

# กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม ตำบลสงเปลือย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

## Participatory care process for subacute stroke patients at home

Song Nuea Subdistrict, Khao Wong District, Kalasin Province.

(Received: June 28,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

วิชุนี ละม้ายศรี<sup>1</sup>

Witchunee Lamaisri<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน บทบาททีมสหวิชาชีพ บทบาทภาคีเครือข่ายในชุมชน และผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลเขาวง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพจำนวน 13 คน และภาคีเครือข่ายตำบลสงเปลือย จำนวน 57 คน รวม 70 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกผลการดูแล และแบบวัดความเข้าใจบทบาทของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ สถิติ F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA, Dependent t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมขึ้นทะเบียนผู้ป่วย, ประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน, จัดเตรียมบ้าน ชุมชน และญาติหรือผู้ดูแล, วางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, ดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน และติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านในช่วงปีงบประมาณ 2565 (ค.ศ.64-ก.ย.65) ได้ทั้งหมด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ย barthel index ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายมีความเข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มมากขึ้น

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีส่วนร่วม

### ABSTRACT

This research was a participatory action research. The objective was to study the health status and context of stroke patients. The process of continuing care for the patient at home The role of the multidisciplinary team The role of network partners in the community and the effect of participatory home care process for subacute stroke patients at Khao Wong Hospital The sample consisted of A multidisciplinary team of 13 people and 57 members of Song Nuea sub-district network associates, a total of 70 people. Data were collected from care results records. and an understanding of the roles of multidisciplinary teams and network partners between October 2021 – September 2022, a total of 12 months. Data analysis by Descriptive statistics were frequency distribution, percentage, arithmetic mean. and standard deviation Inferential statistics were used, F-test, One way ANOVA, Dependent t-test and Content Analysis.

The results showed that Home care process for subacute stroke patients by a multidisciplinary team and network partners in the community to participate in patient registration, coordinating

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเขาวง

multidisciplinary teams and network partners in the community, preparing houses, communities and relatives or carers, planning continuation of care for patients at home, taking care of patients sick according to home care plans and follow up and assess the rehabilitation results of patients at home resulting in continuous care of subacute stroke patients at home during the fiscal year 2022 (Oct. 21-Sep. Suffering from subacute stroke The after operation was higher than before the statistical significance at the .05 level, including the multidisciplinary team. And network partners have a better understanding of the role of continuous care of subacute stroke patients at home.

**Keywords:** cerebrovascular disease patients participation

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกกันว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทางการแพทย์เรียกว่า STROKE เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำงานที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) ซึ่งมากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ และยังพบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน<sup>1</sup>

ภาวะวิกฤตของโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดแบบเฉียบพลัน ก่อให้เกิดความรุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความพิการในระยะยาวหากผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ แต่ถ้าหากไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอาจทำให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนและส่งผลให้เกิดความพิการที่ถาวรตามมา จากการศึกษาของ คุปต์นิตติชัยกุล และคณะ<sup>2</sup> พบว่า หลังได้รับการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยในเป็นเวลาประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการใช้งาน, สภาวะทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ แลงแฮมเมอร์ และคณะ<sup>3</sup> พบว่าหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและมีความสามารถในการใช้งานของรายคนและล่างที่ดีขึ้น

ระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปัจจุบันมีความก้าวหน้ามากมายสำหรับการดูแลผู้ป่วย "ภาวะเฉียบพลัน" โดยมีเป้าหมายคือการรอดชีวิต แต่มีระบบบริการสุขภาพที่หล่นหายไปในระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งเฉียบพลันหรือภาวะฟื้นวิกฤตคือ "หกเดือนทอง" (Golden period) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนพิการที่ต้องการการพึ่งพิงจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามหลักการ "การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะกลาง" (intermediate care) "การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะกลาง" ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยหลังระยะเฉียบพลันที่มีอาการทางคลินิกที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ (subacute care) แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation program) และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมรอบด้าน (holistic care) โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach)

อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน (community continuous care) เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ และคืน "คนพิการที่มีศักยภาพ" ให้ชุมชน แทนการทำงานเพื่อดูแล "คนป่วยติดบ้านติดเตียง" แต่เพียงอย่างเดียว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระและความกังวลใจของญาติ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมถึงเป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในชุมชน

กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่บุคคล องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหา ปรับปรุง พัฒนางานให้เกิดประโยชน์กับบุคคล องค์กรหรือชุมชน ซึ่งบุคคล องค์กรอาจเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจ ปฏิบัติ ใช้หรือรับประโยชน์ และประเมินผล อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทุกองค์ประกอบก็ได้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ความรู้ ความชำนาญของแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตอบสนองความต้องการคนในชุมชนหรือองค์กร ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชนหรือองค์กร ดังการศึกษาของสุทธิรัตน์ บุษดี (2565)<sup>4</sup> ที่พบว่ากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน ร่วมกับพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลเชื่อมโยงกับเครือข่าย พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน พัฒนาการจัดระบบบริการเชิงรับ พัฒนาการสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งทำให้ผู้ป่วย/ญาติและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.76 และร้อยละ 86.58 ตามลำดับ ความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านและต่อนวัตกรรม ระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 93.79 และร้อยละ 97.24 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย barthel index of ADL ก่อนและหลังจำหน่ายเมื่อครบ 6 เดือน พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และยัง

สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศศักดิ์ ชินชัยและคณะ (2565)<sup>5</sup> ที่พบว่าหลังได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และมีคะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยรวม และด้านการมีบทบาทในงานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

โรงพยาบาลเขาวงได้จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องขึ้น เพื่อเป็นศูนย์การประสานงานทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีบทบาทสำคัญได้แก่ การให้ข้อมูลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย การรับส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และองค์ความรู้ รวมถึงการสร้างร่วมมือกับภาคีเครือข่ายดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบงานศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลเขาวง จึงสนใจที่จะศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บทบาทของทีมนสหวิชาชีพ บทบาทของชุมชน และผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการแก้ไขปัญหาให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่อยู่ในชุมชนได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระและความกังวลใจของญาติ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมถึงเป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในชุมชน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

3. เพื่อศึกษาบทบาทต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้าน แบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

4. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้าน แบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

### รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา เรื่อง กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ศึกษาในปีงบประมาณ 2565 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 รวม 12 เดือน โดยที่ PAR คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. ศึกษาภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. กำหนดกิจกรรม
3. กำหนดบทบาท
4. ดำเนินการ
5. ติดตามประเมินผล และถอดบทเรียน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ได้แก่ พื้นที่อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาคั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบยักกลุ่ม (Cluster sampling) ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันอาศัยอยู่ ผลการสุ่มได้พื้นที่ตำบลสงเปลือย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1) ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คนและนักโภชนาการ จำนวน 1 คน รวม 13 คน

2) ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 5 คน ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน จำนวน 16 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์โฮมสุข จำนวน 10 คน อสม. จำนวน 16 คน และผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย จำนวน 7 คน รวม 57 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

1.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1.1 ศึกษาภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1.2 กำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1.3 กำหนดบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1.4 ดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1.5 ติดตามประเมินผล และถอดบทเรียน

1.2 รูปแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ รายละเอียด

ตารางที่ 1 รูปแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้าน  
อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ รายละเอียด

