

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในเขตเมือง



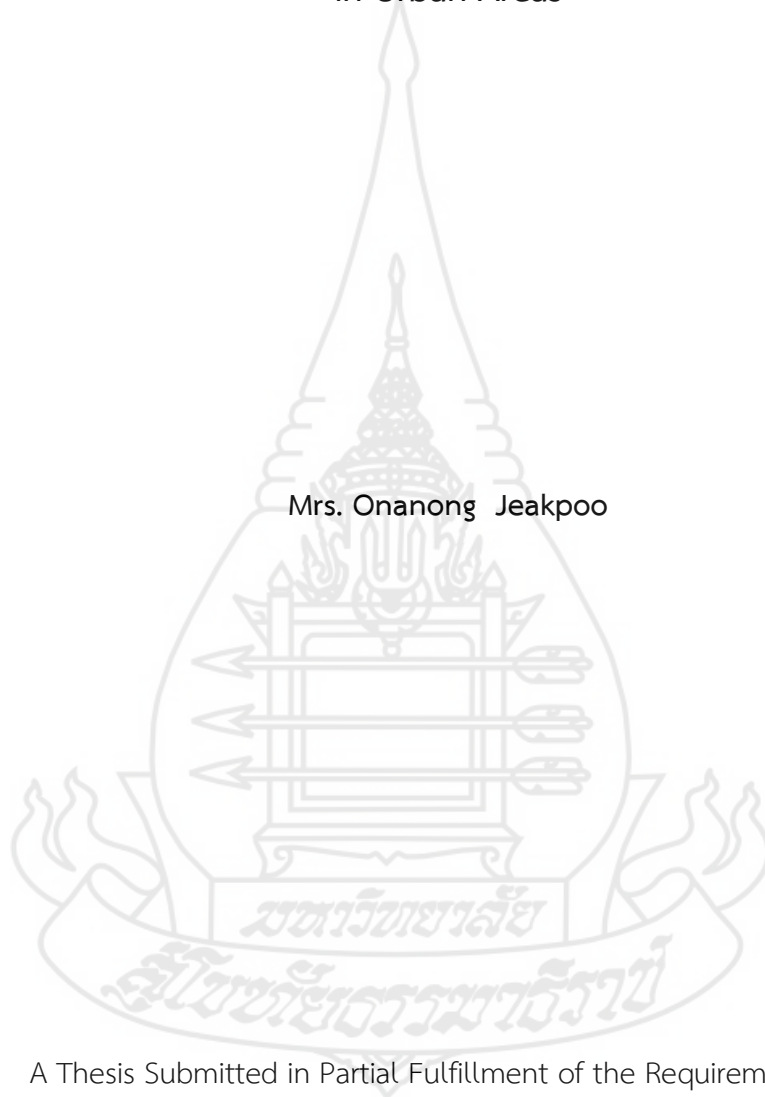
นางอรอนงค์ เจ็กภู

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2564

Development of an Intermediate Care Model for Stroke Patients
in Urban Areas

Mrs. Onanong Jeakpoo



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2021

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
เขตเมือง

ชื่อและนามสกุล นางอรอนงค์ เจ็กภู

แขนงวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ

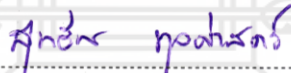
วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2565

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์)



ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง
ผู้วิจัย นางอรอนงค์ แจ็กภู **รหัสนักศึกษา** 2615100589 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ (2) รองศาสตราจารย์ ดร.
นพวรรณ เปี้ยชื่อ **ปีการศึกษา** 2564

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง และ 3) ศึกษาความเหมาะสมของกิจกรรมการดูแลตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามขั้นตอนการวิจัย เป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นเอกสารงานวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต จำนวน 20 เรื่อง 2) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 30 คน และ 3) ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมการดูแลตามรูปแบบการดูแลระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรทางสาธารณสุข แบ่งออกเป็นระดับปฏิบัติงาน จำนวน 20 คน และระดับบริหาร จำนวน 15 คน รวม 35 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถูกเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แนวทางการระดมสมอง 2) แบบสอบถามเพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลัน ได้แก่ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ความคิด ความจำ กลืนลำบาก เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียภาพลักษณ์ แยกตัวจากสังคม ขาดรายได้ ต้องการการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ 2) รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายในการดูแล การรับ-ส่งข้อมูล ทีมให้การดูแลและบทบาทหน้าที่ การประเมินปัญหาและความต้องการ กิจกรรมการดูแลและการประเมินผลการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ 3) ความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง อยู่ในระดับมากที่สุดทุกกิจกรรม

คำสำคัญ รูปแบบการดูแลระยะกลาง ปัญหาและความต้องการการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Thesis title: Development of an Intermediate Care Model for Stroke Patients in Urban Areas

Researcher: Mrs. Onanong Jeakpoo; **ID:** 2615100004; **Degree:** Master of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner); **Thesis advisors:** (1) Dr. Sutteeporn Moolsart, Associate Professor; (2) Dr. Noppawan Piaseu; **Academic year:** 2021

Abstract

The purposes of the research and development were 1) to study problems and needs of care for sub-acute stroke patients 2) to develop an Intermediate Care Model for stroke patients in urban areas and 3) to study the suitability of care activities according to a medium-term care model for stroke patients in urban areas.

The sample was classified according to the study phases. 1) Stage I: The sample consisted of 20 research papers with a scoping review of the literature. 2) Stage II: The sample group was public health personnel involved in stroke care, Village health volunteers, community leaders, stroke patients, and caregivers totaling 30 people. And 3) Stage III: The sample was public health personnel Divided into an operational level of 20 people and management level of 15 people, totaling 35 people. All samples were purposive sampling. The research tools were 1) a brainstorming approach; 2) a questionnaire to assess the appropriateness of Activities based on the Intermediate care model for stroke patients in urban areas. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. And qualitative data by content analysis.

The results showed there were 1) Movement problems, thinking, memory, difficulty swallowing, stress, anxiety, depression, loss of image, Isolated from society, lacking income, requiring comprehensive care in physical, mental, social and economic aspects. 2) The Intermediate care model for stroke patients in the urban area consisted of stroke patients, data transmission, Care team and roles, Assessing problems and needs, Care activities and assessment of physical, mental, social and economic care 3) The suitability of activities according to the medium-term care model for stroke patients in the urban area, all activities were at the highest level.

Keywords: Intermediate care model, Problems and need of care, Stroke patients

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ โดยได้รับความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนการติดตามวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วินเพ็ญ แก้วปาน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัด หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัว หัวหน้าศูนย์แพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณเพื่อน ๆ นักศึกษาปริญญาโท รุ่น 6 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ สามี บุตร ญาติพี่น้อง และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา

อรอนงค์ เจ็กภู

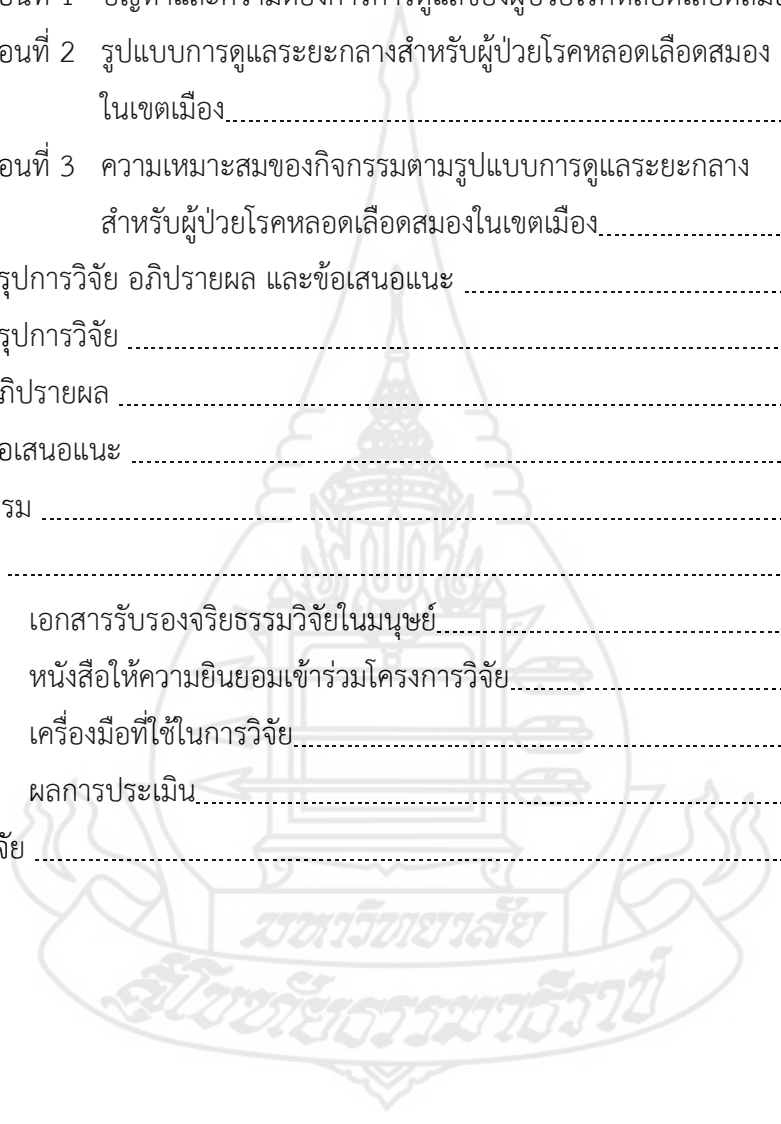
มีนาคม 2565

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ความรู้ทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง	14
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน.....	40
การดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเชื่อมประสาน การดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในพื้นที่ที่ศึกษา.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	65
ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	65
ตอนที่ 2 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง.....	76
ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง.....	91
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	102
สรุปการวิจัย	102
อภิปรายผล	106
ข้อเสนอแนะ	112
บรรณานุกรม	113
ภาคผนวก	118
ก เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์.....	119
ข หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	121
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	128
ง ผลการประเมิน.....	138
ประวัติผู้วิจัย	143

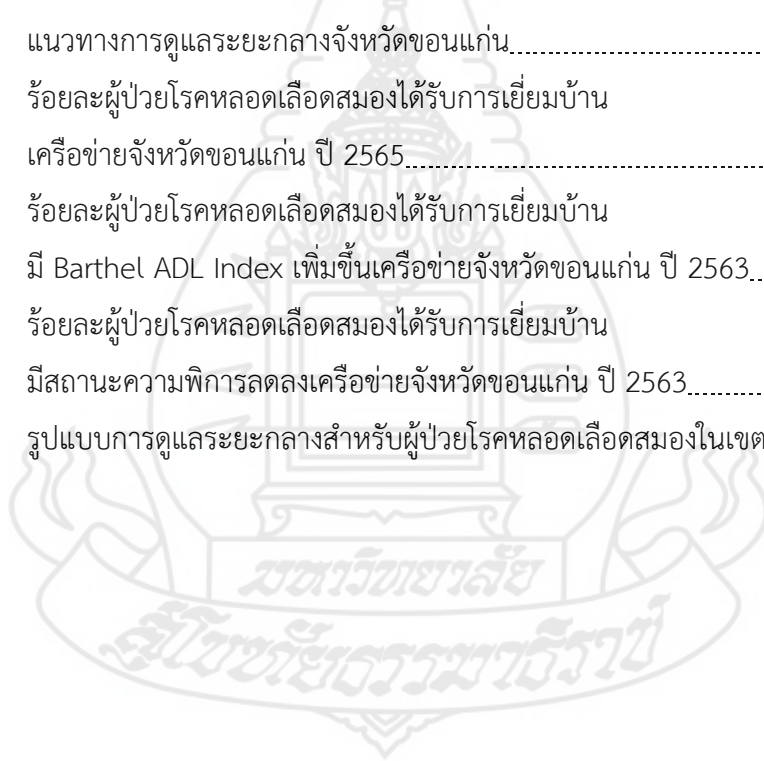


สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1	66
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษาปัญหาและความต้องการ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง.....	66
ตารางที่ 4.2	76
จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมประชุม ระดมสมอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	76
ตารางที่ 4.3	78
จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมประชุมระดมสมอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	78
ตารางที่ 4.4	79
จำนวนและร้อยละของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุม ระดมสมอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	79
ตารางที่ 4.5	83
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง.....	83
ตารางที่ 4.6	92
จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติงานที่ ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	92
ตารางที่ 4.7	94
จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขระดับบริหารที่ประเมิน ความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	94
ตารางที่ 4.8	96
ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสมของกิจกรรม ตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.....	96

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
ภาพที่ 2.1 การส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชน.....	33
ภาพที่ 2.2 การดูแลผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลแม่ข่าย.....	34
ภาพที่ 2.3 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน/แตกที่เข้ารับรักษาใน หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่ข่าย.....	35
ภาพที่ 2.4 การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง.....	51
ภาพที่ 2.5 แนวทางการให้บริการระยะกลาง.....	53
ภาพที่ 2.6 แนวทางการดูแลระยะกลางจังหวัดขอนแก่น.....	53
ภาพที่ 2.7 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้าน เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น ปี 2565.....	54
ภาพที่ 2.8 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้าน มี Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น ปี 2563.....	54
ภาพที่ 2.9 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้าน มีสถานะความพิการลดลงเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น ปี 2563.....	55
ภาพที่ 4.1 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง.....	85



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการพิการและเสียชีวิตของโลก จากรายงานของ องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization, WSO, 2019) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็น สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะประมาณ 116 ล้านคนต่อปี ความชุกของโรคหลอดเลือด สมองที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากการเพิ่มของกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ความเจริญ เติบโตทางดานเศรษฐกิจ และการความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสูงผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่มีภาระโรค (Burden of disease) ค่อนข้างสูง จึงทำให้โรค หลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของโลก

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่าตัวในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา และเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดรวมทั้งมีภาระโรค (Burden of disease) เป็น อันดับ 2 ในเพศหญิง และอันดับ 3 ในเพศชาย จากรายงานสถิติสาธารณสุขของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขและระบบคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) พบว่ามีอัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2561-2563 ดังนี้ อัตราป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมองเท่ากับ 506.20, 542.54 และ 442.56 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เมื่อเทียบราย เขตบริการสุขภาพจากเขตบริการสุขภาพทั้งหมด 12 เขต พบว่า 5 อันดับแรกที่มีอัตราการป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เขต 9, 3, 5, 11 และ เขต 1 ส่วนเขตบริการสุขภาพที่ 7 อยู่ในลำดับที่ 9 ส่วนสถิติอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 47.15, 52.97 และ 52.80 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สำคัญและมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ปี 2563 พบว่า อัตราการตาย 5 อันดับแรกที่มีอัตราการตายด้วยโรค หลอดเลือดสมองสูงสุด ได้แก่ เขต 3, 6, 4, 2 และเขต 5 ส่วนเขตบริการสุขภาพที่ 7 อยู่ในลำดับที่ 10 มีอัตราการตาย 45.13 ต่อแสนประชากร

เขตบริการสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) จากรายงานสถิติ สาธารณสุขของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2562) และระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) ปี 2561-2563 พบว่า มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 471.56, 482.86 และ 642.18 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราการตายเท่ากับ 40.92, 45.13 และ 49.47 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ปี 2563 เมื่อเทียบสถิติป่วยรายจังหวัดใน เขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงสุด ได้แก่ ขอนแก่น ด้วยอัตรา 889.09 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายจังหวัดขอนแก่นอยู่ในอันดับที่ 2 รองจาก จังหวัดร้อยเอ็ด จากสถิติอัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของเขตบริการ สุขภาพที่ 7 พบว่า มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น

จังหวัดขอนแก่นพบว่า ปี 2561-2563 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 669.15, 820.70 และ 663.02 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 92.86, 85.81 และ 94.74 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เมื่อแยกข้อมูลป็นรายอำเภอ ปี 2563 พบว่า 5 อำเภอที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดจากทั้งหมด 26 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพระยืน รองลงมาได้แก่ อำเภอคำสูง ภูพาน เมืองขอนแก่น และชนบท ด้วยอัตรา 1580.19, 1407.97, 1205.89, 1176.12 และ 1170.00 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น) สถิติอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ศึกษา จากสถิติปี พ.ศ. 2561-2563 พบ อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 999.90, 1070.98 และ 1176.12 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 40.71, 45.69 และ 50.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนัก โรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จากสถิติจะเห็นได้ว่า อัตราป่วยและอัตราตายของโรค หลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น สูงกว่าในระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ

ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยหลายด้าน ดังนี้ 1) ด้าน ร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยมีแขน-ขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ข้อไหล่ ข้อมือติดแข็ง (นงนุช เพชรร่วง และยุพา จิวพัฒน์กุล, 2557) ปากเบี้ยว มีปัญหาด้านการพูด (พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือสื่อสารไม่เข้าใจ) อาการเหนื่อยล้า อาการปวด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (อวยพร สวัสดิ์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และชนกพร จิตปัญญา, 2560; ศุภนารี เกษมมาลา, อภรณ์ ดีนาน และอารีรัตน์ ขำอยู่, 2560) มีปัญหาท้องผูกและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ (กนิฐา ต้อยตา, พิชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ, และทัศนีย์ รวิวนกุล, 2560; สุขชาติ เสนาสนะ, พัชรี คมจักรพันธ์, และแสงอรุณ อิศระมาลัย, 2560) การติดเชื้อมีแผล การติดเชื้อมีปอด จากการสำลักอาหาร การติดเชื้อมีระบบทางเดินปัสสาวะ (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) การกลืน ลำบาก จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ความรุนแรงระดับปานกลาง พบว่า มีความเสี่ยงต่อ ภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 88.70 และการกลืนลำบากเล็กน้อย ร้อยละ 66.09 (Nguyen Thi Thu Hien,

2560) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการกลืนลำบาก ร้อยละ 94 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร เช่น ปอดอักเสบ (ดวงพร ปิยะคง, ภัทรภรณ์ ชาว่องอำไพ, และสมลักษณ์ เทพสุรียานนท์, 2563) 2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้านจิตใจหลายอย่าง ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (อวยพร สวัสดิ์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และชนกพร จิตปัญญา, 2560) ประมาณร้อยละ 20-50 พบบ่อยในเพศหญิง และเวลาที่พบ คือ 3 เดือนแรกหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Ali Gence & Cicek, 2019) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังมีปัญหาด้านจิตใจอีกหลายอย่าง ได้แก่ ความเครียด วิดกกังวล หงุดหงิด สับสน (ดลปภฏ ทรงเลิศ, นิศารัตน์ นรสิงห์, และรัศยานภิศ พละศึก, 2561) ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร่านั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ (วนิดา ลุนกา และชนกพร จิตปัญญา, 2561) อาการผิดปกติทางจิตอื่น ๆ ที่สามารถพบได้หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม (dementia after stroke หรือ post-stroke dementia, PSD) อาการวิตกกังวล คุ้มคั่ง อาการทางจิตเวช เช่น ประสาทหลอน ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ อาการเฉยเมย และอาการสิ้นหวัง ซึ่งปัญหาด้านจิตใจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม การมีอาการทางจิตอยู่ก่อน เป็นต้น (Ali Gence & Cicek, 2019) 3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง สัมพันธภาพกับเพื่อนลดลง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้ รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางไปรักษา (นงนุช เพ็ชรร่วง และยุพา จิวพัฒนกุล, 2556) บางรายรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า แยกตัวจากสังคม รู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินจากการที่ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และความผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมองขาดรายได้ (จันทร์จิรา ศรีสว่าง และนางณภัทร รุ่งเนย, 2559) บางรายขาดผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือด้านการจัดซื้อของใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ขาดผู้ดูแลหรือต้องจ้างผู้ดูแลในราคาที่แพงส่งผลให้ขาดรายได้ บางรายผู้ดูแลไม่สามารถไว้วางใจหรือเชื่อใจยาก บางรายถูกขโมยทรัพย์สินเงินทองและถูกทำร้ายร่างกาย (นัตติยา เพียรสูงเนิน, ประทุม กงมหา, ภาวดี เหมทานนท์, วิไลพร รั้งควัด, และหฤทัย กงมหา, 2562) 4) ด้านการบริการทางสุขภาพ พบว่า มีความลำบากในการไปรับบริการสุขภาพ มีปัญหาด้านค่ารักษาพยาบาล และต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน (จันทร์จิรา ศรีสว่าง และนางณภัทร รุ่งเนย, 2559)

รูปแบบการดูแลระยะกลางในต่างประเทศ พบว่าในประเทศอังกฤษ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นจากระยะเฉียบพลันจะถูกส่งตัวไปยังหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหนัก (Intensive Rehabilitation Program; IRP) หน่วยบริการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate care unit; IC) หรือไปยังสถานดูแลระยะยาว หรือจำหน่ายกลับบ้านพร้อมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การส่งต่อไปยังแต่ละหน่วยขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของผู้ป่วย โดยวัดจากดัชนีความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เธล (Barthel Activity Daily Living Index) และมีการพยากรณ์โรคที่ดี (กองบริหาร งานกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562; ทศนีย์ ดันดิฤทธิศักดิ์ และวิชาญ เกิดวิชัย, 2562) และในประเทศญี่ปุ่น มีรูปแบบการดูแลในระยะฟื้นฟู 3 ระดับ ดังนี้

- 1) Inpatient/Residential ได้แก่ Sub-acute ward, Convalescent unit และ Social rehabilitation unit เป็นรูปแบบบริการดูแลที่มีการพักนอนอยู่ในโรงพยาบาล การให้บริการแต่ละประเภทขึ้นกับระดับความต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลที่ต้องได้รับจากสวัสดิการทางสังคม
- 2) Day services ได้แก่ Out-patient, Day hospital และ Day center เป็นรูปแบบโปรแกรมบริการที่จัดให้แบบไป-กลับ มีทั้งการมารับบริการที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก การมารับบริการฟื้นฟูภาคกลางวัน ครั้งละครึ่งวันหรือเต็มวันที่โรงพยาบาล หรือการมาเข้ารับบริการแบบไป-กลับที่ศูนย์บริการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งให้บริการในชุมชนใกล้บ้านแบบเต็มวัน
- 3) Home-based ได้แก่ Re-ablement teams, Rapid response teams และ OT service เป็นรูปแบบโปรแกรมบริการดูแลฟื้นฟูอย่างเข้มข้นที่บ้าน รวมถึงการดูแลฟื้นฟูแบบฉุกเฉิน การฟื้นฟูโดยพยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด โดยมีการนัดหมายสำหรับให้บริการฟื้นฟูที่บ้านตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ และความพร้อมของทีมฟื้นฟู (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ประเทศไทย การให้บริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางมีรูปแบบที่หลากหลายตามแต่บริบทของสถานพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก และการเยี่ยมบ้าน ให้บริการที่บ้าน Intermediate care เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในสามกลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมุ่งหวังให้ร้อยละ 70 ของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวนี้ ได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพ และสนับสนุนให้เข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจนครบระยะเวลา 6 เดือน (กองบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันหรือระยะกลาง พบว่า การมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน และประสานความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ ย่อมส่งผลดีที่มากกว่าทั้งด้านการรับรู้ การเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วย มีการศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางแห่งหนึ่งแบบย้อนหลัง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีคะแนนบาร์เธลเมื่อจำหน่ายแตกต่างกับเมื่อแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังไม่พบข้อจำกัด คือ วัตถุประสงค์เฉพาะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI ADL) แต่ไม่วัดการฟื้นตัวทางระบบประสาท อาทิ ภาวะกลืนลำบาก ปัญหาการสื่อสาร และภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง ซึ่งอาจมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพได้

(ภัสรี พัฒนสุวรรณ, 2562) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) โดยผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลทำให้เกิดการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการวิเคราะห์ ติดตามประเมินผล โดยใช้คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่บ้าน คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งในเดือนที่ 1, 3 และ 6 (ฉิรินทร์ วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชตารัตน์ และ พิสิษฐ์ สมงาม, 2563) และยังมีการศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ศึกษาขณะอยู่โรงพยาบาล และหลังจำหน่าย 6 สัปดาห์ โดยรูปแบบการดูแลประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อำเภอเมืองขอนแก่นซึ่งเป็นพื้นที่ที่ศึกษา มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น มีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟูสภาพในระยะเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และให้บริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอกและมีการกระจายเตียงสำหรับการดูแลระยะกลาง (Intermediate bed) ออกไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูในระยะกลางผ่านโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน *Stroke@BI* ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในรายชื่อที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามภูมิลำเนาที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งพื้นที่ศึกษาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลขอนแก่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 31 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองของโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 6 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 22 แห่ง แต่ยังคงพบปัญหาว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ยังได้รับการติดตามดูแลที่ยังไม่ครอบคลุม บางรายอาจได้รับการติดตามดูแลที่ล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามดูแลอย่างทันเวลา เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการดูแลต่อเนื่องจำนวนมาก การมีรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับในเขตเมือง

จังหวัดขอนแก่น เพราะการดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงทุกระยะการเจ็บป่วย ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ช่วยให้มีความคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ายังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน มีการเยี่ยมบ้านที่ยังไม่ครอบคลุม และยังขาดการเชื่อมต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จากสถิติการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งจังหวัดขอนแก่นที่ส่งกลับและได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 79.55 และ 73.33 ตามลำดับ หลังการเยี่ยมบ้านพบว่า มีดัชนีบาร์เธลลดลงร้อยละ 20.45 และ 26.41 ตามลำดับ คะแนนประเมินความพิการหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (modified Ranking Scale: mRs) ระดับ 0 ร้อยละ 20.95 และ 5.19 และ mRs ระดับ 1-5 ร้อยละ 69.11 และ 91.34 ตามลำดับ ข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 78.89 และ 80.95 ตามลำดับ หลังการเยี่ยมบ้านพบว่า มีดัชนีบาร์เธลลดลงร้อยละ 18.31 และ 30.88 ตามลำดับ คะแนนประเมินความพิการหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองระดับ 1-5 ร้อยละ 53.23 และ 66.77 ตามลำดับ หลังได้รับการเยี่ยมบ้านมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 50 และมีระดับการประเมินความพิการสูงขึ้น

ด้วยปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยมีความประสงค์จะพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมืองชั้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง และประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมืองของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลระยะกลางที่มีความเหมาะสมกับบริบทเขตเมือง เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบการดูแลระยะกลาง มีการดูแลแบบไร้รอยต่อที่มีการเชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยการมีผู้จัดการการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน วางแผนและให้การดูแลที่ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย มีการวัดผลการดูแลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง โดยการทบทวนวรรณกรรม

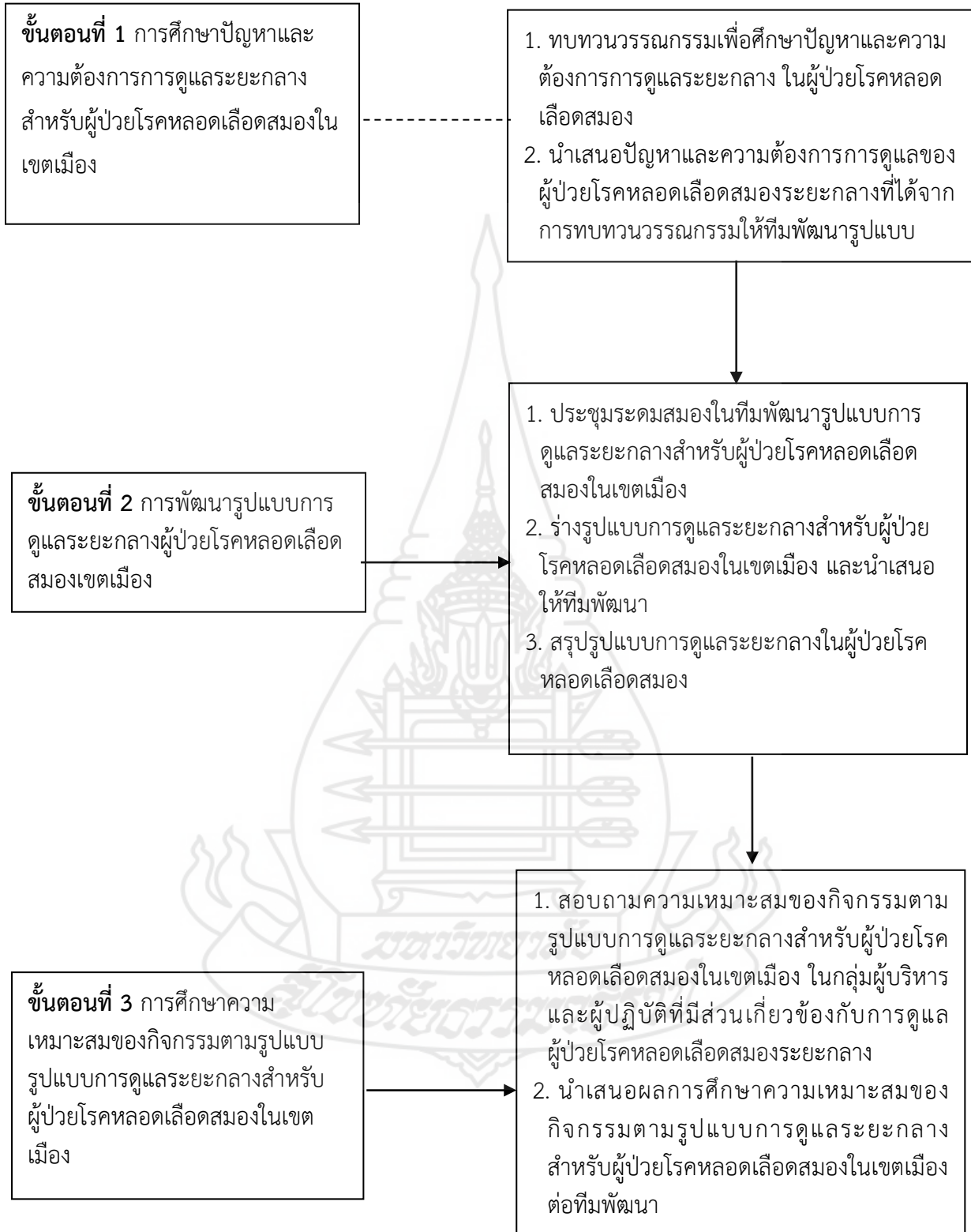
2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

2.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ของบุคลากรสาธารณสุข

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยการพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น เริ่มจาก ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง และขั้นตอนที่ 3 การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ดังภาพที่ 1.1





ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัยมี ดังนี้

4.1 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรในการวิจัยนี้แบ่งตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

4.1.1 ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยศึกษาจากเอกสาร ตำราทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Scoping review) จากฐานข้อมูล Thailist, ThaiJo, ProQuest และ PubMed

4.1.2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ประชากร เป็นบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน จำนวน 148 คน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย โภชนากรและ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 14 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 4 คน อสม. จำนวน 4 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 4 คน และญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 4 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

4.1.3 ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง ประชากรเป็นบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระดับปฏิบัติงานและระดับบริหาร จำนวน 148 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 20 คน และ 2) ผู้บริหาร จำนวน 15 คน รวม 35 คน

4.2 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรในการศึกษา ได้แก่ ความต้องการการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น

4.3 ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาในการพัฒนารวมทุกระยะในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีระยะเวลาการศึกษาในเดือนพฤษภาคม 2564 ถึง มกราคม พ.ศ. 2565

5. นวัตกรรมเฉพาะ

5.1 ปัญหาและความต้องการการดูแลในการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง หมายถึง สิ่งที่เป็นอุปสรรคทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติหรือมีสุขภาพที่สมบูรณ์ได้ ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ควรจะเป็นและสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และถ้าหากมีความขัดแย้งระหว่างความแตกต่างที่พบจะชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

ในการศึกษานี้ หมายถึง สิ่งที่เป็นอุปสรรคทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติหรือมีสุขภาพที่สมบูรณ์ได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและอยู่ระยะกึ่งเฉียบพลันหรือระยะเวลา 6 เดือน นับตั้งแต่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติให้มากที่สุดโดยการมีส่วนร่วมจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ ทั้งองค์กรภายในและองค์กรภายนอก รวมทั้งภาคประชาชน โดยมุ่งเน้นความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

5.1.1 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย หมายถึง การได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นความเจ็บป่วย (illness) หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความสุขสบายทางกาย ตอบสนองความต้องการพื้นฐานและความต้องการที่มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงที่มีผลคุกคามชีวิต

ในการศึกษานี้ *ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย* หมายถึง การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ข้อมูลเรื่องโรค การรักษา และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษา การให้ข้อมูลและความหวังในทางที่เป็นไปได้กับผู้ป่วย การสื่อสารด้านข้อมูลสุขภาพ การวางแผน การติดตามการดูแลกับบุคลากรทางการแพทย์ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

5.1.2 ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ หมายถึง หมายถึง การได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นความเจ็บป่วย (illness) หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด ความจำ ที่คุกคามหรือมีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

ในการศึกษานี้ *ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ* หมายถึง การสนับสนุนทางด้านจิตใจ กำลังใจจากครอบครัวและผู้ดูแล การรักษาความผิดปกติด้านอารมณ์ จิตใจ และความจำ

5.1.3 ความต้องการการดูแลด้านสังคม หมายถึง การได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นความเจ็บป่วย (illness) หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง

ทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ในสังคม ได้แก่ การพบปะผู้คน ในชุมชน การมีกิจกรรมร่วมกับชุมชน การมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เป็นต้น

ในการศึกษานี้ *ความต้องการการดูแลด้านสังคม* หมายถึง การช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ การสนับสนุนด้านสวัสดิการและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

5.2 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

หมายถึง โครงสร้างหรือความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลางในเขตเมือง หลังผ่านพ้นระยะวิกฤตและระยะเฉียบพลันแล้วแต่ยังคงมีความบกพร่องของร่างกายอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมประสานการดูแลที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน โดยให้การดูแลที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการการดูแลทุกมิติ มีผู้จัดการการดูแลในผู้ป่วยแต่ละราย และมีการวัดผลลัพธ์การดูแลทั้งในเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และตามเกณฑ์ตัวชี้วัดการดูแลระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข

5.3 ความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองในเขตเมือง หมายถึง ความสอดคล้องของกิจกรรมในรูปแบบการดูแลระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมืองที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับหลักการ เงื่อนไข กฎเกณฑ์ หรือบริบทของชุมชนตามการรับรู้ของทีมบุคลากรสาธารณสุข จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้บริหารงาน

5.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

เนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย ใน การศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบ อุดตันหรือแตก ที่เข้ารับการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น หรือโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธล (Barthel Activity Daily Living index) อยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

5.5 รูปแบบการดูแลแบบมุ่งเน้นสถานบริการเป็นฐาน (Hospital-based) หมายถึง

รูปแบบการดูแลที่จัดขึ้นในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นและต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างมาก จำเป็นต้องมีบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพต่าง ๆ ด้านสุขภาพเข้าร่วมให้บริการช่วยเหลือดูแล

5.6 รูปแบบการดูแลแบบมุ่งเน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based) หมายถึง

รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและความต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องลดลง มุ่งเน้น

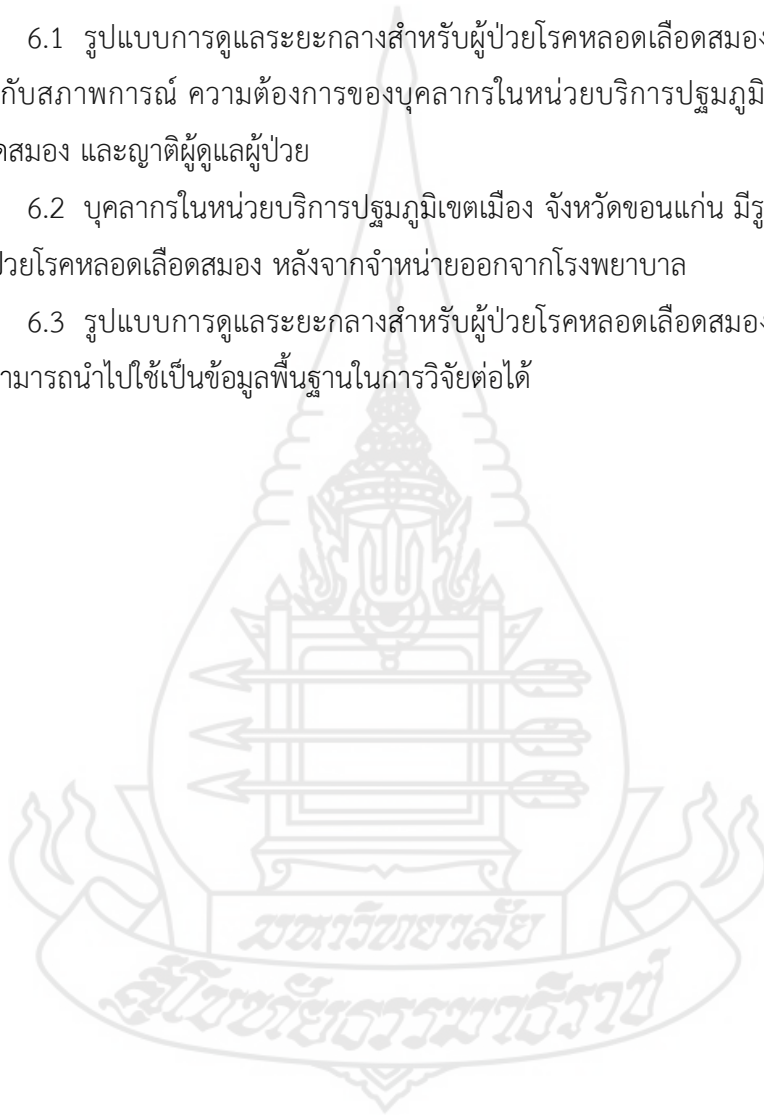
การฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการโดยบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพน้อยลงกว่าการบริการที่โรงพยาบาล

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพการณ์ ความต้องการของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

6.2 บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น มีรูปแบบการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6.3 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่นสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยต่อได้



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น” ผู้วิจัยได้วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง

- 1.1 ความหมายและประเภทของโรคหลอดเลือดสมองของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 พยาธิสรีรวิทยา กลไกการเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4 การวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.5 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.6 บทบาทของทีมนิติเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

- 2.1 ความหมายและประเภทของการดูแลระยะกลาง
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

3. การดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในพื้นที่ที่ศึกษา

- 3.1 วิสัยทัศน์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.2 กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.3 ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ความรู้ทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายและประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือที่นิยมเรียกว่า stroke มีชื่อเรียกอื่น คือ cerebrovascular disease (CVD) หรือ cerebrovascular accident (CVA) โดยทั่วไปไม่นิยมให้ใช้ชื่อหลัง เนื่องจากอาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ชื่อที่นิยมเรียกกันในภาษาไทย คือ โรคอัมพาต ในกรณีที่มีอาการอ่อนแรงไม่มากหรือมีอาการเพียงชั่วคราว นิยมเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการพิการและเสียชีวิตของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WSO) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้

1.1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า “Rapidly developed clinical signs of focal (global) disturbance of cerebral function lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin” หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ที่มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง โดยที่ไม่มีสาเหตุอื่น ๆ นอกจากมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิดสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับความผิดปกติต่อระบบประสาทและสโตรค (National Institute Neurological Disorder and Stroke, 1989) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้

สถาบันโรคหลอดเลือดสมองของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Stroke Association, 2008) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพออย่างเฉียบพลัน มีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดอุดตันหรือแตก ทำให้เซลล์สมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

พรพจน์ ประภาอนันตชัย และสมบัติ มุ่งทวีพงษา (2557) โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของสมองที่ทำให้เกิดการขึ้นอย่างทันทีทันใด ที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองในบริเวณนั้น แบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ๆ ตามกลไกการเกิดโรค คือ ภาวะสมองขาดเลือดเนื่องจากมีหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke) และภาวะหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

โดยสรุปจากคำจำกัดความข้างต้น โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ที่มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้ โดยที่ไม่มีสาเหตุอื่น ๆ นอกจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก ทำให้เซลล์สมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

1.1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

การแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1) แบ่งตามลักษณะของพยาธิสภาพ 2) แบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ และ 3) แบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรคโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) *โรคหลอดเลือดสมองที่แบ่งตามลักษณะและพยาธิสภาพ* สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออก (Hemorrhagic stroke) (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) *โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke)* คือ ภาวะสมองขาดเลือด ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง พบได้ประมาณ ร้อยละ 80-85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยแบ่งออกเป็นร้อยละ 40 เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) ของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ร้อยละ 20 เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็ก และอีกร้อยละ 20 เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น (Embolism) ได้แก่ ลิ่มเลือดที่เกิดบริเวณผนังหัวใจหรือลิ้นหัวใจ ที่เหลืออีกร้อยละ 5 เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะหลอดเลือดอักเสบเป็นต้น

(2) *โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออก (Hemorrhagic stroke)* ลักษณะพยาธิสภาพการแตกของหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) และภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (subarachnoid hemorrhage)

2) *โรคหลอดเลือดสมองที่แบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ* (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2565) โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) *กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพระบบหลอดเลือดคาร์โรติด (Carotid)*
 ลิ่มเลือดขนาดเล็กที่หลุดจากหลอดเลือดแดงใหญ่ internal carotid artery หรือหลอดเลือดแดงใหญ่
 อื่น ๆ เช่น aorta หรือ common carotid เข้าไปใน internal carotid ทำให้เกิดอาการแสดงของ
 สมองขาดเลือด ตามแนวหลอดเลือดที่เป็นสาขาของ internal carotid ทำให้เกิดอาการตามตำแหน่ง
 ที่ไปเลี้ยงโดยหลอดเลือดนั้น ๆ เช่น หากลิ่มเลือดไปอุดตันส่วนปลายขนาดเล็กที่เป็นสาขาของ
 middle cerebral artery ก็จะทำให้เกิดอาการอ่อนแรงด้านตรงข้าม หรืออาการพูดที่ผิดปกติแบบ
 aphasia เป็นต้น

(2) *กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด Middle Cerebral Artery (MCA)*
 เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดหลอดเลือด middle cerebral เป็นหลอดเลือดที่มี
 ขนาดใหญ่ไปเลี้ยงสมองด้านนอกของซีกสมองใหญ่ (cerebral) สมองส่วนหน้า (frontal lobe)
 รวมทั้งสมองส่วนด้านข้าง (parietal lobe) ถ้าซีกสมองที่ขาดเลือดเป็นสมองซีกเด่น (dominant
 hemisphere) ผู้ป่วยก็จะมีปัญหาในด้านการใช้ภาษา (aphasia) ซึ่งบางครั้งอาจจะรุนแรงถึงระดับ
 สูญเสียความสามารถในการสื่อสารทุกด้าน (global aphasia) แต่ถ้าสมองที่ขาดเลือดเป็นสมองซีกต้อย
 (nondominant hemisphere) ผู้ป่วยจะสูญเสียการรับรู้ของร่างกายซีกตรงข้าม ซึ่งอาการผิดปกติ
 ทางระบบประสาทที่พบบ่อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยง

(3) *กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด Anterior Cerebral Artery (ACA)*
 การอุดตันของหลอดเลือด anterior cerebral พบได้ไม่บ่อยมากนัก อาการที่พบคือ
 ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงของขาซีกตรงข้าม โดยไม่มีอาการอ่อนแรงของหน้าหรือแขน บางครั้งอาจมี
 อาการสูญเสียความรู้สึกของขาซีกตรงข้ามร่วมด้วย ถ้าซีกสมองที่ขาดเลือดเป็นสมองซีกเด่น อาจมี
 อาการสูญเสียการสื่อสารแบบ transcortical motor aphasia บางครั้งอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
 เช่น พุดน้อย ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง เป็นต้น

(4) *กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด Anterior Choroidal Artery (AChA)*
 เป็นกลุ่มอาการที่พบไม่บ่อย เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือด anterior choroidal
 จะทำให้เกิดการขาดเลือดของสมองส่วน medial temporal, lateral geniculate body, ขาหลัง
 ของ internal capsule, pallidum ส่วน medial, optic tract และ paraventricular white matter
 ส่วนหลัง ผู้ป่วยจะมีอาการแขนขาซีกตรงข้ามอ่อนแรงซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด มีอาการสูญเสีย
 สายตาส่วนตรงข้ามกับรอยโรค นอกจากนี้ยังจะมีความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกซีกตรงข้าม

(5) *กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด Posterior Inferior Cerebral Artery (PICA)*
 เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มอาการของสมองน้อยขาดเลือด
 (cerebral infraction) อาการที่พบในกรณีที่มีการอุดตันเฉพาะของแขนงด้านใน คือ เวียนศีรษะ
 ความผิดปกติในการทรงตัว ส่วนอาการที่พบในกรณีที่มีการอุดตันเฉพาะแขนงด้านนอกจะมีอาการ

เวียนศีรษะเช่นกัน แต่จะพบความผิดปกติของการใช้ระยะกึ่งระยะ (dysmetria) หรือความผิดปกติในการทรงตัวของรยางค์ (limb ataxia) บ่อยกว่าความผิดปกติในการทรงตัวของลำตัว (truncal ataxia) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีความผิดปกติทางด้านพุทธิปัญญา (cognitive impairment) และความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (affective deficit) เนื่องจากมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองน้อยกึ่งหลัง (posterior cerebral function)

(6) *กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด Anterior Inferior Cerebral Artery (AICA)* กลุ่มอาการนี้พบไม่บ่อย มีรายงานว่าพบเพียงร้อยละ 0.6 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันครั้งแรก อาการที่พบ ได้แก่ ใบหน้าอ่อนแรง (facial palsy) สูญเสียการได้ยิน (hearing loss) เสียงในหู (tinnitus) สูญเสียความรู้สึกของใบหน้าบริเวณที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 มาเลี้ยง

(7) *กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด Superior Cerebellar Artery (SCA)* อาการที่พบได้แก่ ความผิดปกติในการทรงตัวของรยางค์ (limb ataxia) ความผิดปกติในการทรงตัวของลำตัว (truncal ataxia)

(8) *กลุ่มอาการที่เกิดจากการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดเบสิลาร์ (Basilar artery thrombosis or occlusion)* ผู้ป่วยในกลุ่มอาการนี้มากกว่าร้อยละ 50 มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) นำมาก่อน อาการที่พบได้แก่ อาการอ่อนแรงครึ่งซีกพบมากที่สุดคือ ร้อยละ 67 รองลงมาคือ อาการพูดลำบาก เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ การมองเห็นผิดปกติ และการรู้สึกลดลง ตามลำดับ

(9) *กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด Posterior Cerebral Artery (PCA)* เมื่อมีการอุดตันที่ตำแหน่งโคนหลอดเลือด posterior cerebral จะทำให้ขาดเลือดบริเวณ cerebral peduncle ส่งผลให้ร่างกายซีกตรงข้ามอ่อนแรงในระดับความรุนแรงที่ใกล้เคียงกัน ทั้งที่บริเวณใบหน้า แขน และขา ถ้ามีการขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณ thalamus อาการที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียการรับความรู้สึกของร่างกายซีกตรงข้าม บางรายอาจมีอาการปวดของร่างกายซีกตรงข้าม และอาการอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การรับรู้ลดลง หรือมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของแขนขาซีกตรงข้ามได้

(10) *กลุ่มอาการเตือนการขาดเลือดของแคปซูล (Capsular warning syndrome)* และ *กลุ่มอาการเตือนการขาดเลือดของพอนส์ (pontine warning syndrome)* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกเป็น ๆ หาย ๆ (motor fluctuation) โดยลักษณะทางคลินิกไม่สามารถแยกทั้งสองตำแหน่งนี้ออกจากกันได้

(11) *กลุ่มอาการลาคูนาร์ (Lacunar syndrome)* ประกอบด้วย กลุ่มอาการสำคัญ 5 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการอ่อนแรงครึ่งซีกล้วน (pure motor syndrome) กลุ่มอาการชา

ครึ่งซีกล้วน (pure sensory syndrome) กลุ่มอาการเดินเซและอ่อนแรงครึ่งซีกเล็กน้อย (ataxic hemiparesis syndrome) กลุ่มอาการพูดลำบากและใช้งานมือไม่สะดวก (dysarthria clumsy-hand syndrome) และกลุ่มอาการอ่อนแรงหรือซากรึ่งซีก (sensorimotor syndrome)

3) โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรค มีดังนี้

(1) *สมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA)* คือ อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและหายภายใน 24 ชั่วโมง พบบ่อยในราย ที่มีหลอดเลือดแดงคาร์โรติดแข็งตัว (Carotid artery atherosclerosis)

(2) *ความบกพร่องของระบบประสาทเนื่องจากสมองขาดเลือดที่สามารถกลับคืนได้ (Reversible ischemic neurological deficit: RIND)* พบได้ไม่บ่อยนัก อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง แต่หายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากเนื้อสมองขาดเลือด เพียงบริเวณเล็ก ๆ

(3) *สโตรคแบบก้าวหน้า (Stroke in evolution)* ใช้ในช่วงอาการหรืออาการแสดงเป็นมากขึ้น มักเกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่กำลังขยายตัวและอุดกั้นการไหลเวียนเลือดมากขึ้นเรื่อย ๆ

(4) *สโตรคแบบสมบูรณ์ (Complete stroke)* ใช้เมื่ออาการและอาการแสดงของโรคอยู่ตัว (Stable stroke) ซึ่งความผิดปกติทางระบบประสาทที่พบจะไม่เปลี่ยนแปลงในช่วง 2-3 สัปดาห์ พบได้จากการมีลิ่มเลือดหลุดลอยมาอุดกั้นการไหลเวียนเลือด

1.2 พยาธิสรีรวิทยา กลไกการเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.1 พยาธิสรีรวิทยา และกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สมองเป็นอวัยวะที่ต้องการเลือดไปเลี้ยงมากที่สุดในร่างกายเมื่อเทียบกับอวัยวะอื่น ถึงแม้จะมีน้ำหนักเพียงร้อยละ 2 ของมวลรวม แต่ต้องการถึงร้อยละ 15 ถึง 20 ของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ เพื่อส่งออกซิเจนและกลูโคสไปใช้ในกระบวนการเมตาโบลิซึมต่าง ๆ

โดยปกติสมองมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50-55 มิลลิเมตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที ถ้ามีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง (18 มิลลิเมตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที) เซลล์ประสาทจะไม่ทำงาน หรือสมองจะมีความล้มเหลวในการยับยั้งการกระตุ้นกระแสไฟฟ้า (electrical failure inhibition of electrical excitability) ของเซลล์ประสาท แต่ยังสามารถฟื้นตัวได้ถ้ามีเลือดมาเลี้ยงทันเวลา คำว่า “ischemic penumbra” ใช้เรียกบริเวณสมองที่ขาดเลือดและหยุดทำงานชั่วคราวแต่ยังไม่ตาย คือ มีเลือดไปเลี้ยงอยู่ระหว่าง 8-18 มิลลิเมตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที แต่ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงลดลงมากกว่า 8 มิลลิเมตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที เซลล์ประสาทก็จะตาย เมื่อหลอดเลือดสมองอุดตันทันที ก็จะทำให้สมองส่วนนั้น ๆ ขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถสร้างพลังงานไปใช้ มีผลให้เกิด failure of ionic pump เกิด oxygen free radicals,

mitochondrial injury กระตุ้นเม็ดเลือดขาว และทำให้เกิดการคั่งของไอออนของ calcium, sodium และ chloride ในเซลล์ประสาท ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ phospholipase และ protease ทำให้ DNA (deoxyribonucleic acid) และโครงสร้างของเซลล์เสียหาย การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ทางกล้องจุลทรรศน์จะพบภายในช่วง 6 ชั่วโมงหลังขาดเลือด โดยเซลล์ประสาทจะบวมขึ้นในช่วงแรก ต่อมาจะหดตัว เกิด hyperchromatic และ pyknopsis ร่วมกับการบวมของเซลล์และแตกของ astrocytes พบเนื้อเยื่อบุโพรงหลอดเลือดบวม (endothelial swelling) มีเซลล์ neutrophils เข้ามาจำนวนมากขึ้น เซลล์ microglia เพิ่มจำนวนและเก็บกินปลอกประสาท (myelin) ที่เสียหาย เกิดเป็น foamy macrophages ในระยะต่อมาจะพบการสร้างหลอดเลือดฝอยใหม่ (neovascularization) ในสมองส่วนที่ตายจะค่อย ๆ ถูกดูดซึมกลับเกิดเป็นโพรง (cavity) ที่ล้อมรอบด้วยส่วนของ glia และ fibrovascular tissues

กลไกการเกิดสมองขาดเลือด (ischemic mechanism) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มดังนี้ คือ

1) *Thrombosis* คือ การมีพยาธิสภาพในส่วนของเส้นเลือดแดงหรือดำที่มีผลทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดและเกิดการขาดเลือดในตำแหน่งที่เลี้ยงโดยเส้นเลือดดังกล่าว โดยสาเหตุของพยาธิสภาพดังกล่าวเกิดจากสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น ภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) การปริแตกของเส้นเลือด (dissection) การอักเสบของหลอดเลือด (arteritis, vasculitis) หรือเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด (fibromuscular dysplasia) เป็นต้น โดยพยาธิสภาพดังกล่าวสามารถเกิดได้ทั้งเส้นเลือดขนาดใหญ่ (extracranial and intracranial artery) และเส้นเลือดขนาดเล็ก (small penetrating artery) โดยการอุดตันเกิดได้ทั้งจากเกล็ดเลือดและลิ่มเลือด (white and red thrombi) อาการของการขาดเลือดที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพในกลุ่มนี้อาจมีได้ทั้งเป็นฉับพลันทันที ค่อย ๆ มีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ หรือเป็น ๆ หาย ๆ ได้ ลักษณะพิเศษอีกอย่างคือ การมีอาการขาดเลือดเพียงชั่วคราว (transient ischemic attack: TIA) ในเส้นเลือดตำแหน่งเดิมมากกว่าหนึ่งครั้ง นอกจากนั้นยังเป็นแหล่งของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันเส้นเลือดส่วนปลายได้ด้วย (intraarterial embolism)

2) *Embolism* พยาธิสภาพในกลุ่มนี้การอุดตันของเส้นเลือดที่ทำให้เกิดอาการ ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในบริเวณดังกล่าว แต่มีสาเหตุและกลไกดังต่อไปนี้

(1) *Artery to artery embolism* เกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด ทำให้มีลิ่มเลือดทั้งส่วนประกอบของเกล็ดเลือด (white thrombus) หรือเป็นลิ่มเลือด (red thrombus) หรือเป็นส่วนประกอบอื่น เช่น ผลึกไขมัน (cholesterol crystal) ซึ่งอาจหลุดไปอุดตันหลอดเลือดในตำแหน่งที่ไกลออกไป

(2) *Cardiac embolism* เกิดจาก emboli จากหัวใจหลุดไปอุดหลอดเลือดในสมอง

(3) *Emboli ชนิดอื่น ๆ* เช่น paradoxical emboli จาก deep vein thrombosis, tumor emboli

โดยสรุป กลไกการเกิดสมองขาดเลือดเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ 1) Thrombosis คือ การมีพยาธิสภาพที่เส้นเลือดแดงหรือดำที่มีผลทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือด และเกิดการขาดเลือดในตำแหน่งที่เลี้ยงโดยเส้นเลือดดังกล่าว โดยสาเหตุของพยาธิสภาพดังกล่าวเกิดจากสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น ภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) การปริแตกของเส้นเลือด (dissection) การอักเสบของหลอดเลือด (arteritis, vasculitis) หรือเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด (fibromuscular dysplasia) เป็นต้น 2) Embolism พยาธิสภาพในกลุ่มนี้การอุดตันของเส้นเลือดที่ทำให้เกิดอาการ ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในบริเวณดังกล่าว แต่มี emboli หลุดมาจากส่วนอื่น เช่น จากผนังหลอดเลือดเส้นอื่น จากหลอดเลือดหัวใจ จากก้อนเนื้องอกเป็นต้น และการแบ่งสาเหตุโดยใช้กลไกการเกิดเส้นเลือดอุดตัน Systemic hypoperfusion ซึ่งมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ หลอดเลือดดำอักเสบ หลอดเลือดหัวใจ หรือยังหาสาเหตุไม่พบ เป็นต้น

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Risk factor of stroke)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย การทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันมีความสำคัญในการป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ จึงมีการแบ่งประเภทของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สมรรถจำแนกได้เป็น 2 แบบ คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550; อาคม อารยวิชานนท์, 2553; สมบัติ มุ่งทวีพงษา และ พรภัทร ธรรมสโรช, 2557)

1) *ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Nonmodifiable risk factors)* เป็นปัจจัยที่เป็นภายในบุคคลมีดังนี้

(1) *อายุ* อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุดโดยเป็นปัจจัยเสี่ยงทั้งภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) โดยพบว่าเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือด สมองก็จะเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าผู้ที่มียุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปีมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย 55 ปี เป็น 2.94 เท่า 10 และส่วนใหญ่พบในช่วงอายุระหว่าง 55-85 ปี แต่โรคหลอดเลือดสมองยังสามารถเกิดขึ้นได้ในวัยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ตั้งแต่ทารกหลังคลอดสัปดาห์แรก

(2) *เพศ* พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงในสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายอยู่ที่ร้อยละ 2.9 ขณะที่ในเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ 2.3 (Rosamond et al., 1999) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษา Thai Epidemiologic Stroke (TES) พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงประมาณสองเท่า (สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, 2554)

(3) *พันธุกรรม* ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า ผู้ที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในพ่อและแม่จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1.5 เท่า

(4) *เชื้อชาติและสีผิว* จากการศึกษาในประเทศตะวันตก พบว่า คนผิวดำ มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาวและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า

(5) *มีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน* ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนเป็นเวลา 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5 เท่าของประชากรทั่วไป

2) *ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้* ซึ่งมีหลักฐานชัดเจนว่าเมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้จะทำให้อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดต่ำลง (Well documented and modifiable risk factors) มีดังนี้

(1) *ความดันโลหิตสูง* เป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันและภาวะเลือดออกในสมอง ความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน ซึ่งความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอัตราการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตที่สูงเกินระดับ และพบความชุกของความดันโลหิตสูงในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 22 โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์โดยตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ความชุกของความดันโลหิตสูงในชุมชนเขตเมืองจะสูงกว่าในชุมชนเขตชนบท มีการศึกษาที่ยืนยันชัดเจนว่าความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างต่อเนื่อง และแปรผันโดยตรงกับระดับความดันโลหิตที่ลดลง การรักษาความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่าง มากในการลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

(2) *หัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation: AF)* ทั้งหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่มีลิ้นหัวใจผิดปกติ (Valvular atrial fibrillation) และหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่ไม่มีลิ้นหัวใจผิดปกติ (Nonvalvular atrial fibrillation) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจห้องบนเต้นระริกที่ไม่มีลิ้นหัวใจผิดปกติเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีข้อมูลทางคลินิกที่แน่นอน หนา เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

(3) โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2 เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายความเสี่ยงจะสูงขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 1 เดือนแรก และในกรณีหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวผิดปกติ

ความผิดปกติอื่น ๆ ของหัวใจที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะลิ้นหัวใจผิดปกติทั้งที่เป็นแต่กำเนิดและเป็นภายหลัง ผนังกันห้องหัวใจผิดปกติ และโรคของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น

(4) หลอดเลือดแดงใหญ่คาร์โรติดตีบแคบ (Carotid artery stenosis) จะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นสองเท่า อย่างไรก็ตาม การรักษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่คาร์โรติดตีบแคบที่ยังไม่มีอาการแสดงของสมองขาดเลือด (Asymptomatic Carotid Stenosis) ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ถึงแม้จะมีการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการผ่าตัด (Carotid endarterectomy) ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่คาร์โรติดตีบแคบที่ยังไม่มีอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือด แต่ก็ยังมีข้อจำกัดมาก เช่น การผ่าตัดต้องอยู่ ภายใต้อัตราการเกิดผลแทรกซ้อนน้อยกว่าร้อยละ 3 ต่อปี ผู้ป่วยจึงจะได้ประโยชน์จากการผ่าตัด อีกทั้งยังมีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าการให้การรักษาด้วยยาควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อย่างเข้มข้นสามารถทำให้อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 ได้จึงอาจจะได้ผลดีกว่าการทำผ่าตัด เนื่องจากยังมีข้อขัดแย้งในการให้การรักษา

(5) สูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอดักันเพิ่มขึ้นสองเท่าในกลุ่ม ประชากรที่สูบบุหรี่ (Burns, 2003) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ที่วิความรุนแรงของอัตราเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพบร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่และใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด อัตราเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจะสูงถึง 7.2 เท่า

(6) เบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 2-6 เท่า กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิด Atherosclerosis และความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง และเพิ่มอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

(7) ภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดที่สูงขึ้นสัมพันธ์โดยตรงกับอุบัติการณ์ของการหนาตัวและตีบตันของหลอดเลือดแดงอินเทอร์นอลคาร์โรติด (Internal carotid) ส่วนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง มีข้อมูลการศึกษาที่เด่นชัดของการให้ยาลดไขมันในกลุ่มสเตติน (Statin) ว่าสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือด

สมอง แต่ยาลดไขมันกลุ่มอื่น เช่น Fibric acid, Niacin ยังไม่มีข้อมูลทางคลินิกว่าลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

(8) ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีการศึกษาพบว่า ในแต่ละปี ประมาณร้อยละ 6-7 ของผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือ TIA มาก่อนจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ จากการติดตามผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนเป็นเวลานาน 5 ปี พบว่าประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 5 เท่าของประชากรทั่วไป โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์สูงถึง 15 เท่าในปีแรก

โดยสรุป ปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอยู่ 2 แบบ ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Nonmodifiable risk factors) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น 2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งมีหลักฐานชัดเจนว่าเมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้ส่งผลให้อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดน้อยลง (Well-documented and modifiable risk factors) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าสนับสนุนที่ชัดเจน เช่น ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด เป็นต้น

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองทั้งแบบขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยทั่วไปจะขึ้นกับตำแหน่งของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ หรือขนาดของก้อนเลือด โดยอาการผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในเวลาเป็นนาที จากคำนิยามเดิมในกรณีมีอาการผิดปกตินั้นยังคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง เรียกว่า “Ischemic stroke” ถ้าอาการเป็นช่วงสั้น ๆ และหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง จะเรียกว่า “transient ischemic attack (TIA)” (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) โดยอาการและอาการแสดงเริ่มต้นของภาวะเลือดออกในสมองจะเหมือนกับกรณีหลอดเลือดสมองอุดตันหรือสมองขาดเลือด อาจมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น อาการทางสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมองมักจะเกิดขึ้นทันทีทันใดขณะที่ผู้ป่วยกำลังทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ และมีอาการมากขึ้นภายในเวลาไม่กี่นาที หรือบางครั้งไม่กี่ชั่วโมง (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557)

โดยสรุป อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง (เป็นทันทีทันใดและมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ) ดังนี้

1. แขน ขา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง
2. พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือฟังไม่เข้าใจ

3. เดินเซ เวียนศีรษะ ทรงตัวไม่อยู่ มึนงง
4. ตามองเห็นไม่ชัด หรือมองเห็นภาพซ้อน หรือตามัวข้างใดข้างหนึ่ง
5. ปวดศีรษะอย่างรุนแรงชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะในภาวะเลือดออกในสมอง อาการปวดศีรษะจะพบบ่อยกว่าภาวะสมองขาดเลือด อาการที่พบตามมาคือ อาเจียน ความดันโลหิตสูงและซึมลง

อาการดังกล่าวอาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการรวมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่สูญเสียหน้าที่ไป บางรายอาจมีอาการผิดปกติเหล่านี้ชั่วคราวแล้วดีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากสมองขาดเลือดชั่วคราว (Mini Stroke)

นอกจากอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตามที่กล่าวมาแล้ว ยังมี การสังเกตอาการหลักของโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก “F-A-S-T” ดังนี้

F = Face ใบหน้าอ่อนแรง ปากเบี้ยว

A = Arm แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง

S = Speech พูดไม่ชัด พูดไม่ออก หรือฟังไม่เข้าใจ

T = Time เวลาที่เกิดอาการผิดปกติ คือรู้ว่าเริ่มมีอาการเป็นเวลาเท่าไรนับจากที่มีอาการผิดปกติ หรือนับจากเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปกติเป็นครั้งสุดท้าย และควรรีบมาโรงพยาบาลให้ทันภายใน 4.5 ชั่วโมง เนื่องจากในบางกรณีแพทย์อาจพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสฟื้นตัวจากความพิการได้

1.4 การวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

1.4.1 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อาศัยประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจเพิ่มเติม (นิจศรี ชาญณรงค์ และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557) โดยมีหลักการในการประเมินดังต่อไปนี้

- 1) วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาศัยลักษณะที่สำคัญ 2 ประการ ดังนี้

(1) มีอาการอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) หรือโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (embolic stroke) อาการจะเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ส่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบ (thrombotic stroke) อาการจะค่อย ๆ เกิดขึ้น อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน อย่างไรก็ตามในโรคสมองขาดเลือดอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางเลวลงหรือดีขึ้นสลับเลวลงบ้าง แต่ควรคงที่ และไม่เป็นมากขึ้นใน 7-10 วัน

(2) มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ถ้าเป็นกลุ่มสมองขาดเลือดก็มักจะเป็นไปตามกลุ่มอาการทางระบบประสาทเนื่องจากหลอดเลือดแดง

อุดตัน (neurovascular syndrome) คือ สามารถอธิบายได้ด้วยหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง อาการที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการเฉพาะที่ เช่น เมื่อมีการอุดตันของ middle cerebral artery (MCA) ส่วนต้น ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกและชาครึ่งซีกด้านตรงข้าม โดยที่แขนจะอ่อนแรงมากกว่าขา ถ้าเป็น MCA ข้างซ้ายก็อาจจะมีการสูญเสียความสามารถในการใช้หรือเข้าใจคำพูด (aphasia) ร่วมด้วย ถ้ามีการอุดตันของ posterior cerebral artery ผู้ป่วยก็จะมีอาการตาบอดครึ่งซีกร่วมกับสูญเสียลานสายตาตรงกลาง (hemianopia with macular sparing) ในด้านตรงข้าม เป็นต้น นอกจากนี้ในโรคสมองขาดเลือดบางรายอาจมีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack; TIA) นำมาก่อน สำหรับ lacunar syndrome ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแดงขนาดเล็กมักจะมีอาการไม่รุนแรง และอาจมีอาการจำเพาะ เช่น กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกอย่างเดียว (pure motor hemiparesis) ความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกอย่างเดียว (Pure sensory stroke) หรือแขนขาอ่อนแรง เดินเซ (ataxic hemiparesis) และจะไม่มีอาการที่บ่งชี้ว่ามีโรคที่สมองส่วนหน้า (cortex) ร่วมด้วย โดย lacunar syndrome ส่วนมากมักเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดขนาดเล็ก แต่บางรายอาจเกิดจากโรคของหลอดเลือดใหญ่ หรือมีก้อนเลือด (hematoma) ขนาดเล็กได้

ในผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีปัจจัยเสี่ยงเป็นส่วนช่วยเสริมในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยใน 2 ข้อแรกเข้าได้ ปัจจัยเหล่านี้ก็จะช่วยยืนยันและบอกสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ได้แก่ อายุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดอุดตัน (embolic stroke) ได้แก่ การมีโรคหัวใจบางชนิด เช่น atrial fibrillation ในกรณีที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชัดเจนก็จำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมต่อไป เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันสมองขาดเลือดซ้ำในอนาคต นอกจากลักษณะสำคัญที่กล่าวมาแล้วผู้ที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันยังอาจพบอาการอื่น ๆ ได้แก่ อาการชัก อาการปวดศีรษะ เป็นต้น

2) การแยกชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ว่าเป็นชนิด ischemic หรือ hemorrhagic อาจบอกได้คร่าว ๆ จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่

