85.67 ต่อประชากรแสนคน)<sup>(4,5)</sup>

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุที่สำคัญของอัมพฤกษ์อัมพาต ความรุนแรงของโรคอาจนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังสามารถกลับเป็นซ้ำได้ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพทั้งการดูแลที่โรงพยาบาล และการดูแลที่บ้านเพื่อฟื้นฟู โดยปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุดรธานีที่พบส่วนใหญ่คือ ปัญหาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย Stroke ความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ข้อมูลการส่งต่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล รวมทั้งผู้ดูแลหลักที่บ้านไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษา หรือการให้ข้อมูลซ้ำซ้อน รูปแบบการบันทึกข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล ทำให้เกิดความสับสนและยากต่อการทำความเข้าใจสำหรับทีมผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลส่งต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การวางแผนการดูแลต่อเนื่องไม่ราบรื่น สำหรับปัญหาการดูแลผู้ป่วย Stroke ที่บ้าน ผู้ดูแลที่บ้านอาจขาดความรู้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย Stroke เช่น วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การเฝ้าระวังอาการเสี่ยง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตามแผนการรักษา การใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง ขาดการฟื้นฟูร่างกาย และการขาดการติดตามตรวจสอบสุขภาพสม่ำเสมอ และจังหวัดอุดรธานี มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ เช่น การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนเป้าหมายที่ชัดเจนแบบมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการติดตามการฟื้นฟูที่ไม่ต่อเนื่อง จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลและ อสม. ขาดการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และขาดความรู้ทักษะและความมั่นใจในการดูแล มากถึงร้อยละ 90.0 หน่วยบริการสุขภาพไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้านที่มีรูปแบบชัดเจนและต่อเนื่อง ร้อยละ 80.0 ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน

ไม่ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับโรค หน่วยบริการสุขภาพมีการส่งเสริมการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการดูแลแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล และ อสม. ที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 70.0<sup>(6)</sup>

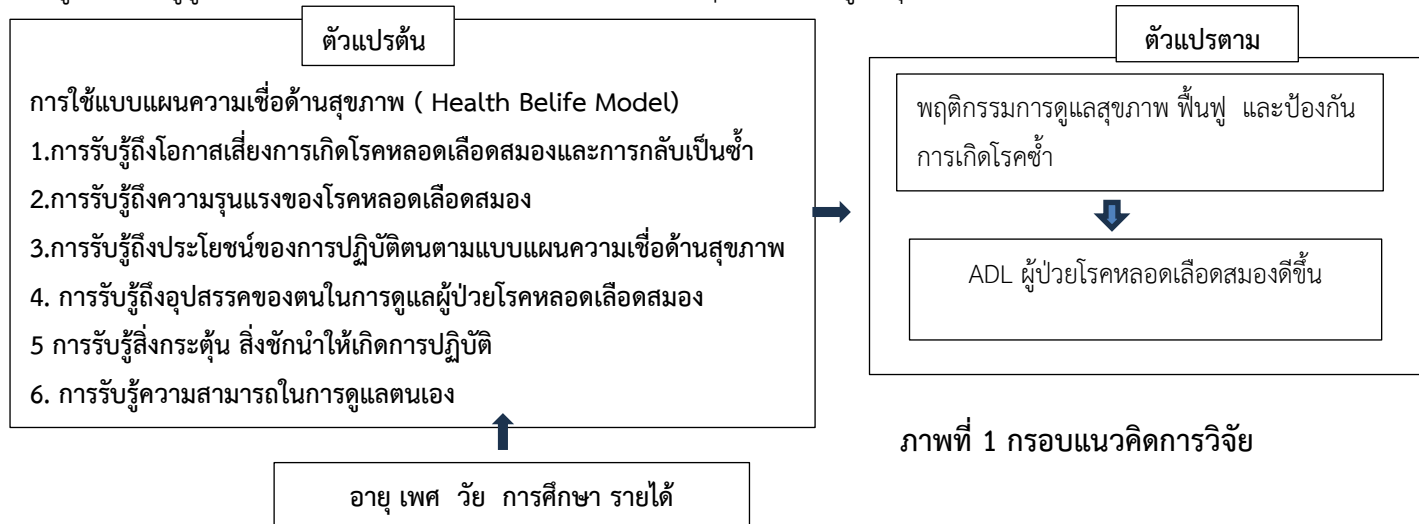
การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การใช้แนวคิดจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>(7)</sup> ช่วยให้สามารถออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการพยาบาลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว ให้เกิดความเชื่อในการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และช่วยลดช่องว่างในการดูแล และเพิ่มคุณภาพการรักษานัก Stroke ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในจังหวัดอุดรธานี
- 2) เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในจังหวัดอุดรธานี

