การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

Development of Home-Based Nursing Care Guidelines for Stroke Patients Toward Continuous and Sustainable Care According to the Primary Care Nurse Role, Phukieo Chalermphrakiat Hospital, Chaiyaphum Province.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

รจเรข งานไว[1]
Rojarek Nganwai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development, R&D) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 1 ปี แบ่งเป็น 4 ระยะ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวทางการพยาบาล แบบประเมินความเหมาะสมของแนวทาง แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะของพยาบาลปฐมภูมิ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test และ Chi-square Test

ผลการวิจัย พบว่าปัญหาสำคัญเกิดจากรอยต่อของการดูแล 5 จุด ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย สมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิ ความต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้าน การส่งต่อข้อมูล และความพร้อมของผู้ดูแล แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ และกลไกกำกับติดตามคุณภาพรายเดือนตามวงจร PDCA ภายหลังการใช้แนวทาง พยาบาลปฐมภูมิมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.67 ± 2.99 เป็น 16.87 ± 3.09 คะแนน และคะแนนทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 18.53 ± 5.49 เป็น 26.60 ± 6.48 คะแนน ($p<.001$) ผู้ป่วยมีคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นจาก 11.57 ± 2.84 เป็น 15.50 ± 3.20 คะแนน คะแนน PHQ-9 ลดลงจาก 6.73 ± 4.12 เป็น 4.50 ± 3.93 คะแนน ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 153.20 ± 13.81 เป็น 140.03 ± 15.97 mmHg และคะแนน EQ-VAS เพิ่มขึ้นจาก 59.60 ± 7.51 เป็น 72.90 ± 10.61 คะแนน ($p<.001$) ภาวะแทรกซ้อนทางกายลดลงจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 6.67 ($p=.028$) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.00 เป็นร้อยละ 100.00 ($p<.001$) และไม่พบการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารักษาซ้ำในช่วงติดตาม ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล (4.24 ± 0.43) และของพยาบาลปฐมภูมิ (4.32 ± 0.44) อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การพยาบาลที่บ้าน, การดูแลต่อเนื่อง

Abstract

This Research and Development (R&D) study aimed to develop and evaluate the effectiveness of home-based nursing care guidelines for stroke patients toward continuous and sustainable care according to the primary care nurse role at Phukieo Chalermphrakiat Hospital, Chaiyaphum Province, guided by the Transitional Care Model. The study was conducted from October 2023 to September 2024 (12 months) in four phases. The research instruments comprised the nursing care guidelines, an appropriateness evaluation form, a knowledge test and a skill checklist for nurses, the Barthel ADL Index, the PHQ-9, the EQ-5D-5L, a patient outcome record form, and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, Wilcoxon signed-rank test, and chi-square test.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

Results: Five care-transition gaps were identified: discharge planning, primary care nurse competency, continuity of home visits, information transfer, and caregiver readiness. The developed guidelines comprised five components and a monthly PDCA quality-monitoring mechanism. After implementation, the nurses' knowledge scores increased from 11.67 ± 2.99 to 16.87 ± 3.09 and skill scores from 18.53 ± 5.49 to 26.60 ± 6.48 (p<.001). Patients' Barthel ADL Index scores increased from 11.57 ± 2.84 to 15.50 ± 3.20, PHQ-9 scores decreased from 6.73 ± 4.12 to 4.50 ± 3.93, systolic blood pressure decreased from 153.20 ± 13.81 to 140.03 ± 15.97 mmHg, and EQ-VAS scores increased from 59.60 ± 7.51 to 72.90 ± 10.61 (all p<.001). Physical complications decreased from 25.00% to 6.67% (p=.028), and the proportion of patients receiving home visits increased from 45.00% to 100.00% (p<.001). No recurrent stroke or hospital readmission occurred during follow-up. Satisfaction among patients/caregivers (4.24 ± 0.43) and nurses (4.32 ± 0.44) was at a high level.

Keywords: Stroke, Home-based nursing care, Continuous care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายอย่างรวดเร็วและนำมาซึ่งความพิการหรือการเสียชีวิต ปัจจุบันถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีภาระโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยรายใหม่ 11.9 ล้านราย และภาระโรคหลอดเลือดสมองวัดในหน่วย Disability-Adjusted Life Years (DALYs) เพิ่มขึ้นจาก 137 ล้านปีในปี ค.ศ. 2000 เป็น 160 ล้านปีในปี ค.ศ. 2021[1] ขณะที่องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization; WSO) ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการรวมกันอันดับสามของโลก โดยระหว่างปี ค.ศ. 1990–2021 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 70.00 ผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.00 และการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 44.00 โดยร้อยละ 87.00 ของการเสียชีวิตและร้อยละ 89.00 ของ DALYs กระจุกตัวอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง[2] นอกจากนี้ภาระโรคส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง มลภาวะทางอากาศ การสูบบุหรี่ ระดับไขมัน LDL สูง การรับประทานอาหารโซเดียมสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความผิดปกติของไต น้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย[1]

ประเทศไทยพบปัญหาโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรไทย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี[3] ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center; HDC) กระทรวงสาธารณสุข ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นในช่วง 3 ปีย้อนหลัง กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยประมาณ 320,000 ราย ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วย 350,934 ราย เสียชีวิต 47,275 ราย ซึ่งสูงที่สุดในรอบ 4 ปี และปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสะสม 363,688 ราย เสียชีวิต 37,947 ราย[3] โดยอัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกสูงถึงร้อยละ 21.13 ในปี พ.ศ. 2566 และร้อยละ 20.77 ในปี พ.ศ. 2567[4] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจำนวนมากยังคงต้องการการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 30.00 อาจเสียชีวิต ร้อยละ 30.00 พิการรุนแรงจนขยับแขนขาไม่ได้ และมีเพียงร้อยละ 40.00 ที่มีโอกาสฟื้นตัวเข้าสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ[5]