(1) เลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) อาจมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท ในกรณีที่มีก้อนเลือดขนาดใหญ่เข้าไปอยู่ในเยื่อหุ้มสมองชั้นใต้อะแรคนอยด์ (subarachnoid space) หรือในโพรงสมอง (ventricle) ซึ่งจะมีอาการอย่างรวดเร็วร่วมกับมีอาการปวดศีรษะและอาเจียนได้ แต่ในบางกรณีที่เลือดออกในเนื้อสมองในปริมาณน้อยก็ไม่ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure) ซึ่งอาจแยกจากโรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือด (ischemic stroke)

(2) โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (ischemic stroke) อาจมีอาการทันทีทันใด โดยเฉพาะในกรณีที่มีการอุดตัน (emboli) ที่มาจากหัวใจ ซึ่งอาจทำให้เกิดสมองขาดเลือดในบริเวณกว้าง ทำให้แยกจากหลอดเลือดออกในสมอง ส่วนในกรณีอื่น ๆ อาจมีอาการค่อยเป็นค่อยไป หรือเป็น ๆ หาย ๆ ใช้เวลาหลายชั่วโมง หรือเป็นวัน กรณีที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) นำมาก่อนจะช่วยแยกจากหลอดเลือดออกในสมองได้ โดยอาศัยลักษณะอาการหรืออาการแสดง รวมทั้งการประเมินโดยใช้ score ต่าง ๆ เช่น Siriraj stroke score ยังมีความแม่นยำไม่เท่ากับการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยสมองขาดเลือดและหลอดเลือดออกในสมองแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง จึงแนะนำให้ตรวจโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging; MRI) ทุกราย

3) แยกว่าโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ส่วนใดของสมอง ซึ่งอาการและอาการแสดงจะแตกต่างกันตามบริเวณที่หลอดเลือดนั้นไปเลี้ยงสมอง เช่น การไหลเวียนของหลอดเลือดสมองด้านหน้า (anterior circulation) ซึ่งประกอบด้วย หลอดเลือด internal carotid artery, anterior cerebral artery, middle cerebral artery และแขนงของมัน เมื่อมีสมองขาดเลือดก็จะมีอาการต่าง ๆ แล้วแต่ตำแหน่งที่เกิดโรค โดยมักจะมีอาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกร่วมกับปากเบี้ยว แต่อาจมีความรุนแรงและอ่อนแรงต่างกัน

การตรวจพิเศษเพื่อการสืบค้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากอาศัยประวัติ และการตรวจร่างกายแล้ว ยังต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติมเพื่อความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคดังนี้

1) การตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่

(1) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized tomography; CT-scan) สามารถบอกได้แน่นอนว่าเป็น ischemic หรือ hemorrhagic stroke โดยถ้าเป็นหลอดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) จะพบเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะเห็นเป็นสีขาวแทรกในเนื้อสมอง (hyperdensity area) ส่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (ischemic stroke) นั้น การพบความผิดปกติขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ขนาดและตำแหน่งที่สมองขาดเลือด โดยทั่วไปจะเห็นรอยโรคได้ชัดเจนหลัง 24 ชั่วโมง ในระยะแรกอาจพบเพียงการหายไปของจุดเชื่อมต่อของสมองส่วนสีเทาและสีขาว (gray-white junction) หายไป ต่อมาจะเริ่มเห็นเป็นรอยดำในเนื้อสมอง (low density area) การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์นี้ถ้าพบรอยโรคก็สามารถบอกได้ว่าเกิดจากหลอดเลือดใด หรือหลอดเลือดออกในสมองบริเวณใด และมีสมองบวมมากน้อยเพียงใด ประโยชน์ที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งของ CT-scan คือ ช่วยในการแยกโรคอื่น ๆ ที่อาจทำให้อาการเหมือนโรคหลอดเลือดสมองออกไป ปัจจุบันได้พัฒนาการตรวจหลอดเลือดโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-angiography) ซึ่งสามารถ

วินิจฉัยความผิดปกติของหลอดเลือดได้ดี และมีการตรวจเพื่อบอกถึงสรีรวิทยาของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง

(2) การตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (*Magnetic Resonance Imaging; MRI*) สามารถบอกตำแหน่งรอยโรคได้แม่นยำ และตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะแรก โดยเฉพาะรอยโรคขนาดเล็ก เช่น lacunar infarction และรอยโรคใน posterior fossa ก่อนที่จะเห็นความผิดปกติจาก CT-scan และสามารถตรวจพยาธิสภาพบางอย่างที่ไม่เห็นจาก CT-scan เช่น cavernous hemangioma เป็นต้น

(3) การตรวจหลอดเลือดด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (*Magnetic Resonance Angiography; MRA*) เป็นการตรวจพยาธิสภาพของหลอดเลือดบริเวณคอ และหลอดเลือดสมอง (intracranial arteries) สามารถเห็นพยาธิสภาพได้ดี ช่วยในการวินิจฉัยภาวะตีตันของหลอดเลือด

(4) *Carotid Duplex Ultrasound* เป็นการตรวจหลอดเลือดใหญ่ที่คอ (common carotid artery) ที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้า และตรวจหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหลัง (Vertebral artery) ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อตรวจดูการไหลเวียนเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงสมอง และตรวจหลอดเลือดว่ามีคราบหินปูนหรือคราบไขมัน (Plaque) เกาะอยู่ภายในหลอดเลือดหรือไม่ และสามารถวัดขนาดของ Plaque ได้ เพราะเมื่อมีการหนาตัวมากขึ้น จะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก และอาจทำให้เส้นเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบหรือตัน การตรวจนี้สามารถช่วยในการประเมินผู้ป่วยที่เป็นโรคอัมพาต และช่วยในการวินิจฉัย ติดตามสภาพของหลอดเลือดในสมองของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนักได้ เป็นการตรวจที่ใช้ในการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น เนื่องจากมีความจำเพาะสูง และราคาไม่แพงเท่าการตรวจอื่น ๆ

(5) *Transcranial ultrasound* เป็นการตรวจหลอดเลือดสมองบริเวณ circle of Willis โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง สามารถช่วยวินิจฉัยภาวะหลอดเลือดตีบ และยังสามารถบอกถึง collateral circulation อีกด้วย

(6) การฉีดสีเข้าหลอดเลือดสมอง (*Cerebral angiogram*) เป็นการตรวจที่ถือว่าเป็นมาตรฐานสำหรับการตรวจหลอดเลือดสมอง แต่เนื่องจากเทคนิคการทำยุ่งยากและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย จึงพิจารณาทำในรายที่การตรวจอื่น ๆ ได้ผลไม่ชัดเจนหรือไม่ตรงกัน เช่น ในกรณี severe carotid stenosis ซึ่งการทำ MRA และ carotid duplex ไม่สามารถบอกความรุนแรงของการตีบได้ชัดเจนว่ามีการตีตันมากกว่าร้อยละ 70 หรือไม่ หรือในกรณีที่สงสัยว่าเป็น carotid occlusion ก็ตาม นอกจากนี้ลักษณะเฉพาะทาง angiogram ก็อาจช่วยในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอื่น ๆ เช่น dissection, moyamoya disease, vasculitis เป็นต้น ในปัจจุบันการทำ angiogram เป็นส่วนหนึ่งในการทำหัตถการเพื่อการรักษา เช่น การทำ angioplasty

2) การตรวจเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่

- (1) การตรวจเลือด CBC, plasma glucose, lipid profile, VDRL เป็นต้น
- (2) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram; EKG)
- (3) การตรวจภาพรังสีปอด (chest x-ray)
- (4) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram,

Echocardiography) หรือเอคโค (Echo) คือ การตรวจเพื่อวัดประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

โดยสรุป การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย จาก 1) อาการและอาการแสดงว่าเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือค่อย ๆ เป็น ค่อย ๆ ไป 2) แยกชนิดของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หรือโรคหลอดเลือดสมองแตก 3) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) แยกว่าโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ส่วนใดของสมอง นอกจากนี้ยังต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติมเพื่อความแม่นยำในการวินิจฉัยโรค ได้แก่ CT-scan, MRI, MRA, carotid duplex ultrasound, angiography เพื่อการช่วยการวินิจฉัย และทราบพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังมีการตรวจเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจภาพรังสีปอดและการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อการรักษาที่สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในอนาคต

1.4.2 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 4 แบบ ได้แก่ 1) การรักษาในระยะเฉียบพลัน 2) การรักษาประคับประคองทั่วไป 3) การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และ 4) การรักษาสาเหตุและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การรักษาในระยะเฉียบพลัน

(1) การรักษาจำเพาะในภาวะสมองขาดเลือด มีดังนี้

ก. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy)

เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคสมองขาดเลือดเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองโดย thromboembolism หรือ thrombus เมื่อเกิดการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนจะขาดเลือดอย่างมากจนเกิดภาวะเนื้อสมองตาย แต่บางส่วนขาดเลือดจนไม่สามารถทำงานได้ เรียกสองส่วนนี้ว่า “ischemic penumbra zone” การให้ยาละลายลิ่มเลือดสามารถแก้ไขให้สมองส่วนนี้กลับมาทำงานได้อีก แต่ถ้ามารักษาขาดเลือดดำเนินต่อไป เนื้อสมองส่วนดังกล่าวจะค่อย ๆ ตายไปในที่สุด (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ได้ผล ได้แก่ recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) จึงเป็นการรักษาที่เป็นประโยชน์ ในปัจจุบันพบว่า การให้ rt-PA ทางหลอดเลือดดำ ภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดสมองขาดเลือด โดยให้ขนาด 0.9 มก./ค.ล. ประมาณร้อยละ 10 ของยาทั้งหมดฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันที ส่วนที่เหลือหยดเข้าทางหลอดเลือด

เลือดดำเป็นเวลา 60 นาที จะสามารถลดอัตราการพิการได้ รวมทั้งผลที่ได้ก็จะดีขึ้น ถ้าให้ rt-PA ภายในเวลา 90 นาที ผลข้างเคียงที่สำคัญของการรักษานี้ คือ การเกิดเลือดออกในสมองจนทำให้อาการเลวลง ซึ่งจากข้อมูลในระยะหลังพบว่า มีโอกาสเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 1.8-3

ข. การให้ยาด้านเกล็ดเลือด (*Antiplatelet*) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2557)

ยาที่ใช้ได้แก่ aspirin ในขนาด 160-300 มก. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่า ได้ผลดี จึงถือเป็นการรักษามาตรฐาน มีการศึกษาในการให้ยาอื่น เช่น aspirin ร่วมกับ dypiramide หรือ cilostazol พบว่า ไม่แตกต่างจากการใช้ aspirin อย่างเดียวในการรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

ค. การให้ยาด้านเลือดแข็งตัว (*Anticoagulant*) (นิจศรี ชาญณรงค์, 2557)

ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้ ได้แก่ heparin, low molecular weight heparin (LMWH) ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยทั่วไป แต่พบว่ายาในกลุ่มนี้อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางกลุ่ม โดยวัตถุประสงค์คือ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดสมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดจากลิ่มเลือดหัวใจที่มีความเสี่ยงสูง อาจพิจารณาให้ heparin หรือ LMWH ในช่วงแรก ก่อนที่จะเปลี่ยนเป็น warfarin หรือ anticoagulant ที่ใช้รับประทานตัวอื่นต่อไป

ง. การรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยเฉพาะ (*stroke unit*) ในการรักษาผู้ป่วยสมองขาดเลือดควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่จำเพาะมีบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจจากสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ดูแล รวมทั้งมีขั้นตอนการรักษาที่เขียนกำหนดไว้อย่างชัดเจน

(2) การรักษาจำเพาะในภาวะเลือดออกในสมอง

การรักษาจำเพาะในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง คือการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก โดยระวังไม่ให้สูญเสียเนื้อสมอง หรือการผ่าตัดเอาหลอดเลือดที่ผิดปกติออก เช่น arteriovenous malformation (AVM) ที่อาจแตกซ้าออก การผ่าตัดมาตรฐานได้แก่ การทำ craniotomy บางสถาบันนิยมใช้วิธี stereotactic เพื่อหดยาละลายลิ่มเลือดก่อนที่จะดูเอาเลือดออก

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดกรณีที่มีเลือดออกในสมอง ได้แก่

(1) ผู้ป่วยที่มี cerebellar hemorrhage ที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเกิน 3 ซม. และมีอาการทางระบบประสาทเลวลง หรือผู้ป่วยที่ก้านสมองถูกกดหรือมีน้ำคั่งในโพรงสมอง (hydrocephalus) ที่เกิดจากโพรงน้ำสมองถูกอุดกั้น (ventricular obstruction)

(2) ผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่ผิดปกติ เช่น aneurysm, arteriovenous malformation หรือ cavernous angioma ควรได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกพร้อมกับแก้ไขหลอดเลือดที่ผิดปกติ ถ้าประเมินอาการของผู้ป่วยแล้วคิดว่ายังมีโอกาสจะดีขึ้นได้หลังการผ่าตัด

(3) ผู้ป่วยอายุน้อยที่มีก้อนเลือดขนาดกลางหรือขนาดใหญ่และอาการ
 เลวลง

ผู้ป่วยที่ไม่ควรได้รับการผ่าตัด ได้แก่

(1) ผู้ป่วยที่ก้อนเลือดมีขนาดเล็ก คือ ปริมาณเลือดน้อยกว่า 10 มล.
 หรือมีอาการทางระบบประสาทเพียงเล็กน้อย

(2) ผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก Glasgow Coma Score เท่ากับหรือต่ำกว่า 4 ยกเว้นในรายที่เกิดจาก cerebellar hemorrhage ที่กดก้านสมอง ซึ่งพิจารณาแล้วว่าการผ่าตัด อาจจะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลง

2) การรักษาแบบประคับประคองทั่วไป

นอกจากการรักษาแบบเฉพาะเจาะจงแล้ว การดูแลสถานะทั่วไปของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันก็มีความสำคัญมาก เพื่อจะป้องกันไม่ให้เซลล์สมองตายมากขึ้น การรักษาเหล่านี้ได้แก่

(1) การรักษาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดมักจะมี ความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว ในระยะเฉียบพลันร่างกายจะมีกลไกการเพิ่ม cerebral blood flow ส่งผลให้ความดันโลหิตมักสูงขึ้นอีก การลดความดันโลหิตจะทำให้ cerebral blood flow ลดลงซึ่ง อาจเป็นผลเสียต่อสมองส่วนที่มีการขาดเลือด ความดันโลหิตมักลดลงได้เองโดยไม่ต้องให้ยา อย่างไรก็ตาม ถ้าความดันโลหิตสูงกว่า 220/120 มม.ปรอท หรือในผู้ที่จำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิต แต่ความดันโลหิตสูงกว่า 185/110 มม.ปรอท จำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิตโดยอาจใช้ labetalol, nicardipine หรือ nitroglycerin ทางหลอดเลือดดำ แต่ในกรณีที่ไม่สามารถให้ยา ดังกล่าวได้ อาจใช้ captopril ทางปากได้ หลังจากนั้นเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันจึงค่อยเริ่มให้ยาลด ความดันโลหิต เพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในทางตรงกันข้ามควรดูแลไม่ให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิต จนต่ำเกินไป และถ้าความดันโลหิตลดลงควรรีบหาสาเหตุและให้การรักษา

(2) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้สารอาหารอย่างเพียงพอ การให้สารน้ำจะมีประโยชน์ แต่อย่างไรก็ตามควรระวังในผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง เพราะการให้สารน้ำมากเกินไป อาจทำให้เกิดสมองบวมมากขึ้นจนเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ หรือแม้แต่ ในผู้ป่วยที่มีภาวะ heart failure เองก็ตาม นอกจากนี้การดูแลเรื่อง electrolytes และการให้สาร อาหารก็เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการประเมินการกลืน ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ควรให้อาหารทางสายยางตั้งแต่ระยะแรก

(3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการศึกษาหลายแห่ง พบว่า การ มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จะทำให้เกิด tissue acidosis มากขึ้น และอาจทำให้อาการของโรคหลอดเลือด

เลือดสมองเลวลง ดังนั้นจึงควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้สูงเกินไป ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงควรพิจารณาให้ฉีดอินซูลิน

(4) การควบคุมอุณหภูมิของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีไข้ควรรีบให้การดูแลรักษาและหาสาเหตุ เนื่องจากไข้สูงจะทำให้อาการเลวลงได้

3) การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

(1) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ได้แก่ ภาวะสมองบวม จะเป็นอันตรายในกรณีที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ มักจะเกิดหลัง 24-48 ชั่วโมง ควรป้องกันด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างระมัดระวัง เพื่อไม่ให้เกิดการกด jugular vein และป้องกันไม่ให้เกิดการคั่งของ CO₂ นอกจากนี้ควรพิจารณาให้ mannitol หรือ glycerol และใส่ endotracheal tube และเครื่องช่วยหายใจ

(2) ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจพบได้ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ การเกิดแผลกดทับ ควรให้การดูแลรักษาตามสาเหตุ นอกจากนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น complex regional pain syndrome, post stroke pain เป็นต้น

4) การรักษาสาเหตุและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

ภายหลังการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน การดูแลระยะยาวก็เป็นสิ่งสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทำกายภาพบำบัด จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในกรณีที่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สำหรับการรักษาทางยาที่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดซ้ำ ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องควบคุมรักษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่

(1) การลดความดันโลหิต ในผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดควรมีความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท และถ้ามีโรคเบาหวานร่วมด้วยควรลดความดันโลหิตไม่ให้สูงกว่า 130/85 มม.ปรอท ซึ่งตัวยาในกลุ่ม renin-angiotensin system blocker พบว่า มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตได้ดี และยังอาจมีฤทธิ์นอกเหนือจากการลดความดันโลหิตในการป้องกันหรือลดภาวะ atherosclerosis ได้อีกด้วย โดยในปัจจุบันพบว่า การให้ Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor (ACE-I) ได้แก่ ramipril และ perindopril ร่วมกับ indapamide สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ นอกจากนี้ยาในกลุ่ม Angiotensin Receptor Blocker ก็มีข้อมูลเช่นเดียวกัน

(2) การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง ไขมันในเลือดโดยเฉพาะ low density lipoprotein (LDL) เป็นสาเหตุที่สำคัญของ atherosclerosis จึงควรลดระดับ LDL ให้น้อยกว่า 70 มก/ดล หรือลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 ของระดับ LDL เดิม ยาในกลุ่ม Statins ซึ่งเป็นยาลดไขมันในเลือดก็มีหลักฐานว่าสามารถลด atherosclerosis ได้

(3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

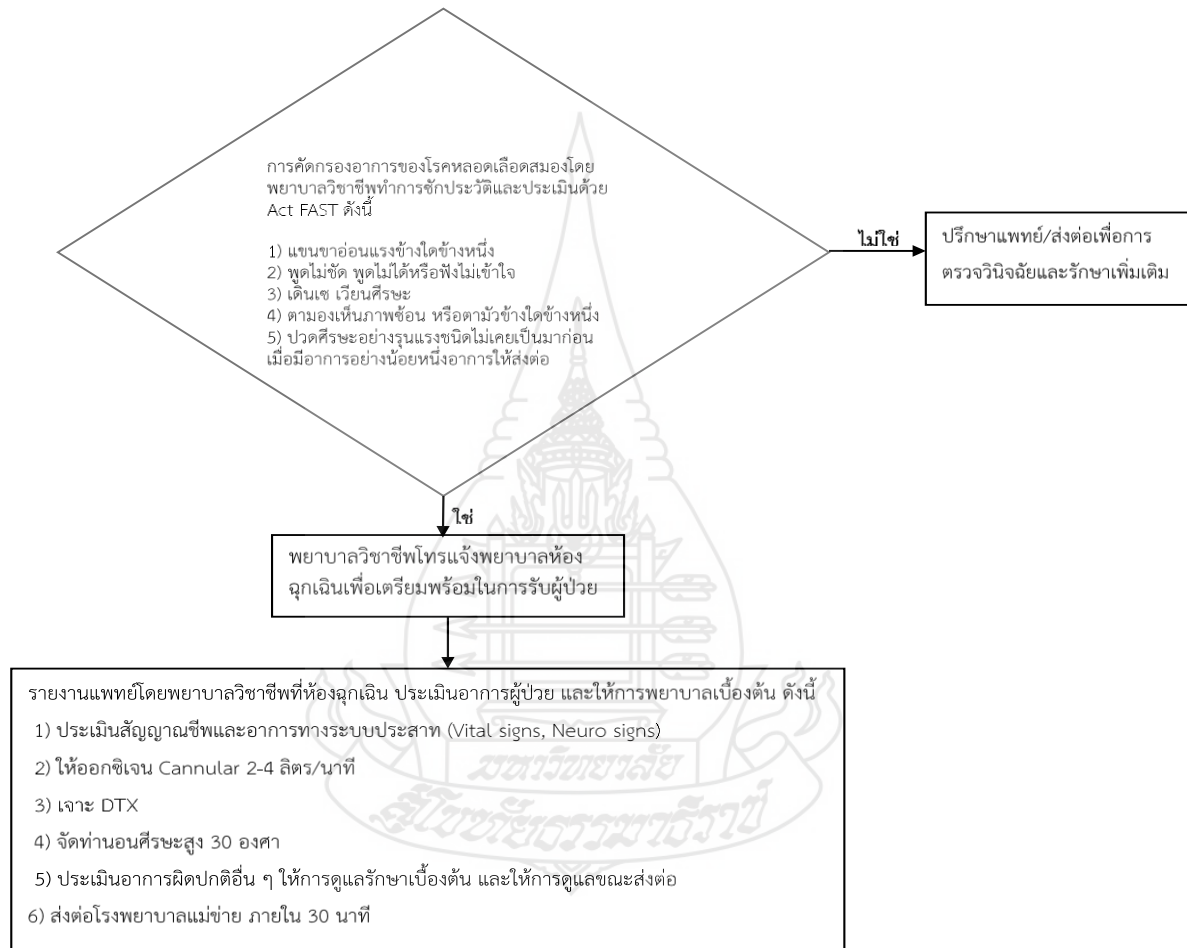
(4) การงดสูบบุหรี่ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ทุกรายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

โดยสรุป การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 4 แบบ ได้แก่ 1) การรักษาในระยะเฉียบพลัน 2) การรักษาประคับประคองทั่วไป 3) การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และ 4) การรักษาสาเหตุและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งการรักษาที่กล่าวมาข้างต้นมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดความพิการ ทูพพลภาพ และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ

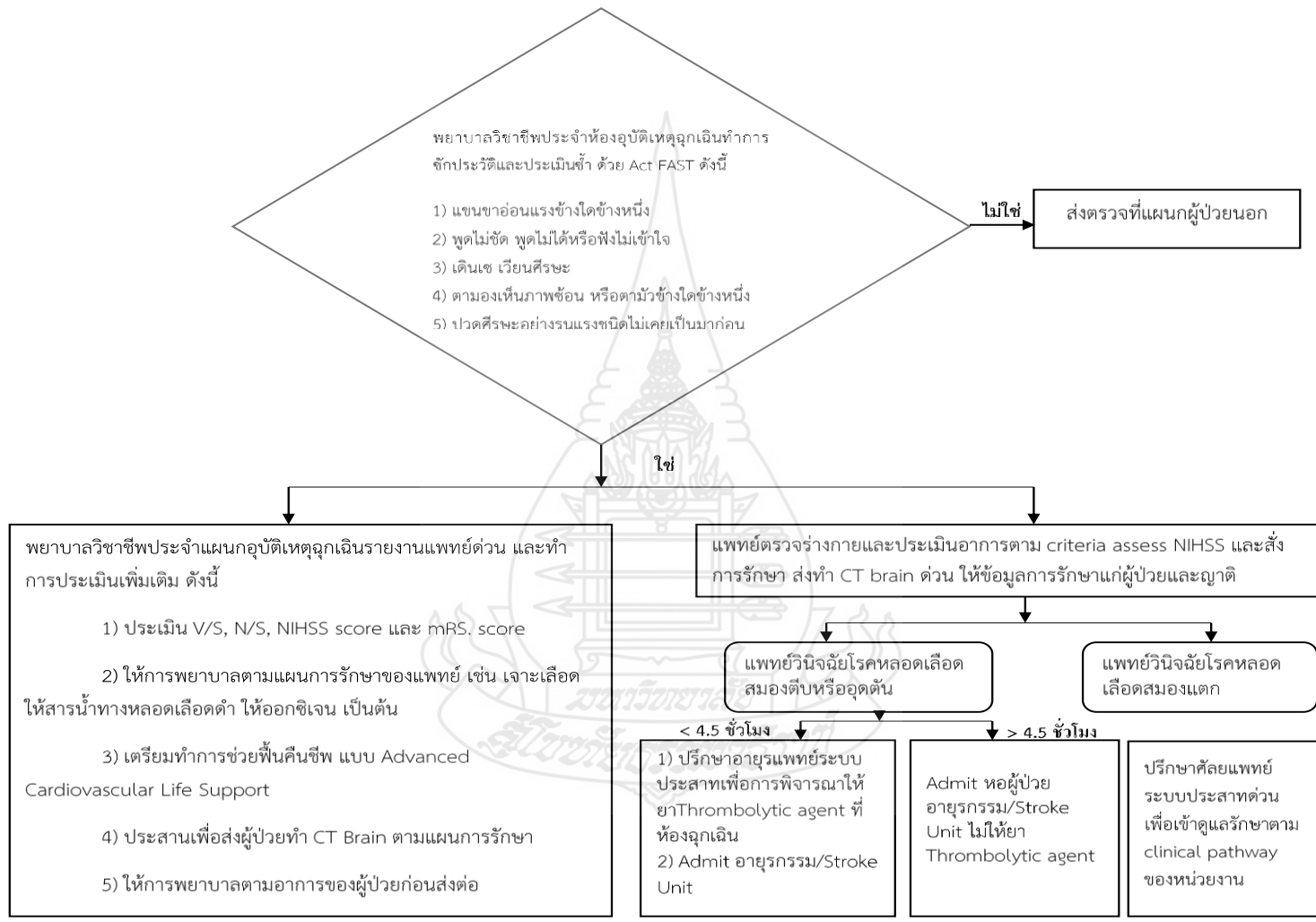
1.5 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตาย การเกิดทุพพลภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญตั้งแต่ระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล ระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤติ ระยะกึ่งเฉียบพลัน ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การดูแลเหล่านี้หากมีการเชื่อมประสานกัน และวางเป้าหมายในการดูแลให้ได้ตามมาตรฐานทุกระยะ ย่อมส่งผลดีต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย โดยแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ 1) ขณะอยู่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (รพสต. หรือศูนย์สุขภาพชุมชน) 2) ขณะอยู่โรงพยาบาลทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือศูนย์เชี่ยวชาญ และ 3) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

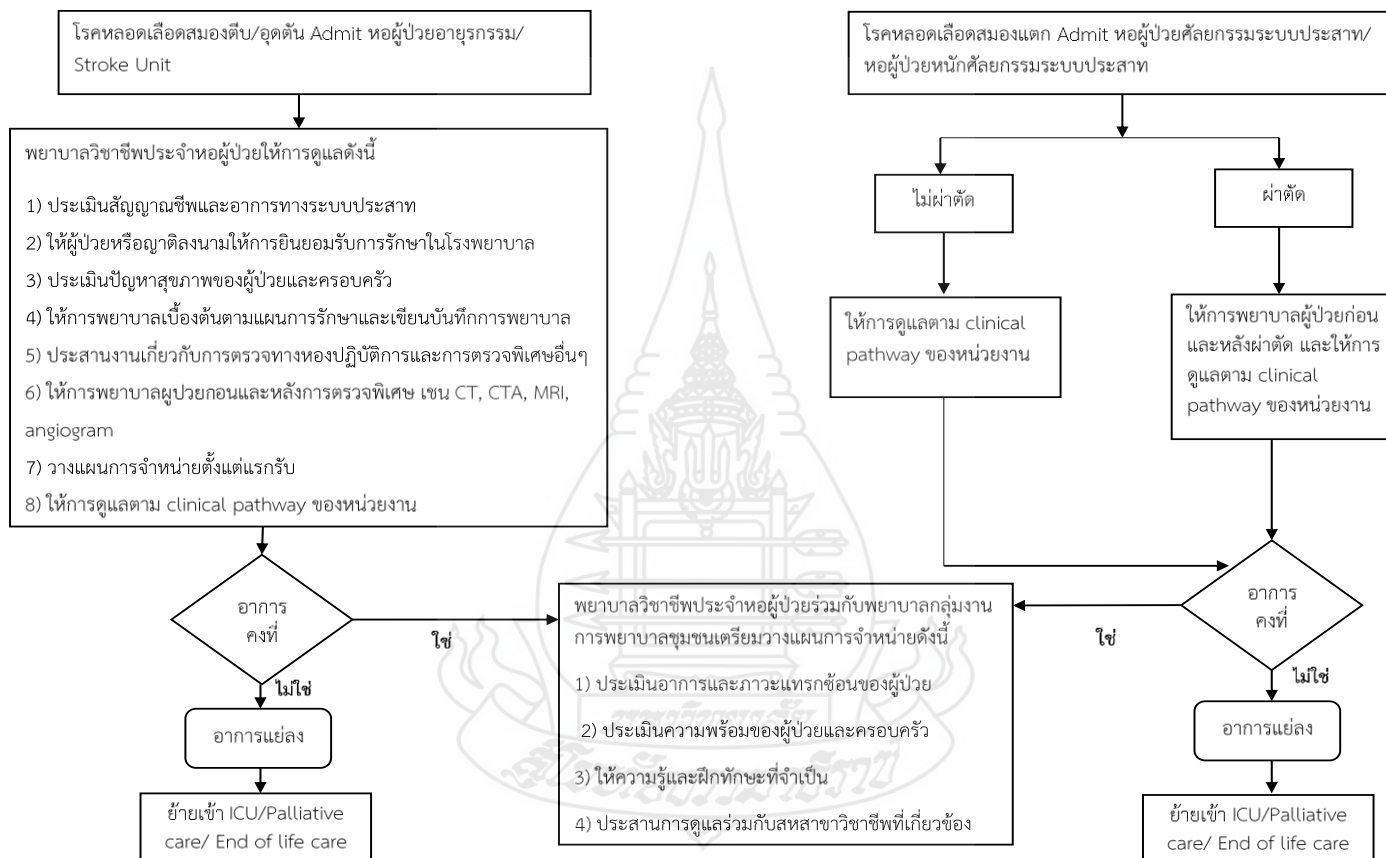




ภาพที่ 2.1 การส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชน



ภาพที่ 2.2 การดูแลผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลแม่ข่าย



ภาพที่ 2.3 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน/แตกที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่ข่าย

เกณฑ์ในการพิจารณาผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนี้

- 1) Barthel ADL < 75 คะแนน หรือ mRs \geq 3
- 2) มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้าน เช่น Tracheostomy tube, NG tube, Foley's catheter เป็นต้น
- 3) มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่บ้าน เช่น ทำแผล ฉีดยา ทำกายภาพบำบัด มีปัญหาด้านจิตใจ สังคม เป็นต้น
- 4) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการปรับที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการฟื้นฟูตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย
- 5) ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก หรือมีปัญหาตาดานอื่น ๆ ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยและต้องติดต่อประสานกับทีมสุขภาพดูแลต่อเนื่องในชุมชน

เกณฑ์การเยี่ยมบ้าน การกำหนดระยะเวลาและความถี่ในการเยี่ยมบ้าน ตามภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ครอบครัว ดังนี้

- เยี่ยมครั้งที่ 1 : BI ADL 0-30 ภายใน 1 สัปดาห์
- : BI ADL 35-50 ภายใน 2-3 สัปดาห์
- เยี่ยมครั้งที่ 2 ภายใน 1-2 สัปดาห์หลังการเยี่ยมครั้งที่ 1
- เยี่ยมครั้งที่ 3 ภายใน 3-4 สัปดาห์หลังการเยี่ยมครั้งที่ 2
- เยี่ยมครั้งที่ 4 ภายใน 3-4 สัปดาห์หลังการเยี่ยมครั้งที่ 3

เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินใจในการยุติการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่มีค่า ADL > 75 แปลว่า มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากถึงมากที่สุด
- 2) ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับที่อยู่อาศัยได้เหมาะสมกับการฟื้นฟู
- 3) ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลัก หรือมีผู้สนับสนุนทางสังคมที่ช่วยประสานงานเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย และมีการติดต่อประสานกับทีมสุขภาพดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1.6 บทบาทของโรงพยาบาลแต่ละระดับ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลระยะกลาง

โรงพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ทั้งระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิล้วนมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลระยะกลาง รวมไปถึงหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น สสจ. สปสช.เขต กองทุนฟื้นฟูจังหวัด พมจ. และ อปท. ทุกระดับ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลฟื้นฟูโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแบบต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปจนถึงชุมชน ที่ครอบคลุมทุกมิติ จากนโยบายเรื่องการดูแลระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายผู้ตรวจ

ราชการกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบกำหนดบทบาทภาคสาธารณสุขระดับจังหวัด และบทบาทของภาคีเครือข่ายและแนวร่วมภาคสาธารณสุข ดังนี้

1.6.1 บทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีบทบาทหน้าที่ในการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในระดับจังหวัด ประสานการทำงานร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสภาพจังหวัด สนับสนุนนโยบายแลอำนาจความสะดวกทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ สนับสนุนการจัดประชุมชี้แจงโครงการ การออกเยี่ยมติดตามในแต่ละอำเภอ การประชุม knowledge management (KM) และสรุปผลการดำเนินงานโครงการในแต่ละปี ดูแลและร่วมพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.6.2 บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีบทบาทหน้าที่ในการมอบหมายให้กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นหลักในการคัดกรอง ประเมิน ตั้งเป้าหมาย ให้บริการ และส่งต่อข้อมูลภายในจังหวัด สนับสนุนวิชาการ ทำ team meeting โดยสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ร่วมงานกับ สสจ. ในการจัดประชุมการสรุปผลการดำเนินโครงการ รวมทั้งร่วมกันพัฒนาโครงการ และประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