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)<sup>(7)</sup> ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และแนวทางป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เก็บทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ดังนี้

ขั้นตอน 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์/สอบถาม และสำรวจความต้องการของผู้ป่วยครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง, กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 วางแผน พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่บ้าน และทดลองใช้ นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ประชุมหารือ วิเคราะห์หาปัญหา ออกแบบและพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ขั้นตอน 3 การติดตามและประเมินผล โดยประเมินความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ,ติดตามการดูแลต่อเนื่อง และประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย, ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่บ้านที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำมาทบทวนผลการประเมินและสะท้อนข้อมูลกลับ และพัฒนาปรับปรุงพัฒนารูปแบบต่อไปเพื่อขยายลงพื้นที่สู่การปฏิบัติ

**ประชากรที่ใช้ในการวิจัย** คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 18 ปีขึ้นไปในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 15,233 คน (อ้างอิงตามจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดในจังหวัดอุดรธานี: ข้อมูลจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2567) สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก และ สหสาขาวิชาชีพในจังหวัดอุดรธานี

**กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย** คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 18 ปีขึ้นไปในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 60 คน และสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน และสหสาขาวิชาชีพจำนวน 25 คน

**การคำนวณขนาดตัวอย่าง** สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\*Power<sup>(9)</sup> กรณีวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการประมาณค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยในประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่า effect size = 0.50 (medium size) ค่า  $\alpha$  err. prob. = 0.05 ค่า Power (1- $\beta$  err. prob.) = 0.95 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 54 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพียงพอ กรณีกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย จะได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 60 คน และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก 1 คนต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน ซึ่งจะได้ขนาดตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก รวมจำนวน 60 คน เช่นกัน

**การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง** ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งหมด 5 โชน โชนละ 1 แห่ง ได้แก่ รพ.เพ็ญ รพ.กุมภวาปี รพ.หนองหาน รพ.บ้านผือ และ รพ.บ้านดุง โดยคัดเลือกให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละโรงพยาบาลแม่ข่าย (Probability proportional to size) จนได้ขนาดตัวอย่างครบ 60 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) คือ (1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก และได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน (2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป (3) เป็นผู้ที่สามารถ เขียน อ่าน ฟัง และพูด

สื่อสารเข้าใจได้ (4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นผู้ที่กำลังรักษาอยู่ในระยะวิกฤติ (2) ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 5 แห่ง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง (สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพ/แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข) รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 25 คน

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย**

1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่บ้านตามHBM ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** เล่าสู่กันฟัง เพื่อให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวได้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง

- ส่งเสริมการรับรู้อันตรายและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคด้วยสื่อวีดีโอออนไลน์ เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง

- กิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบครัวปฏิบัติอยู่เดิมและการรับรู้ใหม่ที่ครอบครัวได้จากสื่อวีดีทัศน์ด้วยวิธีการซักถาม และแลกเปลี่ยนการรับรู้ในแต่ละครอบครัว และสรุปการรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้อันตรายของโรคที่ครอบครัวได้รับจากกิจกรรม

**กิจกรรมที่ 2** ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในแต่ละด้าน เช่น เรื่องอาหาร การใช้ยา การทำกายภาพ การดูแลด้านจิตใจ การประเมินร่างกาย เป็นต้นโดยการซักถาม ประเมินความรู้ ขณะติดตามดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

- กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากบุคคลต้นแบบ (Role Model) จากคลิป์วีดีโอ

- กระตุ้นการรับรู้ประโยชน์และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

### **2. เครื่องมือประเมิน รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน**

1) แบบประเมินความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง<sup>(10)</sup> ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นตัวเลือกแบบ ก, ข, ค, ง จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน

2.2 การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรค, การรับรู้ความสามารถในการดูแล และสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ด้านละ 2 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 4 ระดับ คือ มาก, ปานกลาง, น้อย และ น้อยที่สุด

2.3 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง, บ่อยครั้ง, บางครั้ง, นานๆ ครั้ง และ ไม่เคย

2) แบบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 10 ข้อ

3) แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ และส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการส่งต่อข้อมูล และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เช่น ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ความเพียงพอของข้อมูลสำหรับผู้ดูแลที่บ้าน ข้อจำกัดในการติดต่อและปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ ความต้องการสนับสนุนเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

4) แบบสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ และส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วย stroke เช่น ปัญหาที่พบในการดูแลและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อกลับไปดูแลที่บ้าน ความครบถ้วนของการให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล วิธีการติดตามเยี่ยมบ้าน และปัญหาอุปสรรคในการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

5) แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยประเมินทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ และข้อคำถาม สำหรับการสนทนากลุ่ม มาหาค่าความตรงของเครื่องมือ โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในด้านที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ซึ่งมีความรู้ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือความตรงของเนื้อหาและข้อความในแต่ละข้อ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษารวมถึงการตรวจสอบภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า มีคะแนน IOC อยู่ที่ 0.80 - 1

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) สำหรับแบบประเมินความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้และหาค่าความเชื่อมั่น พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของ Kuder Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เท่ากับ 0.80 สำหรับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.87<sup>(11)</sup>

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีการแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติ จะนำเสนอด้วย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ paired t-test ประเมินค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยในประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องของเหตุและผลในแต่ละประเด็นว่า สามารถตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

## การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 6568 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุเฉลี่ย 57.34 ปี (SD.=7.92) มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 81.67 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 90.00 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.33 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.33 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน ร้อยละ 93.33 ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.50 เดือน (SD.=2.34) ค่ามัธยฐาน 3 เดือน (ต่ำสุด 1 เดือน, สูงสุด 10 เดือน) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามี-ภรรยาหรือแฟน ร้อยละ 56.67 จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยในบ้าน ดูแลคนเดียว ร้อยละ 71.67 และผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 60)

| ข้อมูลทั่วไป   | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| <b>เพศ</b>   |       |        |
| ชาย  | 11    | 18.33  |
| หญิง   | 48    | 80.00  |
| LGBTQ+   | 1     | 1.67   |
| <b>อายุ (ปี)</b>   |       |        |
| ค่าเฉลี่ย (Mean) = 57.34 , (SD. =7.92)                         |       |        |
| <b>สถานภาพ</b>   |       |        |
| โสด  | 1     | 1.67   |
| สมรส/คู่   | 49    | 81.67  |
| หม้าย  | 6     | 10.00  |
| หย่าร้าง/แยกกันอยู่  | 5     | 8.33   |
| <b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>                                     |       |        |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี   | 54    | 90.00  |
| ปริญญาตรี  | 6     | 10.00  |
| <b>อาชีพ</b>   |       |        |
| รับจ้างทั่วไป  | 20    | 33.33  |
| เกษตรกร  | 26    | 43.33  |
| ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว                                     | 5     | 8.33   |
| ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ                                       | 6     | 10.00  |
| ว่างงาน  | 3     | 5.00   |
| <b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน</b>                          |       |        |
| ไม่เคย   | 56    | 93.33  |
| เคย  | 4     | 6.67   |
| <b>ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (เดือน)</b>                          |       |        |
| ค่าเฉลี่ย (Mean) = 3.50 , (SD. =2.34) Median= 3 Min= 1, Max=10 |       |        |