ในจังหวัดชัยภูมิ การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 90 ราย พบอัตราเสียชีวิตระหว่างติดตาม 6 เดือนร้อยละ 13.30

และผู้ที่มีความรุนแรงของโรคสูง (NIHSS ≥ 15 คะแนน) มีความเสี่ยงต่อการต้องการดูแลระยะยาวหรือเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นถึง 6.20 เท่า[6] สำหรับอำเภอภูเขียว จากรายงานข้อมูลของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ พบผู้ป่วยรายใหม่ที่รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2565–2567) จาก 546 ราย เป็น 606 ราย และ 675 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่อาศัยในอำเภอภูเขียว 291 ราย 399 ราย และ 439 ราย ตามลำดับ ขณะที่อัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.65 (9 ราย) เป็นร้อยละ 2.64 (16 ราย) และร้อยละ 3.41 (23 ราย) หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 106.67 ในระยะเวลาเพียง 3 ปี (ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2567)[7] ซึ่งเป็นสัญญาณสำคัญที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ปัจจัยสำคัญที่กำหนดผลลัพธ์ของโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล บทบาทของพยาบาลปฐมภูมิในการเยี่ยมบ้าน และความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ[8] ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืน การสื่อสาร และการทรงตัว และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบจากการสำลัก ท่อปัสสาวะอักเสบ ซึมเศร้า และการกลับเป็นซ้ำ[6] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ[9] การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ทำให้ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้น[8] และหลักฐานระดับนานาชาติชี้ว่าบทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ[10] ขณะที่การขาดการดูแลต่อเนื่องที่มีมาตรฐานจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนสูง กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent Stroke) และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร พร้อมทั้งก่อให้เกิดภาระแก่ครอบครัวและระบบสาธารณสุขในระยะยาว

ในมิติของบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ สภาการพยาบาลได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งครอบคลุมการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม การวางแผนดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน และการประสานส่งต่อ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ บทบาทดังกล่าวยังขาดแนวทางที่ชัดเจนเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร ส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร ปัญหาของรูปแบบการดูแลเดิมที่พบบ่อย ได้แก่ การขาดการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายที่เป็นระบบ การไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ การติดตามเยี่ยมบ้านที่ขาดความสม่ำเสมอ และการขาดระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายปฐมภูมิในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสมมีความเสี่ยงสูงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หลังออกจากโรงพยาบาล[6]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง บทบาทพยาบาลปฐมภูมิ และบริบทพื้นที่จริงของอำเภอภูเขียวเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่พัฒนาขึ้น โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model; TCM)[11] ร่วมกับบทบาทพยาบาลปฐมภูมิเป็นฐานในการพัฒนาแนวทาง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 1 ปี แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (ตุลาคม–พฤศจิกายน พ.ศ. 2566)
ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาแนวทาง (ธันวาคม พ.ศ. 2566–กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567)
ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวทางและทบทวน (มีนาคม–พฤษภาคม พ.ศ. 2567)
ระยะที่ 4 การนำแนวทางไปใช้จริงและประเมินประสิทธิภาพ (มิถุนายน–กันยายน พ.ศ. 2567)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านในพื้นที่อำเภอภูเขียว

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระยะที่ 4 คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power[12] สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในกลุ่มเดียวกัน (Paired t-test) แบบสองทาง กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.60 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูงตามเกณฑ์ของ Cohen[13] โดยอ้างอิงงานวิจัยการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่พบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[6,8] ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 24 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 20.00 เพื่อชดเชยการสูญหายระหว่างการติดตาม (24/0.80) จึงได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า สำหรับพยาบาลปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพ คือ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือเครือข่ายปฐมภูมิในอำเภอภูเขียว มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ป่วย คือ ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10 I60–I64) อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในอำเภอภูเขียว มีอาการทางคลินิกคงที่ ณ วันจำหน่าย มีผู้ดูแลหลักอายุ 18 ปีขึ้นไป และผู้ป่วย

หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก สำหรับพยาบาลปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพ คือ ปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี เป็นผู้บริหารที่ไม่ได้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยตรง ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตลอดระยะเวลาวิจัย ย้ายหน่วยงาน หรือขอถอนตัว สำหรับผู้ป่วย คือ มีความรู้สึกตัวลดลงอย่างรุนแรงหรือมีโรคร่วมที่ไม่สามารถรับการดูแลที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับสูงกว่าหรือสถานบริการระยะกลางก่อนครบกำหนดเก็บข้อมูล เสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุดดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือในการพัฒนาแนวทางการพยาบาล ได้แก่ 1) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่พัฒนาขึ้น 2) แบบประเด็นการสนทนากลุ่ม 4 ประเด็นหลัก 3) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนย้อนหลัง 4) แบบบันทึกการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ PICO และ 5) แบบประเมินความเหมาะสมของแนวทาง จำนวน 20 รายการ 4 ด้าน ได้แก่ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และความปลอดภัยและจริยธรรม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best[14]

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลปฐมภูมิและของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 2) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 20 ข้อ (ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน) 3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน (Checklist) จำนวน 18 รายการ คะแนนเต็ม 36 คะแนน โดยแปลผลความรู้และทักษะเป็นระดับดี (ร้อยละ 80.00–100.00) ปานกลาง (ร้อยละ 60.00–79.99) และน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60.00) ตามเกณฑ์ของ Bloom[15] 4) แบบประเมิน Barthel ADL Index ฉบับของ Mahoney และ Barthel[16] 10 กิจกรรม คะแนน 0–20 คะแนน 5) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9[17] คะแนน 0–27 คะแนน 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L และ EQ-VAS (0–100 คะแนน) 7) แบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้แนวทางครอบคลุมภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารักษาซ้ำ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และการรับประทานยาสม่ำเสมอ) และการรับบริการเยี่ยมบ้าน 8) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 13 ข้อ และของพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และ 9) แบบบันทึกตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านรายเดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาท หัวหน้าพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พบว่าเครื่องมือประเมินผล 5 ชุด รวม 81 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 เฉลี่ย 0.93 และหาความเชื่อมั่นด้วยการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.77 และแบบประเมินที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.86–0.89 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (≥ 0.70)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและข้อเสนอแนะปลายเปิดด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Lincoln และ Guba[18] และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผลลัพธ์การดูแล สมรรถนะของพยาบาล และความพึงพอใจ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยเกณฑ์ความพึง