1.6.3 บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทหน้าที่ในการทำกายภาพบำบัด เน้นเวชกรรมฟื้นฟูเป็นหลัก รับผิดชอบจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งเริ่มดูแลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ สร้างแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม Home Health Care หรืองานปฐมภูมิ และ รพ.สต. ในพื้นที่ตามบริบท มีแพทย์ให้การสนับสนุนร่วมดูแล รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซับซ้อน ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและการเยี่ยมบ้าน และเป็นคลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับอำเภอ

1.6.4 บทบาทของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการฟื้นฟูในระดับปฐมภูมิโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแบบองค์รวม Multidisciplinary team meeting โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม เชื่อมโยงการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อปท. ระดับต่าง ๆ และจัดการระบบ Caregiver ในชุมชน

1.6.5 บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นเจ้าของไข้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ให้บริการฟื้นฟูร่วมกับสหสาขาวิชาชีพจาก รพช. ให้บริการฟื้นฟูร่วมกับสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาล ให้บริการทางการแพทย์พยาบาลขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแล NG tube, foley's cath การทำแผล รวมทั้งการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นผู้นำทีมการดูแล เช่น care giver, อสม. ญาติผู้ป่วย จิตอาสา เป็นต้น และประสานงานกับ อปท.ในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลด้านสังคม

1.6.6 กองฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จังหวัด มีบทบาทหน้าที่ในการแต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ จัดตั้งระบบคลังอุปกรณ์ และ

กายอุปกรณ์ระดับจังหวัด จัดตั้งระบบปรับสภาพบ้านผู้ป่วย และสนับสนุนด้านอาคารสถานที่ เช่น ห้องประชุม สถานที่เก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

1.7 บทบาทของทีมบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลระยะกลาง

1.7.1 บทบาทของทีมหมอครอบครัว (Family care team)

ทีมหมอครอบครัวประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักกายอุปกรณ์ นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร นักจิตวิทยา และแพทย์แผนไทย นักวิชาการ สาธารณสุข เป็นต้น มีหน้าที่ในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้ได้รับการดูแลฟื้นฟูจากทีมหมอครอบครัวต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงบ้าน ทั้งด้านการดูแลรักษา การทำกายภาพบำบัด การแก้ไขปัญหาด้านการสื่อสาร การพูด ด้านโภชนาการ ด้านสอนญาติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน หรือบางรายหายเป็นปกติกลับไปทำงานได้ตามปกติ และเป็นพลังของสังคมได้

1.7.2 บทบาทของพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤติ เฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน จากการศึกษาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ทำให้ระบบบริการพยาบาลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤติและระยะเฉียบพลัน รวมทั้งการจัดบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่พื้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานการดูแลจากทุกระดับ และมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย Intermediate care service plan นี้ โดยเฉพาะการดูแลระยะกลางซึ่งเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ที่บ้าน หากมีการเชื่อมประสานการดูแลเป็นอย่างดี ผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีย่อมเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (สำนักงานพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1) บทบาทในการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพ (Care manager) พยาบาลต้องแสดงบทบาทการเป็นผู้จัดการระบบบริการที่บ้าน โดยการประเมินปัญหาและความต้องการวางแผน กำหนดทิศทาง การติดตามควบคุมกำกับและเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดการดูแลสุขภาพครอบครัวครอบคลุมบุคคล ครอบครัว ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

2) บทบาทการเป็นผู้นำ (Leader) พยาบาลต้องมีลักษณะของผู้นำ คือ กล้าแสดงความคิดเห็น มีวิสัยทัศน์ เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน ประสานงานกับชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องได้เป็นผู้ริเริ่มโน้มน้าวนำผู้ป่วยที่บ้านกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ให้มีการตัดสินใจกำหนด

เป้าหมายสุขภาพของตนเอง การเป็นแบบอย่างที่ดีของการมีสุขภาพดีและร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมกำหนดแผนและนโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน

3) บทบาทของการดูแลเอาใจใส่ (Care Provider) พยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วยและญาติและยอมรับในความเป็นบุคคล เอาใจใส่เยี่ยมบ้าน และให้การดูแลเสมือนเครือญาติ

4) บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พยาบาลโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้นในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เช่น ลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย ส่งเสริมการออกกำลังกาย พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้ชุมชนมีชมรมออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย ซึ่งจะเป็นผลดีต่อชุมชนในอนาคต

5) บทบาทการเป็นที่ปรึกษา (Counselor) เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่เน้นการช่วยเหลือให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

6) บทบาทการเป็นผู้สอนหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Educator) ให้ศึกษารูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เยี่ยมบ้านโดยให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถตัดสินใจและช่วยเหลือตัวเองภายใต้สิ่งแวดล้อมที่บ้านได้

7) บทบาทของการเป็นผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (Communicator / Helper) ต้องมีทักษะในการสื่อสารกับคนในครอบครัวได้ทุกระดับ สามารถพูดให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจได้เพราะการติดต่อสื่อสารช่วยสร้างความไว้วางใจ และรับบทบาทของการช่วยเหลือมีส่วนช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว

8) บทบาทการเป็นผู้รักษาประโยชน์และสิทธิผู้ใช้บริการ (Client Advocate) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองในด้าน สุขภาพ เช่น สิทธิพื้นฐานในการรับบริการ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง การรักษาของแพทย์ เป็นต้น

9) บทบาทเป็นนักวิจัย (Researcher) สามารถค้นคว้าหาความรู้ อย่าง เป็นระบบมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัย หรือนำผลวิจัยที่เกี่ยวกับบริการเยี่ยมบ้านมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของบุคคลที่บ้าน ครอบครัว และชุมชน

จากบทบาท 9 บทบาทข้างต้นพยาบาลจะต้องนำบทบาทที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมมาดำเนินการหาแหล่งทรัพยากร เพื่อให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวได้รับการพยาบาลตามแผนการจำหน่ายเพื่อการฟื้นฟูและการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามแผนการพยาบาลบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่ตั้งไว้

นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถประยุกต์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self management) ของ Creer ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ แนวคิดนี้มีการนำมาใช้ในวงการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Creer, 2000) ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแล (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนี้

- 1) วางแผนและตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ เพื่อไปสู่เป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเอง
- 2) ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การควบคุมโรคและความเจ็บป่วย การเฝ้าระวังหรือสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 3) สอน สาธิตและฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล เพื่อการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย ใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติได้
- 4) เสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง
- 5) วางแผน ติดตามผล และเฝ้าระวังอาการผิดปกติรวมถึงอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2.1 ความหมายของการดูแลระยะกลางและประเภทของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

2.1.1 ความหมายของการดูแลระยะกลาง

Pearson, Punton & Durant (1992) สรุปลความหมายของการดูแลระยะกลาง คือ การดูแลที่เน้นเป้าหมายของบริการคือการฟื้นฟูสภาพ โดยการสร้างสมรรถนะและให้คำแนะนำ ปรึกษามากกว่าการรักษา ส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง เป้าหมายคือมุ่งให้ผู้ป่วยและญาติสามารถ กลับไปดูแลต่อที่บ้านเองได้

Steiner (1997) สรุปความหมายของการดูแลระยะกลาง คือ การบริการที่ครอบคลุมหลายอย่าง เน้นการเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปดูแลที่บ้าน ทั้งนี้จะไม่เน้นการพึ่งพาทางการแพทย์ แต่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองที่บ้านตามสภาพความเป็นจริง

อุไร ศิริวัฒน์เวชกุล (2562) การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) หลังผ่านพ้นระยะวิกฤตและระยะเฉียบพลัน แล้วแต่ยังคงมีความบกพร่องของร่างกายอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของเป้าหมาย มีการวางแผนและตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูในกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน ตั้งแต่ในสถานพยาบาล (Intermediate bed หรือ Intermediate ward) จนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (From medical dependence to functional independence)

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนิยามของการดูแลระยะกลางในร่าง Intermediate care service plan (2562) คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤต (acute phase) และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม จำเป็นต้องได้รับการสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ

สรุปบริการระยะกลาง (Intermediate Care) เป็นการเตรียมและฟื้นฟูผู้ป่วยที่พ้นระยะที่ต้องการดูแลทางการแพทย์ที่มีความรุนแรง (acute care) แต่ยังมีปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านโดยไม่เป็นภาระแก่ญาติหรือครอบครัวมากเกินไป และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวรโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการได้รับการดูแลระยะกลางที่ไม่มีคุณภาพและ/หรือไม่เพียงพอ

2.2 ประเภทของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

การบริการระยะกลางมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วย และการฟื้นฟูการดำรงชีวิตอย่างอิสระให้กับผู้ป่วย ดังนั้นกลุ่มบริการสำคัญจะประกอบด้วยสองกลุ่ม คือ กลุ่มบริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และกลุ่มบริการฟื้นฟูทางสังคม ประเทศไทยมีการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง โดยแบ่งออกเป็นประเภทของการให้บริการ ดังนี้

2.2.1 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและบริการทางการแพทย์

ประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย การฟื้นฟูทางการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแล

รักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์ โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีตั้งแต่แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หมอนวด หมอพื้นบ้านและผู้ช่วยเหลือ

2.2.2 การบริการฟื้นฟูดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้พร้อมรับเผชิญความเปลี่ยนแปลงปรับตัวให้เข้ากับสภาพใหม่ ฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเอง (Restore self) มีความหลากหลายของกิจกรรม เช่น กิจกรรมเชิงธรรมมะศิลปะบำบัดกิจกรรม กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมสร้างคุณค่า ให้ตนเอง บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พระ วัด กลุ่มผู้ป่วย คนพิการ หมอพื้นบ้าน พยาบาล นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช เป็นต้น

2.2.3 การช่วยเหลือและเตรียมทางด้านสังคม ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และ ชุมชน เป็นต้น

ที่กล่าวมาด้านบนเป็นมติการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง การจัดบริการในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานบริการในชุมชน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีรูปแบบการให้บริการดังต่อไปนี้

1) รูปแบบการให้บริการแบบผู้ป่วยใน เป็นการให้บริการแบบ Intermediate bed/ward ดังนี้

(1) *Intermediate bed* เป็นการให้บริการ IPD rehab program ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ หรือ 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)

(2) *Intermediate ward* เป็นการให้บริการ Less-intensive IPD rehab program ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมีการให้บริการ Intermediate bed อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในพื้นที่ระดับอำเภอ รูปแบบนี้ผู้ป่วยจะได้รับบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดได้ครบตามมาตรฐาน แต่อาจส่งผลกระทบต่อความไม่สะดวกของผู้ป่วยและญาติที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน

2) รูปแบบการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นบริการฟื้นฟูผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้งอย่างน้อย 24 ครั้ง ภายใน 6 เดือน โดยข้อดีของรูปแบบนี้คือผู้ป่วยและญาติไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และอาจมาไม่ครบตามที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการกายภาพบำบัดและ กิจกรรมบำบัดไม่ครบตามมาตรฐานที่ควรได้รับ รูปแบบบริการนี้จึงเหมาะสำหรับผู้ที่มิถุนีลำนานอยู่ใกล้โรงพยาบาล

3) การให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน กรณีผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกาย แต่ไม่สามารถมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ควรได้รับการบริการในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ หรือโดยทีม Primary Care Cluster; PCC ควรมีแพทย์ นักกายภาพบำบัด และทีมสหวิชาชีพ ให้บริการร่วมกับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของ Primary Care Unit; PCU หรือ รพ.สต. ในพื้นที่ โดยการออกให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน (Out-reach program) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 10-15 ชั่วโมง/เดือน ในช่วง 1 เดือนแรก หลังจากนั้นติดตามเดือนละ 2 ครั้ง โดยข้อดีของรูปแบบนี้ คือผู้ป่วยและญาติได้รับการตามเวลาที่กำหนดโดยไม่ต้องเดินทางไปรับบริการฟื้นฟูที่โรงพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ที่มีการจัดกิจกรรมการฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอ ข้อเสียคือความต่อเนื่องของการทำกิจกรรมฟื้นฟู และญาติหรือผู้ดูแลต้องทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของทีมสหวิชาชีพอย่างเคร่งครัด

ประเภทของผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลระยะกลาง ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่ฟื้นระยะเฉียบพลันแต่ยังกลับบ้านไม่ได้ ยังดูแลตัวเองไม่ได้หรือถ้ากลับไปมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เช่น ยังกลืนเองไม่ได้ต้องให้อาหารทางสายยางอยู่ หรือควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เป็นต้น

2) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางกาย และการเคลื่อนไหว เช่น ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะบาดเจ็บของสมอง และบาดเจ็บไขสันหลัง ตลอดจนภาวะความเจ็บป่วยอื่น ๆ ซึ่งเริ่มมีอาการคงที่ แต่ยังมีปัญหาความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้ายตัว การดำรงชีพอิสระ และการประกอบอาชีพ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในอดีตการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยยังมีการให้บริการที่ไม่เป็นระบบ ขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน และยังไม่ครอบคลุมส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะกลางที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจำนวนมากได้รับการดูแลฟื้นฟูในระยะกลางอย่างไม่เหมาะสมเพียงพอ และยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงการดูแลฟื้นฟูในระยะกลางด้วยเหตุและปัจจัยต่าง ๆ

ปัจจุบันการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางมีรูปแบบที่หลากหลายตามแต่บริบทของสถานพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน การให้ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก การลงเยี่ยมและให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในท้องถิ่นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้กันฟื้นฟูแทนนักวิชาชีพ โดยอัตราการเข้าถึงบริการค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะการบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน แต่อัตราการฟื้นฟูเริ่มสูงขึ้นเมื่อมีการขยายการบริการแบบลงเยี่ยมและให้บริการที่บ้าน

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) คือระบบที่เชื่อมโยงการบริการของหน่วยบริการสาธารณสุข เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะปล้น (Acute Care) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) และการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จึงเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นวิกฤตและมีอาการคงที่แล้ว แต่ยังคงมีความบกพร่องบางส่วนที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายอย่างน้อย 10 – 15 ชั่วโมง/เดือน ในช่วง 1 เดือนแรก โดยบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคม ได้เต็มศักยภาพ การบริการดูแลสุขภาพระยะกลางอาจจัดแบ่งได้เป็น 2 ระดับ ระดับแรก คือ ที่โรงพยาบาล (Hospital - based Intermediate Care) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและความต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างมากจำเป็นต้องมีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ด้านสุขภาพเข้าร่วมให้บริการช่วยเหลือดูแล และระดับที่สองคือที่ชุมชน (Community - based Intermediate Care) สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและความต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องลดลง มุ่งเน้นการฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการโดยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพน้อยลงกว่าการบริการที่โรงพยาบาลหลายๆ ประเทศที่พัฒนาแล้วจึงกำหนดให้การดำเนินการจัดบริการดูแลสุขภาพระยะกลางในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการ ลดอัตราความพิการ และลดค่าใช้จ่ายระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้ การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ในระยะแรกจึงมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วย ใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Traumatic brain injury) ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal cord injury) และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) โดยมีรูปแบบการ ให้บริการดังต่อไปนี้

หลักการและแนวคิดเรื่องการดูแลระยะกลางยังมีหลากหลาย แต่สามารถสรุปแนวคิดโดยรวม คือ

2.3.1 เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูมักจะมีปัญหาที่ซับซ้อนและหลากหลายด้าน

2.3.2 ให้ความสำคัญในการดูแลฟื้นฟูมากกว่าการรักษา

2.3.3 การให้การดูแลภายในบ้านหรือสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วยหรือในสถานที่ คล้ายบ้าน

2.3.4 ให้ความสำคัญของการจัดการการเข้าถึงของคนไข้และครอบครัว ความ สะดวกสบาย

2.3.5 การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.3.6 การให้ความสำคัญกับการประเมินแบบองค์รวม การประเมินซ้ำที่ทันเวลา

- 2.3.7 ข้อมูลเกี่ยวกับคนไข้ที่ครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพ
- 2.3.8 เน้นการจัดการวางแผนที่จะส่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยเร็วที่สุด
- 2.3.9 เน้นการลดจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็น
- 2.3.10 การได้รับการประเมินและได้รับการดูแลได้ทันท่วงทีก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปราณี เกษตรสันต์ (2558) ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่าย 6 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่ากลุ่มควบคุม ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น และระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงสุด

กัญญารัตน์ คำจูน และคณะ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการอย่างต่อเนื่อง และศึกษาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พบว่า พัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเข้าถึงบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเป็นเฉลี่ย 5.4 ครั้ง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางสามารถพัฒนาศักยภาพมากกว่าผู้ป่วยระยะ Long Term Care (LTC) การสนับสนุนระบบบริการผู้ป่วยระยะกลางช่วยลดปัญหาติดเตียง ลดความพิการ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

นภัสภรณ์ เจริญสะอาด (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม (Caregivers) ออกแบบการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart โดยมีการวางแผนการดำเนินงานจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่และดำเนินงานตามนโยบาย Service plan จัดทำแนวทางการดูแล ดำเนินการดูแลตามแผนที่วางไว้ และประเมินผล สะท้อนกลับจากผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการดูแล ผลการศึกษาพบว่า การดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ได้มาตรฐาน มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.95 เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 12.69

ภัสรี พัฒนสุวรรณ (2562) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับชุมชน เพื่อศึกษาสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะเวลา นอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาล ชุมชน พบว่า ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ใน โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีคะแนนบาร์เธลเมื่อจำหน่ายแตกต่าง กับเมื่อแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (2562) ได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลระบบการ ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบภายใต้โครงการการ ทบทวนสถานการณ์ความต้องการระบบและเครื่องมือที่จะตอบสนองต่อปัญหาของผู้สูงอายุใน ประเทศไทยและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยทำหน้าที่ประเมินผลในพื้นที่ต้นแบบที่ มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ทำการประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ต้นแบบที่มี การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโครงการ และพื้นที่ที่มีการดำเนินการให้บริการดูแล ผู้ป่วยระยะกลางอย่างสม่ำเสมอมาก่อนหน้านี้ โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและประเมินการบริหาร จัดการ พบว่า 1) การออกแบบระบบบริการในพื้นที่ต้นแบบ พบปัญหาการเชื่อมต่อระหว่างการดูแล ผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ส่งผลให้ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึง บริการการดูแล ผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียโอกาสที่จะหายจากความพิการ พบว่า แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีส่วนสำคัญในการลดปัญหานี้ 2) จำนวนชั่วโมงกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแต่ละรายอย่างน้อยควรได้รับบริการชั่วโมง กายภาพบำบัดไม่น้อยกว่า 10-15 ชั่วโมงต่อราย ยกเว้นในบางกิจกรรมที่มีความยากอาจจะจ าเป็น ต้องการ ถึง 15-20 ชั่วโมงต่อราย สามารถระบุเป็นมาตรฐานใหม่ในการบริการผู้ป่วยระยะกลางที่ควร ประकाใช้ 3) รูปแบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน มีข้อดีของการจัดบริการ รูปแบบนี้ ได้แก่ โอกาสที่จะให้บริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดได้ครบชั่วโมงตามมาตรฐาน อย่างแน่นอน ส่งผลให้ลดความพิการได้แต่ข้อเสียของรูปแบบนี้อยู่ที่ความไม่สะดวกของผู้ป่วยและ ญาติที่ต้องนอน โรงพยาบาลนาน ต้นทุนในการให้บริการที่สูง 4) รูปแบบที่ผู้ป่วยรับบริการกายภาพ บำบัดที่โรงพยาบาล ในลักษณะของผู้ป่วยนอกภายหลังที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะ เฉียบพลันแล้ว รูปแบบนี้ข้อดี คือ ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องนอน โรงพยาบาลนาน แต่มีข้อเสีย คือ การที่ ผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางจำนวนหนึ่ง และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยมักจะเดินทางมาได้ไม่ครบตามที่กำหนด ส่งผลให้รูปแบบนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับ บริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดไม่ครบตามมาตรฐานชั่วโมงที่ควรได้รับ 5) เนื่องจากต้นทุน

ที่สูงขึ้น แต่มีผลลัพธ์ที่คุ้มค่า จึงต้องมีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การบริหารจัดการการเงินสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ดี ควรจะจัดสรรตามผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่งต้องมีระบบข้อมูลผลลัพธ์ของการให้บริการที่ถูกออกแบบให้มีการบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อนำมาประมวลผลได้ง่าย และ 6) ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้บุคลากรวิชาชีพในการให้บริการ ไม่สามารถฝึกลูกหลานทั่วไปเพื่อให้บริการแทนได้ บุคลากรทั่วไปที่ได้รับการฝึกแล้ว อย่างมากที่สุด ก็จะสามารถเป็นผู้ช่วยบุคลากรวิชาชีพในการให้บริการภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของบุคลากรวิชาชีพเท่านั้น

อรุณสิทธิ์ ศรีสุปัติ และคณะ (2562) ได้ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย post-acute stroke ด้วยรูปแบบการบริการระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) โดยรูปแบบมี 2 แบบ ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน เป็นระยะเวลาทั้งหมด 14 วัน กิจกรรมประกอบด้วย (1) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (2) การประเมินสภาพผู้ป่วย (3) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยโปรแกรมด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น (intensive rehabilitation) (4) การให้บริการทางการแพทย์ (5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (6) การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย (7) การส่งข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้าน (home health care; HHC) และ 2) รูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลา 6 เดือน (จำนวน 24 ครั้ง) ประกอบด้วย (1) การประเมินสภาพผู้ป่วย (2) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น (intensive rehabilitation) จากผลการศึกษาพบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย post-acute stroke ด้วยรูปแบบการบริการระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) มีความคุ้มค่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันต่ำเมื่อเทียบกับรูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ในขณะที่การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกจะมีความคุ้มค่าและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี

น้อมจิต จันทรน้อย, นฤมล จันทรสุข และ รักษณา วิมลมุข (2564) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลาง และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลระยะกลาง ผลการวิจัยพบว่าสภาพการณ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางพบว่า การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูไม่ต่อเนื่อง รูปแบบการฟื้นฟู การดูแลและการติดตามเยี่ยมบางส่วนยังไม่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วย และความถี่ในการติดตามเยี่ยมยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์การเยี่ยมในผู้ป่วยระยะกลาง รูปแบบการดูแลระยะกลางคือ UTHAI Model ประกอบด้วย U: Unit, T: Team, H: Home Health Care, A: Assistant from community และ I: Implementation มีการทดลองใช้รูปแบบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 27 ราย วิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลระยะกลาง หลังใช้รูปแบบการดูแลระยะกลาง 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

อารี นามจันดี (2564) ได้ศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี (มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังใช้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 เดือน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 75 คะแนน ระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับการรักษาฟื้นฟูไม่เกิน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าค่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ใช้ระบบการฟื้นฟูมากกว่ากลุ่มก่อนใช้ระบบการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 80 ปี ($p = 0.018$) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันคือ อายุ สรุปลงได้ว่าการใช้ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

Duygu Sezgin et al (2020) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลระยะกลางรวมถึงการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับวัยกลางคนและผู้สูงอายุในด้านการทำงาน การใช้บริการและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ใช้วิธีการศึกษาแบบทบทวนอย่างมีขอบเขตทั้งหมด 133 เรื่อง โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในโรงพยาบาล 2) การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่ติดตามหลังจำหน่าย 30 วันขึ้นไป 3) การดูแลระยะกลางที่บ้าน และ 4) การดูแลระยะกลางในชุมชน การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลางรวมถึงระยะเปลี่ยนผ่านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น อีกทั้งช่วยลดอัตราวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายและต้นทุนในการรักษา

Vluggen, Haastregt, Tan, Kempen, Schols and Verbunt (2020) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จหลังจำหน่ายจากการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในที่บ้านในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความอ่อนแอและมีโรคร่วมหลายอย่าง เป็นการศึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่รักษาอยู่แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ และที่จำหน่ายกลับไปอยู่บ้านหลังเข้ารับการรักษาฟื้นฟูภายในระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยคือ 79.0 ปี (SD 6.4) ร้อยละ 51.1 เป็นเพศหญิง มี 16 ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานการณ์ในครัวเรือนก่อนเข้ารับการรักษา ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน มีโรคร่วมหลายอย่าง ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา การ

ละเลย ความผิดปกติด้านการพูด มีภาวะกลืนลำบาก มีความผิดปกติด้านการควบคุมการปัสสาวะ อุจจาระ ความผิดปกติด้านอารมณ์ ความสมดุลในการนั่ง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรเริ่มดูแลตั้งแต่หลังพ้นภาวะวิกฤติในโรงพยาบาล เชื่อมประสานการดูแลมาสู่ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะกลาง ส่วนสถานการณ์ที่พบคือผู้ป่วยยังได้รับการฟื้นฟูที่ไม่ครอบคลุม การฟื้นฟูสภาพมีหลายแบบ ได้แก่ การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก การฟื้นฟูที่ชุมชน และการเยี่ยมบ้าน ให้การฟื้นฟูที่บ้าน ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทแต่ละโรงพยาบาลและสถานการณ์ของผู้ป่วยว่าจะให้ได้รับการฟื้นฟูแบบใดเมื่อพ้นจากระยะวิกฤติ มีการศึกษาที่พบว่า การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในมีความคุ้มค่า คุ้มค่าสำหรับผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำ และการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก การฟื้นฟูที่ชุมชน และที่บ้านมีความคุ้มค่าและเหมาะสมสำหรับผู้ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดอัตราการนอนและลดความแออัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 6 เดือน ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูได้แก่ อายุ เพศ สถานการณ์ในครัวเรือนก่อนเข้ารับการรักษา ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน มีโรคร่วมหลายอย่าง ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา การละเลย ความผิดปกติด้านการพูด มีภาวะกลืนลำบาก มีความผิดปกติด้านการควบคุมการปัสสาวะ อุจจาระ ความผิดปกติด้านอารมณ์ ความสมดุลในการนั่ง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน

3. การดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในพื้นที่ที่ศึกษา

3.1 วิสัยทัศน์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในด้านการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบบริการด้วยการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง และการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงระบบบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง และ

เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ กรอบในการดำเนินงานที่สำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด

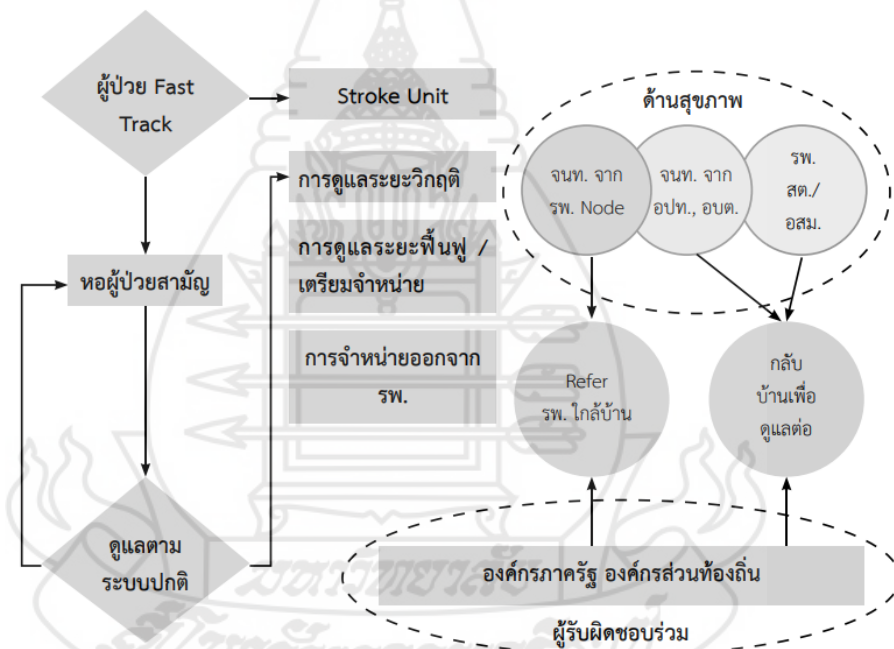
Intermediate care service plan เป็น service plan สาขาใหม่ที่จะช่วยเติมเต็มระบบบริการให้สมบูรณ์ โดยการลดช่องว่างที่ขาดหายไประหว่างการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันในสาขาต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองและอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างดีจนรอดชีวิตแล้วจะได้รับการประเมินและคัดกรองเข้าสู่การดูแลระยะกลาง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบที่หลากหลายตรงตามความต้องการ เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับต่อเนื่องจนถึงชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อพ้นระยะบริการ 6 เดือนไปแล้ว หากผู้ป่วยยังไม่มีสมรรถนะที่มากพอที่จะช่วยเหลือตนเองได้ดี ก็จะเชื่อมโยงการดูแลไปสู่การดูแลระยะยาว (Long term care) ต่อไป

ในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุข โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์โสภณ เมฆธน) ได้ประกาศนโยบายให้จัดบริการ Intermediate Care เพื่อดูแลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติ และอาการคงที่ แต่ยังไม่เข้าสู่สภาวะที่ปกติและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจ ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ กลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ต่อมามีการบันทึกข้อตกลงลงนามความร่วมมือ (Memorandum Of Understanding; MOU) กับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยมีผลลัพธ์ (outcomes) หลักที่กำหนดแผนงานร่วมกัน คือ เพื่อขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดระบบบริการดูแล สุขภาพระยะกลางอย่างเป็นรูปธรรม ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อความพิการ และกลุ่มผู้สูงอายุในโรคเป้าหมาย

ระยะแรกกำหนดโรคเป้าหมาย 3 โรคที่มีความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ Stroke, Traumatic Brain Injury (TBI) และ Spinal Cord Injury (SCI) โดยประเมินผู้ป่วยที่พ้นระยะ acute care หากเข้าเกณฑ์ให้ส่งเข้ารับบริการ Intermediate Care (IMC) เพื่อช่วยลดความแออัดในหอผู้ป่วย โดยจัดบริการ IMC ให้บริการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หากอาการดีขึ้นจนถึงเกณฑ์กำหนดจะจำหน่ายกลับบ้านและให้บริการดูแลต่อเนื่องด้วย Day Care, OPD follow-up และ Home Care กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จะจำหน่ายสู่ Long-term Care ซึ่งอาจเป็น Home-based Long-term Care หรือ Institutional-based Long-term Care ขึ้นกับความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดให้มีจำนวนเตียงรองรับ IMC โดยประมาณความต้องการในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง แห่งละ 2 เตียง ให้มีโรงพยาบาลนำร่องอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง ที่มีเตียงรองรับจำนวน 8 เตียง อาจเพิ่มขึ้นตามความต้องการในพื้นที่ และอาจขยายบริการไปยังกลุ่มเฉพาะนอกเหนือจากสามโรคเป้าหมายตามบริบทของพื้นที่การดำเนินงาน Intermediate Care ในพื้นที่ทั่วประเทศ

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับเชี่ยวชาญหรือระดับ A (Advance-Level Referral Hospital) เป็นแม่ข่ายของเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม (ร้อยแก่นสารสินธุ์) ให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ มีความเชี่ยวชาญในระดับบริการตติยภูมิและสาขาย่อย (subspecialty level referral hospital) ครอบคลุมทุกสาขา รวมถึงมีศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (excellent center) 5 สาขา ได้แก่ สาขา อุบัติเหตุ สาขามะเร็ง สาขาหัวใจ สาขาทารกแรกเกิด และสาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นแม่ข่ายที่รับและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาทและมีเครื่องมือที่ทันสมัย มีการพัฒนา ตั้งแต่ระบบ Stroke FAST track ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนพ้นภาวะวิกฤติ และมีอาคารทางคลินิกคงที่ และส่งต่อกลับไปดูแลที่บ้าน ดังนี้



ภาพที่ 2.4 การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ที่มา: คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น (2562)

สำหรับการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลขอนแก่นเป็น มี บทบาทหน้าที่ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น (บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) โดยเป็นแม่ข่ายส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด 3 โรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) บาดเจ็บที่ไขสันหลัง

(spinal cord injury; SCI) และบาดเจ็บที่สมองจากอุบัติเหตุ (traumatic brain injury; TBI) ตั้งแต่ในโรงพยาบาลไปถึงชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลับมาดำรงชีวิตอย่างอิสระได้มากที่สุด
2. ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
3. ป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงโดยการพึ่งการดูแลแบบระยะยาว (long term care; LTC)

4. ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวร
5. เน้นการให้บริการที่บ้าน หรือสถานพักฟื้น

เป้าหมาย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีระบบครอบครัวช่วยในการดูแลต่อเนื่อง

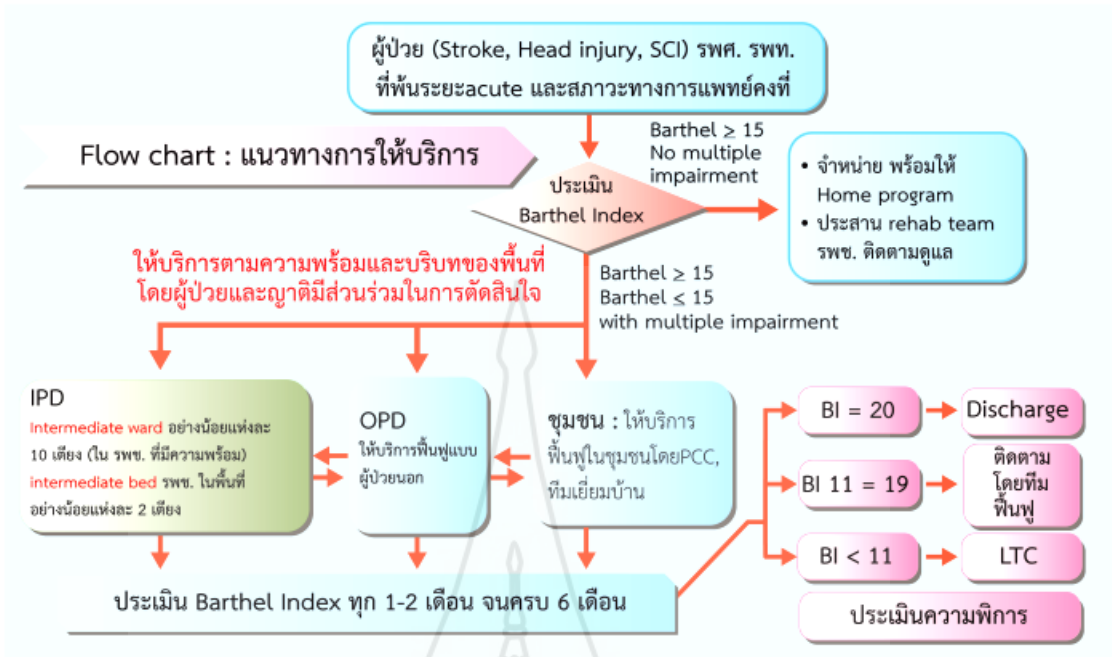
3.2 กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.2.1 กลยุทธ์ในการดำเนินงาน ได้แก่

