



การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิเพื่อดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรุงเทพมหานคร

Policy Options to Develop Model of Primary Care Services for
Caring Patients with Stroke: Bangkok Metropolitan Administration

รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สินธุ

นางสาวปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ

รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รวมพร คงกำเนิด

นางวรรณวลี คชสวัสดิ์



Siriorn Sindhu

Patoomthip Adunwatanasiri

Ketsarin Utriyaprasit

Roumporn Konggumnerd

Wanwalee Kochasawas



สภาการพยาบาล

12 มีนาคม 2563

“โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”



รายงานฉบับสมบูรณ์

การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนารูปแบบบริการ ปฐมภูมิเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรุงเทพมหานคร

รายนามทีมคณะวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริอร สินธุ

นางสาวปทุมทิพย์ อุดลวัฒนศิริ

รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รวมพร คงกำเนิด

นางวรรณวลี คชสวัสดิ์

Siriorn Sindhu

Patoomthip Adunwatanasiri

Ketsarin Utriyaprasit

Roumporn Konggumnerd

Wanwalee Kochasawas

สภาการพยาบาล

12 มีนาคม 2563

“โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากการสนับสนุนขององค์กรในหลายภาคส่วนทั้งด้านวิชาการ การบริหารจัดการงานวิจัย การประสานเอื้ออำนวยความสะดวกทุกๆ ด้าน ประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ และสถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่ได้เล็งเห็นประโยชน์ของการนำผลการศึกษาในครั้งนี้มาพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครให้ดีขึ้น ขอขอบคุณผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนทุกท่าน ที่เอื้อเพื่อให้ข้อมูล ประสานงานส่งต่อข้อมูล และมีส่วนร่วมเป็นทีมงานหลักในการพัฒนารูปแบบบริการ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ หลากหลายสถาบัน และต่างสาขาวิชาชีพที่มาร่วมกันให้ข้อคิดเห็น วิพากษ์และปรับปรุงรูปแบบบริการ ปฐมภูมิเพื่อให้เหมาะสมบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์และเหมาะสมกับบริบทชุมชนกรุงเทพมหานคร และ ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลักษณ์ ผู้จัดการงานวิจัยอาวุโส ประจำโครงการวิจัย ที่ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัย และการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานครั้งนี้ และสภาการพยาบาล ที่เห็นประโยชน์ของการนำผลงานวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ในชุมชนให้เกิดมาตรฐานวิชาชีพ ค้ำครองผู้รับบริการและผู้ให้บริการในชุมชน

บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ถือเป็นกิจกรรมการให้บริการที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ลดความบกพร่องและความพิการ ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาหรือข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการ และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตซึ่งแตกต่างจากปัจจัยในสังคมชนบท และยังไม่เคยมีการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการบริการปฐมภูมิรูปแบบใดที่มีประสิทธิภาพต่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านรูปแบบบริการ ปัจจัยระดับบุคคล เครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของรูปแบบการจัดบริการต่อคุณภาพชีวิต และค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนารูปแบบการจัดบริการ ก่อนนำไปทดลองใช้เป็นกรณีศึกษาในกรุงเทพมหานครต่อการลดความพิการและคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบหรืออุดตันไม่เกิน 2 ปี ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน จำนวน 450 คน และผู้ให้บริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่มและการนำรูปแบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมไปทดลองใช้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานครยังมีความพิการหลงเหลืออยู่หลังจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 68.2 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} \pm \text{SD} = 3.40 \pm 0.93$) ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลที่บ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ (Registered nurses) ร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 75.7 และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Community nurse practitioner) ร้อยละ 64.3 ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมจาก อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) / ผู้ดูแลจิตอาสา (CG: Care Giver) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย มากที่สุด ร้อยละ 39.6 ปัจจัยในระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ได้แก่ มีความพิการมาก ($\beta = .57, p = .000$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.22, p = .000$) การรู้คิดบกพร่อง ($\beta = .20, p = .000$) มีความพิการจนกลับมาทำงานไม่ได้ ($\beta = -.12, p = .000$) และจำนวนชั่วโมงของผู้ดูแลในการดูแล ($\beta = -.07, p = .000$) ตามลำดับ พบการดูแล 4 รูปแบบ รูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert มีผลทำให้ลดความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ Bangkok Metropolitan Administration (BMA) Home ward

เป็นบริการปฐมภูมิที่สามารถให้บริการผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ได้ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด Continuing care from hospital to home เกิดจากการจัดการดูแลในครอบครัว ได้รับอุปกรณ์จำเป็นสนับสนุนจากโรงพยาบาล ขณะที่ Family care ผู้ป่วยได้รับการดูแล ไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว แต่ระดับมีคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด

แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 4.688$, $df = 6$, $p \text{ value} = .584$, $\chi^2/df = .78$, $GFI = .997$, $RMR = .014$, $RMSEA = .025$) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับอิทธิพลโดยรวมสูงสุดจากความพิการหลงเหลืออยู่มาก ($\beta = -.79$, $p = .000$) รองลงมาคือ รูปแบบบริการ Continuing care with nurse expert ($\beta = .13$, $p = .000$) และ Home ward ($\beta = .10$, $p = .008$) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวเพียงอย่างเดียวไม่ทำให้ลดความพิการและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตได้

ความต้องการ และอุปสรรคของบริการสุขภาพ พบว่า เป้าหมายในการฟื้นตัวจากโรคของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพไม่ตรงกัน ผู้ป่วยมองปลายทาง และโอกาสรอด ขณะที่ผู้ให้บริการมองกระบวนการระหว่างทางให้ผู้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง ควบคุมภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมให้คงที่ การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจึงเป็นการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป มากกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ให้สามารถกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงก่อนการเจ็บป่วย จำเป็นต้องเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่มีอยู่เดิมในการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้แก่พยาบาลเยี่ยมบ้าน นำไปทดลองใช้ร่วมกับโมเดลต้นแบบ

การสังเคราะห์รูปแบบใหม่ Home ward for stroke care เป็นการนำข้อดีและข้อจำกัดจากรูปแบบทั้ง 4 มาพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในเมืองใหญ่ ต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีความชำนาญเฉพาะ (มีความรู้ทักษะประเมินปัญหาเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) จึงได้พัฒนา 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 2) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านด้วยรูปแบบใหม่ พบว่า ผู้ป่วยมีความพิการลดลงและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับระดับดีมาก

การจัดบริการปฐมภูมิสำหรับกรุงเทพมหานครในอนาคต ที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่แตกต่างจากสังคมชนบท บทบาทการดูแลของครอบครัวมีน้อย

เครือข่ายทางสังคมไม่แน่นแฟ้น พยาบาล คือ บุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการเป็นที่ปรึกษา เข้าไปให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่บ้าน ขณะเดียวกันกรุงเทพมหานครไม่สามารถจัดอัตรากำลังพยาบาลรองรับผู้ป่วยในชุมชนได้ แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การจ้างงานพยาบาลฟรีแลนซ์ เสริมกำลังคนให้เพียงพอกับความต้องการมีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจที่ถูกต้อง และสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคมมากขึ้น นอกจากนี้ กรุงเทพมหานครควรสนับสนุนการสร้างผู้ดูแลจิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่ญาติไม่มีเวลาหรือไม่พร้อมดูแล ทำหน้าที่เปรียบเสมือนครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ด้วยความคุ้นเคยและไว้วางใจ มีความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ป่วยมีความพึงการลดลงและคุณภาพชีวิตที่ดี

ดูแล ผู้ป่วยมีความพึงการลดลงและคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ระบบบริการปฐมภูมิ คุณภาพชีวิต โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Primary care service development to improve quality of life for stroke patients in the community is considered a major service activity for promoting health, reducing body impairment and disability along with promoting good quality of life. Several models for providing primary care services and care for patients are used in Bangkok communities where the factors promoting quality of life differ from rural societies. Furthermore, no clear assessments have been conducted to assess the effects of primary care service models on quality of life in Bangkok. This study was aimed at studying model of care, personal factors, social networks influencing quality of life, test causal correlations of service provision models with quality of life and discover problems and needs of associated persons in order to modify and improve the service provision model before testing model as a pilot study in Bangkok for functional recovery and quality of life. The sample was 450 patients who had survived ischemic or hemorrhagic stroke for no more than two years and were discharged from the hospital to return to the community along with primary care unit service providers. This study used quantitative and qualitative research methods. Data were collected by using questionnaires, focus groups and implementation of appropriate primary care service models.

According to the findings, stroke patients in Bangkok (68.2%) were found to have not recovered after being discharged and returning home with medium-level quality of life (Mean + SD = 3.40 + 0.93). Most of the patients had access to care at home provided by Registered nurses (RN), followed by physical therapists and community nurses with social network support from village health volunteers or Care Givers (CGs) trained care of bedridden patients by Nursing Division Public Health BMA Department at 39.6 percent. Patient's factors most an effect on quality of life (QOL) was high functional disability score ($\beta = .57$, $p = .000$), followed by depressive ($\beta = -.22$,

$p = .000$) cognitive impairment ($\beta = .20$, $p = .000$) unable return to work after stroke ($\beta = -.12$, $p = .000$) and hours to care for stroke patients ($\beta = -.07$, $p = .000$), respectively. The results showed that 4 model of care such as Continuing care with nurse expert model provides the best recovery and quality of life for patients, followed by the Bangkok Metropolitan Administration (BMA) Home ward was a primary care service that can serve a large group of patients in community and use the most of community's resources for benefit of care. Continuing care from hospital to home was occurred by family management, and received necessary equipment of care which supported from the hospital. While family care has family supported and provided care to patient.