| กิจกรรม                 | วิธีการ/ขั้นตอน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.ระยะก่อน<br>ดำเนินการ | 1.ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<br>2.ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลต่อเนื่องไปที่บ้านและในชุมชน<br>3.ประชุมทีมเพื่อทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการวางแผนการจำหน่ายที่ผ่าน<br>มา<br>4.พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<br>5. ลงพื้นที่เพื่อศึกษาข้อมูลของชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภาคีเครือข่ายในชุมชน<br>6. แต่งตั้งทีมภาคีเครือข่ายและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม ค้นข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ชุมชน<br>รวมทั้งร่วมสำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการและประเมิน<br>ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งประเมินศักยภาพผู้ดูแล<br>ผู้ป่วย<br>7.ทีมสหวิชาชีพร่วมกันกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาผู้ป่วยเป็นรายกรณีกับภาคีเครือข่าย รวมทั้งจัดหาวัสดุ<br>อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย                                                                                                                                   |
| 2.ระยะ<br>ดำเนินการ     | 1. พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพพ.ส.ด.และภาคีเครือข่าย โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วย<br>โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ด้านการพยาบาล เช่น<br>การดูแลแผล การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายอาหารและสายสวนปัสสาวะ การประเมินภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น<br>ความรู้ด้านยา ความรู้ด้านการดูแลฟันและช่องปาก และความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง<br>กายภาพบำบัด การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การขึ้นทะเบียนคนพิการ ความรู้ด้าน<br>การแพทย์แผนไทยและความรู้ด้านโภชนาการ<br>2. จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งตามระดับความสามารถในการทำ<br>กิจวัตรประจำวัน (ADL) ความรุนแรงของโรค<br>3. กำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบแก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์โฮมสุข อสม. โดยมอบหมายผู้ป่วยรายกรณี<br>แก่เจ้าหน้าที่ศูนย์โฮมสุข อสม. ที่ผ่านการอบรม<br>4.จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน<br>3. ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด พร้อมทั้งติดตามดูแลและ<br>ประเมินสภาพผู้ป่วย (จำนวนครั้งและความถี่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ปัญหาจิตสังคมและความ<br>พร้อมของครอบครัว) |
| 3.ประเมินผล             | 1. ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

1.3 การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ  
และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วม  
ของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 2 การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

| กิจกรรม                     | ผู้รับผิดชอบ                  |
|-----------------------------|-------------------------------|
| กำหนดกิจกรรม                | ทีมสหวิชาชีพ                  |
| แลกเปลี่ยนเข้าใจจุดมุ่งหมาย | ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย |
| กำหนดบทบาท                  | ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย |

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการดูแลผู้ป่วย, แบบวัดความเข้าใจบทบาทของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .934

### ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. กำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. กำหนดบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
4. ดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
5. ติดตามประเมินผล ถอดบทเรียน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ประกอบด้วย 1 F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Dependent t-test ในการเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (ที่มา : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล 2564, คู่มือแนวทางการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน 2563,แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2559)

1.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ประเมินอาการและภาวะ Multiple impairment ร่วมกับทีมตึกผู้ป่วยในหรือชุมชน แจ้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) และบันทึกข้อมูลในระบบ IMC ของ สปสช เป็นบทบาทของ แพทย์พยาบาล IPDและนักกายภาพบำบัด

1.2 การประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ประสานศูนย์เครื่องมือแพทย์ในกรณีผู้ป่วยต้องการ

อุปกรณ์ทางการแพทย์ ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี และประสานทีมรพ.สต. และ อสม. และ อปท.ในพื้นที่ เป็นบทบาทของพยาบาล COC

1.3 จัดเตรียมบ้าน ชุมชน และญาติหรือผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ จัดเตรียมสภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วย, จัดเตรียมความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแล, ประสานงานกับ อปท. ในพื้นที่เพื่อดูแลด้าน social care เป็นบทบาทของพยาบาล COC

1.4 วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ประเมินอาการและประเมินสุขภาพจิต (2Q) ก่อนส่งกลับบ้าน และประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับสหวิชาชีพ ประกอบด้วย บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมรอบด้าน และโปรแกรมการดูแลที่บ้าน เป็นบทบาทของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

1.5 ดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ประสานภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วย ประเมินอาการผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ BI และประเมินภาวะ Impairment ดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เป็นบทบาทของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

1.6 ติดตาม ประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ติดตามประเมินความก้าวหน้าการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 6 เดือน เปรียบเทียบผลความก้าวหน้าผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และพิจารณาผลการประเมินจำหน่าย และส่งต่อตามระดับผลประเมินอาการ BI เป็นบทบาทของ นักกายภาพบำบัดและพยาบาล COC

## 2. ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

2.1 ผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเขาวง พบว่า ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมในช่วงปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-ก.ย.65) ได้ทั้งหมด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ย barthel index ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความเข้าใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการมีความเข้าใจ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านโดยรวมและรายกิจกรรม ได้แก่ การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย, การประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน, การจัดเตรียมบ้าน ชุมชน และญาติหรือผู้ดูแล, การวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน และการติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน มากกว่าก่อนดำเนินการ