**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 60) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป                            | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| <b>ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย</b>         |       |        |
| พ่อ/แม่                                 | 8     | 13.33  |
| ลูก/หลาน                                | 13    | 21.67  |
| ผู้ดูแล (ครอบครัวจ้าง เพื่อดูแลผู้ป่วย) | 5     | 8.33   |
| สามี/ภรรยา หรือ แฟน                     | 34    | 56.67  |
| <b>จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยในบ้าน</b>        |       |        |
| ดูแลคนเดียว                             | 43    | 71.67  |
| ผู้ดูแล 2 คน                            | 15    | 25.00  |
| ผู้ดูแล 3 คนขึ้นไป                      | 2     | 3.33   |
| <b>โรคประจำตัวของผู้ดูแลหลัก</b>        |       |        |
| ไม่มีโรคประจำตัว                        | 38    | 63.33  |
| มีโรคประจำตัว                           | 22    | 36.67  |

## 2. ผลการออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในจังหวัดอุดรธานี

2.1 จากการทดลองกิจกรรมที่ดำเนินการ ในการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่บ้าน ได้แก่ การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยวิธีการใช้สื่อกระตุ้นการรับรู้ด้วยภาพ คลิปวิดีโอ กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน ในการติดตามF/U ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังจำหน่าย สัปดาห์ละ 1 - สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลทุกครั้ง และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในแต่ละด้าน เช่น เรื่องอาหาร การใช้ยา การทำกายภาพ การดูแลด้านจิตใจ การประเมินร่างกาย เป็นต้นโดยวิธีการซักถาม ประเมินความรู้ ดูคลิปวิดีโอ ขณะติดตามดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทุกครั้งที่การลงติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพหลังจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 - สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลทุกครั้ง โดยใช้กระบวนการบันทึก การดูภาพและวิดีโอ ประกอบการสนับสนุนการรับรู้ กิจกรรมดังกล่าวสนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีการรับรู้แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี ADL เพิ่มขึ้นไม่กลับเป็นซ้ำ

### 2.2 การใช้สมุดบันทึกรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

พบว่า ผู้ดูแลและสหสาขาวิชาชีพได้นำสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติเมื่อออกติดตามดูแลที่บ้าน โดยสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้บันทึกข้อมูลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ซึ่งแต่ละพื้นที่ที่ศึกษาใช้รูปแบบบันทึกที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการใช้สมุดบันทึกมีแนวโน้มใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้นกว่าเดิม จึงได้นำสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ปรับแนวทางพัฒนาให้มีแนวทางเดียวกันในการสนับสนุนชักจูงให้ผู้ดูแลมีความสนใจในการใช้งานตลอดจนสอดคล้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพนำไปใช้ประโยชน์จากการสื่อสารในการดูแล ประเมินผลการรักษา การเฝ้าระวัง และฟื้นฟูสุขภาพ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง ต่อไป แต่ละครอบครัวให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ทีมสหสาขาวิชาชีพฝ่ายต่อการติดตาม

### 2.3 แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่ผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ ให้ข้อเสนอแนะคือ การพัฒนาสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่องฯ โดยได้มีการศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่องฯ ตามปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ ให้ครบทุกประเด็นที่ศึกษา เพื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

1) ประวัติผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล , ที่อยู่, น้ำหนัก,ส่วนสูง,BMI,รายได้,ประวัติการเจ็บป่วยสถานภาพ,ประวัติโรคเจ็บป่วยปัจจุบัน การวินิจฉัยของแพทย์ ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง, ตำแหน่งที่มีอาการอ่อนแรง, ผลการประเมิน ADL, ประเภทผู้ป่วย, ประวัติรับการรักษาล่าสุด, จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล, ประวัติแพ้ยา,พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย, การประเมินสภาพสิ่งแวดล้อม/บ้าน/ชุมชน ควรได้รับการดูแล และต้องได้รับการสนับสนุนอย่างไร,มีหน่วยงานใดที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย เช่น อบต./อปท./เทศบาล,โรงพยาบาล,รพสต.ในเรื่องใดบ้าง โดยเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้กรอกข้อมูล

2) การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย แบบบูรณาการทุกวิชาชีพ โดยมีการดำเนินการทำกิจกรรม Family meeting และกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย ในระยะสั้น 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน ระยะกลาง 1 เดือน ถึง 3 เดือน ระยะยาว 3 เดือนขึ้นไป โดยกำหนดการติดตามเยี่ยมและประเมินผล กำกับติดตาม ในเรื่อง ดังต่อไปนี้

2.1) ADL / โภชนาการ (น้ำหนัก)/ หัตถการณที่ผู้ป่วยได้รับ /ประเภทแผล/อุณหภูมิร่างกาย (องศา)/ การรับยาต่อเนื่อง/ พบแพทย์ตามนัด / ประเมินสุขภาพจิต

2.2) จำนวนครั้งในการติดตามเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่องจำนวนทั้งสิ้น 7 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความถี่ในการติดตามหลังจำหน่าย 1, 2, 4, 6, 8, 10 และ 12 สัปดาห์ ตามลำดับ

2.3) สรุปการติดตามเยี่ยมในแต่ละครั้งเพื่อประเมินความก้าวหน้าตามแผนระยะสั้น ระยะยาว ทีมสหสาขาวิชาชีพได้วางแผนในการติดตามเยี่ยมในแต่ละครั้ง ซึ่งสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ลงข้อมูลและนำเสนอข้อมูลมาวิเคราะห์

3) การบันทึกสัญญาณชีพ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว สามารถบันทึกได้ด้วยตนเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ที่มาดูแลติดตามเยี่ยม และเจ้าหน้าที่ที่ติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องโดยสหสาขาวิชาชีพจะมีการบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมนอกจากการประเมินตามที่วางแผนไว้

4) การบันทึกการยาปัจจุบัน และรายการยาที่เคยใช้และได้มีการปรับยาโดยเภสัชกร

5) การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเพิ่มศักยภาพและเรียนรู้ได้ด้วยตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ระหว่างรอไปพบแพทย์ตามนัดหรือการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยประยุกต์ดิจิทัลมาใช้ในการเข้าถึง

### 3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี Health Belief Model

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 25 คน ได้แสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังนี้

### 3.1 ผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก และทีมสหวิชาชีพ

#### 3.1.1 ปัญหาหลักที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีดังนี้

1) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมักไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการฟื้นฟู และการดูแลที่ถูกต้อง

2) ขาดความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว ป้อนอาหาร ป้องกันแผลกดทับ ฯลฯ

3) ขาดจำกัดในการติดต่อและปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์

4) ข้อมูลของผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านมักไม่ครบถ้วน หรือซ้ำซ้อน

5) บุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร / ภาระงาน

#### 3.1.2 ความต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม

1) อบรมให้ความรู้ แก่ผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2) พัฒนาสื่อ หรือ สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่เข้าใจง่าย สามารถใช้ประโยชน์ได้ทั้งผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพที่เยี่ยมบ้าน

3) สร้างระบบ เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน และครอบครัว ระบบเยี่ยมบ้านแบบต่อเนื่อง เพื่อติดตามอาการ ประเมินความก้าวหน้า และปรับแผนดูแลตามความจำเป็น

4) อุปกรณ์พื้นฐานสำหรับการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน

### 3.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ดูแลหลักมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 3.53 (SD.= 1.31) หลังใช้รูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 9.02 (SD.=0.98) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าหลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

### 3.3 การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง ประโยชน์ ปัญหาอุปสรรค สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ความสามารถในการดูแล