The causal relationship model of the factors influencing functional recovery and quality of life among stroke patients was consistent with the evidence-based data ($\chi^2 = 4.688$, $df = 6$, $p \text{ value} = .584$, $\chi^2/df = .78$, $GFI = .997$, $RMR = .014$, $RMSEA = .025$). Stroke patients' quality of life was most influenced by functional impairment ($\beta = -.79$, $p = .000$), followed by the continuing care model with nurse experts ($\beta = .13$, $p = .000$) and the BMA home ward model ($\beta = .10$, $p = .008$).

Patients who received care support from only family members and community members were unable to reduce disability and improve quality of life. Concerning healthcare service needs and barriers, the recovery goals of patients and healthcare providers were found to be inconsistent. Patients looked at the destination and chances of survival, while healthcare providers looked at the process on the way toward self-management, stabilization of control over complications and co-morbidities. Therefore, the services provided for stroke patients in the community were care for bedridden patients rather than care to stroke patients with neurological impairments return to a condition similar to before illness. Accurate recovery processes are needed for the development of clinical nursing practice guidelines for stroke patient in community and trial implementation with selective models.

Synthesis new model of care by nurses and health personnel involved in trial implementation of the home ward for stroke care which has clinical nursing practice guidelines for stroke patient in community, patients were found to have less physical impairment and higher quality of life with statistical significance. Therefore, community nurses can implement service provision models and care guidelines for stroke patients in the community to improve quality of life among patients in the community for positive health outcomes.

In the future, primary care services for Bangkok will be faced with population structure changes, different social determining factors from rural societies, few family care roles and distant social networks. Nurses are the crucial health personnel as consultants, help and take role play closely of nursing care at home. Meanwhile Bangkok Metropolitan Administration is unable to resolve shortage of nurses to support patients in hospitals and communities. Freelance nurses can provide solutions in promoting health among patients in communities to meet needs by developing freelance nurses and implementing good practice guidelines in communities to create quality care practices and support correct decision-making with stroke patients. Moreover, supported by volunteers in place of patients with family caregiver whose relatives have no time or readiness to provide care and volunteers who serve as patients' family members with nurses while maintaining close relationships and care consistency can help reduce disability and improve quality of life. Therefore, policy-makers need to develop volunteer with knowledge and readiness to care for patients with complex conditions disease in the community in addition to creating new volunteers to replace old volunteers.

Keywords: primary care service, quality of life, stroke

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร เป็นความท้าทายของผู้กำหนดนโยบาย และผู้ให้บริการสุขภาพ ด้วยลักษณะครอบครัวเดี่ยว ไม่มีผู้ดูแลหรือมีผู้ดูแลเพียงคนเดียวและเป็นผู้สูงอายุ ฐานะยากจน เป็นครอบครัวใช้แรงงาน คู่สมรสหรือบุตรต้องรับจ้างหาเลี้ยงครอบครัว ผู้ป่วยอยู่คนเดียวในเวลากลางวันและไม่มีผู้ดูแลพาไปรับการฟื้นฟูในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แม้อาศัยอยู่ใจกลางเมืองใหญ่ย่านเศรษฐกิจ แต่อยู่ในลักษณะห้องแบ่งเช่า การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปสถานพยาบาลเป็นไปได้ยาก จึงเป็นผลทำให้เกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายมากขึ้น และในกรุงเทพมหานครมีสถานบริการเพื่อการฟื้นฟูที่เป็นมาตรฐานสากลเพียงแห่งเดียว และรับผู้ป่วยพักที่โรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูอย่างเต็มรูปแบบได้เพียงเดือนละ 20 คน หรือปีละประมาณ 240 คน ได้รับการเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขเพียงปีละประมาณ 869 คน ในขณะที่มีผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองปีละ 30,748 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางจากบ้านมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งคราวประมาณน้อยกว่าร้อยละ 20 ส่วนรูปแบบการจัดบริการอื่นๆ ยังไม่พบการศึกษาหรือข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการ รวมทั้งปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านรูปแบบการจัดบริการ กระบวนการจัดบริการ เครือข่ายทางสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยตัวกำหนดทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยรูปแบบการจัดบริการ กระบวนการจัดบริการและเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลส่งผ่านการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการสุขภาพและการฟื้นตัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
- 3) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพต่อการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
- 4) เพื่อประเมินผลลัพธ์รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร
- 5) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยการใช้แบบสอบถาม จัดทำสนทนากลุ่ม และนำรูปแบบบริการปฐมภูมิไปทดลองใช้: กรณีศึกษา สุ่มเก็บข้อมูลผู้ป่วยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร และจำหน่ายกลับชุมชนกระจายอยู่ทั้ง 50 เขตในกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาที่สำคัญ

1. สถานการณ์การเข้าถึงบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับบริการเพื่อการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 1-3 ครั้ง และผู้ป่วยน้อยกว่าหนึ่งในสี่ที่เข้าถึงบริการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องที่มีความชัดเจนในระยะ 2 ปี ที่ผ่านมา ได้รับการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลจิตอาสา การดูแลมุ่งเน้นป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง การบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นส่วนใหญ่ และไม่ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง 5 วันต่อสัปดาห์ จึงจะช่วยให้เกิดการฟื้นตัวโดยเร็วและลดความพิการ

การวิเคราะห์สถานการณ์ความเพียงพอของจำนวนพยาบาลเยี่ยมบ้าน กรุงเทพมหานคร พบว่า การศึกษาภาระงานในชุมชน ความต้องการอัตรากำลังพยาบาลในชุมชน กรุงเทพมหานคร พบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพประชาชนในความรับผิดชอบประมาณ 6 ล้านคน โดยไม่รวมประชากรแฝง ต้องการพยาบาลเพื่อดูแลประชาชน จำนวน 2,522 คน ขณะที่ปัจจุบันมีพยาบาลในชุมชน กรุงเทพมหานคร จำนวน 350 คน จึงจะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างทั่วถึงในปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน (อ้างอิงจากมติที่ประชุมสภาการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ.2562) ซึ่งเป็นไปได้ยากในการเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลที่เป็นบุคลากรประจำ และมีค่าใช้จ่ายสูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ และกระบวนการจัดบริการที่พบ ได้แก่

1.1 รูปแบบ Continuing care from hospital to home เป็นการให้บริการของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพประจำโรงพยาบาล มีการจัดหาอุปกรณ์จำเป็น เช่น เตียงปรับระดับ ที่นอนลม และสอนผู้ดูแลหลักในการจัดการดูแลผู้ป่วย ทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจนอาการคงที่ 1-2 ครั้งต่อเดือน (จำนวนครั้งที่เยี่ยมเฉลี่ย 5 ครั้งต่อปี ระยะเวลาที่เยี่ยมเฉลี่ย 31.25 นาที) จึงส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์บริการสาธารณสุข

1.2 รูปแบบ Bangkok Metropolitan Administration (BMA) Home ward เป็นการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต้นสังกัดไม่มีการจัดบริการเยี่ยมบ้านแต่ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้เยี่ยมบ้าน ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลจิตอาสา ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินจะเยี่ยมผู้ป่วยรายใดบ้าง พยาบาลติดตามเยี่ยม 1-2 ครั้งต่อเดือน (จำนวนครั้งที่เยี่ยมเฉลี่ย 10 ครั้งต่อปี ระยะเวลาที่เยี่ยมเฉลี่ย 28.75 นาที)

1.3 รูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert ผู้ให้บริการหลักคือพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองและทีมสุขภาพ พยาบาลประจำหน่วยเยี่ยมบ้านเป็นผู้วางแผนจำหน่ายร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในและผู้ดูแลหลักตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน และติดตามเยี่ยมเมื่อจำหน่ายกลับบ้านโดยพยาบาลคนเดียวกันตลอดเส้นทางการเจ็บป่วยเยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน (จำนวนครั้งที่เยี่ยมเฉลี่ย 6 ครั้งต่อปี ระยะเวลาที่เยี่ยมเฉลี่ย 40 นาที) แล้วจึงส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

