

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

Development of Intermediate care of stroke patient model in community. using by participation of network partners Mueang Lamphun District, Lamphun Province.

(Received: June 23,2024 ; Revised: June 27,2024 ; Accepted: June 29,2024)

วัชรพร ดวงแก้ว¹, อรทัย ธรรมป็อก¹, ธนิตา จิตนารินทร์¹, อัญชลี ศรีสุตา¹, มาลีวรรณ เกษตรทัต¹

Watcharaporn Daungkaew¹, Orathai Thummapok¹, Thanita Jitnarin¹, Anchalee Srisuta¹, Maleewan Kasettath¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ทำการศึกษาในช่วงเดือนธันวาคม 2566 – เดือนพฤษภาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 145 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 145 คน ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น ก่อนพัฒนาคะแนน ADL เฉลี่ย ก่อนพัฒนามีค่า 8.86 คะแนน ภายหลังการพัฒนามีค่า 9.50 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ย ADL ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.84$)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง, การพยาบาลต่อเนื่องในชุมชน, การมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย

Abstract

This research was participatory action research aimed to develop and use a model for continuous Intermediate care for stroke patients in the community. using the participation of network partners Mueang Lamphun District, Lamphun Province, studied during the month December 2023 - May 2024, a sample group of 145 Intermediate care stroke patients, 145 caregivers, health care team of 11 people. The research tools included an interview form, an interview form for the multidisciplinary team and network partners. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians, and qualitative content analysis.

The results found that After developing the model, it was found that there was increased satisfaction. Before development, the average ADL score before development was 8.86 points, after development it was 9.50 points. When tested with paired t-test statistics, it was found that the average ADL score after developing the model for continuous mid-term stroke care in the community. using the participation of network partners, mean score increased significantly more than before development at the .05 level ($t = 2.84$).

Keywords: Intermediate care stroke, continuing nursing care in the community, participation in network partners

¹ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

บทนำ

สถานการณ์โลกจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมีการเพิ่มขึ้นทุกปีปัจจุบันพบประมาณ 15 ล้านคนทั่วโลก และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลกอีกด้วย ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากมักมีความพิการหลงเหลือ โดยเฉพาะทรงตัวและการเคลื่อนไหว ประสาทการรับรู้การสื่อสาร อารมณ์ ด้านครอบครัว สังคม และยังพบว่าส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี¹

ประเทศไทยในปี 2564 - 2566 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 330, 332 และ 336 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และยังพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี 2564-2566 เป็นร้อยละ 11.00, 11.02 และ 12.25 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี² ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงการฟื้นฟูระยะกลาง ในปี 2566 มีเพียงร้อยละ 12.89 เท่านั้น และจากผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 17.86 ที่เข้ารับการรักษาทันในช่วง Golden period และได้นอนโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟู จะมีแค่ ร้อยละ 4 ที่พ้นระยะวิกฤติ และจะถูกจำหน่ายให้กลับบ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เป็นการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่แล้วแต่ยังมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 15 คะแนน ร่วมกับความบกพร่อง และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ จำเป็นต้องได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะกลางต้องติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน ครอบครัว และชุมชนที่อาศัย การเพิ่มสมรรถนะร่างกายและจิตใจให้กลับมามีคุณภาพ

ชีวิตที่ดี การฟื้นตัวที่ดี มีภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุด ลดความพิการ ทุพพลภาพ ลดการเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และสามารถใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติ ลดงบประมาณด้านการรักษาของภาครัฐ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยบุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญร่วมกับญาติผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจึงประสบผลสำเร็จ³

โรงพยาบาลลำพูน ในปี 2564-2566 พบอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 221.36, 231.75 และ 247.88 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มการป่วยเพิ่มขึ้นในทุกปี อัตราการตายที่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 8.37, 8.80 และ 7.68 ตามลำดับ ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 724 คน แบ่งเป็นประเภทผู้ป่วยได้ดังนี้ ผู้ป่วยประเภท Spinal Cord Injury ร้อยละ 63.81 รองลงมา Traumatic Brain Injury ร้อยละ 60.49 และ Fragility hip fracture ร้อยละ 21.13 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 145 คน ได้รับการดูแลตามกระบวนการ Service plan โดยเน้นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดอัตราการป่วยและตาย พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม รวมทั้งสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การติดตามตัวชี้วัดผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index ได้ค่า 20 ก่อนครบ 6 เดือน ในปี 2562-2564 มีค่าน้อยกว่า ร้อยละ 75 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด⁴ ปัญหาที่พบเบื้องต้น คือ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัวชุมชนและภาคีเครือข่าย

จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องโดยการใช้

ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปจนถึงครอบครัวและชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสู่ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) พื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนในเขตรับผิดชอบ และ ภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 145 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 145 คน ทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพศูนย์ดูแล

ต่อเนื่อง 3 คน และ นักกายภาพบำบัด 6 คน รวมสหวิชาชีพ จำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่ม ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ญาติผู้ดูแล และการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน แบบสัมภาษณ์โรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน แบบสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปและเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ขั้นตอนของการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน ศึกษากระบวนการ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน ปัญหาความต้องการของบุคลากรผู้ให้บริการ สังเกตการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมวิเคราะห์สรุปประเด็นปัญหาความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และความต้องการของบุคลากร นำเสนอ ต่อคณะกรรมการทีมผู้บริหาร ทีมคลินิก กำหนดประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชนร่วมกัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วยวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต(Observing) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) ดำเนินการในช่วงเดือน มกราคม-

มิถุนายน ปี 2566 รวมระยะเวลา 6 เดือน สะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พัฒนาที่มติดูแลต่อเนื่องพัฒนารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน โดยจัดประชุมความรู้โรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แผนผังการไหลของงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล การวิเคราะห์และถอดบทเรียนจาก กระบวนการพัฒนา และประเมินผลการมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ การวางแผนการดำเนินงานตามแผนความคิดเห็นร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาปฏิบัติกิจกรรมตามแผน และมีการสะท้อนผลการปฏิบัติสรุปบทเรียนจากการปฏิบัติเป็นระยะ ปรับปรุงวิธีปฏิบัติในวงจรใหม่ที่เหมาะสม ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานความสำเร็จของงานเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยมีการแจกแจง ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอึดตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในกลุ่มตัวอย่าง 145 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 57 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.31 รองลงมาเป็น เพศชาย จำนวน 88 คน ร้อยละ 60.69 ผู้ป่วยส่วนมากอายุน้อยกว่า 60 ปี

จำนวน 43 คน ร้อยละ 29.66 รองลงมาอยู่ในช่วง 60-65 ปี จำนวน 34 คน ร้อยละ 23.45 และช่วงอายุ 66-70 ปี จำนวน 31 คน ร้อยละ 21.38 ตามลำดับ (Mean $\pm$ SD = 63.21 $\pm$ 1.24, Min=30, Max=87) อาชีพส่วนมาก ทำไร่ทำนา จำนวน 50 คน ร้อยละ 34.48 รองลงมา รับจ้างทั่วไป จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.59 และ ค้าขาย จำนวน 34 คน ร้อยละ 23.45 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด 145 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 ศาสนา ระดับการศึกษา ส่วนมาก ไม่ได้ศึกษา จำนวน 37 คน ร้อยละ 25.52 รองลงมา ประถมศึกษาและปริญญาตรี จำนวน 32 คน เท่ากัน ร้อยละ 22.07 และมีมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย จำนวน 22 คน ร้อยละ 15.17 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 105 คน ร้อยละ 72.41 รองลงมาคือ เพศชาย จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.59 อายุส่วนมาก อยู่ในช่วง 51-60 ปี

จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 30.34 รองลงมาช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 36 คน ร้อยละ 24.83 และ ช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 20 คน ร้อยละ 13.79 ตามลำดับ (Mean $\pm$ SD = 50.71 $\pm$ 1.65, Min= 23, Max=61) ส่วนมากมีอาชีพทำไร่ทำนา จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.59 รองลงมาค้าขาย จำนวน 48 คน ร้อยละ 33.10 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 32 คน ร้อยละ 22.07 ตามลำดับ นับถือศาสนา พุทธทั้งหมด 145 คน ร้อยละ 100.00 การศึกษาส่วนมากมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.59 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 38 คน ร้อยละ 26.21 และ ประถมศึกษา จำนวน 25 คน ร้อยละ 17.24 ตามลำดับ ความเกี่ยวข้องส่วนมากเป็นบุตร จำนวน 82 คน ร้อยละ 56.55 รองลงมาเป็น คู่สมรส จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.59 และ พี่น้อง จำนวน 16 คน ร้อยละ 11.03 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนส่วนมาก อยู่ระหว่าง 5000-10,000 บาท จำนวน 79 คน ร้อยละ 54.48 รองลงมา มากกว่า 10,001 บาท จำนวน 44 คน ร้อยละ

30.34 และ ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 22 คน ร้อยละ 15.17 ตามลำดับ (Mean± SD = 8,000±300.36, Min= 3000, Max=50,000)