- 1) พัฒนาระบบบริการ/การจัดการ ได้แก่
 - (1) มีคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัดและระดับเขต
 - (2) มีแผนพัฒนาการดูแลระยะกลางในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต
 - (3) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการในด้านบุคลากร อุปกรณ์/เครื่องมือ และโครงสร้าง
 - (4) จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติ/เกณฑ์การส่งกลับ IMC
 - (5) การบูรณาการการฟื้นฟูสภาพและการเยี่ยมบ้านกับทีมนักกายภาพบำบัด
 - (6) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) การรับรู้ ทักษะ
 - (1) สร้างการรับรู้ ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ ภาควิชาชี่อช่าย และประชาชน
 - (2) เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลของเครือช่าย

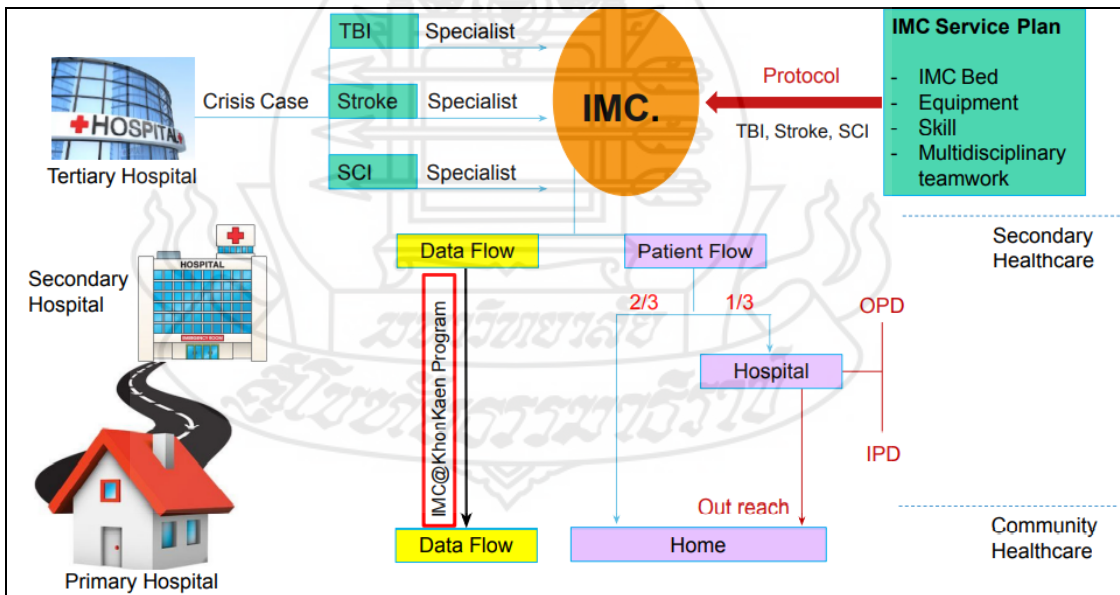
3.2.2 การพัฒนาระบบส่งต่อบริการแบบเครือช่าย “Referral Cascade System”

โดยใช้โปรแกรม STROKE@BI-khonkaen (พัฒนาจากโปรแกรม IMC@KhonKaen และ Thai COC) ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่การดูแลระยะกลางให้กับเครือช่ายทั้งโรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีแนวทางการให้บริการ ดังนี้



ภาพที่ 2.5 แนวทางการให้บริการระยะกลาง

ที่มา: Service plan สาขาการดูแลระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุข (2562)



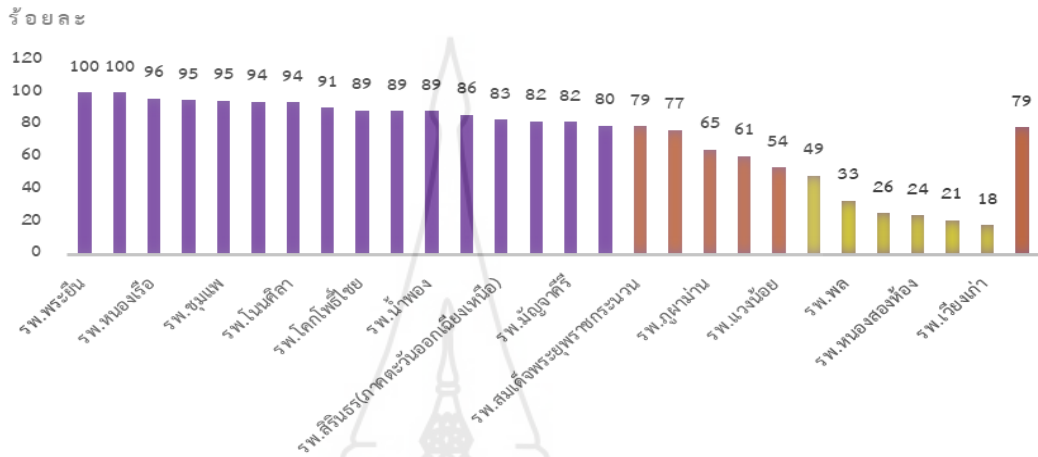
ภาพที่ 2.6 แนวทางการดูแลระยะกลางจังหวัดขอนแก่น

ที่มา: Service plan สาขา IMC จังหวัดขอนแก่น (2562)

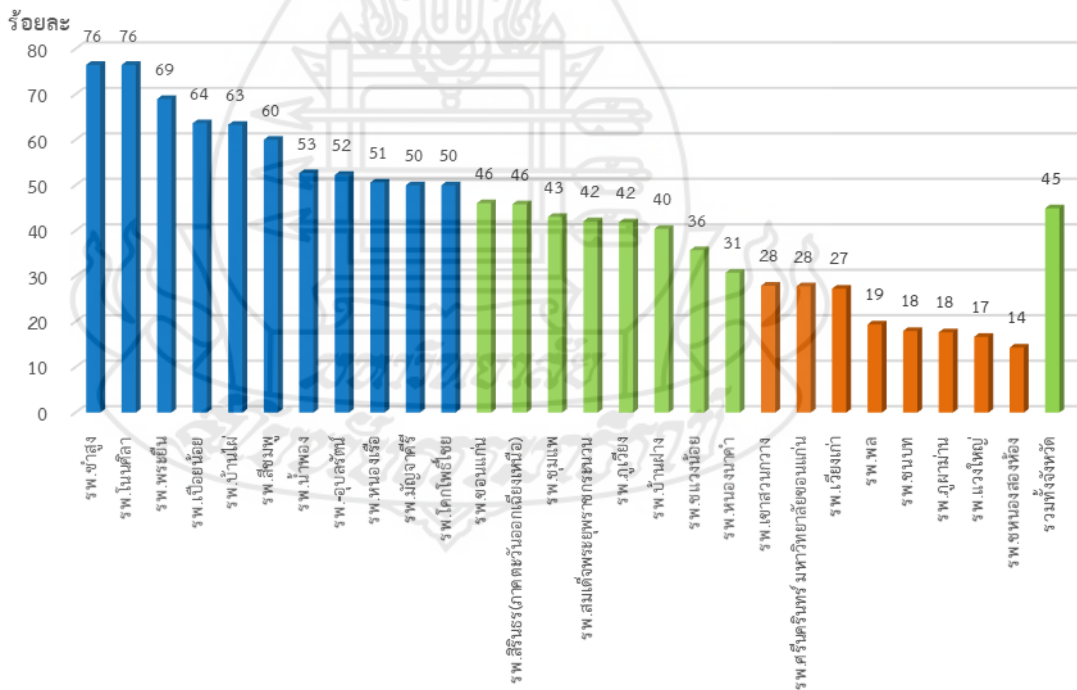
3.3 ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2563

(ที่มา: โปรแกรม Stroke@BI ณ วันที่ 20 ก.พ. 2565)

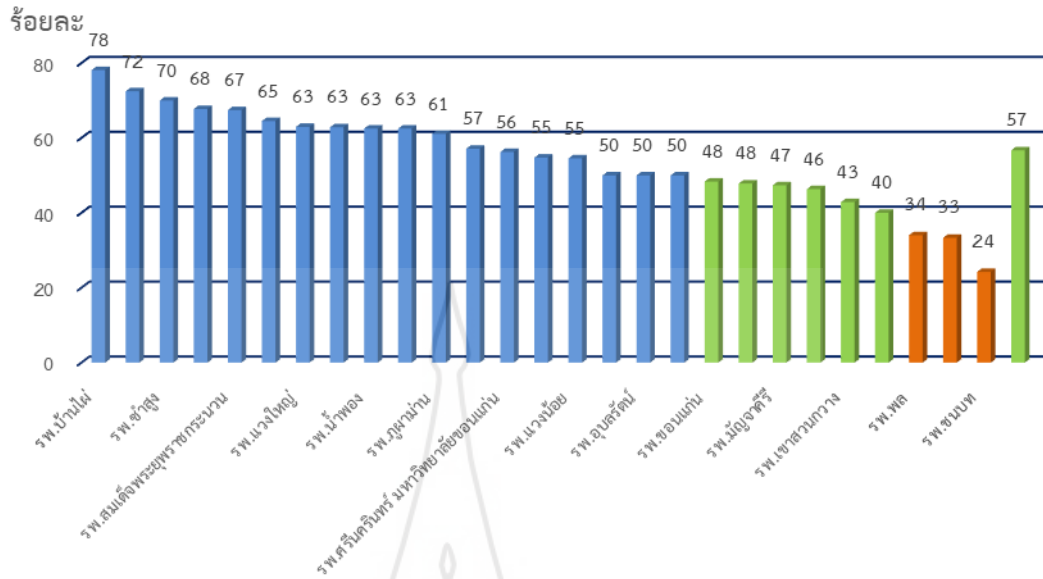
3.3.1 ผลการดำเนินงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น



ภาพที่ 2.7 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น ปี 2563



ภาพที่ 2.8 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมี Barthel ADL Index เพิ่มขึ้น เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น ปี 2563



ภาพที่ 2.9 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านมีสถานะความพิการลดลง
เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น ปี 2563

3.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.4.1 ปัญหาและอุปสรรคในระดับเขตและระดับจังหวัด แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านบุคลากร

(1) จำนวนและศักยภาพของบุคลากรในทีมฟื้นฟู และสาขาวิชาชีพยังไม่เพียงพอ

(2) ขาดผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน

2) ด้านข้อมูล

(1) ผู้ป่วยในระยะ Intermediate care ที่ถูกส่งกลับ รพช. ก่อนส่งกลับบ้าน บางส่วนขาดการส่งกลับข้อมูลในระบบ ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ไม่ทราบข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และจังหวัดไม่สามารถ monitor ติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

(2) ภายหลัง refer ผู้ป่วย stroke กลับไปที่ รพช. IMC bed มีอัตราการ Readmission เพิ่มขึ้น

3) ด้านการบริหารจัดการ

(1) โครงสร้างอาคารยังไม่ได้มาตรฐาน เช่น ยังไม่มีห้องน้ำสำหรับผู้พิการ

3.4.2 ปัญหาและอุปสรรคในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่

1) ด้านบุคลากร

(1) ศักยภาพของบุคลากรในทีมยังไม่เพียงพอ เช่น ขาดการอบรมการดูแลระยะกลาง/ฟื้นฟู ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

(2) ขาดผู้รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมอง และงานการดูแลระยะกลางที่ชัดเจน

(3) จำนวนบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่เพียงพอ เช่น ขาดนักกายภาพบำบัดประจำหน่วยบริการ พยาบาลวิชาชีพมีจำนวนไม่เพียงพอต่อภาระงาน เป็นต้น

2) ด้านข้อมูล

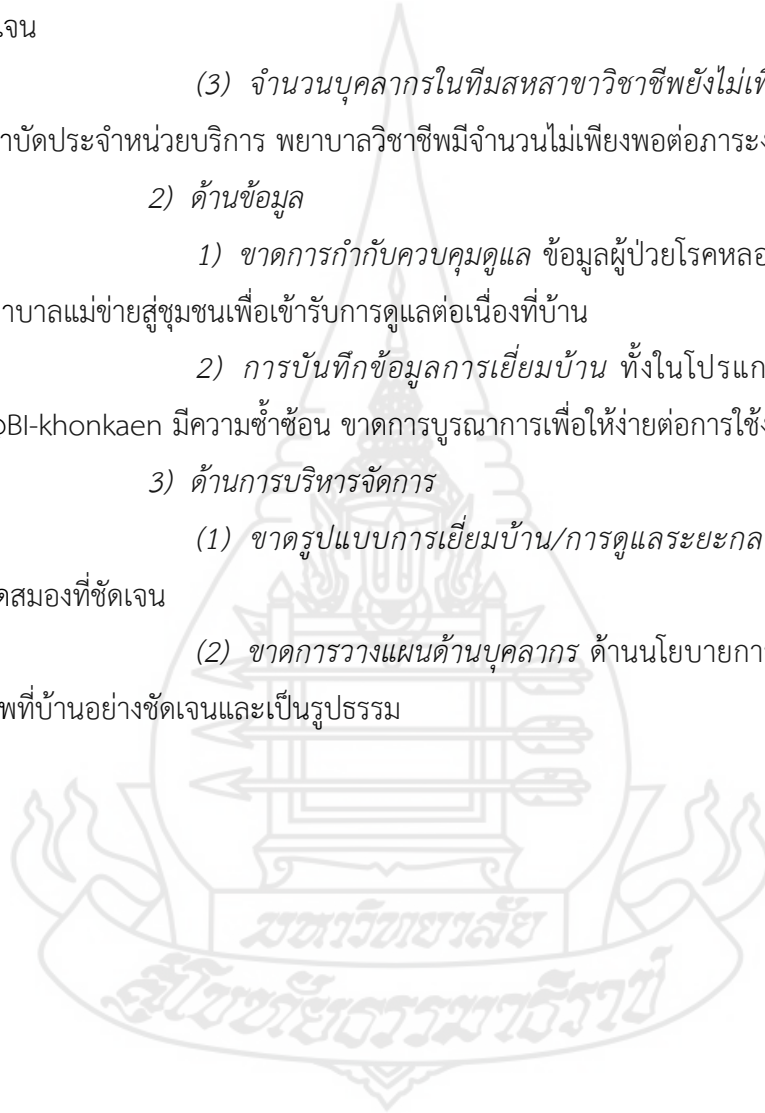
1) ขาดการกำกับควบคุมดูแล ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่ชุมชนเพื่อเข้ารับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2) การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ทั้งในโปรแกรม Thai COC และ STROKE@BI-khonkaen มีความซ้ำซ้อน ขาดการบูรณาการเพื่อให้ง่ายต่อการใช้งาน

3) ด้านการบริหารจัดการ

(1) ขาดรูปแบบการเยี่ยมบ้าน/การดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน

(2) ขาดการวางแผนด้านบุคลากร ด้านนโยบายการทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยมีรายละเอียดการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.1 ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน จากการทบทวนขอบเขตงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน (Scoping review) ค้นหาในช่วงปี พ.ศ.2553 – 2563 (ค.ศ. 2010 - 2020) จำนวนทั้งหมด 79 เรื่อง โดยคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ทั้งหมด 20 เรื่อง ตามเกณฑ์คัดเข้าของ PICo ดังนี้

P= Population or Problem (ประชากร/ปัญหา) คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

I= Interest (สิ่งที่สนใจศึกษา) คือ ปัญหาและความต้องการการดูแล

Co= Context (บริบท) คือ ระยะกึ่งเฉียบพลัน

1.2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

1.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลนครขอนแก่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมือง รวมทั้งผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 148 คน (ปี พ.ศ.2562)

1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ได้แก่

โรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลนครขอนแก่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตเมือง รวมทั้งผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำแนกประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล วิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย โภชนากรและ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 14 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 4 คน อสม. จำนวน 4 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 4 คน และญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 4 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1) เป็นบุคลากรสหสาขาวิชาชีพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลนครขอนแก่น หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมือง หรือ

2) เป็นผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ดูแล และ

3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4) มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ขอลอนตัวออกจากกรวิจัยหรือเข้าร่วมกรวิจัยไม่ต่อเนื่อง

1.3 ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง (ในภาคผนวก)

1.3.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมืองทั้งระดับผู้บริหารและผูปฏิบัติงาน ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลนครขอนแก่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมือง จำนวน 100 คน

1.3.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมืองทั้งในระดับผูปฏิบัติงานและระดับผู้บริหารจำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1) เป็นบุคลากรสหสาขาวิชาชีพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลนครขอนแก่น หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมือง หรือ

- 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 2 ปี
 - 3) มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล
- เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ขอลอนตัว

ขณะร่วมวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยจำแนกตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

2.1 แนวทางการระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป และ 2) แนวคำถามเพื่อการระดมสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางในการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ซึ่งครอบคลุมปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ความจำเป็นในการให้การดูแลระยะกลาง รูปแบบการดูแลแบบมุ่งเน้นสถานบริการเป็นฐาน (Hospital-based) และรูปแบบการดูแลแบบมุ่งเน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based)

2.2 แบบสอบถามความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง โดยใช้รูปแบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมืองเป็นแนวทางในการพัฒนา ประกอบด้วย

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุข อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.2 ความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบ เป็นแบบความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) ในลักษณะประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีเกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้รูปแบบของรูปแบบ มีความหมายของตัวเลือกดังนี้

ระดับ	การแปลผล	
น้อยที่สุด	หมายถึง	รูปแบบในข้อนั้นมีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการ 1-20%
น้อย	หมายถึง	รูปแบบในข้อนั้นมีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการ 21-40%
ปานกลาง	หมายถึง	รูปแบบในข้อนั้นมีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการ 41-60%
มาก	หมายถึง	รูปแบบในข้อนั้นมีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการ 61-80%
มากที่สุด	หมายถึง	กิจกรรมในข้อนั้นมีความเหมาะสมที่จะดำเนินการ 81-100%

โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

(นพพร ธนะชัยขันธุ์, 2555)

ค่าเฉลี่ย	1.00-1.50	หมายถึง	ผู้ประเมินมีความคิดเห็นว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสมของกิจกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย	1.51-2.50	หมายถึง	ผู้ประเมินมีความคิดเห็นว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสมของกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย	2.51-3.50	หมายถึง	ผู้ประเมินมีความคิดเห็นว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสมของกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.51-4.50	หมายถึง	ผู้ประเมินมีความคิดเห็นว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสมของกิจกรรมอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย	4.51-5.00	หมายถึง	ผู้ประเมินมีความคิดเห็นว่ารูปแบบนั้นมีความเหมาะสมของกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการระดมสมอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาแก้ไขข้อคำถามเพื่อความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษาที่ใช้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อออกเอกสารรับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.2 ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลการวิจัย จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

3.3 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น โดยแบ่งระยะการวิจัยดังต่อไปนี้

3.3.1 ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.3.2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยดูจากทะเบียนประวัติผู้นำชุมชน และทะเบียนประวัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อ นัดหมาย วัน เวลา สถานที่

2) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกลุ่มผู้ร่วมประชุมระดมสมองรายบุคคล บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งร่วมกำหนดการประชุมระดมสมอง วัน เวลา สถานที่ ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

3) ผู้วิจัยจัดประชุมระดมสมองทีมพัฒนารูปแบบ

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 8 มกราคม 2564 เวลา 13.00-15.00 น. เป็นการระดมความคิดเห็น ในประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ตามหลักการระดมสมองโดยใช้แนวทางการระดมสมองที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการประชุมระดมสมองชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียง หรือจดบันทึกการประชุม มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จัดบันทึกการประชุมและบันทึกเทปการประชุม

ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปการประชุมระดมสมอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา รวมทั้งสร้างเป็นร่างรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำ และนำมาปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งนัดทีมพัฒนารูปแบบประชุมระดมสมองในครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 ในวันที่ 20 มกราคม 2564 เวลา 13.00-14.30 น. ผู้วิจัยดำเนินการประชุมระดมสมอง พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียง หรือจัดบันทึกการประชุม มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จัดบันทึกการประชุม และบันทึกเทปการประชุม โดยครั้งนี้นำเสนอร่างรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่นที่พัฒนาขึ้น ต่อทีมพัฒนารูปแบบเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนเหมาะสม ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทบทวนจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน และยอมรับในรูปแบบ จึงจัดทำเป็นรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น ก่อนนำไปสำรวจความคิดเห็นในระยะที่ 3

ครั้งที่ 3 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 13.00-14.30 น. ดำเนินการประชุมกลุ่ม นำผลการสำรวจการประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบและความพร้อมของบุคลากรต่อการดำเนินงานของรูปแบบฯ ในระยะที่ 3 มาสรุปให้ทีมพัฒนาทราบ ทีมพัฒนาแสดงความคิดเห็นและปรับปรุงรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

3.3.3 ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง สำหรับบุคลากร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1) *หลังจากได้ร่างรูปแบบดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น* จากการศึกษาในระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง เสนอต่อบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 ท่าน โดยการแจกแบบสอบถามเป็นรายบุคคล กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพประจำสำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ก่อนที่จะอธิบายหลักเกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบและความพร้อมของบุคลากรต่อการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

2) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน ความของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น มารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (เลขที่ 8/2564) การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 2 กลุ่ม มีการพิทักษ์สิทธิ์ ดังนี้

4.1 ทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพิทักษ์สิทธิ์ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลหลักโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย การปฏิเสธในการเข้าร่วม ขออนุญาตจัดบันทึกขณะประชุมระดมสมอง บันทึกเสียง บันทึกภาพ และนำเสนอข้อมูลโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ โดยการนำเสนอผลที่ได้ในภาพรวม เปิดโอกาสให้ทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อข้องใจในการวิจัยได้

4.2 กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ นำเสนอผลงานวิจัยเป็นข้อมูลภาพรวม นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ขออนุญาตจัดบันทึกข้อมูล บันทึกเสียง ถ่ายภาพ การนำเสนอโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและใบหน้าของกลุ่มตัวอย่าง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามขอบเขตการวิจัย (Scoping review) และคำตอบที่ได้จากการระดมสมอง โดยนำข้อมูลที่นำมาจัดระบบและแบบแผนให้สอดคล้องกับแนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปและผลการประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแลระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น ในบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ถูกวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง นำเสนอผลการดำเนินผลการวิจัยเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Scoping reviews) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน จากการสืบค้นจากฐานข้อมูล CINAHL, PUBMED, ProQuest, Thailist และ ThaiJo โดยกำหนดคำสืบค้นให้ครอบคลุมเกี่ยวกับปัญหา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกึ่งเฉียบพลัน ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะกลาง โดยกำหนดช่วงปีที่สืบค้นระหว่าง ปี พ.ศ. 2553-2563 และ ค.ศ. 2010-2020 จากทั้งหมด 20 งานวิจัย ซึ่งมีทั้งรูปแบบการทบทวนวรรณกรรม รูปแบบการสัมภาษณ์ การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงพรรณนา การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ การวิจัยและพัฒนา และการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ด้วยเครื่องมือ PICo (Melnyx & Fineout Overholt, 2005) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบ การดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

ลำดับ	หัวเรื่องงานวิจัย
1	นงนุช เพ็ชรร่วง และ ยุพา จิวพัฒนกุล. (2557). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน
2	จันทร์จิรา สีสว่าง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
3	กณฐา ต้อยตา, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ และ ทศนีย์ รวีวรกุล. (2560). ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร
4	สุชาวดี เสนาเสนาะ. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
5	ศุภณารี เกษมมาลา,อาภรณ์ ดีนาน และ อารรีรัตน์ ขำอยู่. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
6	อวยพร สวัสดิ์, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และ ชนกพร จิตปัญญา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด คุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
7	ดานิล วงศ์ษา, ประทุม สร้อยวงค์ และ จินดารัตน์ ชัยอาจ. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัย
8	วนิดา ลุนกา และ ชนกพร จิตปัญญา. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าและสุขวิทยาการนอนกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
9	วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน และ รัชนี นามจันทร์. (2561). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
10	ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2561). สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
11	Nguyen Thi Thu Hien, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และ วัลย์ลดา ฉันทน์เรื่องวนิชย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะกลืนลำบาก
12	ภาณุมาศ พิกุล, วันลก ดิษสุวรรณ และเกศทิพย์ บัวแก้ว. (2562). การประเมินความจำเป็นด้านบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัฐฯ อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลำดับ	หัวเรื่องงานวิจัย
13	ศิริลักษณ์ ผมขาว, นารินทร์ จิตรมนตรี และ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมการสร้างความตั้งใจต่อแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
14	วิไลพร รังควัต. (2563). ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเงินของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
15	Xin Li. (2016). Needs and rights awareness of stroke survivors and caregivers: a cross-sectional, single-center questionnaire survey
16	Krishnan, Pappadis, Weller, Stearnes, Kumar, Ottenbacher, & Reistetter. (2017). Needs of stroke survivors as perceived by their caregivers: A scoping review
17	Mavaddat et al. (2018). Perceptions of self-rated health among stroke survivors: a qualitative study in the United Kingdom
18	Gençer & Hocaoglu. (2019). Post-stroke Neuropsychiatric Problems
19	Kjork, Gunnell, Nilsson, & Sunnerhagen. (2019). Experiences, needs, and preferences for follow-up after stroke perceived by people with stroke and healthcare professionals: A focus group study
20	Visvanathan, Mead, Dennis, Whiteley, Doubal, & Lawton. (2019). Maintaining hope after a disabling stroke: A longitudinal qualitative study of patient's experiences, views, information needs and approaches towards making treatment decisions

1.1 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

1.1.1 ปัญหาด้านร่างกาย

1) *ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว* ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้เกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว เนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อีกทั้งเกิดปัญหาจากการอ่อนแรงของแขน-ขาทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง หรืออาจเดินไม่ได้ (สุขชาติ เสนาสนะ ,2560, นงนุช เพ็ชรรุ่ง, 2557) โดยเฉพาะในระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป หลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (กนิฐา ต้อยดา, 2560; ศุภนารี เกษมมาลา, 2560) ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง จากการรับรู้และสั่งการไม่ได้หรือไม่มีประสิทธิภาพ (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559)

2) *ความบกพร่องในด้านการสื่อสาร* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายพบว่า มีปัญหาด้านการสื่อความหมาย มีปัญหาด้านการพูด เช่น พูดไม่ชัด ไม่สามารถสื่อสารได้ (สุชาวดี เสนาสนะ, 2560; นงนุช เพ็ชรร่วง, 2557) ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นเข้าใจตนเองได้ (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ (Kjork, Gunnel, Nilsson and Sunnerhagen, 2019)

3) *ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน* เนื่องจากการทำหน้าที่ของเส้นประสาทคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้นมี การทำงานที่ผิดปกติส่งผลให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก (สุชาวดี เสนาสนะ, 2560) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้าน การรับประทานอาหาร อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร เช่น ปอดอักเสบ (ภัทรารณณ์ ขาวผ่องอำไพ, 2563) ผู้ที่มีปัญหาในการกลืน ทำให้รับประทานอาหารและเครื่องดื่มได้ในปริมาณน้อย ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ (Mavaddat, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรุนแรงของโรค หลอดเลือดสมองและระดับการกลืนลำบาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพกาย (Nguyen Thi Thu Hien, 2018)

4) *ความผิดปกติด้านการมองเห็น* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายพบว่ามีความผิดปกติในด้านการมองเห็น มองเห็นไม่ชัด (สุชาวดี เสนาสนะ, 2560) ผู้ป่วยบางรายมีการรับรู้ ของลานสายตาผิดปกติไป ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยสับสน มีการรับรู้ที่ผิดจากความเป็นจริง มีปัญหาในการ เคลื่อนไหว จึงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ รวมถึงขาดความปลอดภัยในการทำกิจกรรมต่างๆจาก อาการของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเพิ่มความระมัดระวังในการเคลื่อนไหวการประกอบอาชีพ หรือการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยบางรายมีความกลัว และวิตกกังวลว่าจะเกิดอุบัติเหตุ จึงไม่มีความ มั่นใจ กลัวการหกล้ม ไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ส่งผลให้ญาติหรือ ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้น (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559)

5) *ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้* ผู้ป่วยบางรายมีการสูญเสีย การรับรู้ข้อมูลที่สำคัญ เช่น การรับรู้เวลาที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้มีปัญหาด้านการนอนหลับ บางรายมี สติปัญญาที่เสื่อมถอยลง (สุชาวดี เสนาสนะ, 2560) บางรายมีปัญหาด้านความจำ และความสามารถ ในการตัดสินใจลดลง (ศุภนารี เกษมมาลา, 2560)

6) *ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ* เกิดจากการสูญเสียการรับรู้เวลาที่ เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้มีปัญหาด้านการนอนหลับ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป (สุชาวดี เสนาสนะ, 2560) มีการศึกษาพบว่าอาการปวด และความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับ

คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อวยพร สวัสดิ์, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนที่ไม่ดีเท่าที่ควร การใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ วางแผนงาน เป็นต้น และการงีบหลับในช่วงกลางวันมากเกินไป ส่งผลทำให้เกิดปัญหาอนไม่หลับ (วนิดา ลุนกา, 2561)

7) *ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง* เนื่องจากความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัวจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (สุชาวดี เสนาสนะ, 2560; ศุภนารี เกษมมาลา, 2560; จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทาน การแต่งกาย การออกกำลังกาย การขับถ่ายและการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยบางรายต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559)

8) *เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน* พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะกลืนลำบาก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร เช่น ปอดอักเสบ (ภัทรารักษ์ ขาวม่วงอำไพ, 2563) ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อที่แผล เป็นต้น (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้ เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับจากการนอนนานๆ หรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้า ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่ออาการของโรค การฟื้นฟูสภาพได้ช้า หรืออาจไม่สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่แผล การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักอาหาร การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

1.1.2 ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

1) *การดูแลช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน* เมื่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้ป่วยย่อมต้องการการช่วยเหลือทั้งด้านการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย การขับถ่าย และการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร รองลงมาคือ ต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ และต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตทั้งหมด (สุชาวดี เสนาสนะ, 2560) ในผู้ป่วยที่สูงอายุ ที่ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลสูงอายุเช่นกัน ต้องการให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้จ่าย ชื่อของที่จำเป็น การช่วยกดเงินจากตู้ ATM (วิไลพร รังควัต, 2562) นอกจากนี้ยังพบว่า มีความจำเป็นในการจัดบริการด้านสุขภาพที่สูงขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีระดับ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยลง โดยเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย (ภาณุมาศ พิภูล, วันลก ดิษสุวรรณ และเกศทิพย์ บัวแก้ว, 2562)

2) *ต้องการความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง* ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและผู้ดูแล จำเป็นต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกัน แผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชนที่จำเป็นสำหรับการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และมีการฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำความรู้ไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ((นงนุช เพ็ชรรวง, 2557) เมื่อผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถ ส่งผลให้ความสามารถทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยสูงขึ้น (สุชาติ เสนาสนะ, 2560)

3) *การป้องกันภาวะแทรกซ้อน* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ข้อยึดติด เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนอยู่บนเตียงนาน ๆ มีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) ผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบาก ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร เช่น ปอดอักเสบ ต้องการการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร (ภัทรภรณ์ ชาวผ่องอำไพ, 2563)

4) *การทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสภาพ และการออกกำลังกาย* เป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในระยะเวลา 6 เดือนแรกหลังจากเจ็บป่วย เพราะการฟื้นฟูสภาพของโรคจะเริ่มเกิดเมื่อมีการบวมของสมองลดลง การไหลเวียนของเลือดในสมองดีขึ้น โดยการฟื้นฟูสภาพของระบบประสาทจะเกิดในช่วง 6 เดือนแรก (ดานิล วงศ์ษา, 2561) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังฟื้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ร่างกายยังมีความบกพร่อง ซึ่งเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินบาร์เธล (Barthel Index: BI) พบว่า มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทั้งหมด (สุภัททา พุฒฤทธิ์, 2562) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูตามโปรแกรมหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel index พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังจำหน่ายมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่าย (ธัญลักษณ์ ขวัญสนิท, 2560)

1.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

1.2.1 ปัญหาด้านจิตใจ

1) *ความเครียด ความวิตกกังวล* เป็นปัญหาที่พบบ่อย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ความวิตกกังวลเป็นอาการที่พบบ่อยในช่วงเฉียบพลันและเรื้อรังของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่จะพบมากในผู้ป่วยที่อายุน้อย (Gencer, 2018) ผู้ป่วยบางราย

เกิดความกังวลเนื่องจากกลัวไม่หาย กลัวเป็นภาระให้ครอบครัว (นงนุช เพ็ชรร่วง, 2557) บางรายเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น จะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงใด รักษาหายหรือไม่ ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกทางร่างกาย คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ บางรายมีพฤติกรรมถดถอยเหมือนเด็ก บางรายมีพฤติกรรมต่อต้าน ปฏิเสธการดูแลจากผู้อื่น บางรายก้าวร้าวควบคุมตนเองไม่ได้ (ดลปัทมา ทรงเลิศ, รัตยานภิศ พลະສິค และนิศารัตน์ นรสิงห์, 2561) อิทธิพลจากปัญหาความบกพร่องทางด้านร่างกาย ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิด ใจร้อน วิตกกังวล และรู้สึกน้อยใจ (Mavaddat, 2018)

2) *ภาวะซึมเศร้า* เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดในโรคหลอดเลือดสมอง พบบ่อยขึ้นในเพศหญิง และ 3 เดือนแรกเป็นช่วงที่ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุด (Gencer, 2018) ผู้ป่วยร้อยละ 30-50 เกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้ามา ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง (สุชาวดี เสนาสนะ, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการซึมเศร้า พบได้บ่อยในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปีภายหลังเกิดโรค ปฏิกริยาทางจิตใจดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น ความผิดปกติของการสื่อสาร แขนขา ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้รวมทั้งภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) และอาการซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ (วนิดา ลุนกา, 2561)