พอใจที่ยอมรับได้คือค่าเฉลี่ย ≥ 3.51 คะแนน[14] และเกณฑ์ผ่านของความรู้และทักษะคือร้อยละ 80.00 ขึ้นไป[15]

3. เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังใช้แนวทาง และคะแนน ณ วันจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วย Paired t-test เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงปกติตามการทดสอบด้วย Shapiro-Wilk Test และใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test เมื่อข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ

4. เปรียบเทียบสัดส่วนภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ การกลับเข้ารักษาซ้ำ และการได้รับการเยี่ยมบ้าน ระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนาแนวทาง (เวชระเบียนย้อนหลัง) และกลุ่มหลังพัฒนาแนวทาง ด้วย Chi-square Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ตามหลักจริยธรรมของปฏิญญาเฮลซิงกิ[19] ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและลงนามในหนังสือยินยอม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้เนื่องจากความบกพร่องด้านการสื่อสารหรือการรับรู้ ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม และให้ผู้ป่วยแสดงความยินยอมพร้อมใจ (Assent) เท่าที่สามารถทำได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือการปฏิบัติงาน ข้อมูลถูกเข้ารหัสแทนชื่อ เก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม และทำลายภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 3 ปี ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด และหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผู้วิจัยรายงานต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทันที

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1.1 สถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็นพยาบาลปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพ 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุเฉลี่ย 40.73 ปี (SD=6.69) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 6.15 ปี (SD=3.41) แต่เคยผ่านการอบรมเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมองเพียง 3 คน ร้อยละ 20.00 การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 120 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.67 อายุเฉลี่ย 65.99 ปี (SD=11.51) เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 72.50 เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันร้อยละ 81.67 และมีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 75.00 คะแนน NIHSS แรกรับเฉลี่ย 7.54 (SD=4.75) คะแนน Barthel ADL Index ณ วันจำหน่ายเฉลี่ย 10.60 (SD=4.81) ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มีการบันทึกเพียงร้อยละ 60.83 และได้รับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลปฐมภูมิเพียงร้อยละ 45.00 เฉลี่ย 0.89 ครั้งต่อราย (SD=1.15) ต่ำกว่าเกณฑ์อย่างน้อย 4 ครั้งใน 6 เดือนแรก ผลลัพธ์หลังจำหน่ายพบภาวะแทรกซ้อนทางกายอย่างน้อย 1 อย่างภายใน 6 เดือน ร้อยละ 25.00 (แผลกดทับ ร้อยละ 10.00 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 9.17 และปอดอักเสบจากการสำลัก ร้อยละ 8.33) กลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 9.17 กลับเป็นซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 9.17 และยังคงมีความพิการร้อยละ 73.33 โดยสัดส่วนดังกล่าวคงที่ตลอด 3 ปีงบประมาณ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายร้อยละ 29.89 สูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีที่เกิดร้อยละ 12.12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=4.03, p=.045) ส่วนการวางแผนจำหน่ายและการได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบเดิมไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน (p=.450 และ p=.832 ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม ได้ข้อความสำคัญ 31 ข้อความ สรุปเป็น 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อยังไม่เป็นระบบ ขึ้นกับภาระงานของเวรและไม่มีผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน (2) การเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่องจากภาระงานและข้อจำกัดด้านยานพาหนะ (3) ช่องว่างการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นประเด็นที่มีข้อความสนับสนุนมากที่สุด (6 ข้อความ) เนื่องจากใบส่งต่อเป็นกระดาษ ล่าช้า และข้อมูลไม่ครบถ้วน (4) ผู้ดูแลขาดความพร้อมและได้รับการเตรียมไม่เพียงพอ สมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการประเมินการกลืนและการประเมินภาวะซึมเศร้า และ (6) ความต้องการแนวทางที่ชัดเจน ใช้ได้จริง และมีภาคีเครือข่ายร่วม ได้แก่ อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2 การสังเคราะห์สถานการณ์ จากการสังเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสามเส้า พบว่าปัญหาเกิดจากรอยต่อของการดูแล 5 จุด ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย สมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิ ความต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้าน การส่งต่อข้อมูล และความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งนำไปสู่การกำหนดองค์ประกอบของแนวทาง 5 องค์ประกอบ และกลไกกำกับติดตามคุณภาพรายเดือน

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และการพัฒนาแนวทาง

2.1 กระบวนการพัฒนาและความเหมาะสมของแนวทาง ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 22 เรื่อง นำมาสังเคราะห์ร่วมกับประเด็นการพัฒนาจากระยะที่ 1 เพื่อยกร่างแนวทางฉบับแรก ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประเมินความเหมาะสมของแนวทางในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.65, SD=0.05) ด้านที่ได้คะแนนสูงที่สุดคือด้านภาพรวม (ค่าเฉลี่ย 4.83, SD=0.29) ส่วนด้านความปลอดภัยและจริยธรรมมีคะแนนต่ำที่สุดแต่ยังอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.44, SD=0.19) ข้อที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือความเหมาะสมกับจำนวนบุคลากรพยาบาลปฐมภูมิที่มีอยู่จริง (ค่าเฉลี่ย 4.00, SD=1.00) ผู้วิจัยจึงปรับปรุงโดยเพิ่มบทบาท อสม. ในการเฝ้าระวังระหว่างรอบเยี่ยมบ้าน