1.4 Family care ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะจากครอบครัวเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว และบุตรหรือคู่สมรสต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยเกินครึ่งเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 62.43 ± 13.33 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.3 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้านและต้องทำหัตถการพิเศษ เช่น ให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 13.3 ทำแผล ร้อยละ 6.4 หลังจำหน่ายกลับบ้านยังไม่มี การฟื้นฟูร่างกาย (ความพิการระดับปานกลางถึงมากจนนอนติดเตียง) ร้อยละ 68.2 และอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลางถึงพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 53.3 แม้ไม่พบภาวะซึมเศร้า แต่ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีการรู้คิดบกพร่อง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} \pm \text{SD} = 3.40 \pm 0.93$) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางกายน้อย ($\beta = .57, p = .000$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.22, p = .000$) การรู้คิดบกพร่อง ($\beta = .20, p = .000$) มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ที่มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวและเป็นคู่สมรส ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 9 ชั่วโมงต่อวัน และเกือบร้อยละ 50 ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืน ต่างจากครอบครัวที่มีผู้ดูแลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืนเพียงร้อยละ 10 เพราะมีการสลับสับเปลี่ยนหน้าที่กัน หน้าที่หลักของผู้ดูแล คือ ให้การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน รองลงมา ได้แก่ การเตรียมอาหารหรือป้อนอาหาร จัดเตรียมยา และดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ตามลำดับ จำนวนของผู้ดูแลไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่จำนวนชั่วโมงในการดูแล ($\beta = -.07, p = .02$) มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 ปัจจัยตัวกำหนดทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยเกือบครึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีความบกพร่องทางร่างกายหลงเหลืออยู่มากจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เกือบร้อยละ

20 ได้รับเงินจากบุตร เบี้ยยังชีพคนพิการ และใช้เงินเก็บส่วนตัว โดยรายได้ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) และผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยมบ้านมากที่สุด 1-2 ครั้งต่อเดือน รองลงมา ได้แก่ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และจิตอาสาในชุมชน ตามลำดับ โดยใช้เวลาส่วนตัวนอกเหนือจากงานประจำ ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายค่าตอบแทนใดๆ ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอ และให้กำลังใจ การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ($\beta = -.047$, $p = .18$) จำนวนกลุ่มผู้ช่วยเหลือในชุมชน ($\beta = .03$, $p = .40$) และกิจกรรมการมีส่วนร่วมในชุมชน ($\beta = .24$, $p = .45$) ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากมีความช่วยเหลือกันและกันในชุมชนน้อย ผู้ดูแลจิตอาสา มีเพียงชุมชนละ 2-3 คน เข้ามาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ร้อยละ 40 อาจไม่เพียงพอต่อการช่วยเหลือที่มีผู้ป่วยเกินครึ่งไม่สามารถออกไปมีกิจกรรมนอกบ้านภายหลังเจ็บป่วยได้

2.5 ปัจจัยด้านรูปแบบการดูแลที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ หลังปรับโมเดล พบว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($p\text{-value} = .584$, $\text{CMIN/DF} = .781$, $\text{GFI} = .997$, $\text{RMR} = .014$, $\text{RMSEA} = .025$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 65 ($R^2 = .65$) รูปแบบ *Continuing care from hospital to home* มีอิทธิพลทางตรงต่อการฟื้นตัว ($\beta = -0.16$, $p = .015$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อระดับคุณภาพชีวิตผ่านการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .134$, $p = .019$) รูปแบบ *BMA home ward* มีอิทธิพลทางตรงต่อการฟื้นตัว ($\beta = -.14$, $p = .02$) และระดับคุณภาพชีวิต ($\beta = .10$, $p = .008$) นอกจากนี้ ยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อระดับคุณภาพชีวิตผ่านการฟื้นตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .11$, $p = .028$) รูปแบบ *Continuing care from hospital to home by nurse expert* มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเอง ($\beta = .25$, $p < .000$) และระดับคุณภาพชีวิต ($\beta = .13$, $p = .000$) ขณะที่รูปแบบ *Family care* ไม่มีอิทธิพลทางตรงและอ้อมต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต

3. ผลการวิเคราะห์การสนทนากลุ่มประเด็นปัญหา ความต้องการของบริการสุขภาพ พบว่า รูปแบบการดูแลที่มีอยู่ยังไม่มีภาระกิจการพยาบาลที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์บริการ และระบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่คาดหวังของผู้ป่วยได้ เป้าหมายของผู้ป่วย คือ การฟื้นตัวจากโรค ต้องการการฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้น เข้าถึงแหล่งบริการเพื่อการฟื้นฟู

ในชุมชนแบบไม่มีค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันผู้ให้บริการปฐมภูมิจัดการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียง ประเมินตามอาการและให้การพยาบาลแบบองค์รวมมากกว่าการประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาและให้การพยาบาลสอดคล้องกับกลุ่มอาการแสดงตามพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่เสียหาย ขึ้นฟูตามระยะเวลาของการเกิดโรค การกระตุ้นสมอง lobe ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายให้หายจากความพิการ

4. เมื่อนำผลการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต พบว่า

4.1 รูปแบบที่ดีที่สุด คือ การจัดการบริการ Continuing care from hospital to home by nurse expert

ข้อดี คือ มีผลทำให้ลดความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการในระบบอื่นๆ

ข้อจำกัด คือ ต้องมีการเตรียมพยาบาลที่เป็นพยาบาลเฉพาะทาง และทำงานการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 รูปแบบที่เหมาะสมที่สุด คือ การจัดการบริการ BMA Home ward

ข้อดี คือ มีผลทำให้ลดความพิการและคุณภาพชีวิตดีเป็นลำดับสองในระบบบริการ 4 รูปแบบ เป็นบริการปฐมภูมิที่สามารถให้บริการผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ได้ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขมีความคุ้นเคยและได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัว และมีความร่วมมือจากประชาชนจิตอาสาในพื้นที่ ซึ่งได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นเพื่อนบ้านที่มีความเห็นอกเห็นใจและใกล้ชิดครอบครัว

ข้อจำกัด การดูแลเป็นรูปแบบเดียวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ยังไม่ได้เป็นรูปแบบที่ใช้ความรู้และทักษะเฉพาะในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.3 Continuing care from hospital to home

ข้อดี คือ ลดความพิการและคุณภาพชีวิตเป็นลำดับสามและเกิดจากการจัดการดูแลในครอบครัว ครอบครัวได้รับอุปกรณ์จำเป็นสนับสนุนจากโรงพยาบาล

ข้อจำกัด คือ การเยี่ยมใช้ทีมพยาบาลและกายภาพบำบัดทุกครั้งในการเยี่ยม จึงเป็นการใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น

4.4 Family care

ข้อดี คือ ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว

ข้อจำกัด คือ ลดความพิการและคุณภาพชีวิตมีระดับน้อยที่สุด ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด อยู่ในภาวะพึ่งพิง และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น กลืนลำบาก แผลกดทับ

4.5 การพัฒนารูปแบบที่ 5 Home ward for stroke care เป็นการสังเคราะห์รูปแบบใหม่ โดยใช้ความรู้จากบริการทั้ง 4 รูปแบบ นำข้อดีและข้อจำกัดจากรูปแบบทั้ง 4 มาพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในเมืองใหญ่ ต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีความชำนาญเฉพาะ (มีความรู้ทักษะประเมินปัญหาเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) แต่ไม่สามารถจัดพยาบาลเหล่านี้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้ จึงได้เตรียมการออกแบบการดูแลที่สมบูรณ์ขึ้น ดังนี้ 1) จัดการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้กับพยาบาล จำนวน 2 วัน ให้พยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่เดิม และผู้ป่วยมีความคุ้นเคย ไว้วางใจ 2) พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล 3 ขึ้น (I) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (II) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (III) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3) เพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลจิตอาสา โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแล

5. ผลลัพธ์จากการทดลองใช้รูปแบบใหม่ Home ward for stroke care กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนทั้งสิ้น 30 คน พบว่า หลังการใช้รูปแบบใหม่ ความพิการทางกายมีค่า ($\text{mean} \pm \text{SD} = 2.60 \pm 1.13$) ดีกว่าก่อนได้รับการดูแลรูปแบบใหม่ ($\text{mean} \pm \text{SD} = 3.20 \pm 1.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.88, p = .000$) และคุณภาพชีวิตมีค่า ($\text{mean} \pm \text{SD} = 3.56 \pm 1.10$) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลรูปแบบใหม่ ($\text{mean} \pm \text{SD} = 2.93 \pm 1.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.80, p = .000$) และมีความพึงพอใจระดับมาก (4.84 ± 0.21) ส่วนพยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจระดับมาก ที่มีเครื่องมือช่วยตัดสินใจให้การพยาบาล และเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยจากการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ผู้ดูแลหลักมีความสนใจฝึกการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วย

ตารางเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วย การใช้ทรัพยากร กระบวนการจัดบริการ การดูแล และผลลัพธ์การดูแลของรูปแบบบริการ 5 รูปแบบ