3) *การสูญเสียภาพลักษณ์* การสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การเจ็บป่วยทางกายมักส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านจิตสังคมไปด้วย โดยเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น เกิดจากพยาธิสภาพของโรค การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ มองตนเองว่าไม่มีคุณค่า รวมทั้งภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิมเมื่อมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข ไม่อยากพูดคุยกับใคร เก็บตัว แยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม และเพื่อไม่ให้เป็นการระคายครอบครัวและผู้ดูแล จึงไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่า เหนื่อยล้าจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต ทำให้สิ้นหวัง ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (อวยพร สวัสดิ์, 2560) ผู้ป่วยที่สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าและไม่มั่นคง ทำให้ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เกิดการแยกตัวและขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ การสื่อสาร การควบคุม และการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม อาจทำให้การเข้าสังคมมีปัญหา ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) และบางรายรู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่นจากสังคม เนื่องจากความสามารถที่เปลี่ยนไป และมีความภูมิใจในตนเองลดลงจากรู้สึกยากลำบากในการตอบสนอง หรือเติมเต็มความต้องการจากสิ่งที่เคยทำได้ในอดีต (วิไลพร รัศวัด, 2562)

1.2.2 ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

1) *ต้องการกำลังใจ ต้องการความเข้าใจ และต้องการความรัก* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามไปด้วย ผู้ป่วยย่อมต้องการกำลังใจ ความรักและความเห็นใจจากผู้คนรอบข้าง โดยเฉพาะคนในครอบครัว จากการศึกษาเพื่อประเมินความจำเป็นด้านบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยมีความจำเป็นด้านเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ร้อยละ 78.5 โดยผู้ป่วยต้องการให้คนในครอบครัว มองเห็นคุณค่าและคอยให้กำลังใจ (ภาณุมาศ พิกุล, วันलग ดิษสุวรรณ และเกศทิพย์ บัวแก้ว, 2562) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการการรับฟังเพื่อปรับทุกข์ หรือระบายความคับข้องใจ (นงนุช เพ็ชรร่วง, 2557)

2) *การเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ให้การดูแล ใส่ใจ* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเฉียบพลัน เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ขาดความมั่นใจ การเสริมสร้างความมั่นใจ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อให้เข้าใจและยอมรับภาวะเจ็บป่วย ลดความวิตกกังวล เห็นคุณค่าในบทบาทของตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยและตนเอง (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ครอบครัวจึงมีบทบาทที่สำคัญที่สุดที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด ทั้งระดับความสามารถด้านร่างกายความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการคงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัว และการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) การเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อให้เข้าใจและยอมรับภาวะเจ็บป่วย ลดความวิตกกังวล เห็นคุณค่าในบทบาทของตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยและตนเอง (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

3) *การคัดกรองและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดอาการซึมเศร้าร้อยละ 30-50 และเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้ามาก ๆ จะทำให้ผู้ป่วยหมดหวัง (สุชาติ เสนาสนะ, 2560) ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้า โดยการใช้เครื่องมือการคัดกรองที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยงมาก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง (วิรัตน์ ไยมรัตน์กุล และเอมอร จิระพันธุ์, 2563)

1.3 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านสังคม

1.3.1 ปัญหาด้านสังคม

1) *การแยกตัวจากสังคม* พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักแยกตัวห่างจากสังคม เนื่องจากเกิดความอับอายต่อความพิการที่หลงเหลือ ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลง และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

(สุชาวดี เสนาสนะ, 2560) ผู้ป่วยที่มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม เนื่องจากมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข ไม่อยากพูดคุยกับใคร เก็บตัว แยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากรู้สึกว่าคุณค่า ไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม เกิดการแยกตัวและขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559, ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายที่เกิดความเหนื่อยล้าจากพยาธิสภาพของโรค และความพิการที่หลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจ ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (อวยพร สวัสดิ์, 2560) การสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ภายนอกไปจากเดิม เช่น บางรายมีอาการปากเบี้ยวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกด้านลบต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปของตนเอง เช่น รู้สึกอายไม่อยากให้ใครมองไม่อยากพบปะกับบุคคลอื่น หรือบางรายสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีแผลกดทับ ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบ เช่น โกรธ วิตกกังวล สิ้นหวัง และนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าและการแยกตัวจากสังคม (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ส่งผลให้สูญเสียบทบาทในครอบครัว และในสังคม ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างได้เหมือนเดิม ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยเฉพาะสุขภาพจิต (N. Mavaddat, 2018)

2) *ขาดผู้ดูแล หรือมีข้อจำกัดของผู้ดูแล* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลในบางส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือทั้งหมด ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การเคลื่อนที่ และการนอนหลับพักผ่อน (สุชาวดี เสนาสนะ, 2560) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุเช่นกัน ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดูแล หากต้องจ้างผู้ดูแลที่เสียค่าใช้จ่ายผู้ป่วยบางรายไม่ได้วางแผนด้านการเงินไว้ก่อนป่วยสำหรับการจ้างผู้ดูแลขณะป่วย ส่งผลให้เกิดปัญหาทางการเงินตามมา (วิไลพร รังควัต, 2562) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า อายุของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุภานารี เกษมมาลา, 2560) การดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระที่หนักของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการดูแลเกือบ 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการดูแลที่ซับซ้อนต่างจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพอื่น จากภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลที่สูงนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งทำให้ร่างกายเจ็บป่วยได้ และหากปฏิบัติกรดูแลไม่ถูกต้องอาจทำให้มีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

3) *ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน* เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเอง จากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถป้องกันตนเองได้ ชาติที่พึ่ง บางรายต้องสูญเสียเงินหรือสูญเสียทรัพย์สิน รวมทั้งถูกทำร้ายร่างกาย (วิไลพร รังควัต, 2562) ผู้ป่วยบางรายการรับรู้ของลานสายตาผิดปกติไป ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วย

ลับสน มีการ รั้บรู้ที่ผิดจากความเป็นจริง มีปัญหาในการเคลื่อนไหวผู้ป่วย จึงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ได้ รวมถึงขาดความปลอดภัยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเพิ่มความระมัดระวังในการเคลื่อนไหวการประกอบอาชีพ หรือการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยบางราย มีความ กลัว และวิตกกังวลว่าจะเกิดอุบัติเหตุ จึงไม่มีความมั่นใจ กลัวการหกล้มไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้น (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559)

1.3.2 ความต้องการการดูแลด้านสังคม

1) ผู้ดูแล ควรช่วยเหลือในด้านการจัดให้มีผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง หรือผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุบางรายที่มีข้อจำกัดในการดูแล หรือผู้ดูแลที่สูงอายุเช่นกัน มีความต้องการผู้ดูแลที่สามารถไว้ใจได้ มีค่าใช้จ่ายหรือค่าจ้างในการดูแลที่ไม่แพง เพราะผู้ป่วยไม่ได้วางแผนด้านการเงินไว้สำหรับจ้างผู้ดูแลในยามเจ็บป่วย (วิไลพร รัชควิต, 2562) การดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระที่หนักของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการดูแลเกือบ 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการดูแลที่ซับซ้อนต่างจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพอื่นจากภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลที่สูงนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งทำให้ร่างกายเจ็บป่วยได้ และหากปฏิบัติกรดูแลไม่ถูกต้องอาจทำให้มีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้สมาชิกผู้ให้การดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทำให้ต้องรับผิดชอบในภาระหน้าที่มากกว่าเดิมและภาระงานที่เพิ่มเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง และต้องประคับประคองให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ให้การดูแลได้รับผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ ความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแลภาวะสุขภาพที่สุดโทรมลงด้านจิตใจเกิดความรู้สึกท้อแท้กดดันเพื่อหนีจากอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่รบกวนสุขภาพจิตใจก่อให้เกิดความเครียดนอกจากนั้นบทบาทหน้าที่ที่ต้องปรับให้เข้ากับสถานการณ์ซึ่งรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการรักษาผู้ป่วยและในผู้ดูแลบางรายต้องหยุดงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย (โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี และเอกชัย กันธะวงค์, 2555)

2) การสนับสนุนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการสนับสนุนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุมถึงการบริการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย รวมถึงปัจจัยที่ไม่มั่นคงด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้าน (Timothy A. Reistetter, 2017) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายต้องการให้ดูแลด้านที่อยู่อาศัย ต้องการอุปกรณ์ที่จำเป็นช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น รถเข็น รวมทั้งความต้องการด้านบริการสุขภาพ โดยมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขมาดูแลสุขภาพที่บ้าน (นงนุช เพ็ชรร่วง, 2557) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง นอกจากความต้องการ

การดูแลด้านสุขภาพร่างกายแล้ว การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม และการจัดท้าวสดุดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน (ภาณุมาศ พิกุล, วันนภ ดิษสุวรรณ และ เกศทิพย์ บัวแก้ว, 2562) นอกจากนี้บุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทในการสนับสนุนทางสังคมแล้ว ครอบครัวก็เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด ทั้งระดับความสามารถด้านร่างกายความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการคงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัว และการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) บทบาทของชุมชน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านสังคมแก่ผู้ป่วย คือ ให้การยอมรับผู้ป่วย สนับสนุนการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วย (Xin Li, 2016)

1.4 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านเศรษฐกิจ

1.4.1 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

1) *สูญเสียรายได้ รายได้ลดลง สูญเสียอาชีพ* เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้เหมือนเดิม บางรายต้องลาออกจากงาน หรือในรายที่อาการรุนแรงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ และจากเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจึงส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน เช่น ภรรยาต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวแทนสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในบางครอบครัวพบว่า สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และหารายได้ให้กับครอบครัว (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559)

ผลกระทบที่สำคัญต่อครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือทำหน้าที่ได้ลดลง อาจกระทบต่อการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ขณะเดียวกันบางรายอาจมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่สูงขึ้น ทั้งจากการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษาและการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยบางรายอาจมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ผ้าอ้อม ที่นอนลมสำหรับป้องกันแผลกดทับ เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ญาติผู้ดูแลอาจต้องลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559)

2) *สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล* นอกจากการขาดรายได้ของผู้ป่วย ขาดรายได้ในการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ยังพบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือค่าพาหนะในการเดินทางไปพบแพทย์ (นงนุช เพ็ชรรวง, 2557)

1.4.2 ความต้องการการดูแลด้านเศรษฐกิจ

1) *การช่วยเหลือเรื่องรายได้* ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ส่งผลให้ขาดรายได้ ขาดเงินสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีความต้องการการช่วยเหลือเรื่องเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการหรือผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการดำรงชีพ (นงนุช เพ็ชรรวง, 2557) นอกจากนี้ใน

ผู้ป่วยบางรายที่มีความสามารถด้านการเงิน แต่มีข้อจำกัดเรื่องผู้ดูแล มีความต้องการจ้างผู้ดูแลที่ราคาไม่แพง และสามารถร้องเรียนบริการได้ (วิไลพร รัชควัต, 2562)

2) การช่วยเหลือด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล การช่วยเหลือด้านสิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลมีความสำคัญ เนื่องจากการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

ตอนที่ 2 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

2.1.1 ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้าร่วมการประชุมระดมสมอง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จำนวน 3 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย และสิทธิการรักษาพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมประชุมระดมสมอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 3)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	2
หญิง	1
อายุ (ค่าเฉลี่ย = 59.66 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 16.623, ต่ำสุด = 42 ปี, สูงสุด = 75 ปี)	
40-49 ปี	1
60-69 ปี	1
70 ปีขึ้นไป	1
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษา	1
ปวส.	1
ปริญญาตรี	1

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	1
ข้าราชการบำนาญ	2
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	
(ค่าเฉลี่ย = 3.00 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.00, ต่ำสุด = 1 ปี, สูงสุด = 5 ปี, ค่ามัธยฐาน = 2.00 ปี)	
1 ปี	1
3 ปี	1
5 ปี	1
สิทธิการรักษาพยาบาล	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1
ข้าราชการ	2

ตารางที่ 4.2 แสดงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 59 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.67 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ปวส. และปริญญาตรีอย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 66.67 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการจากกรมบัญชีกลางร้อยละ 66.67

2.1.1 ข้อมูลของผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน ที่เข้าร่วมการประชุมระดมสมอง เพื่อเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จำนวน 10 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมประชุมระดมสมอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 10)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	1
หญิง	9
อายุ (ค่าเฉลี่ย = 54.60 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 15.072, ต่ำสุด = 21 ปี, สูงสุด = 76 ปี)	
20-29 ปี	1
40-49 ปี	2
50-59 ปี	3
60-69 ปี	3
70 ปีขึ้นไป	1
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	1
มัธยมศึกษา	1
ปวส.	2
ปริญญาตรี	6
อาชีพ	
นักศึกษา	1
แม่บ้าน	4
ค้าขาย	2
ธุรกิจส่วนตัว	1
รับจ้าง	1
ข้าราชการบำนาญ	2
บทบาทหน้าที่ในชุมชน	
อาสาสมัครสาธารณสุข	2
Caregiver	4
ผู้นำชุมชน	1
ผู้ดูแล	3

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
(ค่าเฉลี่ย 1.40 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.506, ต่ำสุด= 0 ปี, สูงสุด= 5 ปี)	
ไม่มีประสบการณ์	2
1 ปี	4
3 ปี	1
5 ปี	1

ตารางที่ 4.3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.0 มีอายุเฉลี่ย 54 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาได้แก่ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) คิดเป็นร้อยละ 20.0 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาได้แก่ อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 20.0 บทบาทหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Caregiver) คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 30.0 และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ คือ 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 ระยะเวลาสูงสุด คือ 5 ปี มีจำนวน 2 รายที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุมระดมสมอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 13)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	1
หญิง	12
อายุ (ค่าเฉลี่ย = 45.76 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.388, ต่ำสุด = 28 ปี, สูงสุด = 65 ปี)	
20-29 ปี	1
30-39 ปี	3
40-49 ปี	4
50-59 ปี	4
60 ปีขึ้นไป	1

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	7
ปริญญาโท	6
อาชีพ	
พยาบาลวิชาชีพ	8
พยาบาลเกษียณอายุราชการ	1
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	1
นักกายภาพบำบัด	1
โภชนากร	1
นักการแพทย์แผนไทย	1
ประสบการณ์ในการทำงาน	
(ค่าเฉลี่ย = 23.30 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.263, ต่ำสุด = 3 ปี, สูงสุด = 46 ปี)	
น้อยกว่า 5 ปี	1
5-10 ปี	2
11-20 ปี	2
21-30 ปี	4
> 30 ปีขึ้นไป	4
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
(ค่าเฉลี่ย = 6.23 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.166, ต่ำสุด = 1 ปี, สูงสุด = 20 ปี)	
1-3 ปี	4
4-6 ปี	5
> 6 ปีขึ้นไป	4

ตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.30 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.60 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.10 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 53.84 บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 61.53 มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 23 ปี

และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 6 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลอยู่ระหว่าง 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.46

2.2 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

2.2.1 การระบุประชากรเป้าหมายเพื่อให้การดูแลระยะกลาง ประชากรเป้าหมายที่ต้องให้การดูแลระยะกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่พ้นจากระยะวิกฤติ และมีอาการทางคลินิกคงที่ ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน

2.2.2 การกำหนดช่องทางการรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในบริบทของอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จากการประชุมระดมสมอง ทีมพัฒนาได้อภิปรายถึงปัญหาในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน ซึ่งพบว่ามีช่องทางการส่งต่อหลายช่องทาง ได้แก่ แอปพลิเคชันไลน์, ThaiCOC, Thai Care Cloud และโปรแกรม Stroke@BI. ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น แต่ช่องทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน มีเพียง 2 ช่องทาง ทีมพัฒนารูปแบบจึงได้เสนอช่องทางการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 2 ช่องทาง ดังนี้

1) โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโรคหลอดเลือดสมอง “Stroke@BI.” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2) ช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ “Stroke อำเภอเมืองขอนแก่น” ของโรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมระบบประสาท และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit)

ซึ่งทีมพัฒนารูปแบบมีความเห็นว่าทั้งสองช่องทางนี้มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ ข้อมูลการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการประเมินความพิการตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญในการนำมาประเมินปัญหา ประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ดังคำพูดที่กล่าวว่า “การรับข้อมูลการจำหน่าย ต้องรู้ข้อมูลในการลงไปเยี่ยม ทีมเยี่ยม แพทย์ ไปก่อน ประเมินร่วมกัน ค้นหาปัญหาและความต้องการ อุปกรณ์ที่จำเป็น ประสานนักกายภาพบำบัด พยาบาลชุมชน ต้องเป็นตัวกลางในการประสาน การดูแลต่อเนื่อง เช่น เจาะเลือด ตรวจตามนัด การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ ให้บริการดูแลที่บ้าน มี อสม. CG เป็นที่ปรึกษา” (พยาบาลวิชาชีพ, 52 ปี)

2.2.3 การกำหนดผู้ประสานการดูแล ทีมพัฒนารูปแบบได้เสนอความคิดเห็นว่า ควรมีผู้ประสานการดูแลกับสาขาวิชาชีพ และ/หรือ องค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพิ่มเติมจากการระดม การดูแลในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกปัญหาและความต้องการ การดูแล ดังคำพูดที่กล่าวว่า “ปัญหาอีกอย่างหนึ่งในการดูแลต่อเนื่องคือ ขาดเจ้าภาพ เช่น เจอเคสใน ชุมชน แต่ขาดการเชื่อมประสาน ตามหายาก ขาด Manager ที่แท้จริง ขาดแผนการดูแลที่มีจริง มี บทบาทของแต่ละคนที่ต้องดำเนินการต่อหลังจากออกจากโรงพยาบาล ควร Care ด้านไหน อย่างไร เมื่อไหร่ การประเมินการดูแลก็ยังไม่ดี” (นักโภชนาการ, 45 ปี) ทางทีมพัฒนารูปแบบเห็นสมควรว่า พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรเป็นผู้รับข้อมูลผู้ป่วย ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ตาม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนี บาร์เธล (Barthel ADL Index) คะแนนเต็ม 100 คะแนน และกำหนดความเร่งด่วนในการเยี่ยมให้การดูแลที่บ้าน ดังนี้

- 1) *กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดเตียง* ได้แก่ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถประจำวัน ระหว่าง 0-45 คะแนน ให้ติดตามเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์
- 2) *กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน* ได้แก่ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถประจำวัน ระหว่าง 50-70 คะแนน ให้ติดตามเยี่ยมภายใน 2-3 สัปดาห์
- 3) *กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดสังคม* ได้แก่ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถประจำวัน ตั้งแต่ 75 คะแนนขึ้นไป ให้ติดตามเยี่ยมภายใน 3-4 สัปดาห์

2.2.4 การกำหนดทีมดูแลในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหา ซ้ำซ้อน มีความต้องการการดูแลที่หลากหลาย การกำหนดทีมให้การดูแลจึงมีความสำคัญ เพื่อให้การ ดูแลครอบคลุมทุกด้าน ทีมพัฒนารูปแบบได้เสนอให้มีการประสานทางโรงพยาบาล เพื่อจัดตั้งทีมสห สาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งในระบบการดูแลปัจจุบันมีลักษณะการ ดูแลแบบแยกส่วนในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ส่งผลให้ขาดการเชื่อมประสานการดูแล ควรมีทีม ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน วางแผนและให้การดูแลร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ใน การดูแลผู้ป่วยที่ดี ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...ควรประเมินร่วมกัน วางแผนร่วมกัน กำหนดเป้าหมายร่วมกัน เช่น วันที่1...ทำอะไร วันที่ 2....ทำอะไร ควรเตรียมก่อนออกในชุมชน ต้องเข้าใจตรงกัน ส่งต่อปัญหา กัน รู้ปัญหาเดียวกัน ช่วยกัน..” (พยาบาลวิชาชีพ, 56 ปี) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องอาศัยสหสาขา วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ความต้องการการดูแลในแต่ละรายไม่เท่ากัน แตกต่างกันตามปัญหาและความ ต้องการการดูแลในแต่ละราย การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลต้องครอบคลุม ให้การ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบครัวและชุมชนก็มีส่วนสำคัญในการช่วยดูแล เนื่องจากบุคลากรแต่ละ วิชาชีพมีภาระงานแตกต่างกัน การให้การดูแลที่บ้านควรมีการเรียงลำดับการดูแลก่อน-หลังให้เหมาะสม ดังคำพูดที่กล่าวว่า “... การดูแลต้องถูกจุด เป็นแบบ Holistic care ประเมินให้รู้ มีรูปแบบการดูแลที่

เฉพาะในแต่ละราย โดยเฉพาะในรายที่มี multi-problems ควรประเมินให้จะจะ ให้ถูกต้องกับผู้ป่วย ช่วงไหนใครจะต้องไป ช่วงไหนใครจะต้องดูแล ใครไปก่อนไปหลัง ไม่จำเป็นต้องไปดูแลพร้อมกันทุกคน หรือทุกวิชาชีพ” (นักโภชนาการ, 45 ปี)

สามารถแบ่งทีมให้การดูแลตามกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม ที่ 1 และกลุ่ม ที่ 2 ให้การดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการที่ผ่านการฝึกอบรม (Caregiver) ชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด (พมจ.) ส่วนกลุ่มที่ 3 ให้การดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2.2.5 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมดูแล ทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องอาศัยความร่วมมือในการดูแลจากหลากหลายวิชาชีพ บุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย บทบาทหน้าที่ของทีมดังตารางที่ 4.5

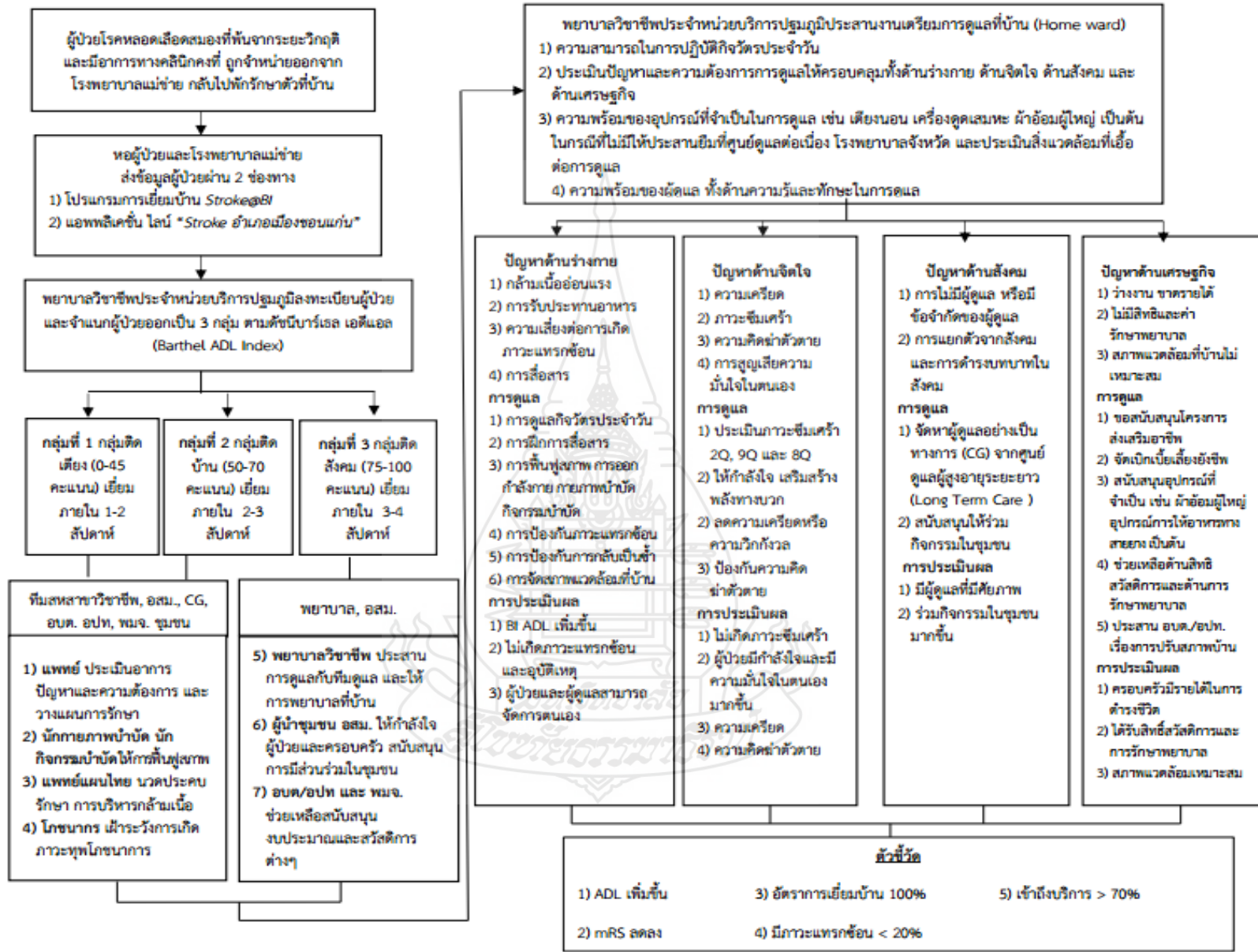
ตารางที่ 4.5 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

ที่	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
1	การประเมินอาการ ปัญหาและความต้องการการดูแลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	แพทย์, พยาบาลวิชาชีพ
2	วางแผนการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	แพทย์
3	การฟื้นฟูสภาพตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด
4	การนัดตรวจ การนัดเพื่อการผ่อนคลาย และการนัดเพื่อการรักษา การบริหารกล้ามเนื้อ และการใช้สมุนไพร ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	นักการแพทย์ แผนไทย
5	การรับปรึกษาและเฝ้าระวังการเกิดภาวะทุพ-โภชนาการให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	นักโภชนาการ
6	การรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการประสานการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	พยาบาลวิชาชีพ
7	การประสานงานเตรียมการดูแลที่บ้าน (Homeward)	พยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ที่	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
8	การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล และวางแผนการดูแล	พยาบาลวิชาชีพ
9	การประเมินความพร้อมของอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลที่บ้าน	พยาบาลวิชาชีพ
10	การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในด้านความรู้และทักษะในการดูแล	พยาบาลวิชาชีพ
11	การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว และการสนับสนุนการทำกิจกรรมชุมชน	อสม./ CG. และ ทีมชุมชน
12	การสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงสภาพบ้านให้เหมาะสม การดูแลระยะยาว (Long Term Care) และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น รถเข็น ไม้ค้ำยัน เป็นต้น	อบต./อปท.
13	การสนับสนุนช่วยเหลือด้านเงินสวัสดิการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เงินสวัสดิการเพื่อการเลี้ยงชีพ เงินกู้สวัสดิการเพื่อการประกอบอาชีพ เป็นต้น	พมจ.
14	การประเมินผลการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ	แพทย์, พยาบาล วิชาชีพ





ภาพที่ 4.1 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

ภาพที่ 4.1 แสดงรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีรูปแบบในการดูแลโดยเริ่มต้นจากการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางคลินิกคงที่ ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อการดูแลที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้รับข้อมูลผู้ป่วยจาก 2 ช่องทาง ได้แก่ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน “Stroke@BI” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) “Stroke อำเภอเมืองขอนแก่น” นำข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการส่งต่อมาลงทะเบียนเพื่อการติดตามดูแลที่บ้าน แบ่งกลุ่มประเภทผู้ป่วยตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคัลนีย์บาร์เรล ลงเยี่ยมเพื่อประเมินประเมินปัญหา และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละรายตามความเร่งด่วน นำปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในแต่ละรายมาวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และประเมินผลการดูแลในแต่ละด้านให้ครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

2.2.6 การประเมินปัญหา และความต้องการการดูแล

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลเสียต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยการดูแลผู้ป่วยต้องดูแลแบบองค์รวม ต้องมีการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้าน ทุกมิติ โดยประสานการร่วมมือให้การดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปลักษณะปัญหา ความต้องการการดูแล ในแต่ละด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย

(1) *ปัญหาด้านร่างกาย* จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้มีปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนาน ๆ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่แผล ข้อติดแข็ง เป็นต้น บางรายมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก ส่งผลให้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร เช่น ปอดติดเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาการบกพร่องของด้านการรับรู้ ความคิด ความจำ การมองเห็น และปัญหาด้านการสื่อสาร การสื่อความหมาย ทีมประชุมระดมสมองได้เสนอปัญหาด้านร่างกายที่พบเพิ่มเติม ได้แก่ อาการเกร็ง กระตุกของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยบางราย ดังคำพูดที่กล่าวว่า “ผู้ป่วยบางคนทีไปเยี่ยมบ้านจะมีอาการเกร็ง กระตุกเป็นพักๆ บางคนก็ข้อติดแข็ง เวลาออกกำลังกายให้บ่นเจ็บ ไม่อยากให้ทำอะไร” (พยาบาลวิชาชีพ, 53 ปี) สรุปลักษณะปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหาในการรับประทานอาหาร ปัญหาด้านการสื่อสาร และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

(2) ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2) ด้านจิตใจ

(1) ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะเครียด ซึมเศร้า การสูญเสียภาพลักษณ์ ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในตนเอง และมีความคิดฆ่าตัวตาย

(2) ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ความรัก การใส่ใจ และการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง

3) ด้านสังคม

(1) ปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ขาดผู้ดูแล หรือมีข้อจำกัดของผู้ดูแล ผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องรับภาระในการหารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัวทำให้ขาดผู้ดูแล หรือบางครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ เกิดข้อจำกัดในการดูแล ไม่สามารถดูแลได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียความมั่นใจในตนเอง จากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ปากเปื่อย ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง การแยกตัวจากสังคม และมีปัญหาด้านการสูญเสียบทบาทในสังคม

(2) ความต้องการการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การจัดหาผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ และการฟื้นฟูสภาพ

4) ด้านเศรษฐกิจ

(1) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ได้แก่

ก. ว่างงาน ขาดรายได้ สูญเสียอาชีพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง หรือไม่สามารทำงานได้ ขาดรายได้สำหรับใช้จ่ายในครอบครัว หรือสำหรับการเลี้ยงชีพ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีพหลังเจ็บป่วย และเกิดผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง บางรายเกิดปัญหาจนครอบครัวแตกแยก ดังคำพูดที่กล่าวว่า “ผู้ป่วยชายอายุ 40 ปี ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภรรยาไม่ดูแล ทำให้ต้องหย่าร้างกับภรรยา ไม่มีบุตร มาอยู่กับพี่สาวที่อำเภอเมืองขอนแก่น... ผู้ป่วยสูญเสียอาชีพและครอบครัว...” (พยาบาลวิชาชีพ, 49 ปี) และในบางรายไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับจ้างพาหนะในการพาไปพบแพทย์ตามนัด ส่งผลให้ไม่ได้ไปตรวจติดตามอาการตามแพทย์นัด ส่งผลให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ดังคำพูดที่กล่าวว่า “มีรายได้น้อยลง มีปัญหาในการไปดูแลต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาล ไม่มีญาติพาไปตรวจตามนัด หรือไม่มีรถพาไปโรงพยาบาล ทำให้ขาดนัด ไม่สามารถไปตามที่แพทย์นัดได้” (พยาบาลวิชาชีพ, 41 ปี)

ข. ไม่มีสิทธิด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาล และปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังคำพูดที่กล่าวว่า “เงินเป็นปัจจัยสำคัญ ไหนจะค่ารถไปหาหมอ ค่าจ้างผู้ดูแล บางครอบครัวปล่อยทิ้ง อสม. และเจ้าหน้าที่ไปดูแลได้บางครั้ง ทำให้คนไข้ทรุดลง” (อสม., 62 ปี) ไม่มีสิทธิ ผู้ป่วยบางรายเมื่อเจ็บป่วย ไม่สามารถทำงานได้ บางรายต้องลาออกจากงาน ส่งผลกระทบต่อสิทธิด้านการรักษาพยาบาล เช่น สิทธิประกันสังคม ทำให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลว่าง การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง และเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน โดยค่าใช้จ่ายสำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย มีต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอน การรับบริการเป็นผู้ป่วยนอก 1,010.22 บาทต่อครั้ง และยังมีค่าเสียโอกาส เนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาทต่อคนต่อปีและความสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาทต่อคนต่อปี (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

ค. ขาดศักยภาพในการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสม ไม่เอื้อต่อการดูแล เช่น สภาพห้องน้ำเป็นแบบส้วมนั่งยอง หรือพื้นบ้านต่างระดับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือในบางรายที่มีการรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ หากสภาพบ้านไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้

(2) ความต้องการการดูแลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่

ก. การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้มีเงินสำหรับใช้จ่ายในครอบครัว สำหรับการเลี้ยงชีพ นอกจากนี้ยังต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว เช่น ผ้าอ้อม ผ้ารองซับก้นเปื้อน อุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น และต้องการการช่วยเหลือด้านสิทธิสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

ข. การช่วยเหลือเรื่องการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เอื้อต่อการดูแล และลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ

2.2.7 แผนการให้การดูแล

1) การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การฝึกการสื่อสาร การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติ

2) การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่

(1) การประเมิน คัดกรองปัญหาด้านสุขภาพจิต ได้แก่

ก. *ภาวะเครียด* ใช้เครื่องมือการประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (ST 5) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนรายข้ออยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีความเครียดน้อย คะแนน 5-7 คะแนน หมายถึง มีความเครียดปานกลาง คะแนน 8-9 คะแนน หมายถึง มีความเครียดมาก และคะแนน 10-15 คะแนน หมายถึง มีความเครียดมากที่สุด ให้การดูแลเพื่อลดความเครียดตามระดับของความเครียด หากมีความเครียดอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ให้ส่งปรึกษาแพทย์เพื่อวางแผนให้การรักษา