2.2 องค์ประกอบของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ และกลไกกำกับติดตามคุณภาพรายเดือนตามวงจร PDCA โดยผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนจำหน่ายจนครบ 3 เดือนหลังจำหน่าย ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การประเมินความพร้อมในการจำหน่ายและการวางแผนจำหน่าย ประเมิน NIHSS, Barthel ADL Index, ภาวะกลืน, Braden Scale, การสื่อสาร และความพร้อมของผู้ดูแล จัดระดับการพึ่งพาเพื่อกำหนดความถี่การเยี่ยม และวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ตั้งแต่ 2 วันก่อนจำหน่าย โดยพยาบาลหอผู้ป่วยในร่วมกับพยาบาลปฐมภูมิ

องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิ อบรมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน ประกอบด้วยการบรรยาย ฐานฝึกทักษะ 7 ฐาน (Barthel ADL Index, Water Swallowing Test, Braden Scale และการจัดท่า, การบริหารข้อ (ROM), การให้อาหาร, 2Q/PHQ-9 และการประเมินบ้าน) และสถานการณ์จำลอง โดยมีเป้าหมายให้ความรู้และทักษะผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80.00

องค์ประกอบที่ 3 การเยี่ยมบ้านและติดตามอย่างต่อเนื่อง เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 5 ครั้ง ได้แก่ ภายใน 7 วัน วันที่ 14 เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ตามกรอบ INHOMESSS ร่วมกับการทบทวนยา การปรับสภาพบ้าน แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน 1 หน้า การติดตามทางโทรศัพท์ การเฝ้าระวังโดย อสม. ระหว่างรอบเยี่ยม และแผนสำรองเมื่อเยี่ยมตามนัดไม่ได้

องค์ประกอบที่ 4 การประสานส่งต่อ

ระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายปฐมภูมิ ส่งต่อข้อมูลขั้นต่ำผ่านกลุ่มไลน์ทีม Stroke อำเภอภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอบรับและลงทะเบียน พร้อมเกณฑ์ส่งต่อแบบไฟจราจร (เขียว–เหลือง–แดง) และช่องทางโทร 1669 กรณีฉุกเฉิน

องค์ประกอบที่ 5 การให้ความรู้และเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในครอบครัว สอนและสาธิตย้อนกลับ (Teach-back) ในทักษะการพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้าย การบริหารข้อ การให้อาหาร การใช้ยา และสัญญาณอันตราย (BE-FAST) พร้อมคู่มือภาพและคลิปวิดีโอภาษาอีสาน กลไกกำกับติดตามคุณภาพ (PDCA) ประชุมทบทวนตัวชี้วัดรายเดือนและ Case conference ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์สาเหตุที่ไม่บรรลุเป้าหมาย และประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนการดูแลระยะยาว (LTC) เพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลเดิม พบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นระบบมากขึ้นในทุกขั้นตอน และออกแบบให้ตอบสนองต่อจุดอ่อนของระบบเดิมโดยตรง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวทาง

3.1 ผลการทดลองใช้ พยาบาลปฐมภูมิ 10 คน ภายหลังการอบรมตามแนวทางมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.90 (SD=4.12) เป็น 17.30 (SD=2.58) คะแนน (p<.001) และคะแนนทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 19.20 (SD=8.34) เป็น 26.80 (SD=5.92) คะแนน (p<.001) แต่คะแนนทักษะเฉลี่ยหลังอบรมยังไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 80.00 โดยเฉพาะการประเมินการกลืนด้วย Water Swallowing Test จึงเพิ่มฐานฝึกปฏิบัติในองค์ประกอบที่ 2 พยาบาลประเมินความเหมาะสมของแนวทางในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.19, SD=0.29) ผู้ป่วย 20 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 4.95 ครั้งใน 3 เดือน มีคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นจาก 10.90 (SD=5.55) เป็น 14.30 (SD=5.03) คะแนน คะแนน PHQ-9 ลดลงจาก 9.50 (SD=4.07) เป็น 6.55 (SD=4.30) คะแนน คะแนน EQ-VAS เพิ่มขึ้นจาก 60.70 (SD=12.02) เป็น 72.55 (SD=16.25) คะแนน (p<.001 ทุกตัวแปร) พบภาวะแทรกซ้อนทางกาย 2 ราย ร้อยละ 10.00 และไม่พบการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

3.2 ผลการถอดบทเรียนและการปรับปรุงแนวทาง การประชุมถอดบทเรียนทุก 2 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมเฉลี่ย 9.50 คนต่อครั้ง พบปัญหาสำคัญ 6 ประเด็น ได้แก่ ใบส่งต่อจากหอผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล่าช้ากว่า 48 ชั่วโมง พยาบาลไม่มั่นใจในการทำ Water Swallowing Test แบบบันทึกเยี่ยมบ้านยาวเกินไป (เฉลี่ย 50 นาทีต่อราย) ผู้ดูแลสูงอายุจำขั้นตอนการพลิกตัวและจัดท่าไม่ได้ ยานพาหนะไม่ว่าง และเกณฑ์การส่งกลับโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงปรับปรุงแนวทางครอบคลุม 4 จาก 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ส่งต่อออนไลน์ภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มฐานฝึกปฏิบัติ ปรับแบบบันทึกเยี่ยมบ้านเป็น 1 หน้า จัดทำคู่มือภาพและคลิปวิดีโอภาษาอีสาน กำหนดแผนสำรองโดย อสม. และโทรศัพท์ และเพิ่มเกณฑ์ส่งต่อแบบไฟจราจร