### สรุปและอภิปรายผล

สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง

ร้อยละ 71.43 ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพนั้น ผู้ป่วยต้องการให้ทีมสหวิชาชีพสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ คำแนะนำทางการแพทย์ การทำกายภาพบำบัด การดูแลสุขภาพความเป็นอยู่ และแรงสนับสนุนจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ทองเต็มและคณะ (2565)<sup>6</sup> ที่พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับรูปแบบบริการฟื้นฟูแต่ละรูปแบบอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งกลับบ้าน ร่วมกับการให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และการศึกษาของทีพบว่า ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน จากการศึกษาทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชนสามารถออกติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้าน ได้ทั้งสิ้น 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 (เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 70) ทั้งนี้เนื่องจากทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้มีการศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดกิจกรรมและกำหนดบทบาทเกี่ยวกับกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย, การประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน, การจัดเตรียมบ้าน ชุมชน และญาติหรือผู้ดูแล, การวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน และการติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน แล้วดำเนินการตามบทบาทที่กำหนด ติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนร่วมกันอย่างเต็มที่ เป็นทีมสุขภาพที่เข้มแข็ง สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วม และการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิยา ภูงาม และชนิษฐา ทาพรมมา (2564)<sup>7</sup> ได้ศึกษาการพัฒนาารวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาารวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลอย่างชัดเจนให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) การกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร และพยาบาล ตัวแทนหน่วยบริการเครือข่าย 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมความคิดเห็น ร่วมกันกำหนดแบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางทุกวิชาชีพสามารถลงบันทึกสื่อสารกันในทีมผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเป็นแผนที่มีจำนวนวันนอน 4 วัน ญาติผู้ดูแลหลักมีความพร้อมและสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง 4) การกำหนดแบบบันทึกการส่งต่อและติดตามการดูแลต่อเนื่อง และการศึกษาของทรัพย์ทวี หิรัญเกิดพรภักตรา แสนเหลา และกมลรัตน์ ทองสว่าง (2564)<sup>8</sup> ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนให้ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล ทำให้ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจในภาพรวมหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้ระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การศึกษาของ สุทธิรัตน์ บุขดี (2565)<sup>4</sup> ยังพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลเชื่อมโยงกับเครือข่ายพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน พัฒนาการสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง สร้างการมีส่วนร่วมและจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน ทำให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.76 และร้อยละ 86.58 ความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมาก - มากที่สุดร้อยละ 93.79 และร้อยละ 97.24 การเปรียบเทียบคะแนน barthel

index of ADL ขณะจำหน่ายกับเมื่อครบ 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Asymp Sig 0.000)

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสามารถมีบทบาทสำคัญในการเป็นจุดเชื่อมต่อดังกล่าว โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดกิจกรรมและกำหนดบทบาทเกี่ยวกับกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย, การประสานงาน

ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน, การจัดเตรียมบ้าน ชุมชน และญาติหรือผู้ดูแล, การวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน และการติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้าน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ชุมชน และระดับความเข้มข้นของการมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านในอนาคตต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, (2565). กรมควบคุมโรค ผนึกกำลังโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน [ออนไลน์]  
<https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623> สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565
2. .Kuptniratsaikul V., Kovindha A., Massakulpan P., Permsirivanich W., Kuptniratsaikul P.S.-A.Inpatient rehabilitation services for patients after stroke in Thailand: A multi-centre study. Journal of Rehabilitation Medicine2009.41;(8):684-686
3. Langhammer B, Lindmark B, Stanghelle JK. Stroke patients and long-term training: is it worthwhile? A randomized comparison of two different training strategies after rehabilitation. Clinical Rehabilitation. 2007;21(6):495-510.
4. สุทธิรัตน์ บุษดี. (2565) การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 19(1) 193-206
5. พิศักดิ์ ชินชัย ศิริพันธ์ คงสวัสดิ์ สุรพงศ์ กาบวัง นิรันดร์ จันทรชัย (2565). คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 31(2).
6. นันทพร ทองเต็ม, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ศรีธยา โสสิตะมงคล.(2564). ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 40(3) 78 – 96
7. นันทยา ภูงาม และชนิษฐา ทาพรมมา.(2564) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 7(1) 1-14
8. ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด พรภักธา แสนเหลา และกมลรัตน์ ทองสว่าง (2564) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลบ้านไผ่ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ วารสารพยาบาล, 70(4), 34-43, 2564