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
ลักษณะความต้องการการดูแลของผู้ป่วย	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 8.6% - Incontinent 4.6% - Wound care 9.8% - Limitation of joint 19.5% ☒ ความพิการเล็กน้อยถึงปานกลาง ☒ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (TMSE = 21.85 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 4.42 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 11.6% - Incontinent 6.5% - Wound care 3.2% - Limitation of joint 10.3% ☒ ความพิการเล็กน้อยถึงปานกลาง ☒ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (TMSE = 22.9 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 4.56 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 11.1% - Incontinent 8.6% - Wound care 4.9% - Limitation of joint 7.4% ☒ ความพิการปานกลาง ☒ การรู้คิดปกติ (TMSE = 23.6 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 3.25 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 45% - Incontinent 25% - Wound care 7.5% - Limitation of joint 7.5% ☒ ความพิการมากถึงรุนแรง นอนติดเตียง ☒ การรู้คิดบกพร่อง (TMSE = 15.48 คะแนน) ☒ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (9Q = 7.83 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 12% - Incontinent 3.3% - Wound care 4.5% - Limitation of joint 12.5% ☒ ความพิการปานกลาง ☒ การรู้คิดปกติ (TMSE = 23.06 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 5.40 คะแนน)
การใช้ทรัพยากร	☒ พยาบาลวิชาชีพ ☒ นักกายภาพบำบัด	☒ พยาบาลวิชาชีพ ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา	☒ พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ☒ นักกายภาพบำบัด	—	☒ พยาบาลวิชาชีพ ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
กระบวนการจัดบริการ	☒พยาบาลวิชาชีพเยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 31.25 นาที+ ☒นักกายภาพบำบัดเยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 15 นาที หมายเหตุ: +นักสังคมสงเคราะห์ เกสซกร นักโภชนาการ เยี่ยมเฉพาะกรณีพยาบาลประเมินพบปัญหาและส่งปรึกษาปัสละ 1 ครั้ง การเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่พบการลงเยี่ยมของแพทย์	☒พยาบาลวิชาชีพเยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 28.75 นาที+ ☒ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 20 นาที หมายเหตุ: +แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เกสซกร นักโภชนาการ เยี่ยมเฉพาะกรณีพยาบาลประเมินพบปัญหาและส่งปรึกษา เฉลี่ยปีละ 1 ครั้ง การเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่พบการลงเยี่ยมของแพทย์	☒พยาบาลเฉพาะทางเยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 40 นาที+ ☒นักกายภาพบำบัดเยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 30 นาที หมายเหตุ: +แพทย์แผนไทยลงเยี่ยมเพื่อศึกษาดูงานและฝึกสอนนักศึกษา	—	☒พยาบาลวิชาชีพเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ใน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 40 นาที - ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เสมือนเป็น nurse expert - มีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล (I) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (II) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (III) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
					☒ ผู้ดูแลอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 20 นาที เพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลอาสาสมัคร โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแล
ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน	เฉลี่ย 3 เดือน	เฉลี่ย 1 ปี	เฉลี่ย 3 เดือนแต่ไม่เกิน 6 เดือน	—	6 สัปดาห์
กระบวนการดูแล จำนวนผู้ดูแลและ ระยะที่ใช้ในการดูแล	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 8.84 ชั่วโมง	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 8.78 ชั่วโมง ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยม 1-2 ครั้งต่อเดือน	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 7.21 ชั่วโมง	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 14.63 ชั่วโมง	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 6.31 ชั่วโมง ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยม 2 ครั้งต่อเดือน
กิจกรรมการดูแล ของผู้ดูแล	☒ กิจวัตรประจำวัน (79.3%) ☒ เตรียมอาหาร(69.5%)	☒ กิจวัตรประจำวัน (80.6%) ☒ เตรียมอาหาร(71%)	☒ กิจวัตรประจำวัน (74.1%) ☒ จัดยา (64.2%)	☒ กิจวัตรประจำวัน (97.5%) ☒ จัดยา (85%)	☒ กิจวัตรประจำวัน (75.4.1%) ☒ จัดยา (56.2%)

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
	☒ จัดยา (53.4%) ☒ พาไปโรงพยาบาล (20.1%)	☒ จัดยา (60.6%) ☒ พาไปโรงพยาบาล (20%)	☒ เตรียมอาหาร(53.1%) ☒ พาไปโรงพยาบาล (29.6%)	☒ เตรียมอาหาร(82.5%) ☒ ดูแลสิ่งแวดล้อม (22.5%)	☒ เตรียมอาหาร (52.4%) ☒ พาไปโรงพยาบาล (21.8%)
ผลลัพธ์ก่อนการดูแล	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.86 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.94 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 3.15 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 4.5 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 3.2 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.56 คะแนน)
ผลลัพธ์หลังการดูแล	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.84 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.5 คะแนน)	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.82 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.5 คะแนน)	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.78 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.56 คะแนน)	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 3.2 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับต่ำ (2.02 คะแนน)	☒ ความพิการน้อย (mRS = 2.6 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับดี (4.84 คะแนน)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. รูปแบบ Home ward for stroke care เหมาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เมืองใหญ่หรือจังหวัดที่มีการปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ประชากรส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ผู้ดูแลมีน้อยหรือเป็นผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในห้องแบ่งเช่า มีความยากลำบากในการขนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหรือเข้ารับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล มีความพิการหลงเหลืออยู่มาก ต้องการฟื้นฟูภาวะสุขภาพโดยเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อน ต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีความชำนาญเฉพาะ (มีความรู้ทักษะประเมินปัญหาเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) แต่ไม่สามารถจัดพยาบาลเหล่านี้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้

จัดระบบการดูแล ผู้ให้บริการหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เสมือนเป็น nurse expert ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล 3 ชั้น (I) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (II) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (III) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และผู้ดูแลจิตอาสา ที่เดิมเคยทำหน้าที่เป็น อสส. มาก่อน และสมัครใจเข้าร่วมอบรมเพื่อเป็นผู้ดูแลจิตอาสา หรือบางส่วนได้รับการเสนอชื่อให้เข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจิตอาสา พัฒนาให้มีทักษะและความรู้โดยฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 8 วัน เนื้อหาการฝึกอบรม เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การเคาะปอด

กระบวนการจัดการ เมื่อพยาบาลได้รับข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย จะประเมินปัญหาและความจำเป็นในการปรึกษาทีมสุขภาพสาขาอื่นๆ ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก เช่น กรณีผู้ป่วยมีความพิการระดับน้อยถึงปานกลาง จะปรึกษานักกายภาพลงเยี่ยมบ้านร่วมด้วย กรณีผู้ป่วยมีปัญหาเคราะหฐานะ ไม่มีผู้ดูแล จะปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ลงเยี่ยมบ้านร่วมด้วย และเพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลจิตอาสา โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแล จากนั้น พยาบาลกำหนดวันเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ติดตามผลลัพธ์การดูแล 1 ครั้ง ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ใช้เวลาส่วนตัวหลังเลิกงาน ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้กำลังใจ ช่วยฝึกให้ผู้ดูแลหลักที่มีความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คอยติดตามอาการและแจ้งพยาบาล ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีพยาบาลคอยเป็นที่ปรึกษา

ดังนั้น ผู้นำระบบการดูแลนี้ไปประยุกต์ใช้ ต้องมีการเตรียมพยาบาลวิชาชีพ 1) ฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะและความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การใช้เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล 3 ชั้น จำนวน 3 วัน 2) เตรียมผู้ดูแลจิตอาสา อาจเป็นสมาชิกในชุมชนที่เคย อสส.หรือ อสม. อยู่เดิม หรือรับสมัครผู้ดูแลจิตอาสาใหม่ อบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

จำนวน 8 วัน ทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 3) เตรียมฝึกให้ผู้ดูแลจิตอาสามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแลให้เกิดการฟื้นตัวโดยเร็วและลดความพิการ

2. กรณีประเมินสถานการณ์การเข้าถึงบริการปฐมภูมิของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การจัดบริการยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยในพื้นที่ และจำนวนพยาบาลวิชาชีพในเขตพื้นที่รับผิดชอบไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย จากการศึกษาภาระงานในชุมชน อัตรากำลังพยาบาลในชุมชน กรุงเทพมหานคร รับผิดชอบประชากรในพื้นที่จำนวนมาก มีความต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้านสำหรับชุมชนกรุงเทพมหานครจำนวน 6 เท่าของพยาบาลที่มีอยู่ในระบบ จึงจะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างทั่วถึงในปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน (จากมติที่ประชุมสมการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2562)

การจัดให้มีพยาบาล (อิสระ) ประจำตัวหรือพยาบาลปฏิบัติงานนอกเวลาเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่มีจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมและเป็นทางออกของการขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านทำให้เกิด cost benefit และเกิดความพึงพอใจต่อผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าการเข้ามารับการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล (Hillier & Inglis-Jassiem, 2010) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และกรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีกำลังจ่ายค่าตอบแทนในการจ้างงานพยาบาล (อิสระ) ประจำตัว โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวน 8-12 ครั้ง (กรณีผู้ป่วยติดบ้าน เยี่ยมจำนวน 8 ครั้ง, กรณีผู้ป่วยติดเตียงที่มีอุปกรณ์ติดตัวต้องดูแล เช่น สายยางให้อาหาร ใส่คาสายสวนปัสสาวะ เยี่ยมบ้านจำนวน 12 ครั้ง) มีการกำหนดกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับจำนวน 8-12 ครั้ง (ตามเอกสารภาคผนวกบทบาทและกิจกรรมการเยี่ยมบ้านพยาบาลอิสระ) ค่าใช้จ่ายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนละ 7,500 บาท ต่อปี (เฉลี่ย 500 บาทต่อคน ไม่รวมค่าอุปกรณ์)

3. การดูแลโดยครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนการฟื้นตัวจากโรค และยกระดับคุณภาพชีวิตที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 40 คน ที่ได้รับการดูแลโดยครอบครัว ผู้ดูแลหลัก คือ คู่สมรส ขณะที่บุตรต้องไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวตนเองและต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดูแลผู้เจ็บป่วย บางส่วนเป็นผู้ป่วยที่ต้องอยู่เพียงลำพังในเวลากลางวัน เนื่องจากผู้ดูแลมีเพียงคนเดียวและต้องไปทำงาน ผู้ดูแลเพียงคนเดียวไม่สามารถทดแทนกิจกรรมการดูแลที่