ระยะที่ 4 การนำแนวทางไปใช้จริงและประเมินประสิทธิภาพ

4.1 ข้อมูลทั่วไป พยาบาลปฐมภูมิ 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุเฉลี่ย 41.27 ปี (SD=9.24) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 66.67 มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 7.47 ปี (SD=4.21) และเคยผ่านการอบรมเฉพาะด้านร้อยละ 26.67 ผู้ป่วย 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 67.03 ปี (SD=10.39) เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 90.00 เป็นการเกิดโรคครั้งแรก ร้อยละ 86.67 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.33 และเบาหวาน ร้อยละ 46.67 คะแนน NIHSS แรกรับเฉลี่ย 6.10 (SD=3.21) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.27 วัน (SD=2.46) อาศัยห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร ร้อยละ 53.33 ผู้ดูแลหลัก

ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 63.33 และไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ร้อยละ 80.00 ไม่มีกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการติดตาม

4.2 สมรรถนะของพยาบาลปฐมภูมิภายหลังการใช้แนวทาง คะแนนความรู้รวมเพิ่มขึ้นจาก 11.67 (SD=2.99; ร้อยละ 58.33) เป็น 16.87 (SD=3.09; ร้อยละ 84.33) คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน (p<.001) พยาบาลที่มีความรู้ระดับดีเพิ่มจาก 3 คน (ร้อยละ 20.00) เป็น 12 คน (ร้อยละ 80.00) คะแนนทักษะการปฏิบัติรวมเพิ่มขึ้นจาก 18.53 (SD=5.49; ร้อยละ 51.48) เป็น 26.60 (SD=6.48; ร้อยละ 73.89) คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน (p<.001) และพยาบาลที่มีทักษะระดับดีเพิ่มจาก 1 คน (ร้อยละ 6.67) เป็น 6 คน (ร้อยละ 40.00) อย่างไรก็ตามคะแนนทักษะเฉลี่ยหลังใช้แนวทางยังต่ำกว่าเกณฑ์ผ่านร้อยละ 80.00 โดยการประเมินภาวะกลืนลำบากและการวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกผลมีผู้ปฏิบัติได้ถูกต้องสมบูรณ์เพียงร้อยละ 20.00

4.3 ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบ ณ วันจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าคะแนน Barthel ADL Index และ EQ-VAS เพิ่มขึ้น คะแนน PHQ-9 และความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยการเปลี่ยนแปลงมีนัยสำคัญตั้งแต่การติดตามที่ 1 เดือน ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ (p=.594) ดังตาราง 3 ที่ 3 เดือน ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้สมบูรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 3 ราย (ร้อยละ 10.00) ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย 24 ราย (ร้อยละ 80.00) และผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือปานกลางถึงมากลดลงจากร้อยละ 43.33 เหลือร้อยละ 10.00 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 26.67 เหลือร้อยละ 6.67 ด้านคุณภาพชีวิตตาม EQ-5D-5L ระดับปัญหาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4 จาก 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (2.80 เป็น 1.93) การดูแลตนเอง (2.53 เป็น 1.73) อาการเจ็บปวดหรือไม่สบายตัว (2.30 เป็น 1.60) และกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (2.70 เป็น 2.17) ส่วนมิติความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=.151)

4.4 ผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ การกลับเข้ารักษาซ้ำ และความต่อเนื่องของการดูแล ในช่วงติดตาม 3 เดือน พบภาวะแทรกซ้อนทางกาย 2 ราย (แผลกดทับ 1 ราย และติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ราย ในช่วง 1 เดือน) ร้อยละ 6.67 พบการหกล้ม 2 ราย (ร้อยละ 6.67) และข้อติดแข็ง 1 ราย (ร้อยละ 3.33) ไม่พบปอดอักเสบจากการสำลัก การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.67 เป็นร้อยละ 100.00 และผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (< 140/90 mmHg) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 46.67 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 5.13 ครั้งใน 3 เดือน (SD=0.73) และได้รับการเยี่ยมสม่ำเสมอตามแผนร้อยละ 93.33 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนพัฒนาแนวทาง (เวชระเบียนย้อนหลัง n=120) พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายลดลงจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 6.67 (p=.028) และสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.00 เป็นร้อยละ 100.00 (p<.001) ส่วนภาวะแทรกซ้อนรายชนิด การกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และการกลับเป็นซ้ำลดลงในทิศทางที่ต้องการแต่ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4.5 ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลรายเดือนตลอด 4 เดือนของระยะนำไปใช้จริง อัตราการเยี่ยมบ้านตามแผนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.00 ในเดือนที่ 1 เป็นร้อยละ 95.83, 97.37 และ 97.83 ในเดือนที่ 2–4 ตามลำดับ (ภาพรวม 114 จาก 118 ครั้ง ร้อยละ 96.61) บรรลุเป้าหมายร้อยละ 90.00 ทุกเดือน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงจากร้อยละ 12.50 ในเดือนที่ 1 เป็นร้อยละ 6.25 ใน

เดือนที่ 2 และไม่พบในเดือนที่ 3–4 ไม่พบการกลับเป็นซ้ำ การกลับเข้ารักษาซ้ำ และการเสียชีวิตหลังจำหน่ายตลอดระยะเวลาดำเนินการ สาเหตุที่ไม่บรรลุเป้าหมายคือรถเยี่ยมบ้านไม่ว่าง 1 ครั้ง ซึ่งแก้ไขโดยให้ อสม. เยี่ยมแทนและพยาบาลโทรศัพท์ติดตาม

4.6 ความพึงพอใจต่อแนวทาง ผู้ป่วยและผู้ดูแล 30 ราย มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.24, SD=0.43) โดยด้านกระบวนการเยี่ยมบ้านสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.37, SD=0.47) รองลงมาคือด้านระบบการประสานงาน (ค่าเฉลี่ย 4.32, SD=0.59) ข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีข้อสงสัย (ค่าเฉลี่ย 3.87) พยาบาลปฐมภูมิ 15 คน มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.32, SD=0.44) โดยด้านความชัดเจนและใช้งานได้จริงและด้านความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่สูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.36) ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.51) ทั้งสองกลุ่ม ข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิดสะท้อนว่าแนวทางชัดเจนขึ้น ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และคลิปวิดีโอช่วยทบทวนได้ ขณะที่ต้องการแบบบันทึกในรูปแบบคอมพิวเตอร์ ช่องทางติดต่อในเวลากลางคืน และการสนับสนุนที่นอนลม

