

พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

Development of a Home Visit and Continuity of Care System for Stroke Patients at Non Sung Hospital, Nakhon Ratchasima Province

(Received: June 27,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

พจนา อัดโดดดร¹ จริยา จันทรวิภาค¹ พัชยาภรณ์ คงดี¹.

Podjana Addoddorn¹ Jariya Jantarawipak¹ Patchayaporn Kongdee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง 30 พฤศจิกายน 2567 ถึง 30 กันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมสุขภาพจำนวน 35 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จำนวน 15 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ขั้นตอนการวิจัยการดำเนินงาน แบ่งกระบวนการออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในกลุ่มทีมสุขภาพจำนวน 35 คน ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้าน ระยะที่ 3 ทดลองใช้เชิงปฏิบัติการกับกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จำนวน 15 คน เพื่อปรับปรุงระบบ และระยะที่ 4 นำระบบการบริการเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ไปปฏิบัติจริงและประเมินประสิทธิผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังการเยี่ยมบ้าน แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ แบบประเมิน Barthel Index แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติ Friedman test และ Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบคะแนน Barthel Index 3 ช่วง

ผลการวิจัย พบว่าคะแนน Barthel Index มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ช่วงเริ่มเข้ารับการรักษา ช่วงจำหน่ายออก ช่วง 6 เดือนหลังการดูแลต่อเนื่อง ผลทดสอบด้วย Friedman test พบความแตกต่างของคะแนนในสามช่วงเวลามีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และการทดสอบจับคู่ด้วย Wilcoxon signed-rank test ระหว่างช่วงเริ่มรักษากับช่วงจำหน่ายออก, ช่วงจำหน่ายออกกับ 6 เดือนหลังดูแลต่อเนื่อง และช่วงเริ่มรักษากับ 6 เดือนหลังดูแลต่อเนื่องแต่ละคู่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้ดูแลค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วงมากที่สุด (เฉลี่ย ≥ 3.41) สะท้อนว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจกับระบบบริการเยี่ยมบ้านและนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างดีทั้งนี้ ข้อเสนอแนะจากผู้พัฒนาระบบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ บทบาทชัดเจนของเจ้าหน้าที่ในชุมชน เครือข่ายการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

คำสำคัญ: ระบบการบริการเยี่ยมบ้าน, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study was quasi experimental research aimed to develop a home visit and transitional care system for stroke patients at Non Sung Hospital, Nakhon Ratchasima Province. Conducted from November 30, 2024, to September 30, 2025. The sample, selected through purposive sampling, consisted of 35 healthcare team members and 15 subacute stroke patients undergoing rehabilitation. The research process was divided into 4 phases: Phase 1: Situation analysis and literature review with the 35 healthcare team members; Phase 2: Development of the home visit system; Phase 3: Action research trial with the 15 rehabilitation stroke patients to refine the system; and Phase 4: Implementation of the newly developed home visit system and evaluation of its effectiveness. Research instruments included pre- and post-test knowledge assessments regarding home visits, satisfaction questionnaires, the Barthel Index scale, focus

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโนนสูง

group discussion guidelines, and in-depth interview guides. Data analysis involved content analysis for qualitative data, and descriptive statistics (percentages and means) for quantitative data. The Friedman test and Wilcoxon signed-rank test were utilized to compare Barthel Index scores across three distinct time periods.

Results: The results revealed that the Barthel Index scores showed a continuous upward trend from admission, at discharge, to 6 months post-transitional care. The Friedman test indicated a statistically significant difference in scores across the three time periods ($p < 0.05$). Pairwise comparisons using the Wilcoxon signed-rank test between admission and discharge, discharge and 6 months post-care, and admission and 6 months post-care all demonstrated statistically significant differences ($p < 0.05$). Regarding the satisfaction of patients and caregivers, the mean scores were at the highest level (mean ≥ 3.41), reflecting high satisfaction with the developed home visit system and innovation. Key success factors noted by the system developers included multidisciplinary team collaboration, clear roles of community healthcare staff, and a well-connected care network between the hospital and the community. **Recommendations:** Long-term follow-up (> 6 months) should be conducted to evaluate the sustainability of the system. The trial should be expanded to other areas or different patient groups.