ผู้ป่วยสมควรได้รับเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว เช่น ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ รักษาสุขอนามัยเพื่อลดการติดเชื้อ ผู้ซื้อบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีกำลังจ่ายเงินทดแทน โดยผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว และมีสมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงาน ผู้ซื้อบริการสุขภาพ จ่ายเงินทดแทนรายได้จากการไปทำงาน ร้อยละ 50 ของค่าแรงขั้นต่ำ (300 บาท) เฉลี่ยทำงาน 20 วัน จ่ายเงินทดแทน 3,000 บาทต่อเดือน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Riewpaiboon เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการของครอบครัวเฉลี่ย 4,642.6 บาทต่อเดือน (ค่าอ้างอิงราคาสินค้าและบริการปี พ.ศ.2550) (Riewpaiboon et. al., 2009) โดยจ่ายเงินทดแทนผู้ดูแลในช่วง Golden period ของการฟื้นตัว 3 เดือนแรกภายหลังเกิดโรค เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนสำคัญมีส่วนให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะซึมเศร้า การรู้คิดบกพร่อง จนร่างกายถดถอยจากสังคม และกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในที่สุด

4. พยาบาลและผู้ดูแลจิตอาสา เป็นผู้นำการเยี่ยมบ้านในกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ควรชื่นชมและให้กำลังใจในการทำงานของพยาบาลและผู้ดูแลจิตอาสา ในการลงทุกพื้นที่ที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ดูแลจิตอาสา ทำงานด้วยใจเมตตาตามแนวทางของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว “ทำความดี ด้วยหัวใจ” อาศัยความคุ้นเคย ไว้วางใจ มีจิตใจเสียสละจนสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ และสร้างความกลมเกลียวให้กับคนในชุมชน นอกจากนี้ ควรส่งเสริมประชาชนจิตอาสา ให้มาร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่อยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้
5. พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะและเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่พยาบาลที่มีความรู้การดูแลผู้ป่วยอยู่เดิม ให้มีความชำนาญในการประเมินค้นหาปัญหา และให้การพยาบาลกรณีพบปัญหาอย่างถูกต้องบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ และฝึกทักษะของผู้ดูแลหลักตามคู่มือการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยการจัดพิมพ์เครื่องมือทั้ง 3 ชิ้น เพื่อเผยแพร่ในสถานพยาบาลทั้งสังกัดในภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางกาย เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

บทสรุปเพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกรุงเทพมหานครมี 4 รูปแบบ ดังนี้

- 1) Continuing care from hospital to home by nurse expert มีผลลดความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการในระบบอื่นๆ ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลเป็นผู้วางแผนจำหน่ายตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยในและติดตามเยี่ยมเมื่อจำหน่ายกลับบ้านโดยพยาบาลคนเดียวกันตลอดเส้นทางการเจ็บป่วย เยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน เฉลี่ยนาน 3 เดือนแต่ไม่เกิน 6 เดือน มีข้อจำกัดคือ ต้องมีการเตรียมพยาบาลที่เป็นพยาบาลเฉพาะทาง และทำงานการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไม่มีทรัพยากรเพียงพอในการผลิตกำลังคนเพื่อรองรับผู้ป่วยจำนวนมากในชุมชน
- 2) Home ward มีผลลดความพิการและคุณภาพชีวิตดีเป็นลำดับสองในระบบบริการ 4 รูปแบบ ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นเพื่อนบ้านที่มีความเห็นอกเห็นใจและใกล้ชิดครอบครัว มีความคุ้นเคยและได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัว และมีความร่วมมือจากประชาชนจิตอาสาในพื้นที่ รับข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล เยี่ยม 1-2 ครั้งต่อเดือน อย่างน้อยนาน 1 ปี ข้อจำกัดคือ การดูแลเป็นรูปแบบเดียวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ยังไม่ได้เป็นรูปแบบที่ใช้ความรู้และทักษะเฉพาะในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) Continuing care from hospital to home มีผลลดความพิการแต่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพและนักกายภาพบำบัด เยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน ลักษณะ home visit ให้คำปรึกษาและคำแนะนำการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะที่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว พยาบาลใช้เวลาดูแลผู้ป่วย 30 นาที กายภาพบำบัดใช้เวลาดูแลผู้ป่วย 15 นาที เฉลี่ยนาน 3 เดือน จึงส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ข้อจำกัดคือ ระยะเวลาที่ให้การดูแลไม่เพียงพอต่อการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างน้อยผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามเยี่ยมนาน 1 ปี เพื่อให้เกิดการฟื้นตัวและลดความพิการจากโรค การเยี่ยมใช้ทีมพยาบาลและกายภาพบำบัดทุกครั้งในการเยี่ยม จึงเป็นการใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น

4) Family care ไม่มีผลลดความพิการและคุณภาพชีวิตมีระดับน้อยที่สุด ผู้ป่วยอยู่ลำพังในช่วงกลางวัน หรือผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ บุตรต้องทำงานจนเจ็ครอบครัวยุ ทำให้ขาดการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

การสังเคราะห์ความรู้รูปแบบใหม่ Home ward for stroke care นำข้อดีและข้อจำกัดจากรูปแบบทั้ง 4 มาพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในเมืองใหญ่ ต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีความชำนาญเฉพาะ (มีความรู้ทักษะประเมินปัญหาเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) แต่ไม่สามารถจัดพยาบาลเหล่านี้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้ จึงได้เตรียมการออกแบบการดูแลที่สมบูรณ์ขึ้น ดังนี้ 1) จัดการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้กับพยาบาล จำนวน 2 วัน ให้พยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่เดิม และผู้ป่วยมีความคุ้นเคย ไว้วางใจ 2) พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล 3 ชิ้น (I) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (II) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (III) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3) เพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลจิตอาสา โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแล

ผลลัพธ์จากการทดลองใช้รูปแบบใหม่ Home ward for stroke care กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน พบว่า หลังได้รับการเยี่ยมบ้านด้วยรูปแบบใหม่ ความพิการลดลงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีกว่าก่อนเยี่ยมบ้านด้วยรูปแบบใหม่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลผู้ทดลองใช้รูปแบบ Home ward for stroke care มีความพึงพอใจระดับมากที่มีเครื่องมือช่วยตัดสินใจให้การพยาบาล และเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความสนใจฝึกการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านด้วยรูปแบบ Home ward for stroke care มีผลลดความพิการและคุณภาพชีวิตดี ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายควรผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการปฐมภูมิในรูปแบบใหม่ตามระดับความต้องการการดูแล การจัดทรัพยากร กระบวนการจัดบริการ ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ดี เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดบริการสูงสุดและตอบสนองผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเมืองใหญ่

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านนโยบาย

- นำเสนอการยก (ร่าง) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนทั่วประเทศแก่นายกสภาการพยาบาล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจทางการพยาบาลในการประเมินปัญหาสุขภาพ และให้การพยาบาลกรณีพบปัญหาได้อย่างถูกต้องบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ การพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คัดกรองผู้รับบริการและผู้ให้บริการสุขภาพ (ปัจจุบันอยู่ระหว่างดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ทั่วประเทศ และลิขสิทธิ์ภาพประกอบ)
- นำเสนอการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแก่ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในกรุงเทพมหานคร

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	iii
บทคัดย่อภาษาไทย	iv
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	vii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	x
ข้อเสนอเชิงนโยบาย	xv
บทสรุปเพื่อการสื่อสารสาธารณะ	xvii
การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์	xviii
สารบัญตาราง	xviii
สารบัญรูปภาพ	xix
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	11
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	20
บทที่ 4 ผลการศึกษา	39
4.1 สถานการณ์การเข้าถึงบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร	39
4.2 รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ และกระบวนการจัดบริการ	45
4.3 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องต่อคุณภาพชีวิต	55
4.4 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ	68
4.5 ผลการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	73
4.6 ผลของรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิต่อคุณภาพชีวิต: กรณีศึกษา	100
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา	106
บทที่ 6 การอภิปรายผล	118
เอกสารอ้างอิง	128
ภาคผนวก	139
กิจกรรมการเยี่ยมบ้านพยาบาล (อิสระ) ประจำตัวและบทบาทพยาบาลอิสระประจำตัว	
แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน	
คู่มืออาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน	
การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน	
แบบสอบถาม	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการ และคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่าง	42
ตารางที่ 4.2 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	54
ตารางที่ 4.3 แสดงข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	56
ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละกิจกรรมการช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลจากคนชุมชน	61
ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	62
ตารางที่ 4.6 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ	64
ตารางที่ 4.7 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณหาอิทธิพลของตัวแปรอิสระ ต่อคุณภาพชีวิตในของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน	65
ตารางที่ 4.8 แสดงค่าการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิต	67
ตารางที่ 4.9 ค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม	71
ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ลักษณะผู้ป่วย กระบวนการจัดบริการและการดูแลที่ได้รับ และผลลัพธ์สุขภาพที่คาดหวัง	94
ตารางที่ 4.11 แสดงลักษณะการจัดบริการรูปแบบ Home ward for stroke care	98