ข. *การคัดกรองภาวะซึมเศร้า* โดยใช้แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ แบบสอบถาม 2Q หากพบคำตอบว่า “มี” อย่างน้อย 1 ข้อ ในคำถามข้อที่ 1 และ 2 หมายถึง เป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q ถ้าคะแนนการประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย 8Q ถ้าคะแนน 8Q มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน

(2) *การลดความเครียด* หรือความวิตกกังวลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย กิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น การฟังเพลง การร้องเพลง ดังคำพูดที่กล่าวว่า “คนใช้บางคนเขาชอบฟังเพลง ชอบเต้นรำ เวลาไปเยี่ยมจะเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบ พาร้องเพลงด้วย ผู้ป่วยชอบมาก ให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัดเป็นอย่างดี “ (นิกายภาพบำบัด, 26 ปี)

(3) *การป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย* ผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มาก ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าหมดหวัง ท้อแท้ ไม่มีคุณค่าในตนเอง และมีความคิดไม่เอายกมีชีวิตอยู่ ทีมให้การดูแล และครอบครัวควรให้ความสำคัญให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ความรัก ความเข้าใจ เสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง และเสริมพลังทางบวกแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และส่งต่อหรือปรึกษาแพทย์ทันทีเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

3) การดูแลด้านสังคม ได้แก่

(1) *การจัดการผู้ดูแล* อย่างเป็นทางการที่ผ่านการอบรม (Caregiver) โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อช่วยเหลือให้การดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยการประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ประจําหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการการดูแล และขอรับการสนับสนุนผู้ดูแล สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล เช่น ผ้าอ้อม โถรงปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและสนับสนุนการฟื้นฟูตัวหลังเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ ดังคำพูดที่กล่าวว่า “ต้องมีทุนทางสังคม หาผู้ดูแล หรือ CG. ไป

ช่วยเหลือ จะทำให้ญาติไม่เบื่อหน่าย คนไข้จะฟื้นตัวดีขึ้น.... ผู้ป่วยได้รับการดูแล...” (พยาบาลวิชาชีพ, 49 ปี)

(2) การสนับสนุนการเข้าสู่สังคม ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เนื่องจากผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง แยกตัวจากสังคม ครอบครัวและชุมชนควรให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในตนเองแก่ผู้ป่วย และสนับสนุนการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนให้มากขึ้น

4) การดูแลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่

(1) การขอสนับสนุนโครงการส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล โดยการให้ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและญาติผู้ป่วยดำเนินการขอเงินงบประมาณสนับสนุนจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด ได้แก่ เงินยืมเพื่อการประกอบอาชีพสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้วงเงินกู้สูงสุดรายละ 120,000 บาท เงินสวัสดิการสำหรับผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้พิการ เป็นต้น

(2) การดูแลเรื่องสิทธิ์สวัสดิการรักษายาบาล ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ตรวจสอบสิทธิ์ของผู้ป่วย หากพบว่าสิทธิ์การรักษายาบาลอยู่ที่ต่างจังหวัด หรือสิทธิ์เป็นสิทธิ์ว่าง ให้ดำเนินการขึ้นทะเบียนสิทธิ์รักษายาบาลที่หน่วยบริการของตนเอง โดยสิทธิ์สามารถโอนย้ายได้และสามารถใช้สิทธิ์ได้ทันที หากระยะเวลาการดูแลผ่านไปประมาณ 3-4 เดือน แพทย์ประเมินอาการ และพยากรณ์โรคว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สามารถฟื้นฟูให้ดีขึ้นมากไปกว่าตอนที่ก่อนให้การดูแล พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการให้แพทย์ออกใบรับรองความพิการแก่ผู้ป่วย และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการไปขอขึ้นทะเบียนผู้พิการที่องค์การบริหารส่วนตำบลหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และดำเนินการขอขึ้นสิทธิ์รับเงินเบี้ยยังชีพ เพื่อรับเงินช่วยเหลือเดือนละ 800 บาท

(3) การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ผ้าอ้อม ผ้ารองกันเปื้อน และอุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแล ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ประสานเบิกอุปกรณ์กับพยาบาลผู้ดูแลงานสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) โดยสามารถเบิกได้ 1 ครั้งต่อเดือน ผู้ที่นำอุปกรณ์ไปให้ผู้ป่วยได้แก่ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Caregiver) นอกจากนี้อุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น รถเข็น ไม้เท้า เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น สามารถประสานเบิกกับกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือองค์การบริหารส่วนตำบลหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้

(4) การปรับสภาพบ้าน ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสานงานกับองค์การ

บริหารส่วนตำบลหรือองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นได้ เพื่อการเขียนโครงการขอรับเงินสนับสนุนด้านการปรับสภาพบ้าน และส่งต่อให้องค์กรการบริหารส่วนตำบลหรือองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการต่อ

2.2.8 การประเมินผลการดูแล

1) *ด้านร่างกาย* ได้แก่ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธล (Barthel Activity Daily Living Index) การประเมินระดับความพิการ (Modified Rankin Scale; mRS.) การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการประเมินความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง ประเมินทุกครั้งหลังจากการให้การดูแล และนำไปวางแผนให้การดูแลในการเยี่ยมครั้งต่อไป

2) *ด้านจิตใจ* ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความคิดฆ่าตัวตาย และความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบควรได้รับการตรวจคัดกรองประเมินด้านสุขภาพจิต และได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

3) *ด้านสังคม* ผู้ป่วยมีผู้ดูแลที่มีศักยภาพ สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสมตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย และผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นตามความเหมาะสม

4) *ด้านเศรษฐกิจ* ได้แก่ ครอบครัวมีรายได้สำหรับการเลี้ยงชีพ ได้รับสิทธิสวัสดิการและการรักษาพยาบาล และสภาพบ้านมีความเหมาะสมและเอื้อต่อการดูแลที่บ้าน

ตอนที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

ภายหลังที่มีการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จึงได้นำรูปแบบดังกล่าวมาประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง เพื่อประเมินความสอดคล้องของกิจกรรมในรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมืองที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับหลักการ เงื่อนไข กฎเกณฑ์ หรือบริบทของชุมชนตามการรับรู้

ของทีมบุคลากรสาธารณสุข ทีมผู้นำและตัวแทนชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 35 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 20 คน และกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 15 คน ดังนี้

3.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

3.1.1 กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพประจำกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โภชนากร และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 20 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติงานที่ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมืองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 20)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	2
หญิง	18
อายุ (ค่าเฉลี่ย = 44.05 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.587, ต่ำสุด = 23 ปี, สูงสุด = 65 ปี)	
20-29 ปี	2
30-39 ปี	4
40-49 ปี	11
50-59 ปี	3
60 ปีขึ้นไป	2
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	12
ปริญญาโท	8

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
ประสบการณ์ในการทำงาน	
(ค่าเฉลี่ย = 20.40 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.378, ต่ำสุด = 1 ปี, สูงสุด = 46 ปี)	
น้อยกว่า 5 ปี	2
5-10 ปี	3
11-20 ปี	3
21-30 ปี	8
30 ปีขึ้นไป	4
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
(ค่าเฉลี่ย = 8.20 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.759, ต่ำสุด = 1 ปี, สูงสุด = 22 ปี)	
1-5 ปี	9
6-10 ปี	7
11-15 ปี	1
16-20 ปี	2
20 ปีขึ้นไป	1

ตารางที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.00 รองลงมาได้แก่ อายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 60.00 อาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุข และนักการแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 10.00 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 10 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาได้แก่ 30 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.00 (ต่ำสุด 10 ปี สูงสุด 46 ปี) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 8 ปี (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 22 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาได้แก่ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.00

3.1.2 กลุ่มผู้บริหาร ประกอบด้วย หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอก หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัด และหัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวนทั้งหมด 15 คน จำแนกตามเพศ

อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขระดับบริหารที่ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 15)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	2
หญิง	13
อายุ (ค่าเฉลี่ย = 52.21 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.248, ต่ำสุด = 45 ปี, สูงสุด = 58 ปี)	
45-49 ปี	6
50-54 ปี	1
55 ปีขึ้นไป	9
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	8
ปริญญาโท	7
อาชีพ	
พยาบาลวิชาชีพ	11
นักวิชาการสาธารณสุข	3
นักกายภาพบำบัด	1
ประสบการณ์ในการทำงาน	
(ค่าเฉลี่ย = 31.42 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.975, ต่ำสุด = 23 ปี, สูงสุด = 38 ปี)	
20-24 ปี	3
25-29 ปี	1
30-34 ปี	2
35 ปีขึ้นไป	9
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
(ค่าเฉลี่ย = 15.57 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.639, ต่ำสุด = 5 ปี, สูงสุด = 37 ปี)	
5-9 ปี	2
10-14 ปี	5

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
15-19 ปี	2
20-24 ปี	2
25-29 ปี	3
30 ปีขึ้นไป	1

ตารางที่ 4.7 แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.66 อายุเฉลี่ย 52 ปี ต่ำสุด 45 ปี สูงสุด 58 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 53.33 อาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมาได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 20.00 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 31 ปี (ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 38 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาได้แก่ 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 15 ปี (ต่ำสุด 5 ปี สูงสุด 37 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาได้แก่ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00

3.2 ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

ผลการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง ดังแสดงในตารางที่ 4.8



ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะ
กลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมืองสำหรับบุคลากรสาธารณสุข

ลำดับ	กิจกรรมในรูปแบบ	ผู้ปฏิบัติงาน (n=20)			ผู้บริหาร (n =15)		
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1	การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นจาก ระยะวิกฤติที่มีอาการทางคลินิกคงที่ ออกจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน	4.85	0.36	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด
2	การส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากหอ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านโปรแกรมการ เยี่ยมบ้าน Stroke@BI ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ขอนแก่น	4.75	0.55	มากที่สุด	4.86	0.35	มากที่สุด
3	การส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากหอ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ (Line) “Stroke อำเภอเมืองขอนแก่น”	4.70	0.47	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด
4	การลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ ต้องได้รับดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ	4.85	0.36	มากที่สุด	4.86	0.35	มากที่สุด
5	การจำแนกผู้ป่วยตามความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ด้วยดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) แบบคะแนนเต็ม 100	4.85	0.36	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด
6	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดเตียง คะแนน 0-45 คะแนน ต้อง ได้รับการเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน คะแนน 50-70 คะแนน ต้องได้รับการเยี่ยมภายใน 2-3 สัปดาห์ กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดสังคม คะแนน 75-100 คะแนน ต้องได้รับการเยี่ยมภายใน 3-4 สัปดาห์	4.85	0.36	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด
7	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ทีมเยี่ยมบ้าน ได้แก่ สหสาขาวิชาชีพ อสม. ผู้ดูแล อบท/อปท. พมจ. และบุคคลในองค์กร อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	4.70	0.47	มากที่สุด	4.73	0.45	มากที่สุด

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรมในรูปแบบ	ผู้ปฏิบัติงาน (n=20)			ผู้บริหาร (n =15)		
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
8	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ 3 ทีมเยี่ยมบ้าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ อสม.	4.60	0.59	มากที่สุด	4.86	0.35	มากที่สุด
9	การประเมินอาการ ปัญหาและความต้องการ และวางแผนการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดำเนินการโดยแพทย์	4.75	0.55	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด
10	การฟื้นฟูสภาพตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดำเนินการโดยนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัด	4.75	0.44	มากที่สุด	4.86	0.35	มากที่สุด
11	การนัดประคบ การนัดเพื่อการผ่อนคลาย และการนัดเพื่อการรักษา การบริหารกล้ามเนื้อ และการใช้สมุนไพร ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดำเนินการโดยนักการแพทย์แผนไทย	4.85	0.36	มากที่สุด	4.86	0.35	มากที่สุด
12	การรับปรึกษาและเฝ้าระวังการเกิดภาวะทุพโภชนาการให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดำเนินการโดยนักโภชนาการ	4.70	0.57	มากที่สุด	4.86	0.35	มากที่สุด
13	การรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการประสานการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ	4.80	0.41	มากที่สุด	4.80	0.41	มากที่สุด
14	การประสานงานเตรียมการดูแลที่บ้าน (Home ward) ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ	4.75	0.44	มากที่สุด	4.86	0.35	มากที่สุด
15	การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินปัญหาและความต้องการ การดูแล และวางแผนการดูแล ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.75	0.44	มากที่สุด	4.73	0.45	มากที่สุด

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรมในรูปแบบ	ผู้ปฏิบัติงาน (n=20)			ผู้บริหาร (n =15)		
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
16	การประเมินความพร้อมของอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ	4.85	0.36	มากที่สุด	4.80	0.41	มากที่สุด
17	การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในด้านความรู้และทักษะในการดูแล ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ	4.85	0.36	มากที่สุด	4.87	0.35	มากที่สุด
18	การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว และการสนับสนุนการทำกิจกรรมชุมชน ดำเนินการโดยผู้นำชุมชนและ อสม.	4.85	0.36	มากที่สุด	4.80	0.41	มากที่สุด
19	การสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงสภาพบ้านให้เหมาะสม การดูแลระยะยาว (Long Term Care) และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น รถเข็นไม้ค้ำยัน เป็นต้น ดำเนินการโดย อบต./อปท.	4.80	0.41	มากที่สุด	4.73	0.45	มากที่สุด
20	การสนับสนุนช่วยเหลือด้านเงินสวัสดิการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เงินสวัสดิการเพื่อการเลี้ยงชีพ เงินกู้สวัสดิการเพื่อการประกอบอาชีพ เป็นต้น ดำเนินการโดย งานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)	4.85	0.36	มากที่สุด	4.80	0.41	มากที่สุด
21	ปัญหาด้านร่างกายที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การรับประทานอาหาร ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการสื่อสาร	4.75	0.44	มากที่สุด	4.87	0.35	มากที่สุด
22	กิจกรรม การดูแลด้านร่างกายที่จำเป็นต้องดำเนินการได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ การออกกำลังกาย กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฝึกการสื่อสาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำ การให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน	4.80	0.41	มากที่สุด	4.87	0.35	มากที่สุด

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรมในรูปแบบ	ผู้ปฏิบัติงาน (n=20)			ผู้บริหาร (n =15)		
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
23	การประเมินผลการดูแลด้านร่างกายที่จำเป็นต้องดำเนินการ ได้แก่ BI ADL, ภาวะแทรกซ้อน อุบัติเหตุ ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล	4.70	0.47	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด
24	ปัญหาด้านจิตใจที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และการสูญเสียความมั่นใจในตนเอง	4.75	0.44	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด
25	กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q และ 8Q การเสริมสร้างพลัง ลดความเครียด การป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย	4.75	0.44	มากที่สุด	4.80	0.41	มากที่สุด
26	การประเมินผลการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเครียด และความคิดฆ่าตัวตาย	4.80	.41	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด
27	ปัญหาด้านสังคมที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ ไม่มีผู้ดูแล การแยกตัวจากสังคม และการดำรงบทบาทในสังคม	4.90	0.30	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด
28	กิจกรรมการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การจัดหาผู้ดูแล (CG) จากโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) และการสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมในชุมชน	4.90	0.30	มากที่สุด	5.00	0	มากที่สุด
29	การประเมินผลการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การมีผู้ดูแล และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	4.90	0.30	มากที่สุด	5.00	0	มากที่สุด
30	ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ ว่างงาน ขาดรายได้ ไม่มีสิทธิและค่ารักษาพยาบาล และสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสม	4.85	0.36	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรมในรูปแบบ	ผู้ปฏิบัติงาน (n=20)			ผู้บริหาร (n =15)		
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
31	กิจกรรมการดูแลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การจัดหาอาชีพ (ถ้าทำได้) การเบิกเบี้ยเลี้ยงยังชีพ การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ช่วยเหลือด้านสิทธิสวัสดิการและด้านการรักษาพยาบาล และการปรับปรุงสภาพบ้าน	4.90	0.30	มากที่สุด	4.93	0.25	มากที่สุด
32	การประเมินผลการดูแลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ครอบครัวมีรายได้ในการดำรงชีวิต ได้รับสิทธิสวัสดิการและการรักษาพยาบาล และสภาพแวดล้อมเหมาะสม	4.90	0.30	มากที่สุด	5.00	0	มากที่สุด
รวม		4.80	0.41	มากที่สุด	4.88	0.31	มากที่สุด

ตารางที่ 4.7 แสดงผลการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ซึ่งประเมินในกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขจำนวน 35 คน จำแนกเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง จำนวนทั้งหมด 20 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักการแพทย์แผนไทย 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน พยาบาลวิชาชีพที่เกษียณอายุราชการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน และกลุ่มผู้บริหารงาน จำนวน 15 คน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงาน 1 คน หัวหน้างาน 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย 2 คน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง 8 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน และหัวหน้าห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุดทุกกิจกรรม และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในกิจกรรมการข้อที่ 3 เรื่องการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยทางแอปพลิเคชัน “ไลน์” ว่าไม่สามารถใช้งานได้ดีเท่าที่ควร เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียวคือจากผู้ส่ง แต่มีข้อจำกัดว่าผู้ส่งไม่ทราบพื้นที่ของบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ว่าขึ้นอยู่กับหน่วยบริการปฐมภูมิใด จึงไม่สามารถแจ้งผู้รับข้อมูลได้โดยตรง เนื่องจากภาระงานที่มากขึ้นของหน่วยบริการ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid-19) ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้หรือได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ดีตามสมควร โรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีการเพิ่มผู้ดูแลระบบ (Admin)

เพื่อการบริหารจัดการส่งข้อมูลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ควรมีการสื่อสารกับพื้นที่ และแจ้งข้อมูลผู้ป่วย เพื่อส่งต่อสู่พื้นที่ตามหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จริง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ทันเวลา ต่อเนื่องอย่างครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใน ระยะเวลาที่เหมาะสม



บทที่ 5

สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน

1.1.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

1.1.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้ *ขั้นตอนที่ 1* การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 20 เรื่อง ใช้เกณฑ์การคัดเลือกตามหลัก PICo *ขั้นตอนที่ 2* การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นที่มสทสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวม 26 คน และ *ขั้นตอนที่ 3* การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น และหน่วยบริการปฐมภูมิ

เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น จำแนกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 20 คน และระดับผู้บริหารจำนวน 15 คน รวม 35 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แนวทางระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมระดมสมอง จำแนกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ก. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ข. ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทและตำแหน่งในชุมชน และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค. ทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) แนวคำถามในการระดมสมอง ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการดูแลในระยะกึ่งเฉียบพลัน ความจำเป็นในการดูแลระยะกลาง รูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นสถานพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ตามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข

1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนคือ 1) การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน 2) การระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง และ 3) การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 **ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นวิจัยในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 65.00 และวิจัยจากต่างประเทศคิดเป็นร้อยละ 35.00 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1) **ด้านร่างกาย** พบว่า มีอาการดังนี้ มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ความบกพร่องในด้านการสื่อสาร ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน ความผิดปกติด้านการมองเห็น ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน **ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย** ดังนี้ ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องการ

ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ต้องการการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสภาพ และการออกกำลังกายโดยเฉพาะหกเดือนแรกหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2) *ด้านจิตใจ* พบว่า มีอาการดังนี้ มีความเครียด วิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่จะพบมากในผู้ป่วยที่อายุน้อย นอกจากนี้บางรายยังพบมีภาวะซึมเศร้า พบบ่อยในเพศหญิง โดยเฉพาะใน 3 เดือนแรก บางรายรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากความผิดปกติหลังการเจ็บป่วย ความพิการที่หลงเหลืออยู่ สูญเสียความมั่นใจ และควมมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความสุข และไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป *ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ* ดังนี้ ต้องการกำลังใจ ต้องการความรัก ความเข้าใจ ยอมรับ อยากให้มองเห็นคุณค่า และคอยให้กำลังใจ โดยเฉพาะจากคนในครอบครัว นอกจากนี้ยังต้องการการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง โดยการให้การดูแล ใส่ใจ และการคัดกรองและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยบุคลากรทางสาธารณสุข

3) *ด้านสังคม* ดังนี้ การแยกตัวจากสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักแยกตัวเองห่างจากสังคม เนื่องจากเกิดความอับอายต่อความพิการที่หลงเหลือ ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยดังกล่าวทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลง และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ⁷ นอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดผู้ดูแล หรือมีข้อจำกัดของผู้ดูแล เช่น ผู้ดูแลสูงอายุ ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บางรายรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถป้องกันตนเองได้ ขาดที่พึ่ง บางรายต้องสูญเสียเงินหรือสูญเสียทรัพย์สิน รวมทั้งถูกทำร้ายร่างกาย *ความต้องการการดูแลด้านสังคม* ดังนี้ มีผู้ดูแล โดยเฉพาะในรายที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จัดหาสิ่งของที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และพาไปพบแพทย์ตามนัด นอกจากนี้ยังต้องการการสนับสนุนการกลับเข้าสู่สังคมตามความเหมาะสม และการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้มีความมั่นคง และปลอดภัย

4) *ด้านเศรษฐกิจ* ดังนี้ สูญเสียรายได้ รายได้ลดลง หรือสูญเสียอาชีพ จากความสามารถที่ลดลงหลังเจ็บป่วย โดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว มีค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น แต่รายได้น้อยลง สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระทั้งการดูแลผู้ป่วยและหารายได้เข้าครอบครัว⁶ นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านสิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์ตามนัด *ความต้องการการดูแลด้านเศรษฐกิจ* ดังนี้ ต้องการการช่วยเหลือเรื่องรายได้ สวัสดิการการรักษาพยาบาล

เบี้ยเลี้ยงชีพสำหรับผู้พิการ และการสนับสนุนในจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานของรัฐ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแล

1.3.2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 59 ปี ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากอยู่ในช่วง 3-5 ปี ร้อยละ 66.67 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนมากเป็นสิทธิ์ข้าราชการ ร้อยละ 66.67 (2) ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Caregiver ผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 50-69 ปี ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.0 อาชีพส่วนมากเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 40.0 บทบาทและตำแหน่งในชุมชนส่วนมากเป็น Caregiver ร้อยละ 40.0 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมาก 1-2 ปี ร้อยละ 40.0 และ (3) ทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.30 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 61.60 อายุเฉลี่ย 46 ปี การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.84 อาชีพส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 61.53 มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 23 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 6 ปี ส่วนมากมีประสบการณ์ในการดูแลอยู่ระหว่าง 4-6 ปี ร้อยละ 38.46

2) รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง เป็นโครงสร้างที่ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการดูแล ช่องทางการรับข้อมูลผู้ป่วย การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย การจัดลำดับความสำคัญในการให้การดูแลที่บ้าน กำหนดทีมให้การดูแลที่บ้าน กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม ระบุปัญหาและความต้องการการดูแล กิจกรรมการดูแลและการประเมินผลการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

1.3.3 ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนมากอยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 55.00 ระดับการศึกษาส่วนมากเป็นระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 อาชีพส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 50.00 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 10 ปี ส่วนมากอยู่ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 40.00 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 8 ปี (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 22 ปี) ส่วนมากอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 45.00 (2) ผู้บริหาร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.66 อายุเฉลี่ย 52 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.33 อาชีพส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดร้อยละ 73.33

ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 31 ปี ส่วนมากอยู่ระหว่าง 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.00 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 15 ปี ส่วนมากอยู่ระหว่าง 10-14 ปี ร้อยละ 33.33

2) ความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง พบว่า บุคลากรทางสาธารณสุขทั้งระดับผู้บริหารและปฏิบัติมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมืองอยู่ในระดับมากที่สุดทุกกิจกรรม

2. อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง มีรายละเอียดอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

2.1 ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน

การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต พบว่า ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ดังนี้

2.1.1 ด้านร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ปากเบี้ยว พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด ไม่เข้าใจภาษา มีปัญหาด้านการสื่อสาร มีภาวะกลืนลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้เกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากสาเหตุของหลอดเลือดในสมองตีบ หรืออุดตัน หรือหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้ไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่เป็นแขนงของหลอดเลือดหรือหลอดเลือดใหญ่ให้ได้ ส่งผลให้เกิดอาการสมองขาดเลือด ซึ่งอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นแตกต่างกันตามพยาธิสภาพของสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ นางนุช เพชรรวง และยุพา จีวัฒนกุล (2557) ที่ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยและผู้ดูแล ภาวะกลืนลำบากเกิดจากการทำหน้าที่ของเส้นประสาทคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้นมีการทำงานที่ผิดปกติ ส่งผลให้มีปัญหาในการเคี้ยว การกลืน สอดคล้องกับการศึกษาของ เหวียน น ถิ ฮีเยน (Nguyen Thi Thu Hien, 2018) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะกลืนลำบาก พบว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนลำบาก

ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ผู้ป่วยต้องการผู้ดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตร

ประจำวันต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลัยพร รั้งควัต (2563) ที่ได้ศึกษาปัญหาที่ส่งผลต่อการเงินของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าความต้องการด้านร่างกาย คือ ต้องการผู้ดูแล หรือช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังต้องการความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว และทักษะในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุชาวดี เสนาสนะ (2560) ที่ศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในการดูแลบุคคลที่เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สามารถพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนิภา จำงทอง (2564) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินปัญหาในการกลืนและได้รับการฝึกกลืนตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล และควรได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูการกลืนที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

2.1.2 ด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลหลังจากเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ เจนเซอร์ (Gencer, 2018) พบว่าความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดในโรคหลอดเลือดสมองพบมากในระยะเวลา 3 เดือนแรกหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้บางรายแยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ละเลยร่างกายซีกที่อ่อนแรง บางรายมีอาการซึมเศร้าขั้นรุนแรง จนมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย อาการเหล่านี้เกิดจากอาการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ส่งผลให้มีปัญหาด้านจิตใจต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้อาการทางด้านจิตใจมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ภาวะความพิการที่หลงเหลืออยู่ สภาพจิตใจหรือนิสัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในครอบครัว โรคร่วมอื่น ๆ เป็นต้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์จิรา สีสว่าง (2559) ที่ได้ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการเจ็บป่วยทางกายมักส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านจิตสังคมไปด้วย ทำให้มีความซึมเศร้า ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ มองตนเองว่าไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีผลกระทบและมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ใจร้อน เจ้าอารมณ์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาวาดัดต (Mavaddat, 2018) ที่ได้ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพของตนเองในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผลกระทบด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และผลกระทบรวมถึงความหงุดหงิด ใจร้อน กังวล วิตกกังวล และรู้สึกน้อยใจ

ความต้องการการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยควรได้รับการประเมินปัญหาด้านจิตใจวางแผน และให้การดูแลที่เหมาะสม เช่น ให้ความสำคัญ ให้ความเข้าใจ เอาใจใส่ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรร่วง (2557) ที่ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองพบว่า ความต้องการด้านจิตใจได้แก่ ต้องการกำลังใจ ความเข้าใจ ต้องการความรัก และการปรับทุกข์เพื่อระบายขอของใจ

2.1.3 ด้านสังคม ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ ได้แก่ การขาดผู้ดูแล หรือมีข้อจำกัดของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีตามสมควร และปัญหาด้านการแยกตัวจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลัยพร รังควัต (2563) เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทางกายที่ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง สูญเสียบทบาทของตนเองในครอบครัว หรือสังคม เนื่องจากขาดความมั่นใจในตนเอง กลัวสังคมไม่ยอมรับ ผู้ป่วยต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล คนในครอบครัว หรือคนในสังคม เพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอลโลเกอร์ และ โรห์ดา (Elloker and Rhoda, 2016) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาวาดัด (Mavaddat, 2018) ที่ได้ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพของตนเองในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผลกระทบด้านสังคม ได้แก่ ไม่สามารถทำงานได้ สูญเสียบทบาทภายในและภายนอกบ้าน ไม่สามารถทำงานอดิเรกและกิจกรรมยามว่างได้

ความต้องการการดูแลด้านสังคม ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล โดยเฉพาะที่บ้าน เนื่องจากจะส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสุขภาพ การดำเนินชีวิตและการมีส่วนร่วมในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ รีสเทเตอร์ (Reistetter, 2017) ที่ได้ศึกษาความต้องการของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามที่คุณดูแลรับรู้ พบว่าความต้องการทางสังคม ได้แก่ ต้องการการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม กิจกรรมทางกาย กิจกรรมการเรียนรู้ และต้องการการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การสนับสนุนที่ครอบคลุมบริการ การเข้าถึงบริการ และด้านความปลอดภัย รวมถึงให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน (นงนุช เพ็ชรร่วง, 2557)

2.1.4 ด้านเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่พบ ได้แก่ การว่างงาน ขาดรายได้ ไม่มีเงินไว้ใช้จ่ายในครอบครัว และขาดสิทธิ์สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และเกิดผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวแตกแยก สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรร่วง (2557) ที่ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ปัญหาและความต้องการด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้ รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าเดินทางไปรับการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา สีสว่าง (2559) ที่ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่านอกจากการว่างงาน สูญเสียรายได้ ยังพบว่าบางรายอาจมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่สูงขึ้น ทั้งจากการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับ

การรักษาและการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยบางรายอาจมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ผ้าอ้อม ที่นอนลมสำหรับป้องกันแผลกดทับ เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ญาติผู้ดูแลอาจต้องลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น ปัญหาเหล่านี้มักนำไปสู่ความเครียดทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านเงินสวัสดิการเพื่อการเลี้ยงชีพ การสนับสนุนอุปกรณ์สิ้นเปลืองที่จำเป็นต่อการดูแล และต้องการการดูแลด้านสิทธิ์สวัสดิการรักษายาบาล เพื่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพตามสมควร ต้องการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การบริหารจัดการโดยภาครัฐ สอดคล้องกับการศึกษาของ นางนุช เพ็ชรร่วม (2557) ที่ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าความต้องการด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อยากรได้เงินช่วยเหลือผู้พิการ หรือผู้สูงอายุเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และคารักษาพยาบาล ต้องการที่อยู่อาศัย รถเข็น ต้องการให้มีคนพาไปพบแพทย์ อยากรให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลตามสุขภาพมาดูแลสุขภาพที่บ้าน

2.2 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง

2.2.1 กลุ่มเป้าหมายในการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่มีอาการทางคลินิกคงที่ ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ น้อมจิตต์ จันท์น้อย, นฤมล จันท์สุข และ รักคณา วิมลมุข (2563) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

2.2.2 ช่องทางการรับข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย กำหนดเป็น 2 ช่องทาง ได้แก่ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “Stroke@BI” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และทางแอปพลิเคชัน ไลน์ (Line) “Stroke อำเภอเมืองขอนแก่น” โดยเป็นช่องทางรับ-ส่งข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และเชื่อมกับฐานข้อมูลใน Health Data Center ของจังหวัด มีข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาลและข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา หมั่นเทศ (2560) ที่ได้ศึกษารูปแบบการรับ-ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พบว่าควรเป็นฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อกันระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบคลุมประวัติผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม

2.2.3 การจำแนกประเภทของผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์เรล เพื่อจำแนกความรุนแรงของผู้ป่วย ประเมินความเร่งด่วน และจัดลำดับความสำคัญในการให้การดูแลที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌีร์นุช วงศ์เจริญ, ทศนมินทร์ รัชตารณรัชต์ และ พิสิษฐ์ สมงาม (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการทำกิจวัตรประจำวัน โดยมีการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้การดูแลตามความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม

2.2.4 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมเยี่ยมบ้าน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Caregiver ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการการดูแล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารินทร์ พิทยะพงษ์ (2561) ที่ได้ศึกษา สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่าการบูรณาการความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ มีผลสำคัญต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

2.2.5 การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล กิจกรรมการดูแล และการประเมินผลการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ มีดังนี้

1) **ด้านร่างกาย** มีดังนี้ (1) ปัญหาด้านร่างกายที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การรับประทานอาหาร ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการสื่อสาร (2) กิจกรรมการดูแลด้านร่างกายที่จำเป็นต้องดำเนินการ ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ การออกกำลังกาย กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฝึกการสื่อสาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำ การให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน และ (3) การประเมินผลการดูแลด้านร่างกายที่จำเป็นต้องดำเนินการ ได้แก่ BI ADL, ภาวะแทรกซ้อน อุบัติเหตุ ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) **ด้านจิตใจ** มีดังนี้ (1) ปัญหาด้านจิตใจที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และการสูญเสียความมั่นใจในตนเอง (2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q และ 8Q การเสริมสร้างพลัง การลดความเครียด การป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย และ (3) การประเมินผลการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเครียด และความคิดฆ่าตัวตาย

3) **ด้านสังคม** มีดังนี้ (1) ปัญหาด้านสังคมที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ ไม่มีผู้ดูแล การแยกตัวจากสังคม และการดำรงบทบาทในสังคม (2) กิจกรรมการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การจัดหาผู้ดูแล (CG) จากโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) และการ

สนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมในชุมชน และ (3) การประเมินผลการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การมีผู้ดูแล และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

4) *ด้านเศรษฐกิจ* มีดังนี้ (1) ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ ว่างงาน ขาดรายได้ ไม่มีสิทธิและค่ารักษาพยาบาล และสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสม (2) กิจกรรมการดูแลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การจัดหาอาชีพ (ถ้าผู้ป่วยสามารถทำได้) การเบิกเบี้ยเลี้ยงยังชีพ การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ช่วยเหลือด้านสิทธิสวัสดิการและด้านการรักษาพยาบาล และการปรับปรุงสภาพบ้าน และ (3) การประเมินผลการดูแลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ครอบครัวมีรายได้ในการดำรงชีวิต ได้รับสิทธิสวัสดิการและการรักษาพยาบาล และสภาพแวดล้อมเหมาะสม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา สีสว่าง (2559) ที่ศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่าผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง มี 6 ด้าน ได้แก่ 1) *ความต้องการการพึ่งพา* ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง 2) *การสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง* การเจ็บป่วยทางกายมักส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านจิตสังคมไปด้วย 3) *การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว* ทำให้การแสดงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ 4) *ความปลอดภัยในชีวิตลดลง* ผู้ป่วยบางรายมีการรับรู้ถึงความปลอดภัยในชีวิตตนเองลดลง เนื่องจากมีการสูญเสียน้ำหนักของสมองในการทำหน้าที่ และ 6) *ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว* ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือทำหน้าที่ได้ลดลง อาจกระทบต่อการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ขณะเดียวกันบางรายอาจมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่สูงขึ้น

2.3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

ผลการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง ของบุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับผู้ปฏิบัติงาน และระดับผู้บริหาร พบว่า กิจกรรมการดูแลตามรูปแบบทุกกิจกรรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด และมีข้อเสนอแนะในกิจกรรมการรับข้อมูลผู้ป่วยทางแอปพลิเคชัน “ไลน์” ว่าควรมีผู้ดูแลระบบเพื่อการจัดการบริหารข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่ส่งต่อกลับมาดูแลที่บ้านได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ทันระยะเวลาผลของการฟื้นฟูสุขภาพจะสามารถดีขึ้นให้ใกล้เคียงกับปกติที่สุด

การที่คะแนนประเมินอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกกิจกรรมของระดับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร เนื่องจากเป็นนโยบาย Service Plan ที่บุคลากรเห็นควรนำสู่การปฏิบัติ เนื่องจากพื้นที่ในเขตเมืองไม่มีโรงพยาบาลชุมชนรองรับ ผู้ป่วยที่พ้นจากภาวะวิกฤติแล้วจะถูกส่งกลับสู่ชุมชน การมี

รูปแบบที่รองรับนโยบาย และการดูแลแบบ Home ward ที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการการดูแลทุกด้านโดยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ทีมชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน บรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความแออัดในโรงพยาบาล และลดอัตราวันนอนในโรงพยาบาล สนองนโยบายการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless care)

3. ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ได้ และการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

3.1.1 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง เหมาะสมกับบริบทของอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น หากสถานบริการอื่นที่จะนำรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อาจต้องพิจารณาถึงความเหมาะสม ความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น หรือพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด ผู้ป่วยและครอบครัว กับบริบทของพื้นที่ที่คล้ายคลึงกัน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ผลการวิจัยในส่วนการศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหรือพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะอื่นได้ เช่น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านระยะยาว เป็นต้น

3.2.2 รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ที่พัฒนาขึ้นยังไม่มีคุณสมบัติเท่าที่ควร รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงควรได้รับการปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมของบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อย 1 เดือน

3.2.3 การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการออกแบบรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง โดยประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) ควรมีการศึกษาหาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล และการประเมินผลของรูปแบบที่นำไปใช้ เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สกลนคร

บรรณานุกรม

- กนิษฐา ต้อยตา, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนางค์ชัยชื่อ และ ทศนีย์ รวีวรกุล. (2560). ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31*, 27-42.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง) Intermediate Care Model for Elderly people of Thailand*. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง.
- กัญญารัตน์ คำจูน, ปานจิต วรรณภีระ, ปราณปริญา ปิ่นสกุล และ ศศิธร สมจิตต์. (2561). การพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน. *พุทธชินราชเวชสาร, 35(3)*, 304-312.
- กัมมันต พันธุมจินดา และ ยุทธชัย ลิขิตเจริญ. (2552). แนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น. ใน นิจศรีชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา) (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน* (หน้า 1-20). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ : งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)*. กรุงเทพฯ: อีโมชั่นอาร์ต.
- เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน. (2553). *โรคหลอดเลือดสมอง*. เชียงใหม่: ทีโอแอดเวอร์ไทซิง แอนด์ มีเดีย.
- จันทร์จิรา สีสว่าง และ นงนภัทร รุ่งเนย. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. *J Nurs Sci, (34)3*, 10-18.
- ดานิล วงศ์ษา, ประทุม สร้อยวงศ์ และ จินดารัตน์ ชัยอาจ. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัย. *พยาบาลสาร, 45(2)*, 40-50.
- ดิษยากร รัตนากร และคณะ. (2554). *Current practical guide to stroke management* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคหลอดเลือดสมองของไทย.
- ธีรพร สติธอังกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ และ พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์. (2562). *แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สี่ตะวัน.