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 145 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Hemorrhagic stroke จำนวน 122 คน ร้อยละ 84.14 รองลงมา เป็นประเภท Ischemic stroke จำนวน 23 คน ร้อยละ 15.86 ตามลำดับ แบ่งตามลักษณะได้เป็น Spinal Cord Injury จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.58 รองลงมาคือ Traumatic Brain Injury จำนวน 20 คน ร้อยละ 13.79 และ Fragility hip fracture จำนวน 4 คน ร้อยละ 2.75 ตามลำดับ โรคส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 48 คน ร้อยละ 33.10 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานจำนวน 50 คน ร้อยละ 34.48 และ อ้วนกับหัวใจ เท่ากัน จำนวน 32 คน ร้อยละ 22.07 ตามลำดับ ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบคือ ความอ่อนแรงแขนขา จำนวน 82 คน ร้อยละ 56.55 รองลงมาเดินลำบาก จำนวน 70 คน ร้อยละ 48.28 และ การเข้าห้องน้ำ จำนวน 65 คน ร้อยละ 44.83 ตามลำดับ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน) จำนวน 56 คน ร้อยละ 38.62 รองลงมาไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) จำนวน 53 คน ร้อยละ 36.55 และ ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 19 คน ร้อยละ 13.10 และ ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) จำนวน 17 คน 11.72 ตามลำดับ

การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่เข้าใจว่าจะสามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลชุมชนหรือบ้านได้ ระบบการส่งต่อยังคงขาดการส่งต่อที่เป็นระบบชัดเจน ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจและขาดความตระหนักและความสำคัญของการฟื้นฟูหลังการรักษา และฟื้นฟูที่บ้าน ผู้ดูแลและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากความซับซ้อน การ

กายภาพบำบัด ขาดอุปกรณ์ การปรับปรุงบ้านที่พักอาศัยที่อำนวยความสะดวกของผู้ป่วยและการเข้าห้องน้ำ การสังเกตภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีภาระค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลยังขาดแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ใช้ไปในแนวทางเดียวกัน บุคลากรยังขาดประสบการณ์ และพยาบาลผู้ดูแลไม่ได้ผ่านหลักสูตรการอบรมพยาบาลฟื้นฟู ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดการส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การติดตามเยี่ยมแล้วไม่มีแนวทางการเยี่ยมบ้าน ขาดระบบการบันทึกการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจน ขาดการทำงานร่วมกันกับทีมภาคีเครือข่ายชุมชน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน จากการวิเคราะห์สาเหตุร่วมกันพบว่า

1) สร้างระบบติดตามให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มาตามนัด การติดตามให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัดเป็นไปได้ยาก ขาดการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงต้องวางแผนบทบาทร่วมกับชุมชนใหม่ โดยให้ภาคีเครือข่ายช่วย เช่น อสม. เป็นผู้ติดตาม ผู้นำชุมชนเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ ท้องถิ่นเป็นผู้จัดหารถเมื่อผู้ป่วยเดินทางลำบาก ญาติและผู้ดูแลกำกับและติดตามอย่างเข้มงวดให้มาครบตามนัดให้ได้

2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงได้จัดทำตารางเวรพยาบาลใหม่ ทำการหมุนเวียนให้ครอบคลุม เพิ่มศักยภาพให้มีพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองระยะกลางให้มีเพิ่มมากขึ้น

3) สร้างแนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่จะเข้ารับการรักษา เนื่องจากแพทย์มีการเลือกคัดเลือกละเอียดที่จะเข้ารับบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จึงได้จัดทำแนวทางให้แพทย์ใช้ได้ง่าย เป็นสากล และใช้ร่วมกันทั่วทั้งองค์กรเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

