ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและสมรรถนะของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชน

อรัญญา โชติสุวรรณ์ พว

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าใหม่

ประเภทการพัฒนา

- ☐ ด้านที่ 1ระบบสาระสนเทศ(Information System)
- ☐ ด้านที่ 2 การปรับระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery)
- ☐ ด้านที่ 3 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self Management Support)
- ☐ ด้านที่ 4 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (Community Linkage)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease: CVD) เป็นภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ร้ายแรง อันเกิดจากการตีบ ตัน หรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองอย่างถาวร และนำไปสู่ความพิการระยะยาว เช่น อัมพฤกษ์/อัมพาต ความบกพร่องด้านการสื่อสาร และการกลืน เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

อุบัติการณ์ของโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 278.49 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่ถึง 349,126 ราย และเสียชีวิต 36,214 ราย โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี สะท้อนถึงภาระโรคที่ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลท่าใหม่พบแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 29.82 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 เป็น 43.0 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2567

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

ช่องว่างสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care gap) ได้แก่

- การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่ยังไม่เพียงพอ
- ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจและทักษะในการดูแลต่อเนื่อง
- ขาดเครื่องมือสนับสนุนที่ได้มาตรฐาน
- ขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและชุมชน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รพ.ท่าใหม่

มุ่งพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care)

- เพื่อสร้างความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและชุมชน
- มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจของผู้ดูแล ควบคู่กับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในบริบทชีวิตจริง ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
- ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัย ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัย ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์ (Naylor, 2006)และแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1959)

โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 1: การดูแลในโรงพยาบาล (Pre-discharge Phase)

- การประเมินความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล
- การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- การฝึกทักษะผู้ดูแล (ADL, การกลืน, กายภาพบำบัด) ด้วยวิธีสาธิตย้อนกลับ
- การวางแผนจำหน่ายและการประสานเครือข่าย

ระยะที่ 2: การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Home Visit and Follow-up Phase)

- การเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง
- การประเมินทักษะผู้ดูแลและการสาธิตย้อนกลับ
- การประเมินภาวะแทรกซ้อน (ปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ)
- การส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)
- การให้คำปรึกษาและเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้าน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- ทักษะการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัย
- ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research Design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังแบบวัดซ้ำ

มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักของโรงพยาบาลท่าใหม่ ดำเนินการศึกษาผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี และจำหน่ายกลับบ้าน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.**ระยะวางแผนและเตรียมการ** ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และอนุญาตจากโรงพยาบาลท่าใหม่ คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 1 คน และอบรมขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจำนวน 15 คู่ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม พร้อมประเมินก่อนทดลอง (pre-test) ได้แก่ Barthel ADL Index ความรู้และทักษะผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

2.ระยะดำเนินการทดลอง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะย่อย คือ

- **ระยะก่อนจำหน่าย (pre-discharge phase)** ในโรงพยาบาล ดำเนินการให้ความรู้รายบุคคล ฝึกทักษะผู้ดูแลด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติย้อนกลับ ครอบคลุมการกลืนอย่างปลอดภัย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษาและเสริมพลังผู้ดูแล และการวางแผนจำหน่ายร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ HHC+

วิธีดำเนินการวิจัย

- **ระยะที่สองเป็นการดูแลในชุมชน (home visit and follow-up phase)** ติดตาม 3 ครั้ง ได้แก่

  สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประเมินตาม INHOMESSS และฝึกทักษะซ้ำ

  สัปดาห์ที่ 4 ติดตามทางโทรศัพท์ประเมินความต่อเนื่องและปัญหาอุปสรรค

  สัปดาห์ที่ 8 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งให้คำปรึกษาและเสริมพลังอำนาจ

วิธีดำเนินการวิจัย

3. ระยะประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 8 ประเมิน post-test โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม ได้แก่ Barthel ADL Index ความรู้และทักษะผู้ดูแล และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

เครื่องมือวัดผลลัพธ์

ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย** 7 ข้อ และผู้ดูแล 11 ข้อ ครอบคลุมข้อมูลประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2) **แบบประเมิน Barthel ADL Index** ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 กิจกรรม ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คะแนน 0–20 โดยคะแนนสูงหมายถึงการพึ่งพาตนเองที่ดี และใช้ช่วง 5–11 คะแนนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือวัดผลลัพธ์

3) **แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล** พัฒนาจากเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแบบถูก–ผิด 10 ข้อ และทักษะ 2 ด้าน ได้แก่ การกลืนอย่างปลอดภัย 15 ข้อ และการทำกายภาพบำบัด 25 ข้อ โดยต้องผ่านเกณฑ์การปฏิบัติครบทุกขั้นตอน

4) **แบบประเมินการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย** ประกอบด้วย การเกิดแผลกดทับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อทางเดินหายใจ พัฒนาจากเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรม คู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 27 ข้อ

ผลลัพธ์การพัฒนา

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในช่วง 5–7 คะแนน (ร้อยละ 66.67; Mean = 7.07, SD = 1.79)

หลังการทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (Mean = 7.67, SD = 0.48) และยังคงอยู่ในช่วงเดิม (ร้อยละ 66.67) อย่างไรก็ตาม

หลังการทดลอง 2 เดือน ผู้ดูแลทั้งหมดมีคะแนนอยู่ในระดับสูงขึ้น ($\geq$8 คะแนน; ร้อยละ 100.00) โดยมีค่าเฉลี่ย 8.00 (SD = 0.00)

ตารางที่ 1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง 1 เดือน และหลังทดลอง 2 เดือน (*n* = 15)

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนทดลอง		เดือนที่1		เดือนที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
≥ 8 คะแนน	4	26.6	5	33.3	15	100.0
5-7 คะแนน	10	66.67	10	66.7	0	0.0
< 5 คะแนน	1	6.7	0	0.0	0	0.0
คะแนนเฉลี่ย	7.07		7.67		8.00	
SD	1.79		.48		.00	
Max	10.00		7.0		8.00	
Min	4.00		8.00		8.00	

ผลลัพธ์การพัฒนา

2. ทักษะการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัย

ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลมีทักษะการส่งเสริมการกลืนอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.17, SD = 0.91) โดยกิจกรรมที่มีคะแนนสูง ได้แก่ การจัดท่ารับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหาร (Mean = 5.00, SD = 0.00)

ขณะที่การนวดกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนมีคะแนนต่ำ (Mean = 1.58, SD = 1.85)

ผลลัพธ์การพัฒนา

2. ทักษะการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัย

หลังการทดลอง 1 เดือน ทักษะโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก และทุกกิจกรรมมีการปฏิบัติในระดับสูงและคงระดับสูงต่อเนื่องในเดือนที่ 2 (Mean = 5.00, SD = 0.00 ทุกกิจกรรม)

ในด้านการส่งเสริมกายภาพบำบัด ผู้ดูแลมีทักษะอยู่ในระดับปานกลางก่อนการทดลอง (Mean = 3.23, SD = 1.13) โดย passive exercise มีคะแนนสูงสุด (Mean = 4.27, SD = 1.25)

และการฝึกหายใจต่ำสุด (Mean = 2.50, SD = 2.50) **หลังการทดลอง 1 เดือน** ทักษะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.81, *SD* = 0.23) และสูงสุดในเดือนที่ 2 (Mean = 5.00, *SD* = 0.00 ทุกกิจกรรม)

ผลลัพธ์การพัฒนา

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ก่อนการทดลอง ทักษะโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.48, *SD* = 0.29) โดยกิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุดคือการให้อาหารทางสายยาง (Mean = 4.93, *SD* = 0.26) และต่ำสุดคือการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Mean = 3.50, *SD* = 0.74)

หลังการทดลอง 1 เดือน ทักษะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากเกือบสูงสุด (Mean = 4.95, *SD* = 0.09) และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องใน**เดือนที่ 2** (Mean = 5.00, SD = 0.00)

ผลลัพธ์การพัฒนา

4. ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากก่อนทดลอง (Mean = 9.20) เป็น**หลัง 1 เดือน** (Mean = 14.80)

และสูงสุดใน**เดือนที่ 2** (Mean = 18.27)

ตารางที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง 1 เดือน และหลังทดเดือน (*n* = 15)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ก่อนทดลอง		เดือนที่1		เดือนที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
≥ 12 คะแนน	0	0.0	14	93.3	15	100.0
5-11 คะแนน	15	100.0	1	6.7	0	0.0
0-4 คะแนน	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ปัญหา–อุปสรรค

1. **การใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำโดยไม่มีกลุ่มควบคุม** ซึ่งอาจไม่สามารถแยกผลของโปรแกรมออกจากการฟื้นตัวตามธรรมชาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะวิกฤติได้อย่างชัดเจน

2. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดและคัดเลือดจากโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียว จึงอาจส่งผลต่อความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังประชากรหรือบริบทอื่น

ปัญหา–อุปสรรค

3. **การศึกษามุ่งเน้นผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาปานกลางและผู้ดูแลที่สามารถอ่านออกเขียนได้** ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูงหรือผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร

4. การติดตามผล 8 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งไม่ได้ถูกควบคุมหรือวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและสมรรถนะของผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ และโอกาสพัฒนา

1.**การออกแบบระเบียบวิธีวิจัยให้เข้มแข็งมากขึ้น โดยการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT)** เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจน

2. การเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็นการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Perspective) โดยการขยายกรอบเวลาในการติดตามผลเป็น 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน (Sustainability) ของผลลัพธ์

3. การบูรณาการวิธีการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed-Methods Approach) โดยเพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Inquiry) เพื่อทำความเข้าใจ "ปรากฏการณ์เชิงลึก" ที่เกิดขึ้นในบริบทที่บ้าน

การเผยแพร่ผลงาน

ได้รับการตีพิมพ์บทความ **ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและสมรรถนะของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชน**

ในวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน พ.ศ.2569)


Thank You
หลงรักเมืองจันท์