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	10
แผนภาพที่ 2 แสดงการเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง	26
แผนภาพที่ 3 แสดงการจัดกลุ่มตัวอย่าง	28
แผนภาพที่ 4.1 เปรียบเทียบสถานการณ์การเข้าถึงบริการเยี่ยมบ้านและความต้องการ	41
แผนภาพที่ 4.2 รูปแบบการจัดบริการในแต่ละโรงพยาบาลและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง	44
แผนภาพที่ 4.3 แสดงร้อยละพื้นที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจากมากไปน้อย	45
แผนภาพที่ 4.4 แสดงแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนตามสมมติฐานการวิจัย	70
แผนภาพที่ 4.5 แสดงแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนปรับโมเดล	71

สารบัญแผนภูมิแท่ง

	หน้า
แผนภูมิแท่งที่ 4.1 แสดงประเภทยุทธศาสตร์ที่ตามเยี่ยมบ้าน จำนวนที่เยี่ยมบ้าน และระยะเวลาที่ให้บริการ	48
แผนภูมิแท่งที่ 4.2 แสดงการจัดบริการรูปแบบ Continuing care from hospital to home	49
แผนภูมิแท่งที่ 4.3 แสดงการจัดบริการรูปแบบ BMA home ward	50
แผนภูมิแท่งที่ 4.4 แสดงการจัดบริการรูปแบบ Continuing care from hospital to home By nurse expert	51
แผนภูมิแท่งที่ 4.5 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพระหว่างการดูแล 4 รูปแบบ	53
แผนภูมิแท่งที่ 4.6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนระดับคุณภาพชีวิตระหว่าง ด้านร่างกายและจิตใจ	54
แผนภูมิแท่งที่ 4.7 แสดงหน้าที่/กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล	60
แผนภูมิแท่งที่ 4.8 แสดงหน้าที่ของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	60
แผนภูมิแท่งที่ 4.9 แสดงความช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลจากคนชุมชน	61
แผนภูมิแท่งที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของรูปแบบการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ	67
แผนภูมิแท่งที่ 4.11 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	104
แผนภูมิแท่งที่ 4.12 แสดงค่าเฉลี่ยความพิการทางกาย (mRS) เปรียบเทียบก่อนและหลัง การเยี่ยมบ้านด้วยรูปแบบบริการ Home ward for stroke care	104
แผนภูมิแท่งที่ 4.13 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบก่อนและหลัง การเยี่ยมบ้านด้วยรูปแบบบริการ Home ward for stroke care	105

บทที่ 1 บทนำ

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ถือเป็นกิจกรรมการให้บริการที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ลดความบกพร่องและความพิการ รวมทั้งการกลับมาใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ยังไม่มี การฟื้นตัวของระบบประสาท เช่นเดียวกับการฟื้นตัวการทำหน้าที่ทางกายในวันที่ยาหมายกลับบ้าน ร้อยละ 70 ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับเล็กน้อยถึงมาก (Koositamongkol, Sindhu, Pinyopasakul, Nilanont, & Redman, 2013) และผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งยังคงมีความพิการหลงเหลือ อยู่เมื่อติดตามไปที่ 3 เดือน (Muengtaweepongsa, Dharmasaroja, & Kummark, 2012) ทำให้ เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่อยู่ในชุมชนถึง 3 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cloutier-Fisher, 2005)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องและความพิการ ทำให้ลดการดำเนินชีวิตหรือ การปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง สูญเสียบทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมใน สังคม ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียผลิตภาพและงบประมาณด้านสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก มีการ รายงานที่ผ่านมา พบว่า การยกระดับคุณภาพชีวิต มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับบุคคล และสิ่งแวดล้อม (Fidel et al., 2014; Moeller & Carpenter, 2013) แต่เป็นที่น่าเสียดายส่วนใหญ่เป็นการศึกษาใน โรงพยาบาล และการเข้าถึงหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Kuptniratsaikul et al., 2008; Lin, Tsai, Lo, Chang, & Huang, 2005) และเป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภายในตัวบุคคล ลักษณะทางคลินิก หรือความบกพร่องของร่างกายด้านในด้านหนึ่งต่อคุณภาพชีวิตเท่านั้น (Lawrence et al., 2001) ทำให้ไม่สามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว มาพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ตรงตามความต้องการการ ดูแลสุขภาพที่หลากหลาย สอดคล้องกับการจัดบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ตามความเป็นจริง

การศึกษาโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน ทำให้ได้ภาพรวมของประชากรภายหลังเกิดโรคหลอดเลือด สมองทั้งหมดมากกว่าการศึกษาในโรงพยาบาล และมีปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ วิถีชีวิตของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จากการสำรวจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรค 1 ปี ทั่วประเทศไทยจำนวน 319 ราย โดยผู้วิจัยและคณะซึ่งอยู่ระหว่างการเผยแพร่ผลงานวิจัย พบว่า แม้ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งสามารถเข้าถึง

บริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพภายใน 1-2 เดือน หลังเกิดโรค แต่เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้วมีเพียงร้อยละ 42.9 ที่ไม่ต้องการการช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าทุกภูมิภาค ผู้ป่วยบางรายมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว ส่งผลให้มีปัญหาในการเคลื่อนย้าย มีความยากลำบากในการเดินทาง ต้องใช้เงินมาก สูญเสียเวลาในการรอคอยเมื่อต้องมาโรงพยาบาล ขณะที่บริบทของชุมชนในกรุงเทพมหานคร มีประชากรจำนวนไม่น้อยที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจดี การศึกษาสูง แต่ยังมีประชากรผู้ด้อยโอกาส ยากจน การศึกษาน้อยและมีความบกพร่องทางกายอยู่อีกจำนวนหนึ่ง (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผลกรุงเทพมหานคร, 2552) ที่ขาดการสนับสนุนจากลักษณะครอบครัวมีฐานะยากจนหรือประสบปัญหาขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายสูง ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเช่า สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแล ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกมีน้อยหรือมีภาระหน้าที่ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวทำให้ไม่มีใครมาผลัดเปลี่ยน บางครั้งต้องทิ้งผู้ป่วยให้อยู่บ้านคนเดียวตามลำพัง ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการเลวลง มีความถดถอยทางกาย สุดท้ายทำให้เกิดการเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในมหานครที่มีอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายสูงกว่าทุกภูมิภาค ด้วยความหลากหลายของประชากรที่เข้ามาตั้งถิ่นฐานทั้งถาวรและชั่วคราว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำ อาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม ชุมชนแออัดถึงประมาณ 2 ล้านคน (วินัส อุดมประเสริฐกุล และคณะ, 2552; สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผลกรุงเทพมหานคร, 2552) ทำให้เกิดความแตกต่างของการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ไม่มีโอกาสได้รับการรักษาทางเลือก เกิด conflict relationship เนื่องจากผู้ดูแลให้เหตุผลว่าการอยู่รอดของสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญกว่า ส่งผลให้กรุงเทพมหานครมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่หลากหลาย อาทิ ลักษณะที่มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว สมาชิกคนอื่นๆ มาสับเปลี่ยนช่วยเหลือเป็นบางครั้งหรือเมื่อมีความจำเป็น และ ลักษณะของการดูแลที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรสทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว ส่วนบุตรต้องออกไปทำงานไม่มีเวลาช่วยดูแลผู้ป่วย ลักษณะการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากญาติยอมรับสถานะของผู้ป่วยที่ไม่มีทางหายเป็นปกติ ลักษณะของการจ้างเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยมาดูแล หรือเป็นการจ้างผู้ช่วยเหลือ เนื่องจากญาติไม่มีเวลาดูแลด้วยตนเองและมีรายได้พอที่จะจ้างผู้ดูแลได้ ลักษณะของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติและไม่มีความสัมพันธ์ใดๆ กับผู้ป่วย แต่มาช่วยดูแลเนื่องจากมีความเคารพนับถือกัน สนับสนุนกันมาก่อน หรือเกิดจากความสงสาร เป็นต้น (Nantaporn Srinim, 2002; Siriwan Anantato, 2005; Somnuk Sakunhongsophon, 2010) ดังนั้น การจัดบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ถือ