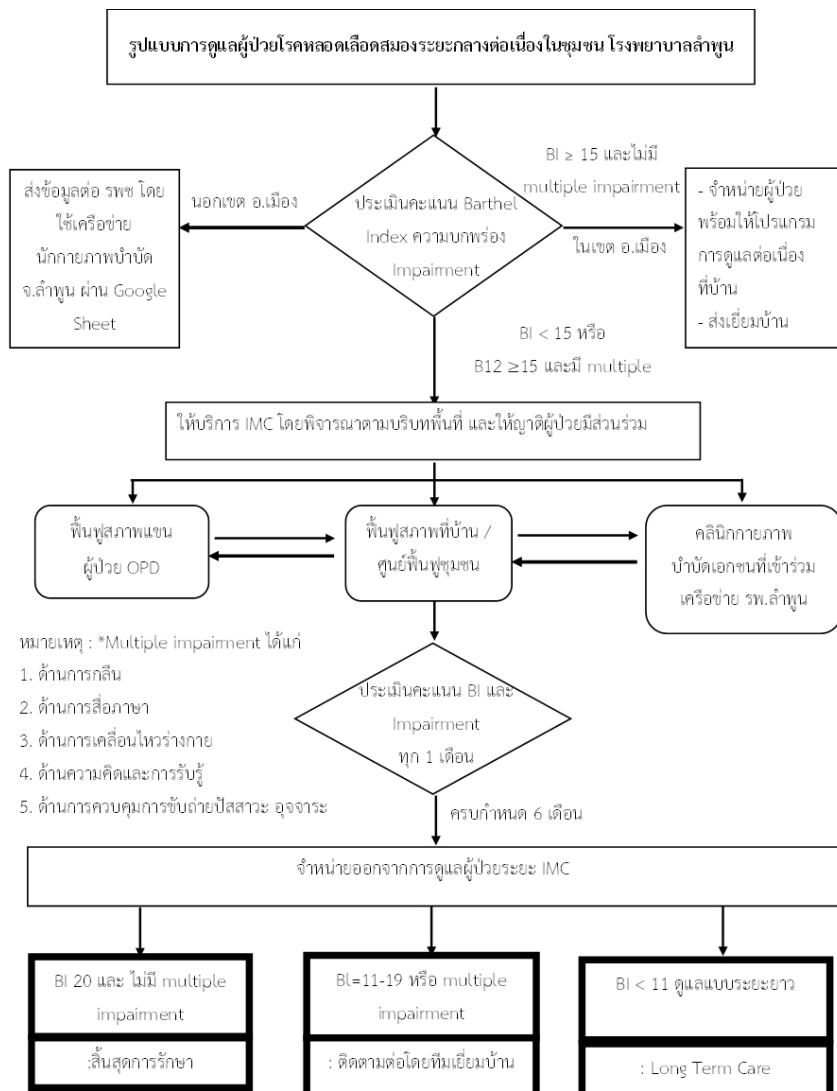
4) ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ในการวางแผน พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน โดยบูรณาการโครงการ งบประมาณร่วมกัน

และกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไปยังชุมชน

5) สร้างศูนย์ฟื้นฟูชุมชน โดยพัฒนาให้โรงพยาบาลชุมชน มีศูนย์ฟื้นฟูชุมชน อย่างน้อยให้มีอำเภอละ 1 แห่ง

6) ให้การดูแลแบบเชิงรุก โดยมีการเยี่ยมบ้านร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายชุมชน มีการเยี่ยมบ้าน

7) พัฒนาระบบติดตามข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน ให้มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ภายหลังการพัฒนาารูปแบบพบว่า ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

กลาง ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ส่วนมากไม่เป็นภาวะพึ่งพิง จำนวน 58 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.00 รองลงมาภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 33.79 ภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 15.17 และ ภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำนวน 16 คน ร้อยละ 11.03 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ก่อนพัฒนาเทียบหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน (n=145)

ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน)	56	38.62	49	33.79
ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน)	19	13.10	16	11.03
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน)	17	11.72	22	15.17
ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน)	53	36.55	58	40.00

ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน (n=145) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) เพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนามีค่า 8.86 คะแนน (SD 5.31 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดี

แอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนา มีค่า 9.50 คะแนน (SD 5.41 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.84$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน (n=145)

รายการ	Means	S.D.	t	p-value
คะแนน ADL ก่อนการพัฒนา	8.86	5.31	2.84	<.001*
คะแนน ADL หลังการพัฒนา	9.50	5.41		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการพัฒนาทักษะบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีทักษะการการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ก่อนการพัฒนาบุคลากรและทีมสหวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบุคลากรผ่านการประเมินทักษะ ร้อยละ 77.26 ภายหลังการพัฒนาในรูปแบบพบว่าบุคลากรและทีมสหวิชาชีพมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.43 ตามลำดับ

ผลการพัฒนาทักษะผู้ดูแลมีความรู้เกิดทักษะตรงตามความต้องการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีทักษะการการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ก่อนการพัฒนาในด้านการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านการประเมินทักษะ ร้อยละ 71.62 ภายหลังการพัฒนาในรูปแบบพบว่า ผู้ดูแลมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.32 ตามลำดับ

ผลการพัฒนาภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมรูปแบบที่ใช้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นรูปแบบที่ได้กำหนดบทบาทของทีมภาคีเครือข่ายชัดเจนขึ้น มีการประสานความร่วมมือและสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายให้เกิดการทำงานเป็นทีมไปในทิศทางเดียวกันและต่อเนื่อง เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลลำพูน ก่อนการพัฒนาภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ร้อยละ 78.66 ภายหลังการพัฒนาในรูปแบบพบว่า ความพึงพอใจในภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 92.38 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนมากอายุน้อยกว่า 60 ปี อาชีพส่วนมากทำไร่นา นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนมากไม่ได้ศึกษาประเภทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมาก

เป็นประเภท Hemorrhagic stroke โรคร่วมโดยส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบคือ ความอ่อนแรงแขนขา เดินลำบาก การเข้าห้องน้ำ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนมากภาวะพึงพิงโดยสมบูรณ์ สอดคล้องกับณัฐธาดา ต้นอ้อย⁵

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 51-60 ปี ส่วนมากมีอาชีพทำไร่นา นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด การศึกษาส่วนมากมัธยมศึกษาตอนปลาย ความเกี่ยวข้องส่วนมากเป็นบุตร รายได้ต่อเดือนส่วนมากอยู่ระหว่าง 5000-10,000 บาท ผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่เข้าใจว่าจะสามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลชุมชนหรือบ้านได้ ระบบการส่งต่อยังคงขาดการส่งต่อที่เป็นระบบชัดเจน ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจและขาดความตระหนักและความสำคัญของการฟื้นฟูหลังการรักษา และฟื้นฟูที่บ้าน ผู้ดูแลและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากความซับซ้อน การกายภาพบำบัด ขาดอุปกรณ์ สอดคล้องกับ วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย และคณะ⁶

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Hemorrhagic stroke รองลงมาเป็นประเภท Ischemic stroke แบ่งตามลักษณะได้เป็น Spinal Cord Injury รองลงมาคือ Traumatic Brain Injury และ Fragility hip fracture ตามลำดับ โรคร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวานจำนวนมาก และ อ้วนกับหัวใจ ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบคือ ความอ่อนแรงแขนขา รองลงมาเดินลำบาก และการเข้าห้องน้ำ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ รองลงมาไม่เป็นการพึ่งพิง และภาวะพึ่งพิงรุนแรง สอดคล้องกับ ดารุณี โนนทิง⁷

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน ประกอบด้วย 7

กระบวนการ ดังนี้ 1) สร้างระบบติดตามให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มาตามนัด 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) สร้างแนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่จะเข้ารับการรักษา 4) ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 5) สร้างศูนย์ฟื้นฟูชุมชน 6) ให้การดูแลแบบเชิงรุก 7) พัฒนาระบบติดตามให้มีความต่อเนื่องเชื่อมโยง สอดคล้องกับ ศีล เทพบุตร⁸

ผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ส่วนมากไม่เป็นภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.84$) ผลการพัฒนาทักษะบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่ามีทักษะการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผลการพัฒนาทักษะผู้ดูแลมีความรู้เกิดทักษะตรงตามความต้องการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น และ ผลการพัฒนาภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมรูปแบบที่ใช้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นรูปแบบที่ได้กำหนดบทบาทของทีมภาคีเครือข่ายชัดเจนภายหลังการพัฒนา

รูปแบบพบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ⁹

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลลำพูน ผู้นำไปใช้ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง โดยสนับสนุนทักษะของพยาบาล ทักษะของผู้ดูแลความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายจึงจะสำเร็จได้

2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ให้ใช้อย่างต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการจึงจะประสบความสำเร็จได้

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ญาติผู้ดูแล และบุคลากร ในโรงพยาบาลลำพูน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (2022). The top 10 causes of death. Retrieved February 21, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#.YhJBDXoc8HO>.
2. กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข 2563. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2565, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/.
3. สถาบันสรีรเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางกายภาพแห่งชาติ. แผนงานเพื่อพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: คลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพสถาบันสรีรเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางกายภาพแห่งชาติ; 2565.

4. โรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). 2566.
5. ณัฐรดา ต้นอ้อย. การพัฒนาการบริการทางไกลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมืองสระแก้ว. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. 2566.
6. วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และคณะ. การวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาวในบริบทชีวิตวิถีใหม่ จังหวัดสงขลา. มุลนิธิภาคใต้ ร่วมกับ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2565.
7. ดารุณี โนนทิง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1): 244-251.
8. ศील เทพบุตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2563;17(3): 112-124.
9. วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการบริหารลพื้นที่ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(2): 119-132.