Keywords: Home Visit System, Stroke Patients, Continuity of Care

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรม มีคุณภาพได้มาตรฐานโดยจัดระบบสุขภาพครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพและจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (referral system) เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ ปัจจุบันจากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทย พบการเสียชีวิตตามมาตรฐานการแพทย์นั้นประชากรมีอัตราการตายในช่วงอายุ 30-69 ปี โดยโรคที่เสียชีวิตได้มากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมอง¹

จากสถิติ 3.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร"² องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการ

เสียชีวิต ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วย จำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.9 องค์การอนามัยโลก¹ ได้รายงานไว้ว่า ผู้ป่วย 1 ใน 4 เป็นผู้ที่มียุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้มีรายใหม่ 15 ล้านคนต่อปี มีอัตราการเสียชีวิตปี พ.ศ. 2563 เป็น 6.5 ล้านคนและจะเพิ่มขึ้นเป็น 7.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573³ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีประเทศไทย พบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง I160- I169) ต่อประชากรแสนคน ปี 2563 – 2566 เท่ากับ 31.7, 35.9, 38.7, 43.3 และ 48.7 ตามลำดับ และอัตราป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง I160- I169) ต่อประชากรแสนคน ปี 2563 - 2566 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและ จากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชาชน ไทย พ.ศ. 2563 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชายและเพศ หญิง (ชาย 30,402 รายหญิง 31,044 ราย) และเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพจากการตายก่อนวัยอัน

ควร เป็นอันดับ 2 เพศและอันดับ 1 ในเพศหญิง" และจากข้อมูลเขตบริการสุขภาพที่ 9 นั้น พบผู้ป่วย ปี 2563 - 2566 เท่ากับ 20,342 คน 20,982 คน และ 23,846 คน ตามลำดับและอัตราป่วยต่อ ประชากรแสนคน ปี 2563 -2566 เท่ากับ 402.61, 415.02 และ 471.56 ตามลำดับ ส่วน จังหวัดมหาสารคามนั้น พบว่าผู้ป่วย ปี 2563 - 2566 จำนวน 3,193 คน 3,278 คน และ 3,946 คน ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยด้วยต่อประชากรแสนคน ปี 2563 - 2566 เท่ากับ 331.38 , 340.48 และ 409.99 ตามลำดับ

จากสถิติของโรงพยาบาลมหาสารคาม ราชสีมา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อติดตามต่อเนื่องไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วย 32 มีความพิการรุนแรงจนต้องมีผู้อื่นช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน" จากการทำ pilot study กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้รักษาแล้วส่งต่อ จำนวน 1,128 ราย พบ ปัญหา หลัก 5 ประเด็น คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพจนครบ 6 เดือน โดยมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน น้อยกว่า 75 คะแนน จำนวน 321 ราย (38.90 %) เป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 3-5 วัน จำนวน 173 ราย (53.89%) และต้องให้การเยี่ยมบ้านฟื้นฟูสภาพที่บ้าน จำนวน 148 ราย (46.10%) ไกลเคียงกับโรงพยาบาล มหาสารคาม มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 62 รายและต้องได้รับการฟื้นฟูที่บ้านเป็นผู้ป่วยประเภทติดเตียงถึง 27 ราย (43.54%) 2) เครือข่ายการดูแลทุกระดับในจังหวัด ยังไม่มีความพร้อม เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ยังไม่เคยดำเนินการมาก่อน ไม่มีหอผู้ป่วยหรือเตียงไว้รองรับผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพ ศักยภาพการดูแลของบุคลากรตลอดจนเครือข่ายยังขาดความรู้ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 3) แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปยังสถานบริการทุกระดับยังไม่ชัดเจน ดังนั้น ผู้รับผิดชอบตามโครงสร้างการดำเนินงาน การคัดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเข้าตาม

เกณฑ์ ช่องทางการสื่อสารกับทีมฟื้นฟูสภาพการวางแผนจำหน่าย การส่งออกข้อมูล เอกสารบ่งชี้เฉพาะเพื่อการส่งต่อและการดูแล 4) การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลยังไม่พร้อม การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การเตรียมบ้าน เตรียมชุมชน จำนวนครั้งของการดูแลแบบแผนการดูแลหลักเมื่อผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ชุมชนยังไม่ชัดเจน 5) ศักยภาพในการดูแลตนเองด้านการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลน้อย จากปัญหาและนโยบาย บ่งชี้ได้ว่าระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่รองรับมีความสำคัญมากในการที่จะช่วยให้เพิ่มการเข้าถึงกระจายบริการพยาบาล ช่วยให้เกิดความเสมอภาคและพัฒนาศักยภาพของประชาชนเพื่อลดความพิการตามระยะเวลาที่กำหนดจากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิดและกระบวนการพัฒนาระบบดังนี้กองการพยาบาล ได้นำแนวคิดเชิงระบบมาประยุกต์ใช้ในการจัดระบบบริการพยาบาล : service plan ซึ่งสามารถเชื่อมโยง ประสานความสัมพันธ์และการทำหน้าที่ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้" " และยังใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน"²

นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนากระบวนการเกี่ยวข้องกับ การจำลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยไปใช้ในระบบการดูแลที่บ้านใช้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็น Nurse Station ใช้บ้านเป็น Ward มีผู้ดูแล (care giver) เป็นผู้ช่วยพยาบาลมีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ"มีการแต่งตั้งคณะทำงานดูแลต่อเนื่องในระดับอำเภอจัดทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน กำหนดกลุ่มโรคในการวางแผนจำหน่าย มีการรับส่งต่อ ตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยทางอีเมลหนังสือ โทรศัพท์วางแผนจำหน่ายและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ /รพ. สต/PCU สร้างเครือข่ายผู้ป่วยผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลต่อเนื่อง

ที่บ้านพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม.พัฒนาทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแล สายสวนปัสสาวะ การทำกายภาพบำบัด การ ประสานภาคีเครือข่ายเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่นโรงพยาบาลแม่ข่าย องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจประสาน หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เข้ามาช่วยเหลือ"มีกิจกรรมบูรณาการงานเยี่ยม บ้านร่วมกับการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ ระดับตำบล อำเภอ (district health system) การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดและ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนทุกตำบล"และมี การพัฒนาระบบ home health care ผ่าน เครื่องมือ 7 ขั้นตอนหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพิ่มช่องทางในการให้คำปรึกษาผ่านทาง LINE กลุ่ม facebook กลุ่ม Telemed การรักษาทางไกล " จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย แต่งตั้งคณะกรรมการ วางแผนจำหน่าย พัฒนาระบบการวางแผน จำหน่าย รวมถึง พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จัดตั้งศูนย์ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพิ่มการ ดูแลแบบแพทย์ทางเลือก พัฒนาการส่งต่อข้อมูล โดยใช้ระบบสารสนเทศ บริการเจาะเลือดและ ตรวจร่างกายเบื้องต้นนำผลตรวจมารับยาที่ โรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ใช้ เครื่องมือ INHOMESSS ประเมินร่วมกับการ ประเมิน barthel index of ADL จัดอบรมฝึก ปฏิบัติงานและนิเทศจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง สร้าง ขวัญกำลังใจให้จิตอาสา มอบใบประกาศเกียรติคุณ โล่รางวัล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเวทีคืน ข้อมูล"มีการจัดหาที่อยู่อาศัยรวมถึงการส่งกลับ ภูมิลำเนา" มีการจัดการประชุมเพื่อทบทวนในราย ที่มีผลการดูแลไม่ดีขึ้น"จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยระบุ ที่อยู่ใน spot map ใช้ระบบ Consult แพทย์ เปิด ช่องทางพิเศษให้ผู้ป่วยผู้ดูแลปรึกษาทางไลน์ จัดตั้ง ศูนย์กลางเยี่ยมเครื่องมือ" มีระบบเครือข่ายการดูแล โดยจัดตั้งศูนย์ COC นิเทศลูกข่าย ออกแบบ CNPG

กลุ่มโรค service plan โดยผู้จัดการรายโรค "มี ระบบเยี่ยมบ้านเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้ง เครือข่ายมีการประชุมเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องและ ได้นำนวัตกรรมนาฬิกาและนวัตกรรมที่นอนลูกฟูก หลอดกาแฟไปใช้ที่บ้านจัดทำสื่อให้ความรู้³ มีการ สร้าง กระบวนการดูแลผู้ป่วย Stroke โดย ประสานงานกับระบบส่งต่อของโรงพยาบาล"ใน ครั้งนี้การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชนของโรงพยาบาลโนน สูง จังหวัดนครราชสีมา เป็นบริบทเฉพาะของพื้นที่ และขยายไปทั้งจังหวัดและเน้นการดูแล กลุ่มเป้าหมายโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูให้ ครอบคลุม 6 เดือนโดยเฉพาะซึ่งไม่เคยจัดระบบ การบริการเยี่ยมบ้านลักษณะนี้มาก่อนดังนั้นจึงได้ ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบ ประเมินผลและ เผยแพร่นวัตกรรมการบริการเยี่ยมบ้านและการ ดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมาขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการ เยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองของ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัด นครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและ การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็น การ วิ จัย กึ่ง ทด ล อ ง (Quasi Experimental Research) มี 5 ขั้นตอน คือ 1) สำนวณสภาพปัญหาและความต้องการ 2) ออกแบบ กิจกรรม 3) ปฏิบัติเชิงทดลอง 4) ประเมินผลการ ปฏิบัติ และ 5) การเผยแพร่