เป็นบริบทที่มีความท้าทายในการจัดระบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวย และสอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของสังคมเมืองใหญ่ ที่จะทำให้เกิดการบูรณาการอย่างเหมาะสมทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ผลการศึกษาที่ผ่านมามีข้อจำกัดเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีความรุนแรงโรคน้อย หรือเฉพาะกลุ่มประชากรที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลักฐานยืนยันองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ครอบครัวย และการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ได้มาจากการศึกษาเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศหญิง ความบกพร่องทางกายและความพิการระดับสูง ภาวะซึมเศร้า ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (Carod-Artal, Stieven Trizotto, Ferreira Coral, & Menezes Moreira, 2009; Heikinheimo & Chimbayo, 2015) ปัจจัยตัวกำหนดทางสังคม ได้แก่ สถานภาพการประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา (De Wit et al., 2017; Caleb A. Gbiri & Akinpelu, 2012) ลักษณะของครอบครัว จำนวนของผู้ดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแล เอื้อให้เกิดการสนับสนุนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Caleb Ademola Gbiri, Olawale, & Isaac, 2015) การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Lennon, McKenna, & Jones) ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับทักษะในการจัดการตนเอง ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย สามารถลดความพิการ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นตัว เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lennon et al., 2013; Parke et al., 2015) และอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ ได้แก่ รูปแบบและกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าลักษณะโครงสร้างการจัดบริการ และกระบวนการจัดบริการมีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษา meta-analysis ในประเทศที่พัฒนาแล้วทางยุโรปเกี่ยวกับประสิทธิผลของลักษณะโครงสร้างการจัดบริการช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Home-visiting, Hospital-initiated support, Telephone support, Primary education, Outpatient setting-based พบว่า Home-visiting นำโดยสหสาขาวิชาชีพสามารถเพิ่มการฟื้นตัวทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wang, Yang, Shi, Yang, & Hu, 2017) ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วในเอเชียกลับพบว่า Home care ที่จัดโดยพยาบาลและการมีผู้ช่วยเหลือในชุมชนสามารถทำนายการ

ฟื้นตัวทางกายและคุณภาพชีวิตได้ (Sayuri & Masako, 2015) ขณะที่กระบวนการจัดบริการ ประกอบด้วย จำนวนบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการเยี่ยมบ้าน และจำนวนชั่วโมงในการดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการฟื้นตัวทางกายได้ร้อยละ 38 และภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ภายหลังเกิดโรคได้ถึงร้อยละ 52 ภายใน 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Simon, Kumar, & Kendrick, 2008) อย่างไรก็ตาม นโยบายระบบบริการสุขภาพเพื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย เหล่านี้สามารถจัดการโรคได้ด้วยตนเอง โดยนำการสนับสนุนการจัดการตนเอง มาใช้อย่างแพร่หลาย ผ่านผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ผลลัพธ์การส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถ เพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ (Fryer, Luker, McDonnell, & Hillier, 2016)

สำหรับประเทศไทย การ implement กิจกรรมการดูแลมีทั้งในส่วนที่ประสบผลสำเร็จ และไม่พบความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแล โดยเฉพาะการศึกษาการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิต ภายหลังเกิดโรคในระยะยาว กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีการฟื้นตัวการทำหน้าที่ทางกายที่ดี เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับ home-based therapy ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมี ครอบครัวสนับสนุนการดูแล แต่ผู้ดูแลยังคงรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลระดับปานกลางถึงมาก (Chaiyawat & Kulkantrakorn, 2012; Heikinheimo & Chimbayo, 2015; Khampolsiri, Pothiban, Sucamvang, & Panuthai, 2006) เมื่อติดตามไป 1 ปี ภายหลังเกิดโรคพบว่า ผู้ป่วยยังคง มีภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การถดถอยการมีกิจกรรมทางกาย (Kuptniratsaikul, Kovindha, Piravej, & Dajpratham) ขณะที่การจัดบริการปฐมภูมิที่มีอยู่จากประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในชุมชน พบว่า ลักษณะของการจัดบริการหลังพ้นระยะเฉียบพลัน มี 4 รูปแบบ ได้แก่ Institutional (rehabilitation) care, outpatient services/ambulatory clinic, home health care/home word และ home visits โดยมีรูปแบบของการจัดบริการโดยผู้ให้บริการสุขภาพ 4 รูปแบบ ได้แก่ การพยาบาลที่บ้าน (home health care/home word) การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล (nurse home visit) การเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary care) และการโทรศัพท์ ตามเยี่ยม (Telephone visit) แต่การโทรศัพท์ตามเยี่ยมส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการในสถานบริการ หรือหน่วยฟื้นฟูสภาพเพื่อติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย อย่างไรก็ตาม ทุกรูปแบบพยายามเน้นให้ ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเอง ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการจัดการ

สุขภาพตรงตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ด้วยลักษณะทางสังคมที่แตกต่างกันโดยเฉพาะสภาพสังคมในเมืองใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้เต็มที่ ดังนั้น ที่ผ่านมาการจัดบริการปฐมภูมิเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยเฉพาะบางกลุ่มเท่านั้น และไม่เกิดการฟื้นตัวอย่างสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สามารถอธิบายผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้เพียงร้อยละ 39 เท่านั้น (De Wit et al., 2017)

จากการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า แม้มีความพยายามในการจัดบริการปฐมภูมิให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ยังคงขาดความลุ่มลึกและความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของบุคคลสำคัญที่มีบทบาทต่อการดูแลจัดการให้ผู้ป่วยเหล่านี้ฟื้นตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น การนำความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์ลักษณะปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างรอบด้านมาผนวกเข้ากับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยเสริมความรู้ความเข้าใจมุมมองชีวิตจากผู้ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรง เผชิญปัญหา แก้ไขปัญหา บ้างก็มีทางออกหรือบ้างก็ไม่มีทางออก การจัดสนทนากลุ่มย่อยจึงถูกนำมาใช้ในการเจาะลึก เพิ่มความเข้าใจในชีวิตจริง บริบท วิถีชีวิต ทรัพยากรของทั้ง 3 กลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว/ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพ ก็จะนำมาออกแบบระบบการดูแลที่บูรณาการทุกภาคส่วน จะช่วยให้เห็นฉากชีวิต การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับกับเสียงสะท้อนของผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลอย่างแท้จริงผ่านการเกื้อกูลกันทั้ง 3 ภาคส่วน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษาที่แสดงถึงรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตน้อยมาก ส่วนใหญ่ผลการศึกษาโครงสร้างและกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตเป็นผลการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว เน้นการศึกษาอิทธิพลทางตรงของปัจจัยในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเท่านั้น สำหรับประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสถานการณ์และประสิทธิผลของการจัดรูปแบบบริการเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ทั้งที่ในความเป็นจริงมีรูปแบบและกระบวนการจัดบริการที่หลากหลาย แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดบริการปฐมภูมิรูปแบบใดที่มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต การจัดรูปแบบใดที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย ครอบครัว และลักษณะชุมชนเมือง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบบริการปฐมภูมิโดยนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องรอบด้านมาวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการที่มีอยู่ว่าส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตอย่างไร และศึกษาปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวางแผน

รูปแบบบริการ การประเมินผลลัพธ์การจัดบริการและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดบริการ
ปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนกรุงเทพมหานครต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านรูปแบบการจัดบริการ กระบวนการจัดบริการ
เครือข่ายทางสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยตัวกำหนดทางสังคมต่อคุณภาพ
ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านรูปแบบการจัดบริการ กระบวนการจัดบริการและเครือข่ายทาง
สังคมที่มีอิทธิพลส่งผ่านการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการสุขภาพและการฟื้นตัว
ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
3. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการ
สุขภาพต่อการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองในชุมชน: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร
5. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองในชุมชนกรุงเทพมหานคร

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยด้านรูปแบบการจัดบริการ กระบวนการจัดบริการ เครือข่ายทางสังคม ปัจจัย
ด้านครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยตัวกำหนดทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหรือไม่ อย่างไร
2. รูปแบบการจัดบริการ กระบวนการจัดบริการ และเครือข่ายทางสังคมมีอิทธิพล
ทางตรงต่อคุณภาพชีวิตและมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้
ให้บริการสุขภาพและการฟื้นตัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหรือไม่
อย่างไร
3. ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
และผู้ให้บริการสุขภาพต่อการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นอย่างไร

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ จะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างไรบ้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด Epidemiological model of the delivery of health care services (Oleske, 2009) ที่มีความเกี่ยวข้องกับการออกแบบบริการสุขภาพของประชากรที่สนใจศึกษา เพราะไม่เพียงแต่เป็นการนำข้อมูลการกระจายของโรคและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพมาช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชากรที่สนใจเท่านั้น แต่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจว่าจัดบริการอย่างไรจึงจะสามารถมีผลต่อภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม และเกิดการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้จากการศึกษาสู่การพัฒนาสุขภาพของประชากร โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปนี้

Population ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมของบุคคล สิ่งแวดล้อม (เศรษฐกิจ, ลักษณะทางกายภาพ, การเมือง, สังคม) ลักษณะประชากรจะบอกถึงลักษณะพื้นฐาน สิ่งที่อยู่รอบตัวของประชากรที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ช่วยให้ทราบการกระจาย ความถี่ และรูปแบบ/ลักษณะของปัญหาทั้งระดับบุคคลและการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีผลมาจากองค์ประกอบต่างๆ ที่อยู่โดยรอบของประชากร การศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย อายุ เพศ จำนวนโรคร่วม รายได้ สถานภาพการทำงาน และปัจจัยด้านครอบครัว (โครงสร้างครอบครัว จำนวนของผู้ดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแล)