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าปัญหาสำคัญของพื้นที่เกิดจากความไม่ต่อเนื่องของการดูแลที่รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน กล่าวคือ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายเพียงร้อยละ 60.83 ได้รับการเยี่ยมบ้านเพียงร้อยละ 45.00 และเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายร้อยละ 25.00 โดยสัดส่วนคงที่ตลอด 3 ปีงบประมาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Xu และคณะ[20] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเผชิญปัญหาซับซ้อนหลังจำหน่ายและมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเข้ารักษาซ้ำ และชี้ว่าโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่มีประสิทธิผลต้องประกอบด้วยการประเมินความพร้อมในการจำหน่าย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านหรือติดตามทางโทรศัพท์ และการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ระบบการดูแลเดิมดำเนินการไม่ครบถ้วน การที่การวางแผนจำหน่ายและการเยี่ยมบ้านในรูปแบบเดิมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน สะท้อนว่าการมีบริการเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอหากขาดมาตรฐาน ความถี่ และเนื้อหาที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสุรัตน์ ครำสุข[21] ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อกำหนดกระบวนการดูแลที่ชัดเจน ในประเด็นความพร้อมของผู้ดูแล ญาติไม่กล้าพลิกตัวหรือป้อนอาหารเพราะกลัวสำลัก สอดคล้องกับสุกัญญา ตรุสานันท์[22] และวิไลรัตน์ วงษ์แก้ว[23] ที่พบว่าผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจและทักษะที่ถูกต้องในการดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสำคัญต่อพื้นที่ที่ผู้ป่วยร้อยละ 72.50 เป็นผู้สูงอายุ

การพัฒนาและทดลองใช้แนวทาง แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ร่วมกับกลไกกำกับติดตามคุณภาพรายเดือน ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่มีประสิทธิผลตามการทบทวนของ Xu และคณะ[20] และ Michael และคณะ[24] ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่นำโดยพยาบาลครอบคลุมการประสานการดูแล การจำหน่ายพร้อมการสนับสนุน และการติดตามหลังจำหน่าย ซึ่งสนับสนุนการกำหนดให้พยาบาลปฐมภูมิเป็นผู้ดำเนินการหลักของแนวทางนี้ การเยี่ยมบ้าน 5 ครั้งตามกรอบ INHOMESSS สอดคล้องกับวิไลรัตน์ วงษ์แก้ว[23] และสุกัญญา ตรุสานันท์[22] ที่ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่วนการมีส่วนร่วมของ อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ Care manager สอดคล้องกับมาลีวรรณ เกษตรทัต[25] ที่

บูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน การปรับแนวทางให้เหมาะกับบริบทพื้นที่ เช่น คลิปวิดีโอภาษาอีสาน การส่งต่อผ่านกลุ่มไลน์ และแผนสำรองโดย อสม. เมื่อยานพาหนะไม่ว่าง สอดคล้องกับ Xu และคณะ [20] ที่ระบุว่าโปรแกรมที่ปรับให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะพื้นที่มีประสิทธิผลสูงกว่าโปรแกรมแบบมาตรฐานทั่วไป และ Demir Avci[11] ที่ดัดแปลง Transitional Care Model ให้เหมาะสมกับบริบทก่อนนำไปใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมในระดับมากที่สุด และพยาบาลปฐมภูมิภายหลังทดลองใช้ประเมินในระดับมาก ทั้งนี้พยาบาลให้คะแนนต่ำกว่าผู้ทรงคุณวุฒิ และข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดเกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ได้แก่ ความเหมาะสมกับจำนวนบุคลากรและความครอบคลุมของกระบวนการดูแลที่บ้าน สะท้อนว่าผู้ปฏิบัติจริงให้น้ำหนักกับภาระงานและความเสี่ยงหน้างาน การถอดบทเรียน 6 ครั้งจึงช่วยให้ปรับแนวทางได้ตรงจุดก่อนนำไปใช้จริง

ผลลัพธ์ด้านสมรรถนะของพยาบาลปฐมภูมิภายหลังการใช้แนวทาง พยาบาลมีคะแนนความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลสูง (d=1.46 และ 2.31) และผลในระยะนำไปใช้จริงใกล้เคียงกับระยะทดลองใช้ ซึ่งแสดงถึงความคงที่ของผลการพัฒนาสมรรถนะ ผลดังกล่าวอธิบายได้จากองค์ประกอบที่ 2 ที่ไม่ได้เป็นเพียงการบรรยาย แต่ประกอบด้วยฐานฝึกปฏิบัติ 7 ฐาน สถานการณ์จำลอง และการประเมินด้วย Checklist ในการเยี่ยมบ้านจริง ซึ่งตรงกับช่องว่างสมรรถนะที่พบในระยะที่ 1 สอดคล้องกับ Saragih และคณะ[26] ที่เน้นให้บุคลากรสุขภาพตระหนักถึงการวางแผนจำหน่ายและแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นระบบ และ Michael และคณะ[24] ที่ระบุว่าความรู้เฉพาะทางของพยาบาลทำให้พยาบาลมีความพร้อมในการนำโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมาใช้ อย่างไรก็ตามคะแนนทักษะหลังใช้แนวทางยังอยู่ที่ร้อยละ 73.89 ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80.00 โดยการประเมินภาวะกลืนลำบากและการวัดความดันโลหิตมีผู้ปฏิบัติได้ถูกต้องสมบูรณ์เพียงร้อยละ 20.00 สะท้อนว่าทักษะเชิงคลินิกเฉพาะทางต้องอาศัยการฝึกซ้ำและการมีพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงกับความต้องการพี่เลี้ยงในเคสยากที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนไว้ในการสนทนากลุ่ม

ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการดูแลตามแนวทาง 3 เดือน คะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นจาก 11.57 เป็น 15.50 คะแนน และคะแนน EQ-VAS เพิ่มขึ้นจาก 59.60 เป็น 72.90 คะแนน สอดคล้องกับ Saragih และคณะ[26] ที่พบจากการวิเคราะห์อภิมานว่าโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ และ Qin และคณะ[27] ที่พบว่าการแทรกแซงที่บ้านเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะโปรแกรมที่ผสมผสานการฝึกทักษะ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล และการปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมเดียวกับที่บรรจุในองค์ประกอบที่ 3 และ 5 ของแนวทางนี้ และสอดคล้องกับ Demir Avci[11] ที่พบว่าคะแนน ADL และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม TCM สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในประเทศ คะแนน ADL ที่เพิ่มขึ้นในการศึกษานี้มากกว่ามาลีวรรณ เกษตรทัต[25] ที่เพิ่มขึ้นจาก 8.86 เป็น 9.50 คะแนน แต่น้อยกว่าสุกัญญา ตรุสานันท์ [22] ที่เพิ่มจาก 4 เป็น 13 คะแนนภายใน 1 เดือน ซึ่งเป็นกรณีศึกษาที่มีคะแนนเริ่มต้นต่ำมากจึงมีโอกาสฟื้นตัวได้มากกว่า ทั้งนี้การฟื้นตัวของผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติในช่วงเดือนแรก ๆ หลังเกิดโรค และการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง ด้านภาวะซึมเศร้า คะแนน PHQ-9 ลดลงจาก 6.73 เป็น 4.50 คะแนน สอดคล้องกับวิไลรัตน์ วงษ์แก้ว[23] ที่พบว่าการเสริมสร้างกำลังใจร่วมกับการส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและได้รับการดูแล

ครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม มิติความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าของ EQ-5D-5L ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับทักษะการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตของพยาบาลยังปฏิบัติได้ถูกต้องสมบูรณ์เพียงร้อยละ 40.00 จึงเป็นประเด็นที่ควรพัฒนาต่อ

ผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ และการกลับเข้ารักษาซ้ำ สัดส่วนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายลดลงจากร้อยละ 25.00 เหลือร้อยละ 6.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบปอดอักเสบจากการสำลัก สอดคล้องกับ Demir Avci[11] ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม TCM มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับสมรรถนะของผู้ดูแลที่สูงขึ้น และสอดคล้องกับสุกัญญา ตรุสานันท์[22] ที่พบว่าหลังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผลลัพธ์นี้อธิบายได้จากการที่แนวทางเน้นการเตรียมผู้ดูแลด้วยการสอนและสาธิตย้อนกลับในทักษะการพลิกตะแคงตัว การจัดท่า และการให้อาหาร ร่วมกับการประเมินการกลืนและ Braden Scale ก่อนจำหน่าย ซึ่งตรงกับสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่พบในระยะที่ 1 สำหรับการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ไม่พบในกลุ่มหลังพัฒนาแนวทาง แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไปในทิศทางเดียวกับ Michael และคณะ[24] และ Xu และคณะ[20] ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านช่วยลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ ผลที่ไม่มีนัยสำคัญอาจอธิบายได้จากขนาดกลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนาที่มีเพียง 30 ราย จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดน้อย และระยะเวลาติดตามที่แตกต่างกัน (กลุ่มก่อนพัฒนาติดตามการกลับเป็นซ้ำภายใน 1 ปี กลุ่มหลังพัฒนาติดตาม 3 เดือน) ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคอาจเกิดขึ้นได้ในระยะยาว[28] นอกจากนี้ยังพบการหกล้ม 2 ราย และข้อติดแข็ง 1 ราย ซึ่งสอดคล้องกับวิไลรัตน์ วงษ์แก้ว[23] ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มีแขนขาอ่อนแรงต้องระวังการเกิดอุบัติเหตุ จึงควรเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มไว้ในแนวทาง

ผลลัพธ์ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ความต่อเนื่องของการดูแล และความพึงพอใจ ผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.67 เป็นร้อยละ 100.00 ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 13.17 mmHg และผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 46.67 สอดคล้องกับสุกัญญา ตรุสานันท์[22] ที่ชี้ว่าการติดตามเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมากกว่าครึ่งยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย และระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเนื่องจากค่าเฉลี่ย FBS ตั้งแต่เริ่มต้นไม่สูงมาก การปรับยาเป็นบทบาทของแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และทักษะการวัดความดันโลหิตของพยาบาลยังไม่สมบูรณ์ ด้านความต่อเนื่องของการดูแล ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 5.13 ครั้งใน 3 เดือน และอัตราการเยี่ยมบ้านตามแผนบรรลุเป้าหมายทุกเดือน (ภาพรวมร้อยละ 96.61) สอดคล้องกับ Michael และคณะ[24] ที่ระบุว่าการประสานการดูแลและการติดตามหลังจำหน่ายเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมที่นำโดยพยาบาล ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากกลไกที่ออกแบบจากปัญหาจริงในพื้นที่ ได้แก่ การส่งต่อข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์ภายใน 24 ชั่วโมงแทนใบส่งต่อกระดาษที่ล่าช้า แผนสำรองโดย อสม. และการทบทวนตัวชี้วัดรายเดือนตามวงจร PDCA ซึ่งสอดคล้องกับมาลีวรรณ เกษตรทัต[25] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก ข้อที่ได้คะแนนต่ำที่สุดของผู้ป่วยคือการแก้ไขปัญหาเมื่อมีข้อสงสัย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเรื่องช่องทางติดต่อในเวลากลางคืน และข้อที่ต่ำที่สุดของพยาบาลคือความเหมาะสมกับจำนวนบุคลากร ทำนองเดียวกับสุรัตน์ คร่ำสุข[21] ที่ระดับความคิดเห็นของพยาบาล