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ดูแลหลักมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มจาก 3.07 (SD.=0.87) เป็น 3.72 (SD.=0.34) ( $p < 0.001$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มจาก 2.46 (SD.=0.34) เป็น 3.81 (SD.=0.20) ( $p < 0.001$ ) ส่วนการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นจาก 3.57 (SD.=0.37) เป็น 3.87 (SD.=0.15) ( $p < 0.001$ ) ขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 3.19 (SD.=0.51) เป็น 3.02 (SD.=0.41) ( $p < 0.001$ ) ซึ่งสะท้อนถึงการลดความรู้สึกต่ออุปสรรคในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 2.47 (SD.=0.33) เป็น 3.71 (SD.=0.26) ( $p < 0.001$ ) รวมทั้งมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 2.11 (SD.=0.36) เป็น 3.73 (SD.=0.25) ( $p < 0.001$ ) และการรับรู้รวมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 2.81 (SD.=0.24) เป็น 3.64 (SD.= 0.31) ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

### 3.4 การประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเพิ่มจาก 3.17 (SD.= 0.83) เป็น 4.47 (SD.=0.32) ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลัง (n =60)

| ตัวแปร                       | ก่อนใช้   |      | หลังใช้   |      | t      | P-value |
|------------------------------|-----------|------|-----------|------|--------|---------|
|                              | $\bar{X}$ | SD   | $\bar{X}$ | SD   |        |         |
| ความรู้ความเข้าใจ            | 3.53      | 1.31 | 9.02      | 0.98 | -26.73 | <0.001* |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรค    | 3.07      | 0.87 | 3.72      | 0.34 | -12.42 | <0.001* |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยง         | 2.46      | 0.34 | 3.81      | 0.20 | -27.63 | <0.001* |
| การรับรู้ประโยชน์            | 3.57      | 0.37 | 3.87      | 0.15 | -6.67  | <0.001* |
| การรับรู้อุปสรรค             | 3.19      | 0.51 | 3.02      | 0.41 | 4.66   | <0.001* |
| การรับรู้ความสามารถในการดูแล | 2.47      | 0.33 | 3.71      | 0.26 | -24.59 | <0.001* |
| สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม   | 2.11      | 0.36 | 3.73      | 0.25 | -28.22 | <0.001* |
| ภาพรวมการรับรู้ตามแบบแผน     | 2.81      | 0.24 | 3.64      | 0.31 | -32.26 | <0.001* |
| ความเชื่อด้านสุขภาพ          |           |      |           |      |        |         |
| พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย    | 3.17      | 0.83 | 4.47      | 0.32 | -19.70 | <0.001* |

\*ระดับนัยสำคัญ < 0.05, Paired t-test

### 3.5 ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วย

ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยก่อนใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่พัฒนาขึ้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึ่งพาปานกลาง (ร้อยละ 56.67) รองลงมาอยู่ในระดับภาวะพึ่งพารุนแรง (ร้อยละ 43.33) หลังใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนน ADL อยู่ในระดับไม่เป็นการพึ่งพาเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 46.67) รองลงมาเป็นระดับพึ่งพาปานกลาง (ร้อยละ 38.33) และภาวะพึ่งพารุนแรงลดลง (ร้อยละ 15.00) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Activities of Daily Living : ADL) (n=60)

| ระดับคะแนน ADL                       | ก่อน            |        | หลัง             |        |
|--------------------------------------|-----------------|--------|------------------|--------|
|                                      | จำนวน           | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0 - 4 คะแนน)   | 0               | 0.0    | 0                | 0.0    |
| ภาวะพึ่งพารุนแรง (5 - 8 คะแนน)       | 26              | 43.33  | 9                | 15.00  |
| ภาวะพึ่งพาปานกลาง (9 - 11 คะแนน)     | 34              | 56.67  | 20               | 33.33  |
| ไม่เป็นการพึ่งพา (12 - 20 คะแนน)     | 0               | 0.0    | 31               | 51.67  |
| ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 9.30 $\pm$ 1.65 |        | 13.83 $\pm$ 4.24 |        |
| ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด ; ค่าสูงสุด)   | 10 (6 ; 11)     |        | 15 (7 ; 20)      |        |

เมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนน ADL ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนน ADL ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