1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

1) กลุ่มผู้พัฒนาระบบจำนวน 35 คน (แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 8 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน

นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน พยาบาลเยี่ยมบ้าน 1 คน พยาบาล รพสต 16 คน อสม.หมอบประจำบ้าน 5 คน และ ผู้รับผิดชอบงาน service plan สาขา intermediate care โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 คน)

2) กลุ่มผู้ได้รับการบริการตามระบบการบริการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (intermediate care) ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 15 คน เคยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มเป้าหมาย

1.เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และมีที่อยู่ในจังหวัด นครราชสีมา

2.ภายหลังการรักษาแล้วได้ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน

3.เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนน barthel index : BI ≤ 75 หรือ BI > 75 with multiple impairment (swallowing/communication/ mobility/ cognitive & perception/ bowel&bladder problem) 4.ให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยแทนและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน 30 พฤศจิกายน 2567 ถึง 30 กันยายน 2568

ขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ

ระยะที่ 1 สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ มี 3 กิจกรรม คือ 1.1 การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์สภาพ ปัญหา โดยผู้วิจัย รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลปรากฏการณ์ เกี่ยวกับระบบการบริการเยี่ยมบ้าน นโยบาย ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงระบบเชื่อมโยงองค์ประกอบต่างๆ และใช้ the six building blocks วิเคราะห์ส่วนขาดในองค์ประกอบด้าน

กระบวนการและสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดบริการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และเครือข่าย

1.2 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่กลุ่มผู้พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้าน จำนวน 35 คน เรื่อง การวางแผนการพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชนของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา กับเครือข่าย 2.การดูแลต่อเนื่อง 3.การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน 4. การจัดระบบบริการเชิงรับผู้ป่วยรายใหม่ 5.การสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง 6.การสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนและการจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน 7.การประกันคุณภาพการพยาบาลชุมชน 8.การจัดทำคู่มือและเครื่องมือในการเยี่ยมบ้าน 9.การเผยแพร่แนวทงกรรมขณะเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการดูแล โดยกำหนดพื้นที่ในการดำเนินการสร้างโมเดลการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (intermediate care) คือพื้นที่อำเภอโนนสูง

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้าน การออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย

1) การสร้างระบบการบริการเยี่ยมบ้านใหม่ภายใต้ชื่อแบบจำลองระบบการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

2) ตรวจสอบก่อนการนำไปทดลองใช้โดยผู้พัฒนาระบบ

3) ทดลองใช้กระบวนการทั้ง 9 การโดยหอผู้ป่วยต้นแบบ คือ Unite stroke ในโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนการดูแลที่บ้านและชุมชนในพื้นที่อำเภอ ทดลองใช้โดยผู้พัฒนาระบบในกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน และบันทึกเหตุการณ์ กิจกรรม ปัญหาอุปสรรคในแบบบันทึกการสังเกต

4) ปรับปรุงกระบวนการ เพื่อให้เกิดระบบที่ดีขึ้น

ระยะที่ 3 การปฏิบัติเชิงทดลอง โดยผู้วิจัยได้ใช้ กระบวนการทั้ง 9 กระบวนการและปรับปรุง

อย่างต่อเนื่อง ระบบจนกระบวนกรสามารถใช้งาน ได้จริงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ พิ้นฟู (intermediate care) ที่กลับไปฟื้นฟูสุขภาพ ที่บ้าน/ชุมชนในพื้นที่อำเภอโนนสูง

ระยะที่ 4 นำระบบการบริการเยี่ยมบ้าน รูปแบบใหม่ไปปฏิบัติจริงและประเมินประสิทธิผล กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะพิ้นฟู (intermediate care) ที่กลับไปฟื้นฟูสุขภาพที่ บ้าน/ชุมชนในพื้นที่อำเภอโนนสูง จนครบ 6 เดือน จำนวน 15 คน และขยายผลระบบการบริการเยี่ยม บ้านแก่กลุ่มเป้าหมาย