ต่อการใช้แนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งชี้ว่าการยอมรับแนวทางขึ้นกับภาระงานและความพร้อมของทรัพยากร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติควรประกาศใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลและเครือข่ายปฐมภูมิ และขยายผลไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออื่นในจังหวัดชัยภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. ควรจัดอบรมฟื้นฟูทักษะเชิงคลินิกแก่พยาบาลปฐมภูมิอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะการประเมินภาวะกลืนลำบาก การวัดความดันโลหิตและบันทึกผล การประเมินภาวะซึมเศร้า และสัญญาณอันตรายที่ต้องส่งต่อทันที พร้อมระบบพี่เลี้ยงในเคสยาก

3. ควรเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการป้องกันข้อติดแข็งในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และประสานแพทย์และเภสัชกรในการทบทวนและปรับยาผู้ป่วยที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย

4. ควรจัดช่องทางให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลนอกเวลาราชการ กำหนดผู้รับผิดชอบตอบคำถามในกลุ่มไลน์ให้ชัดเจน และพัฒนาแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านในรูปแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงกับระบบส่งต่อของโรงพยาบาล

5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนการดูแลระยะยาว (LTC) ควรสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น ที่นอนลม และยานพาหนะเยี่ยมบ้าน และควรพิจารณาอัตรากำลังหรือ อสม. ที่ผ่านการอบรมเพื่อเสริมระบบเฝ้าระวังในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6–12 เดือนหลังจำหน่าย เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ การกลับเข้ารักษาซ้ำ และความยั่งยืนของแนวทาง

2. ควรศึกษาโดยใช้กลุ่มควบคุม เช่น การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มในหลายพื้นที่ ที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการทดสอบผลลัพธ์ที่เกิดน้อย

3. ควรศึกษาผลของแนวทางต่อผู้ดูแลในครอบครัว เช่น สมรรถนะและภาระของผู้ดูแล และศึกษาต้นทุนและความคุ้มค่าของแนวทางเมื่อเทียบกับการดูแลเดิม

4. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และ อสม. ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลการวิจัยหรือ กิจกรรมใดๆในงานวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน พยาบาลปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอภูเขียวที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้ง อสม. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). Stroke [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026

Oct 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al.(2025). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. Int J Stroke. 2025;20(2). doi:10.1177/17474930241308142
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2568). รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก: พบตัวเลขป่วยกว่า 3 แสน เสียชีวิตกว่า 3.7 หมื่นคน [Internet]. 2568 [cited 2026 Oct 25]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2025/10/35790
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2024). อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองแตก ปี 2566–2567 [Internet]. 2567 [cited 2026 Oct 25]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2024/07/31149
5. กองทุนหลักประกันสุขภาพ.(2567). โครงการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการรุนแรง [Internet]. 2567 [cited 2026 Oct 25]. Available from: https://www.donationhub.or.th/project/127/detail
6. ปภัชญา ประทุมวัน.(2569). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 25 ต.ค. 2569];1(1):78-92. เข้าถึงได้จาก: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/THSF/article/view/8497
7. โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ.(2567). รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤษภาคม 2567). ชัยภูมิ: โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ; 2567.
8. เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):74-88.
9. ธนาพรรณ มูลฐี, สมสมัย มั่นคง, ยุพา ศิรโพธิ์งาม, สมร ลีลาจรัส.(2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล. 2559;31(1):95-110.
10. Srisuk N, et al.(2025). The role of home health care nurses in the transitional care of stroke patients from hospital to home. Thai Red Cross Nurs J. 2025;18(3). Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/274598
11. Demir Avci Y.(2023). Effects of Transitional Care Model-based interventions for stroke patients and caregivers on caregivers' competence and patient outcomes: randomized controlled trial. Comput Inform Nurs. 2023;41(10):805-14. doi:10.1097/CIN.0000000000000991
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A.(2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91. doi:10.3758/BF03193146
13. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
15. Bloom BS.(1956). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
16. Mahoney FI, Barthel DW.(1965). Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61-5.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.(2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-13. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
18. Lincoln YS, Guba EG.(1985). Naturalistic inquiry. Newbury Park (CA): Sage; 1985.
19. World Medical Association.(2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-4. doi:10.1001/jama.2013.281053
20. Xu X, Chen H, Xu D, Tan F, Li X.(2024). A scoping review of hospital to home transitional care

programmes for stroke survivors. J Clin Nurs. 2024;33(9):3414-28. doi:10.1111/jocn.17070
21. สุรัตน์ คร่ำสุข.(2568). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2568;43(1):e276913.
22. สุกัญญา ตรุสานันท์.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ). 2567;34(1):38-52.
23. วิไลรัตน์ วงษ์แก้ว.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567;8(16):251-61.
24. Michael NA, Mselle LT, Tarimo EM, Cao Y.(2025). The effectiveness of nurse-led transition care on post-discharge outcomes of adult stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. Nurs Open. 2025;12(3):e70140. doi:10.1002/nop2.70140
25. มาลีวรรณ เกษตรทัต.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):470-9.
26. Saragih ID, Everard G, Saragih IS, Lee BO.(2024). The beneficial effects of transitional care for patients with stroke: a meta-analysis. J Adv Nurs. 2024;80(2):789-806. doi:10.1111/jan.15850
27. Qin P, Cai C, Chen X, Wei X.(2022). Effect of home-based interventions on basic activities of daily living for patients who had a stroke: a systematic review with meta-analysis. BMJ Open. 2022;12(7):e056045. doi:10.1136/bmjopen-2021-056045
28. Taweephol T, Saksit P, Hiransuthikul A, Vorasayan P, Akarathanawat W, Chutinet A.(2024). Incidence of recurrent ischemic stroke and its associated factors in a tertiary care center in Thailand: a retrospective cohort study. BMC Neurol. 2024. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11069183/