### 3.6 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการหลังใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมจำนวน 75 คน พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.00$ ,  $SD. = 0.70$ ) โดยข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ข้อ 4 ความสะดวกในการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในสมุดบันทึก ( $\bar{x} = 4.26$ ,  $SD. = 0.67$ ) รองลงมาเป็นข้อ 3 เนื้อหาครอบคลุมความต้องการในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และช่วยให้เข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $\bar{x} = 4.12$ ,  $SD. = 0.69$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ข้อ 7 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (สมุดบันทึก) ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น ( $\bar{x} = 3.85$ ,  $SD. = 0.82$ ) รองลงมาเป็นข้อ 9 ความพึงพอใจในรูปแบบและโครงสร้างของสมุดบันทึก ( $\bar{x} = 3.91$ ,  $SD. = 0.67$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ยคะแนน และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (n=75)

| ประเด็นประเมินความพึงพอใจ   | $\bar{x}$ | SD.  | ระดับ     |
|---|-----------|------|-----------|
| 1.รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (สมุดบันทึก) ช่วยติดตามอาการและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย  | 4.03      | 0.80 | มาก       |
| 2.คำอธิบายและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจได้ง่าย  | 3.97      | 0.83 | มาก       |
| 3.เนื้อหาครอบคลุมความต้องการในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และช่วยให้เข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง   | 4.12      | 0.69 | มาก       |
| 4.ความสะดวกในการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในสมุดบันทึก  | 4.26      | 0.67 | มากที่สุด |
| 5.ความชัดเจนของเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในสมุดบันทึก   | 4.03      | 0.76 | มาก       |
| 6.การใช้งานสมุดบันทึกช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น   | 3.94      | 0.69 | มาก       |
| 7.รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (สมุดบันทึก) ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น | 3.85      | 0.82 | มาก       |
| 8.ความสะดวกในการใช้สมุดบันทึกในการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรสาธารณสุข กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน   | 3.94      | 0.60 | มาก       |
| 9.ความพึงพอใจในรูปแบบและโครงสร้างของสมุดบันทึก  | 3.91      | 0.67 | มาก       |
| 10.ความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (สมุดบันทึก)  | 4.00      | 0.70 | มาก       |

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สมุดบันทึกการดูแล เป็นเครื่องมือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ หลังจากใช้รูปแบบฯ ผู้ดูแลหลักมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.53 เป็น 9.02 ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ สามารถเพิ่มศักยภาพและทักษะด้านความรู้ของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การรับรู้ในทุกองค์ประกอบตามแนวคิด Health Belief Model ได้แก่ ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง ประโยชน์ สิ่งกระตุ้น และความสามารถในการดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างชัดเจน ขณะที่การรับรู้อุปสรรคในการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจมากขึ้นและมีความมั่นใจในการจัดการปัญหา การใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่เน้นการประเมินและให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ส่งผลให้

ผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในเชิงบวกมากขึ้น รวมถึงลดการรับรู้อุปสรรคในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ที่ระบุว่า “การรับรู้” มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ<sup>(7)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ Watkins และคณะ ที่พบว่า การให้ความรู้และเครื่องมือสนับสนุนแก่ผู้ดูแลมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลและลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแล<sup>(12)</sup>

ผลจากการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้เหล่านี้สอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ดูแล ซึ่งดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 3.17 เป็น 4.47 ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าความรู้และการรับรู้ที่ถูกพัฒนา ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลจริงในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล โดยผลจากความรู้และการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลัก<sup>(13)</sup> ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องๆ สอดคล้องกับผลการวิจัยของเกษร อิมสุข ที่พบว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในบ้านจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้กำหนดกรอบการดูแลสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งด้านตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(14)</sup> ในด้านผู้ป่วย การประเมิน ADL พบว่ามีแนวโน้มพึ่งพาน้อยลงหลังการใช้รูปแบบฯ โดยผู้ป่วยที่เคยอยู่ในระดับพึ่งพารุนแรงลดลงเหลือเพียงร้อยละ 15.00 และผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 46.67 ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของการดูแลที่ได้รับจากผู้ดูแลหลักโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของหนึ่งนุช บุตรวัง ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้เทคนิค Coaching ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด<sup>(15)</sup> นอกจากนี้ ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านความสะดวกในการใช้งานสมุดบันทึกและความครบถ้วนของเนื้อหาที่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม<sup>(16)</sup> ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อีกทั้งสนับสนุนบทบาทของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการทำงานร่วมกับครอบครัว<sup>(17)</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะ

1) ส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนนำรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องๆ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักประจำ สามารถดำเนินการผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการจัดทำสื่อหรือเครื่องมือ เช่น สมุดบันทึกการดูแล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว

2) ผลักดันให้เกิดนโยบายหรือแนวทางสนับสนุนเชิงระบบ เช่น การกำหนดงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน การจัดอบรมผู้ดูแลในชุมชน และการประเมินผลตามเกณฑ์คุณภาพบริการ เพื่อส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรดำเนินการวิจัยในระยะยาวเพื่อติดตามผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อสุขภาพผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแลในช่วง 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

2) ควรมีการประเมินผลของรูปแบบฯ ต่อภาวะเครียด ความเหนื่อยล้า หรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลระยะยาวที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยรวม

3) พัฒนาหรือศึกษาการใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ร่วมกับสมุดบันทึก เพื่อเพิ่มความสะดวกในการติดตามข้อมูลและการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว

### เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, Fisher M, Pandian J, Lindsay P. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke*. 2022 Jan;17(1):18-29. doi: 10.1177/17474930211065917. Erratum in: *Int J Stroke*. 2022 Apr;17(4):478. doi: 10.1177/17474930221080343. PMID: 34986727.
2. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Stroke Facts. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cdc.gov/stroke/data-research/facts-stats/index.html>
3. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข.(2567).การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ-อัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้นเมื่อ: 10 เมษายน 2567, เข้าถึงได้จาก: [https://udn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=9bf46fa15f85178a05b665ae986bd467](https://udn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=9bf46fa15f85178a05b665ae986bd467)
4. รายงานสถิติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2566-2567
5. เขตสุขภาพที่ 10. (2564). แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI และ Hip fracture. อุบลราชธานี: อัลติเมท พรินต์ติ้ง จำกัด.
6. ศील เทพบุตร.การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *สวรค์ประชารักษ์เวชสาร* 2563;17(3):112-124.
7. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328-35.
8. Kemmis S, McTaggart R. *The Action Research Planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
9. ธวัชชัย วรพงษ์, สุรีย์พันธ์ วรพงษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power. 2561:11-21.
10. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.ชุดความรู้โรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤศจิกายน 1]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.med.nu.ac.th/dpmed/fileKnowledge/351\\_2022-04-28.pdf](http://www.med.nu.ac.th/dpmed/fileKnowledge/351_2022-04-28.pdf)
11. นงนุช แยมวงษ์.คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2557; 21(1):37-44.
12. Watkins C, et al. The effect of education and support tools on stroke caregivers' ability and psychological burden: a systematic review. *Front Psychol*. 2017;8:2045. doi:10.3389/fpsyg.2017.02045.

13. คำหม่อม ดวงมัลย์. ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพร่. (PMJCS) Phrae Medical Journal and Clinical Sciences 2021; 28(1 SE-), 92–106. <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10546>
14. เกษร อิมสุข. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2554;29(3):15-29. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/5305>
15. หิรัญช บุตรวัง. การศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะผู้ดูแลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร.[อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 2568 เมษายน 15]. เข้าถึงได้จาก: [https://skko.moph.go.th/dward/document\\_file/oa/research\\_file\\_name/20240223155156\\_842274824.pdf](https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20240223155156_842274824.pdf)
16. นันทกาญจน์ ปักซี่, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง และ สิริรัตน์ ลีลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. Rama Nurs J 2559; 22(1): 65-80.
17. ธีรานุช วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์, พิสิษฐ์ สมงาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนืองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2563;6(4):61–71. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247576>