เครื่องมือในการวิจัย มีดังนี้

1.แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการ บริการเยี่ยมบ้านเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ระยะ intermediate care ของ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา สำหรับ ผู้ป่วย/ญาติและผู้ดูแล เป็นลักษณะคำถามเป็น แบบปลายปิด (close ended question) มีคำตอบ ให้เลือก 2 ตัวเลือกคือ ใช่ กับ ไม่ใช่ และแปรผล ด้วยคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ ประกอบด้วย ความรู้ ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ข้อ และ ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ระยะ พิ้นฟู (intermediate care) จำนวน 18 ข้อ

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ เยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ intermediate care เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคำตอบให้ เลือก 5 ตัวเลือกคือ คือมีความพึงพอใจระดับมาก ที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับมาก (4คะแนน) มีความพึงพอใจระดับปานกลาง (3คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด(1คะแนน)เกณฑ์ ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 (ความพึงพอใจระดับมาก ที่สุด) คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 (ความพึงพอใจ ระดับมาก) คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 (ความพึงพอใจ ระดับปานกลาง) คะแนนเฉลี่ย 1.81- 2.60 (ความ

พึงพอใจระดับน้อย)คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 (ความ พึงพอใจระดับน้อยที่สุด) จำนวน 8 ข้อ

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ intermediate care ของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า (rating scale) 5 5 ระดับ

มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือกคือ มีความพึงพอใจ ระดับมากที่สุด (5คะแนน) มีความพึงพอใจระดับ มาก (4คะแนน)[มีความพึงพอใจระดับปานกลาง (3คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อย (2คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด(1คะแนน) เกณฑ์ ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 (ความพึงพอใจระดับมาก ที่สุด) คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 (ความพึงพอใจ ระดับมาก)คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40(ความพึง พึงพอใจระดับปานกลาง) คะแนนเฉลี่ย 1.81 -2.60 (ความพึงพอใจระดับน้อย)คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80(ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด)จำนวน 6 ข้อ

4. แบบประเมิน barthel index จำนวน 10 ข้อ 100คะแนน

5. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มสำหรับ ผู้พัฒนาระบบบริการ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เชิงชักถามเหตุผล

และค้นหาคำตอบประเด็นในการตั้งคำถามกำหนด จากวัตถุประสงค์การวิจัย เน้นให้ผู้สนทนากลุ่ม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ สถานการณ์ การ จัดบริการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัด นครราชสีมา และเครือข่าย วิธีการและแนว ทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับเรื่อง นโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบการบริการ เยี่ยมบ้าน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ นำ แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ระยะ intermediate care แบบประเมิน ความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ intermediate care และ แบบประเมินความพึงพอใจต่อ

นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ intermediate care ที่สร้างขึ้นแล้วเสร็จ เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษา เพื่อความถูกต้องเหมาะสม จำนวน 3 ท่าน ได้รับความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ kuder richard-son (kr 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ นำวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตรวจสอบความถูกต้องแล้ว นำมาลงรหัสและประมวลผล ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและผู้วิจัยได้นำคะแนนของการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยใน 3 ช่วงมา เปรียบเทียบ คือ

1. barthel index at admit
2. barthel index at discharge
3. barthel index at 6 months

การกระจาย (วิเคราะห์ normality) ด้วยสถิติ Shapiro-wilk พบว่า ข้อมูลทั้งหมดมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ค่าตัวแปรเป็น ordinal data ดังนั้น จึงใช้สถิติทดสอบ non-parametric ที่เทียบเท่ากับ repeated measure anova คือ friedman test สำหรับทดสอบความแตกต่างของคะแนน และ wilcoxon signed ranktest ในการทดสอบแบบจับคู่ เป็นการวิจัยต่อยอดระยะยาว intermediate care หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ อนุมัติจริยธรรม NRPH 208/67

ผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา มีผลการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้พัฒนาระบบการบริการ จำนวน 35 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (Intermediate Care) จำนวน 15 คน จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมทั้งสิ้น 35 คน พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 45.71 รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ ของโรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.86 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือหมอประจำบ้าน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 สำหรับบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ ที่เข้าร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 2 คน และผู้รับผิดชอบงานแผนงานบริการ (Service Plan: Intermediate Care) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.71 เท่ากัน นอกจากนี้ยังมี นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ และพยาบาลเยี่ยมบ้าน เข้าร่วมสนับสนุนระบบการดูแลร้อยละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.86 เท่ากัน ตามลำดับ