- นิจศรี ชาญณรงค์. (2550). *การดูแลรักษาภาวะสองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศรี ชาญณรงค์, ณัฐ พสุธารชาติ และ อรุมา ชูติเนตร (2552). *Basic and Clinical Neurosciences 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนุช เพ็ชรร่วง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 14(1), 25-34.
- นงนุช เพ็ชรร่วง และ ยุพา จิวพัฒน์กุล. (2557). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(4), 37-45.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลาภภักดี และ พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อีรพร สิริอังกูร, ทิพย์สุดา ลาภภักดี, อรรถยา อมรพรหมภักดี และ พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์. (2557). *เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ปราณี เกษรสันต์. (2558). รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล เจ้าพระยายมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 83-96.
- ปิยนุช ภิญโญ พลະ กิตติภูมิ ภิญโญ. (2564). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน*. ขอนแก่น: เพ็ญพรินต์ตั้ง.
- ผ่องพรรณ อรุณแสวง. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 11). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- พิศกิติ์ ชินชัย, ทศพร บรรยมาก และ นที จินดาคำ. (2556). *การสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอัมพาตครึ่งซีก*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- ภาณุมาศ พิกุล, วันลภ ดิษสุวรรณ และ เกศทิพย์ บัวแก้ว. (2562). การประเมินความจำเป็นด้านบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัฐภู่อำเภอรัชฎา จังหวัดตรัง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 12(1), 183-192.
- ภัสรี พัฒนสุวรรณ. (2562). ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับชุมชน. *ASEAN J Rehabil Med*, 29(1), 8-13.
- เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง และ ยุพาพรรณ ทองตะนุณาม. (2560). *บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ชีรธร พูลเกษ, กนกวรรณ บุญญพิสิฐ และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2557). *Textbook of clinical neurology*. กรุงเทพฯ: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
- วนิดา ลุนกา และ ชนกพร จิตปัญญา. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคหลอดเลือดสมองภาวะซึมเศร้าและสุขวิทยาการนอนกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 42, 41-53.
- วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน และ รัชณี นามจันทรา. (2561). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรังสิต, ปทุมธานี.
- วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล. (2558). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตเซอร์วิส.
- ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2561). สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพไทย*, 11(2), 26-39.
- ศิริลักษณ์ ผมขาว, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมการสร้างความตั้งใจต่อแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(3), 30-42.
- ศุภนารี เกษมมาลา, อารณีย์ ดีนาน และ อารีรัตน์ ขำอยู่. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 33(1), 115-129.
- สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2565). *โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุชาวดี เสนาสนะ. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(2), 212-222.
- อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และคณะ. (2562). ต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลันด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(5), 167-163.
- อวยพร สวัสดิ์, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และ ชนกพร จิตปัญญา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดคุณภาพการนอนหลับ อาการซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(2), 8-22.

อาคม อารยวิชานนท์. (2557). *การตรวจวินิจฉัยโรคทางระบบประสาท*. อุบลราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท.

อุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล. (2562) *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)*. กรุงเทพฯ: บอรั่น ทุ ปี พลัปปลิตซิ่ง.

Ali G. Gencer., Cicek Hocaoglu. (2019). *Post-stroke Neuropsychiatric Problems*. Recep Tayyip Erdogan University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Rize, Turkey. Retrieved from <http://www.dergipark.org>

Kjork, Gunnel, Nilsson, & Sunnerhagen. (2019). *Experiences, needs, and preferences for follow-up after stroke perceived by people with stroke and healthcare professionals: A focus group study*. Plos One Journal, Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

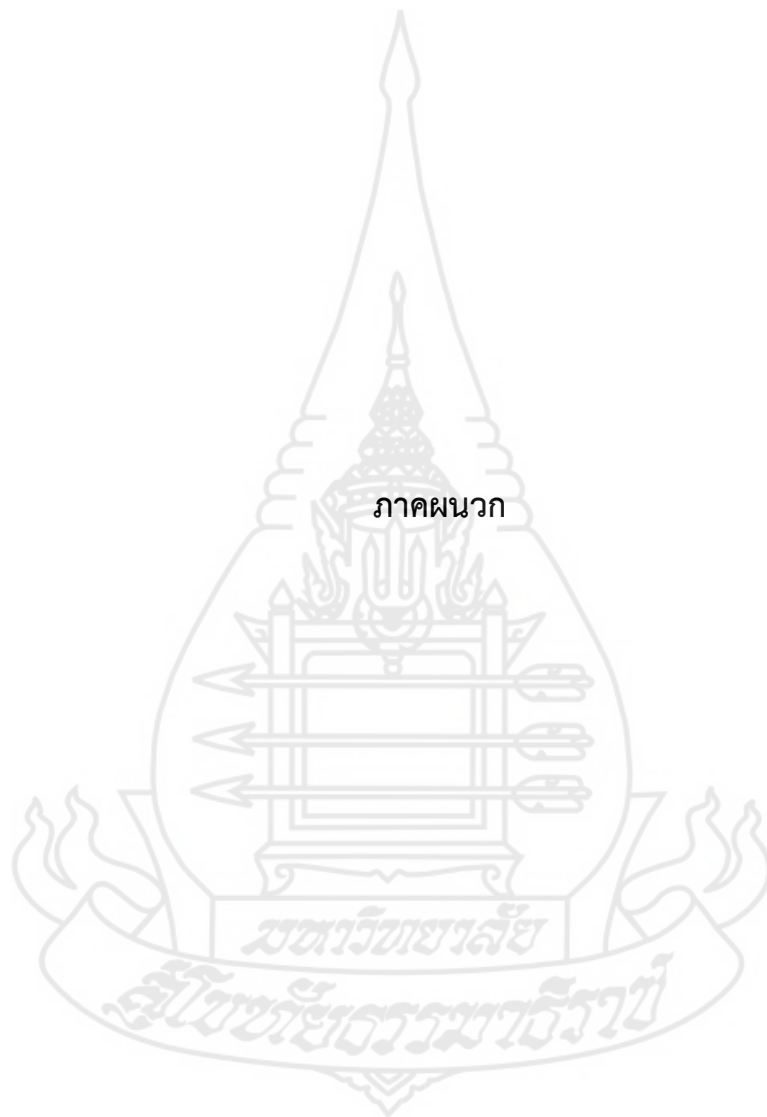
Krishnan, Pappadis, Weller, Stearnes, Kumar, Ottenbacher, & Reistetter. (2017). *Needs of stroke survivors as perceived by their caregivers: A scoping review*. HHS Public Access. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

N. Mavaddat. (2018). *Perceptions of self-rated health among stroke survivors: a qualitative study in the United Kingdom*. BioMed Central, Retrieved from <http://www.dergipark.org>.

Toughieda Elloker, Anthea J. Rhoda. (2016). *The relationship between social support and participation in stroke: A systematic review*. African Journal of Disability, Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

Visvanathan, Mead, Dennis, Whiteley, Doubal, & Lawton. (2019). *Maintaining hope after a disabling stroke: A longitudinal qualitative study of patient's experiences, views, information needs and approaches towards making treatment decisions*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

Xin Li, Xiaoshuang Xia, Peilu Wang, Shuting Zhang, Ming Liu and Lin Wang (2016). *Needs and rights awareness of stroke survivors and caregivers: a cross-sectional, single-center questionnaire survey*. BMJ Journal, Retrieved from [Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สกลนคร



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5032620

NS No.8/2564.....

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 ในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น
 รหัสโครงการ : -
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางอรอนงค์ แจ็กกู๋
 สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลขอนแก่น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว มีความเห็นว่า มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล จึงเห็นสมควร
 ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ให้การรับรอง :29/06/2564..... วันที่หมดอายุการรับรอง :29/06/2565.....



ภาคผนวก ข

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

แบบคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Consent Form)

ที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว/นาย.....นามสกุล..... อายุ.....ปี ได้รับฟังคำอธิบาย จาก **นางอรอนงค์ เจ็กภู** เกี่ยวกับการเป็นผู้ร่วมโครงการวิจัยในโครงการวิจัยเรื่อง “**การพัฒนารูปแบบ การดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง**” ได้อ่านเอกสารชี้แจงและได้รับ คำอธิบายเพิ่มเติมจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการ ปฏิบัติ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นและการจัดการแก้ไขและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จนเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อ ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุในเอกสารชี้แจง หากไม่ได้รับการ ปฏิบัติตามที่ระบุไว้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอม

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ลงชื่อ.....

(นางอรอนงค์ เจ็กภู)

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ เอกสารชี้แจงและยินยอมนี้ให้จัดทำ เป็น 2 ชุด มอบให้ผู้ร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด และผู้วิจัย 1 ชุด

เอกสารชี้แจงผู้ร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

เรียน.....ผู้ร่วมโครงการวิจัย

เนื่องด้วย ข้าพเจ้า นางอรอนงค์ เจ็กภู่ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น

โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาศึกษาปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น เมื่อเสร็จสิ้นลงแล้ว กลุ่มผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ประชาชนหรือกลุ่มคนในชุมชนเขตเมือง จะได้รับประโยชน์ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพการณ์ ความต้องการของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

2. บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น มีรูปแบบการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. รูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยต่อได้

การวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

1. หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านร่วมกิจกรรมโดยการประชุมระดมสมองเพื่อวางรูปแบบการดูแลระยะกลางที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันอย่างครอบคลุมทุกด้าน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 12 คน ทีมผู้ป่วยและผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง จัดประชุมระดมสมองที่ห้องประชุมศูนย์แพทย์ประชาชนโมสร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รวมทั้งขอบันทึกภาพ เสียง และจดบันทึกในการประชุมด้วย

2. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย และการจัดการแก้ไข การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ไม่มีการทดลองใด ๆ แต่อาจเกิดความไม่สะดวกสบายต่าง ๆ ขึ้นในขณะประชุมระดมสมอง อาจมีข้อคำถามที่รบกวนจิตใจผู้เข้าร่วมประชุม ทำให้เกิดความกังวล เสียใจ เศร้าใจ ไม่สบายใจ อับอาย คับแค้นใจ อึดอัดใจ คับข้องใจ เป็นต้น และจะต้องเสียเวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ในการประชุมระดมสมอง การประชุมระดมสมองผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด กติกากลุ่มก่อนเริ่มการประชุม เปิดโอกาสให้ผู้ยินยอมซักถามถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ด้วย ผู้วิจัยต้องศึกษาข้อมูลในอดีตที่อาจทำให้ผู้ยินยอมเกิดความกังวลใจ และความเครียดได้

เป็นต้น ผู้วิจัยจะต้องอธิบายถึงวิธีการป้องกัน และการแก้ไขเมื่อเกิดกรณีดังกล่าว เช่น ผู้วิจัยจะระวังในการถาม จะถามโดยใช้วาจาที่สุภาพอ่อนโยน และจะหยุดถามทันทีที่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยแสดงความรู้สึก อึดอัด เว้นระยะในการตอบเมื่อผู้ยินยอมรู้สึกสบายใจ เป็นต้น

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัย หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อข้าพเจ้านางอรอนงค์ แจ็กกู๋ หมายเลขโทรศัพท์ 091-0637644 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ผู้ร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ขณะเข้าร่วมการประชุมระดมสมอง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัครทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้รับจากท่านไว้เป็นความลับ โดยข้อมูลนั้นจะรับรู้เฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร เท่านั้น และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุชื่อ/ข้อมูลส่วนตัวของท่าน ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยจะไม่มีผลกระทบต่อกรรักษาพยาบาลหรือบริการอื่นที่รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต

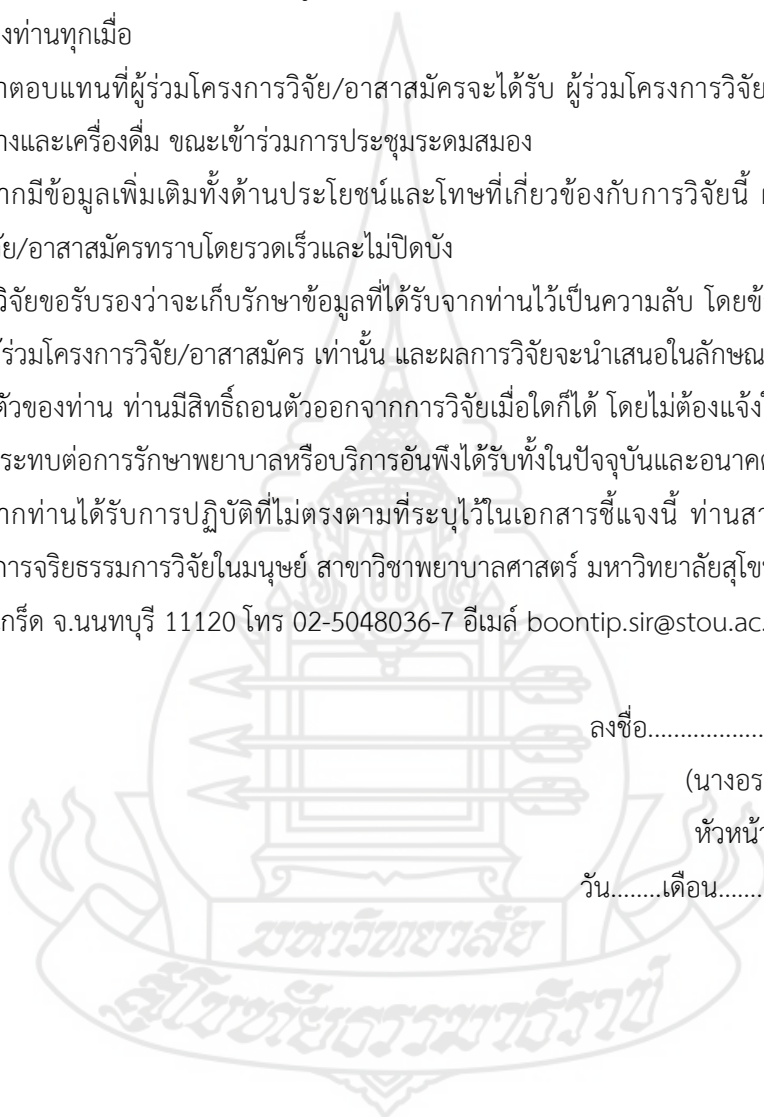
หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยัง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร 02-5048036-7 อีเมล boontip.sir@stou.ac.th

ลงชื่อ.....

(นางอรอนงค์ แจ็กกู๋)

หัวหน้าโครงการวิจัย

วัน.....เดือน.....พ.ศ. 2564



แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ผู้ป่วย)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
 อายุ.....ปี ระดับการศึกษา..... อาชีพ..... ระยะเวลาที่ป่วย
 เป็นโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล
 อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางอรอนงค์
 แจ็กภู เกี่ยวกับการเข้าร่วมในงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรค
 หลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่นแล้ว โดยคำอธิบายเนื้อหาและรายละเอียดครอบคลุม
 หัวข้อดังนี้ (1) วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำวิจัย (2) ขั้นตอนและวิธีการเข้าร่วมงานวิจัย และ (3)
 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วม ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากโครงการได้
 ทุกเมื่อ โดยไม่มีความผิดหรือสูญเสียประโยชน์ หรือไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าต้องถูก
 เก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะไม่มีเปิดเผยชื่อในรายงานผลการวิจัยหรือเอกสารตีพิมพ์เพื่อ
 เผยแพร่

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใน
 การวิจัยด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง

ลงลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....
 (.....)

ลงลายมือชื่อผู้วิจัยหรือผู้ที่ชี้แจง.....
 (.....)

ลงลายมือชื่อพยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2564

แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแล)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
 อายุ.....ปี ระดับการศึกษา..... อาชีพ..... ระยะเวลาใน
 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือ
 มีส่วนร่วมในการดูแล..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล
 อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางอรอนงค์
 แจ็กภู่ เกี่ยวกับการเข้าร่วมในงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรค
 หลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่นแล้ว โดยคำอธิบายเนื้อหาและรายละเอียดครอบคลุม
 หัวข้อดังนี้ (1) วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำวิจัย (2) ขั้นตอนและวิธีการเข้าร่วมงานวิจัย และ (3)
 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วม ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากโครงการได้
 ทุกเมื่อ โดยไม่มีความผิดหรือสูญเสียประโยชน์ หรือไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าต้องถูก
 เก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะไม่มีเปิดเผยชื่อในรายงานผลการวิจัยหรือเอกสารตีพิมพ์เพื่อ
 เผยแพร่

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใน
 การวิจัยด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง

ลงลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....
 (.....)

ลงลายมือชื่อผู้วิจัยหรือผู้ที่ชี้แจง.....
 (.....)

ลงลายมือชื่อพยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2564

แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (บุคลากร)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล
 อายุ.....ปี ระดับการศึกษา.....
 ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน
 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน.....ปี
 ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง..... ปี อยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้รับฟัง
 คำอธิบายจาก นางอรอนงค์ แจ็กภู เกี่ยวกับการเข้าร่วมในงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลที่
 ระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่นแล้ว โดยคำอธิบายเนื้อหา
 และรายละเอียดครอบคลุมหัวข้อดังนี้ (1) วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำวิจัย (2) ขั้นตอนและ
 วิธีการเข้าร่วมงานวิจัย และ (3) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วม ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากโครงการได้
 ทุกเมื่อ โดยไม่มีความผิดหรือสูญเสียประโยชน์ หรือไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าต้องถูก
 เก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะไม่มีเปิดเผยชื่อในรายงานผลการวิจัยหรือเอกสารตีพิมพ์เพื่อ
 เผยแพร่

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใน
 การวิจัยด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง

ลงลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....
 (.....)

ลงลายมือชื่อผู้วิจัยหรือผู้ที่ชี้แจง.....
 (.....)

ลงลายมือชื่อพยาน
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2564



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการระดมสมอง

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

กติกา

1. สมาชิกทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน ไม่มีผู้นำและผู้ตาม
2. ขณะอยู่ในการประชุมควรปิดเสียงโทรศัพท์
3. หากต้องการแสดงความคิดเห็นให้ยกมือขึ้น
4. เมื่อคนอื่นพูด สมาชิกที่เหลือต้องฟังไม่พูดขัด พูดแทรก หรือชวนเพื่อนที่นั่งข้าง ๆ คอย
ขณะที่มีผู้พูด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลำดับ	อายุ (ปี)	เพศ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรค (ปี)
1					
2					
3					
4					

1.2 ทีมชุมชน (ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อสม. และผู้นำชุมชน)

ลำดับ	อายุ (ปี)	เพศ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/มีส่วนร่วมในการดูแล
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

1.3 ทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ

ลำดับ	อายุ (ปี)	เพศ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี)	ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ปี)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						



ส่วนที่ 2 ปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ ดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายความหมายของการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute phase)
2. ผู้วิจัยนำเสนอปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่รวบรวมได้จากทบทวนขอบเขตงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม
3. ในฐานะที่ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมานาน ท่านคิดว่าจากปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยทั้ง 3 ด้าน ตามที่ผู้วิจัยเสนอ มีความสอดคล้องหรือแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่ท่านให้การดูแลหรือไม่ อย่างไร
4. ผู้วิจัยสรุปปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันในพื้นที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 แนวทางการระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

ผู้วิจัยเริ่มคำถามในการระดมสมอง ดังต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่าจากปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน มีความจำเป็นในการให้การดูแลในระยะเวลากลาง (Intermediate care) หรือไม่ เพราะเหตุใด
2. รูปแบบการดูแลแบบมุ่งเน้นสถานบริการเป็นฐาน (Hospital-based) ควรมีลักษณะอย่างไร (เริ่มตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจำหน่าย และกลับไปอยู่บ้าน)
3. รูปแบบการดูแลแบบมุ่งเน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based) ควรมีลักษณะอย่างไร (บทบาทของครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันควรประกอบไปด้วยบุคคลใดบ้าง และทำบทบาทหน้าที่ใด)

**แบบสอบถามเพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีจุดประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง ตามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขโดยมีรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

ความหมาย

ความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง หมายถึง ความสอดคล้องของกิจกรรมในรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมืองที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับหลักการ เงื่อนไข กฎเกณฑ์ หรือบริบทของชุมชนตามการรับรู้ของทีมบุคลากรสาธารณสุข ทีมผู้นำและตัวแทนชุมชน

เกณฑ์ในการตอบ

ขอให้ท่านทำความเข้าใจกับรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมืองที่ผู้วิจัยได้อธิบาย และอ่านข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อ และพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบฯ ในระดับใด ในการตอบขอให้ทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวดังนี้

เกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรม มีดังนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง	กิจกรรมในขั้นนั้นมีความเหมาะสมต่อการนำไปดำเนินการ 1-20%
น้อย	หมายถึง	กิจกรรมในขั้นนั้นมีความเหมาะสมต่อการนำไปดำเนินการ 21-40%
ปานกลาง	หมายถึง	กิจกรรมในขั้นนั้นมีความเหมาะสมต่อการนำไปดำเนินการ 41-60%
มาก	หมายถึง	กิจกรรมในขั้นนั้นมีความเหมาะสมต่อการนำไปดำเนินการ 61-80%
มากที่สุด	หมายถึง	กิจกรรมในขั้นนั้นมีความเหมาะสมต่อการนำไปดำเนินการ 81-100%

ส่วนที่ 2 ความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
เขตเมือง

ลำดับ	กิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง	ความเหมาะสมของกิจกรรม				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นจากระยะวิกฤติที่มีอาการทางคลินิกที่ ออกจากโรงพยาบาล แม่ข่าย เพื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน					
2	การส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากหอผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่าน โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน Stroke@BI ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ขอนแก่น					
3	การส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากหอผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ (Line) “Stroke อำเภอเมืองขอนแก่น”					
4	การลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ต้องได้รับดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ					
5	การจำแนกผู้ป่วยตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) แบบคะแนนเต็ม 100					
6	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดเตียง คะแนน 0-45 คะแนน ต้องได้รับการเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน คะแนน 50-70 คะแนน ต้องได้รับการเยี่ยมภายใน 2-3 สัปดาห์ กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดสังคม คะแนน 75-100 คะแนน ต้องได้รับการเยี่ยมภายใน 3-4 สัปดาห์					

ลำดับ	กิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง	ความเหมาะสมของกิจกรรม				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ทีมเยี่ยมบ้าน ได้แก่ สหสาขาวิชาชีพ อสม. ผู้ดูแล อบต/อปท. พมจ. และบุคคลในองค์กร อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง					
8	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ 3 ทีมเยี่ยมบ้าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ อสม.					
9	การประเมินอาการ ปัญหาและความต้องการ และวางแผนการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดำเนินการโดยแพทย์					
10	การฟื้นฟูสภาพตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดำเนินการโดยนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัด					
11	การนัดประคบ การนัดเพื่อการผ่อนคลาย และการนัดเพื่อการรักษา การบริหารกล้ามเนื้อ และการใช้สมุนไพร ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดำเนินการโดยนักการแพทย์แผนไทย					
12	การรับปรึกษาและเฝ้าระวังการเกิดภาวะทุพโภชนาการให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดำเนินการโดยนักโภชนาการ					
13	การรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการประสานการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ					
14	การประสานงานเตรียมการดูแลที่บ้าน (Home ward) ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ					

ลำดับ	กิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง	ความเหมาะสมของกิจกรรม				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
15	การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล และวางแผนการดูแล ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมির่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ					
16	การประเมินความพร้อมของอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ					
17	การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในดานความรู้และทักษะในการดูแล ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ					
18	การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว และการสนับสนุนการทำกิจกรรมชุมชน ดำเนินการโดยผู้นำชุมชนและ อสม.					
19	การสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงสภาพบ้านให้เหมาะสม การดูแลระยะยาว (Long Term Care) และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น รถเข็น ไม้ค้ำยัน เป็นต้น ดำเนินการโดย อบต./อปท.					
20	การสนับสนุนช่วยเหลือด้านเงินสวัสดิการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เงินสวัสดิการเพื่อการเลี้ยงชีพ เงินกู้สวัสดิการเพื่อการประกอบอาชีพ เป็นต้น ดำเนินการโดย งานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)					
21	ปัญหาด้านร่างกายที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การรับประทานอาหาร ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการสื่อสาร					

ลำดับ	กิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง	ความเหมาะสมของกิจกรรม				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
22	กิจกรรมการดูแลด้านร่างกายที่จำเป็นต้องดำเนินการ ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ การออกกำลังกาย กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฝึกการสื่อสาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำ การให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน					
23	การประเมินผลการดูแลด้านร่างกายที่จำเป็นต้องดำเนินการ ได้แก่ BI ADL, ภาวะแทรกซ้อน อุบัติเหตุ ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล					
24	ปัญหาด้านจิตใจที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และการสูญเสียความมั่นใจในตนเอง					
25	กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q และ 8Q การเสริมสร้างพลัง การลดความเครียด การป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย					
26	การประเมินผลการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเครียด และความคิดฆ่าตัวตาย					
27	ปัญหาด้านสังคมที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ ไม่มีผู้ดูแล การแยกตัวจากสังคม และการดำรงบทบาทในสังคม					
28	กิจกรรมการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การจัดหาผู้ดูแล (CG) จากโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) และการสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมในชุมชน					

ลำดับ	กิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลาง	ความเหมาะสมของกิจกรรม				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
29	การประเมินผลการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การมีผู้ดูแล และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน					
30	ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ ว่างงาน ขาดรายได้ ไม่มีสิทธิและค่ารักษาพยาบาล และสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสม					
31	กิจกรรมการดูแลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การจัดหาอาชีพ (ถ้าทำได้) การเบิกเบี้ยเลี้ยงยังชีพ การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ช่วยเหลือด้านสิทธิสวัสดิการและด้านการรักษาพยาบาล และการปรับปรุงสภาพบ้าน					
32	การประเมินผลการดูแลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ครอบครัวมีรายได้ในการดำรงชีวิต ได้รับสิทธิสวัสดิการและการรักษาพยาบาล และสภาพแวดล้อมเหมาะสม					

ความคิดเห็นอื่นที่ต้องการเสนอแนะ

.....

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วน



ภาคผนวก ง
ผลการประเมิน

มหาวิทยาลัย

สโขทัยธรรมราชา

ตารางที่ 1 การแจกแจงระดับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติงานที่ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง (เครื่องมือชุดที่ 2)

ข้อ	ระดับความเหมาะสมของกิจกรรม																																																	
	คนที่ 1					คนที่ 2					คนที่ 3					คนที่ 4					คนที่ 5					คนที่ 6					คนที่ 7					คนที่ 8					คนที่ 9					คนที่ 10				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1				√					√					√					√					√					√					√					√					√					√	
2				√					√					√					√					√					√					√					√					√					√	
3				√					√					√					√					√					√					√					√					√					√	
4				√					√					√					√					√					√					√					√					√					√	
5				√					√					√					√					√					√					√					√					√					√	
6				√					√					√					√					√					√					√					√					√					√	
7			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
8			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
9			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
10			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
11			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
12			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
13			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
14			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
15			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
16			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
17			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
18			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
19			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
20			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
21			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
22			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
23			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
24			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
25			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
26			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
27			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
28			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
29			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
30			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
31			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	
32			√						√					√					√					√					√					√					√					√					√	

ข้อ	ระดับความเหมาะสมของกิจกรรม																																																	
	คนที่ 11					คนที่ 12					คนที่ 13					คนที่ 14					คนที่ 15					คนที่ 16					คนที่ 17					คนที่ 18					คนที่ 19					คนที่ 20				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
1				√					√					√					√					√					√					√					√					√						
2				√					√					√					√					√					√					√					√				√							
3				√					√					√					√					√					√					√					√				√							
4				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
5				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
6				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
7			√						√					√					√				√					√					√					√				√								
8			√						√					√					√				√					√					√					√				√								
9				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
10				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
11				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
12			√						√					√					√				√					√					√					√				√								
13			√						√					√					√				√					√					√					√				√								
14			√						√					√					√				√					√					√					√				√								
15				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
16				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
17				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
18				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
19				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
20				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
21				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
22				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
23				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
24				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
25				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
26				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
27				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
28				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
29				√					√					√					√				√					√					√					√				√								
30			√						√					√					√				√					√					√					√				√								
31			√						√					√					√				√					√					√					√				√								
32			√						√					√					√				√					√					√					√				√								

ตารางที่ 2 การแจกแจงระดับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขระดับบริหารที่ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง (เครื่องมือชุดที่ 2)

ข้อ	ระดับความเหมาะสมของกิจกรรม																																																	
	คนที่ 1					คนที่ 2					คนที่ 3					คนที่ 4					คนที่ 5					คนที่ 6					คนที่ 7					คนที่ 8					คนที่ 9					คนที่ 10				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
2				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
3				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
4				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
5				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
6				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
7				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
8				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
9				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
10				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
11				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
12				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
13				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
14				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
15				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
16				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
17				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
18				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
19				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
20				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
21				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
22				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
23				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
24				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
25				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
26				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
27				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
28				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
29				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
30				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
31				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	
32				✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓					✓	

ข้อ	ระดับความเหมาะสมของกิจกรรม																								
	คนที่ 11					คนที่ 12					คนที่ 13					คนที่ 14					คนที่ 15				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1					√					√					√					√				√	
2					√				√						√					√				√	
3					√				√						√					√				√	
4					√				√						√				√				√		
5					√				√						√				√				√	√	
6					√				√						√				√				√	√	
7				√					√						√				√				√	√	
8				√					√						√				√				√	√	
9					√				√						√				√				√	√	
10					√				√						√				√				√	√	
11					√				√						√				√				√	√	
12					√				√						√				√				√	√	
13				√					√						√				√				√	√	
14				√					√						√				√				√	√	
15				√					√						√				√				√	√	
16					√				√						√				√				√	√	
17					√				√						√				√				√	√	
18				√					√						√				√				√	√	
19				√					√						√				√				√	√	
20				√					√						√				√				√	√	
21					√				√						√				√				√	√	
22					√				√						√				√				√	√	
23					√				√						√				√				√	√	
24					√				√						√				√				√	√	
25					√				√						√				√				√	√	
26					√				√						√				√				√	√	
27					√				√						√				√				√	√	
28					√				√						√				√				√	√	
29					√				√						√				√				√	√	
30					√				√						√				√				√	√	
31				√					√						√				√				√	√	
32					√				√						√				√				√	√	



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางอรอนงค์ เจ็กภู่
วัน เดือน ปีเกิด	28 ตุลาคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดขอนแก่น
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2540
สถานที่ทำงาน	ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