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (Intermediate Care) ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 15 คน พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีระดับคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือ Barthel ADL ในช่วงสิ้นสุดการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้ง 15 ราย ยังพบภาวะแทรกซ้อนและความบกพร่องร่วมด้วย เช่น

ความบกพร่องด้านการสื่อสารและการกลืน คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการดูแลต่อเนื่องตามระบบที่พัฒนาขึ้นและสามารถติดตามผลการฟื้นฟูสภาพได้ครบถ้วนเมื่อครบกำหนด 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 100.00

ผลลัพธ์ด้านคลินิกและการฟื้นฟูสภาพ สมรรถภาพผู้ป่วย (Clinical Outcomes)

1. ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) เมื่อเปรียบเทียบคะแนน Barthel Index (BI) เพื่อดูแนวโน้มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยทั้ง 15 ราย ใน 3 ช่วงเวลา พบว่า ในช่วงแรกรับเข้ารักษา (Admit: T1) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 9.3 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่ามีความสามารถพื้นฐานต่ำและอยู่ในภาวะพึ่งพิงรุนแรง ต่อมาเมื่อสิ้นสุดการรักษาและได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge: T2) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.4 คะแนน แสดงถึงพัฒนาการด้านการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ดีขึ้น และเมื่อได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจนครบ 6 เดือน (6 Months: T3) พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 15.7 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการทางร่างกายที่ก้าวหน้าขึ้นสู่ระดับกึ่งพึ่งพิงถึงขั้นเป็นอิสระ เมื่อนำคะแนน Barthel Index ในทั้ง 3 ช่วงเวลามาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Friedman Test พบว่า ค่าสถิติ คายสแควร์ เท่ากับ 25.36 มีค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 2 และ มีค่า p-value น้อยกว่า 0.001 ซึ่งแสดงว่าคะแนน Barthel Index ในแต่ละช่วงเวลามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า คะแนนในช่วงแรกรับเข้ารักษาเปรียบเทียบกับวันจำหน่าย (T1 vs T2) มีค่าสถิติ Z เท่ากับ -3.15 และค่า p-value เท่ากับ 0.002 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวันจำหน่ายกับระยะครบ 6 เดือนหลังดูแลต่อเนื่อง (T2 vs T3) มีค่าสถิติ Z เท่ากับ -2.67 และค่า p-value เท่ากับ 0.008 และเมื่อเปรียบเทียบในระยะยาวระหว่างแรกรับรักษา

กับระยะครบ 6 เดือน (T1 vs T3) มีค่าสถิติ Z เท่ากับ -3.41 และค่า p-value น้อยกว่า 0.001 ซึ่งผลการทดสอบรายคู่ทุกคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่า ระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดในทุกระยะของการติดตามดูแล

2. ผลการประเมินกลุ่มอาการรบกวนในผู้ป่วย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) ผลการประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการรบกวนทางร่างกายและจิตใจ 10 ระดับของผู้ป่วยหลังได้รับการเยี่ยมบ้านเชิงรุก พบการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นทุกด้าน โดยอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากที่สุดจากเดิม 6.0 คะแนน เหลือ 2.8 คะแนน (ลดลง 3.2 คะแนน) รองลงมาคืออาการปวด ลดลงจาก 5.4 คะแนน เหลือ 2.1 คะแนน (ลดลง 3.3 คะแนน) ส่วนความวิตกกังวลลดลงจาก 4.9 คะแนน เหลือ 2.3 คะแนน (ลดลง 2.6 คะแนน) อาการซึมเศร้า ลดลงจาก 4.2 คะแนน เหลือ 1.9 คะแนน (ลดลง 2.3 คะแนน) และอาการเบื่ออาหารลดลงจาก 3.7 คะแนน เหลือ 1.7 คะแนน (ลดลง 2.0 คะแนน) ในทางกลับกัน ด้านความสบายกายใจของผู้ป่วยซึ่งวัดคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดจากเดิม 3.1 คะแนน พุ่งสูงขึ้นเป็น 7.8 คะแนน (เพิ่มขึ้น 4.7 คะแนน) ซึ่งให้เห็นว่าระบบการเยี่ยมบ้านสามารถบรรเทาอาการรบกวนและส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

3. ผลการประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale: PPSv2) สำหรับการกระจายตัวของระดับสมรรถภาพทางกายภาพตามเกณฑ์ PPSv2 ในกลุ่มผู้ป่วย 15 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสมรรถภาพอยู่ในระดับร้อยละ 60 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือระดับร้อยละ 70 และระดับร้อยละ 50 มีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 4 คน คิด

เป็นร้อยละ 26.67 และมีผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพค่อนข้างจำกัดอยู่ในระดับร้อยละ 40 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 86.67 (คะแนนช่วงร้อยละ 50 ถึง 70) อยู่ในกลุ่มที่เริ่มเคลื่อนไหวและช่วยตนเองได้บางส่วน แต่ยังคงต้องอาศัยการประคับประคองและดูแลเป็นพิเศษหรือเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

ผลลัพธ์ด้านความรู้ สุขภาวะทางจิตใจ และสถานะเศรษฐกิจสังคม

1. การประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากการนำแบบจำลองระบบเยี่ยมบ้านมาใช้เพื่ออบรมสร้างทักษะการปฏิบัติตัวพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในหัวข้อสำคัญต่าง ๆ โดยหัวข้อที่มีผู้เข้าใจถูกต้องมากที่สุดคือ เรื่องอาการและการรักษาโรค เข้าใจถูกต้องจำนวน 14 คน และเข้าใจไม่ถูกต้อง 1 คน ถัดมาคือเรื่องการวินิจฉัยโรคและสาเหตุของโรค รวมถึงเรื่องการปฏิบัติตนและการฟื้นฟูสภาพทางกาย มีผู้เข้าใจถูกต้องจำนวน 13 คน และเข้าใจไม่ถูกต้อง 2 คน เท่ากัน สำหรับหัวข้อเรื่องภาวะแทรกซ้อนและภาวะฉุกเฉินที่ต้องส่งโรงพยาบาล และเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย มีผู้เข้าใจถูกต้องจำนวน 12 คน และเข้าใจไม่ถูกต้อง 3 คน ในขณะที่เรื่องการดูแลเฉพาะกรณี เช่น เทคนิคการป้องกันการสำลัก หรือการดูแลงานสายยาง มีผู้เข้าใจถูกต้องจำนวน 11 คน และยังมีข้อจำกัดหรือไม่เข้าใจถูกต้องจำนวน 4 คน ซึ่งภาพรวมแสดงให้เห็นว่าระบบสามารถส่งต่อความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลและการรอดชีวิตให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2. ผลการคัดกรองและประเมินสถานะจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q) ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q: พบผู้ป่วย ไม่มีความเสี่ยง 9 ราย และ มีความเสี่ยง (ผลเป็นบวก) จำนวน 6 ราย ผลการประเมินเชิงลึกด้วย 9Q (ในกลุ่มเสี่ยง 6 ราย): พบว่ามีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าการจัดกระจายอยู่ในระดับน้อย 3 ราย, ระดับปานกลาง 2

ราย และระดับรุนแรง 1 ราย (ซึ่งทีมสุขภาพได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลประคับประคองทางจิตใจอย่างเร่งด่วน)

3. สถานะเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างด้านเศรษฐกิจ: ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจรุนแรง จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 66.7) และมีปัญหาเศรษฐกิจที่ต้องพึ่งพาสวัสดิการรัฐหรือกองทุนชุมชนจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 33.3) ด้านสังคมและชุมชน: ส่วนใหญ่มีระบบโครงสร้างทางสังคมและเพื่อนบ้านที่ดี ไม่มีปัญหาสังคมชุมชนจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.7) และพบข้อจำกัด/ปัญหาสังคมชุมชนอยู่เพียง 2 ราย (ร้อยละ 13.3)

สรุปผลการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง ในครั้งนี้ ประสบความสำเร็จในการออกแบบและทดลองใช้ “ระบบการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ชุมชน โรงพยาบาลโนนสูง” เครื่องมือที่ใช้จัดเก็บข้อมูลมีคุณภาพสูง โดยแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 ผลสัมฤทธิ์หลังจากการนำระบบไปใช้ ในผู้ป่วย 15 ราย พบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกาย (Barthel ADL) พัฒนาดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการรบกวน (ESAS) ลดลง ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อระบบนวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” ($\{x\} = 4.43$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาพบประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายร่วมกับวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1. ประสิทธิภาพของระบบเยี่ยมบ้านต่อการฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพร่างกาย (Barthel ADL และ ESAS) การที่ผู้ป่วยมีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากเฉลี่ย 9.3 (ช่วง Admit) สู่ 13.4 (วันจำหน่าย) และคงตัวพัฒนาไปถึง 15.7 เมื่อครบ 6 เดือน ชี้ให้เห็นว่าระบบการ

ดูแลต่อเนื่องที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วย Stroke ระยะฟื้นฟูสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริกาญจน์⁴ ที่ระบุว่า ระบบการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Individualized Care Plan) ส่งผลให้กระบวนการ Neuroplasticity และการฟื้นตัวทางกายภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO) ในเรื่องระบบการจัดบริการระยะกึ่งเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่อง (Intermediate Care) เพื่อยับยั้งการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) พลังของการมีส่วนร่วมในชุมชนและการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพความสำเร็จของระบบนี้สะท้อนจากบทบาทของบุคลากรทั้ง 35 คน โดยเฉพาะ พยาบาล รพ.สต. (ร้อยละ 45.71) และ อสม. หมอประจำบ้าน ที่เป็นกลไกขับเคลื่อนหลักในพื้นที่ สอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ ภัทรวรรณ นิสัยนต์⁵ ที่ค้นพบว่าการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและใช้เวทีมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งผลให้เกิดการดูแลร่วมกันอย่างผูกพัน และตรงกับแนวคิดพัฒนาสุขภาพชุมชนของ Bracht³ ที่ชี้ว่าความสำเร็จของนวัตกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับกระบวนการและการประสานงานอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ดังที่ รุ่งนภา² ได้ย้ำถึงความสำคัญของการเชื่อมต่อข้อมูลนี้ไว้เช่นกัน การยกระดับความรู้และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ดูแลการที่ผู้ดูแลมีความเข้าใจในโรคและการดูแลสูงถึง 14 ราย และพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ

อาณัติ วรรณะ⁶ และ พิษานันท์ สงวนสุข⁷ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้และการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของญาติผ่านกระบวนการสอนแนะเชิงรุกในบริบทจริงที่บ้าน ช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดอัตราความบกพร่องในการดูแลลงได้นอกจากนี้ การประเมินสุขภาวะจิตใจ (2Q/9Q) และการจัดการปัจจัยสังคมตามแนวคิดของ ดวงธิดา โสตาพรหม⁸ และ สุพจน์ ดีไทย⁹ ยิ่งเสริมให้ญาติมีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่แข็งแกร่ง ส่งผลให้เกิด "คุณภาพบริการสุขภาพ" ตามแนวคิดอันเนื่องชื่อของ Donabedian ที่ยึดถือว่าความต่อเนื่องของบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการคือดัชนีชี้วัดความสำเร็จของระบบสาธารณสุขยุคใหม่¹⁰

ข้อเสนอแนะ

เพื่อการวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาผลกระทบระยะยาว ควรมีการศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานของระบบในระยะที่ยาวนานขึ้น (Long-term follow-up มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จนถึง 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการฟื้นตัวและความคงอยู่ของระบบชุมชนการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ควรเพิ่มการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลลัพธ์ (Cost-Effectiveness Analysis) หรือการคำนวณความคุ้มค่าทางการเงิน เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ลดลงจากการลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission cost) นำไปใช้อ้างอิงในการผลักดันเชิงนโยบายระดับจังหวัดหรือระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. World Health Organization.
2. รุ่งนภา พรหมมี. (2564). การบูรณาการระบบบริการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟู. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(4), 675-686.
3. Bracht, N. (1999). Health promotion at the community level: New advances (2nd ed.). SAGE Publications.

4. ศิริกาญจน์ เจริญสุข. (2563). ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล, 35(1), 99-114.
5. ภัทรวรรณ นิสัยนต์. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน. วารสารเกื้อการุณย์, 24(1), 57-71.
6. อาณัติ วรรณะ. (2562). การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารแพทย์เขต 4-5, 38(3), 341-353.
7. พิษานันท์ สงวนสุข. (2564). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(2), 112-123.
8. ดวงธิดา โสดาพร. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2), 145-154.
9. สุพจน์ ดีไทย. (2565). การเตรียมความพร้อมและความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 39(2), 201-212.
10. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. JAMA, 260(12), 1743-1748.