Need for health care ประกอบด้วย มิติของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ กล่าวคือ การรับรู้ความต้องการด้านสุขภาพที่ถูกระบุโดยผู้ให้บริการได้รับอิทธิพลมาจากการศึกษา ข้อมูลด้านสุขภาพ สิทธิการรักษาและประสบการณ์เดิม ดังนั้น บางครั้งการระบุความต้องการด้านสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจึงไม่ตรงกัน และไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมทางสังคมของผู้รับบริการ ปัญหาสุขภาพจึงไม่ได้ถูกแก้ไขอย่างแท้จริงตามลักษณะของประชากรที่ต่างกัน จากการทบทวนวรรณพบว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องมากจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ มีความต้องการการดูแลสูง และอยู่ในภาวะพึ่งพิง หากไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและบริการสุขภาพ จะทำให้ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ดูแลมีภาระโรคสูง เกิดความเครียด และไม่พอใจกับบริการสุขภาพ (Baumann, Lurbe, Leandro, & Chau, 2012; Walsh, Galvin, Loughnane,

Macey, & Horgan, 2015) การศึกษานี้ ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจกรรมระดับการรู้คิด

Utilization of health care services เป็นการสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งแบบเป็นทางการ (Formal health care) และไม่เป็นทางการ (Informal health care) เป็นผลมาจากการได้รับการที่สามารถตอบสนองได้ตรงตามความต้องการด้านสุขภาพหรือไม่ จะเป็นการชี้วัดการใช้บริการสุขภาพที่สามารถตอบโจทย์ของผู้ป่วย ลักษณะการใช้บริการสุขภาพ แบ่งได้ 2 ชนิด คือ informal (ครอบครัว ชุมชน เครือข่ายทางสังคม) และ formal (องค์กรสุขภาพที่เข้าการจัดการ primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention) โดยการใช้บริการสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไปตามอุบัติการณ์ ความชุก และปัญหาสุขภาพลักษณะของประชากร อาจได้รับอิทธิพลมาจากความรู้ ทักษะ และความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความต้องการด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องทุกด้าน ประกอบด้วย

1) รูปแบบการดูแล (Model of care) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดรูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นการกระจายทรัพยากรสุขภาพได้ตรงตามความต้องการบริการของผู้ป่วย และเป็นรูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพ เนื่องจากสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการสุขภาพ จากข้อมูลการจัดบริการปฐมภูมิในประเทศไทย พบรูปแบบการดูแล 4 รูปแบบ ได้แก่

- Institutional (rehabilitation) care เป็นการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพแบบค้างคืนในโรงพยาบาลและแบบผู้ป่วยนอก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้การดูแลของแพทย์เฉพาะทาง
- Continuing care from hospital to home หมายถึง รูปแบบบริการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีความซับซ้อนของโรคที่บ้าน โดยมีการจัดกิจกรรมการดูแลที่จำเป็นตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาร่วมกับครอบครัว ผู้ให้บริการหลักคือพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ เช่น นักกายภาพบำบัด เภสัชกร แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลหรือเป็นการประสานขอความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพภายในหน่วยบริการเพื่อร่วมกันประเมินปัญหา ช่วยเหลือ ดูแลรักษาโรค จากนั้น จะส่งต่อข้อมูลการดูแลให้กับศูนย์บริการสาธารณสุข

- Bangkok Metropolitan Administration (BMA) Home ward หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงโรคหลงเหลืออยู่บ้านกลางถึงมากหรือเสมือนการดูแลผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วย

ใน ที่มีกิจกรรมการดูแลและการติดตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยรับการส่งต่อผู้ป่วยมาจาก โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีการจัดกิจกรรมการดูแลที่จำเป็นตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาที่บ้านร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแลจิตอาสาในชุมชน (CG: Care Giver ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง) ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลจิตอาสา (CG) เมื่อ ประเมินพบปัญหาผู้ป่วย พยาบาลจะเป็นผู้ประสานขอคำปรึกษาหรือขอความร่วมมือกับบุคลากร สุขภาพสาขาอื่นๆ ที่มีอยู่ในหน่วยบริการ เช่น นักกายภาพบำบัด เภสัชกร แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

- Continuing care from hospital to home by nurse expert หมายถึง รูปแบบ บริการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค โดยมีการวางแผนการดูแลและติดตาม ปัญหาสุขภาพตั้งแต่ออกจำหน่ายจนถึงการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมการดูแลที่จำเป็น ตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาร่วมกับครอบครัว ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพ หรือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (โรคหลอดเลือดสมอง) และบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ ที่มีอยู่ในหน่วย บริการ เช่น นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย หรือเป็นการประสานขอความร่วมมือกับบุคลากร สุขภาพภายในหน่วยบริการเพื่อร่วมกันประเมินปัญหา ช่วยเหลือ ดูแลรักษาโรค

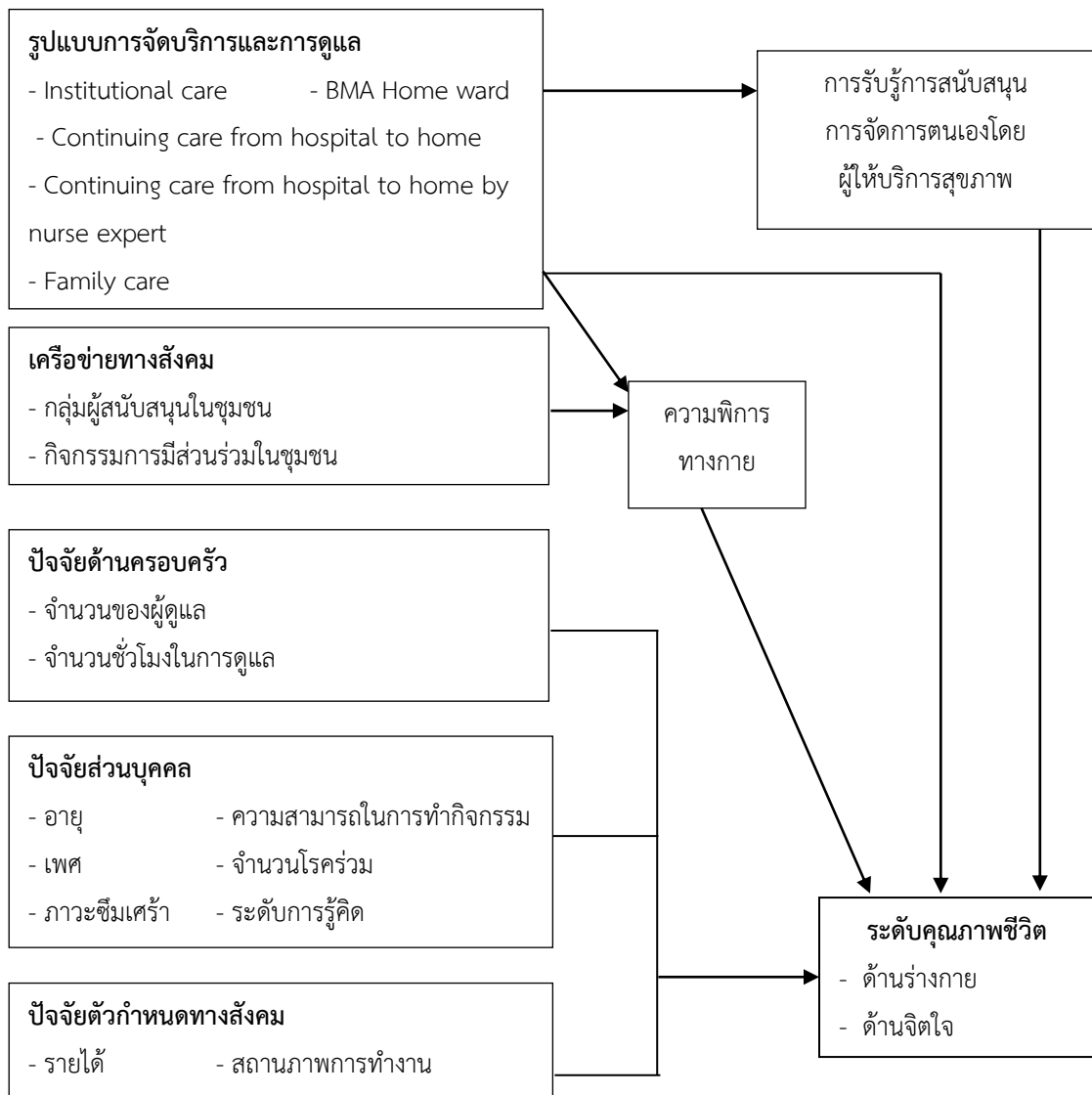
- Family care หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลหรือผู้ดูแลหลัก และ/หรือมีสมาชิกในครอบครัวที่สลับสับเปลี่ยนกันมาดูแล รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านเนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีภายหลังจำหน่ายกลับสู่ ชุมชนได้ อาจจะด้วยเงื่อนไขเรื่องสิทธิการรักษา ผู้ดูแลมีเพียงคนเดียวและต้องทำงานหาเลี้ยง ครอบครัวยังไม่สามารถจัดการดูแลภาวะโรคซับซ้อนที่บ้านได้

2) กระบวนการจัดบริการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องได้รับกิจกรรมการ ดูแล ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสภาวะสุขภาพอย่างเพียงพอ ประกอบด้วย บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องใน การดูแล จำนวนครั้งที่ได้รับการดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแล

3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) โดยผู้ให้บริการ สุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับในระยะ ยาว จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีทักษะ และความมั่นใจในการจัดการสุขภาพและอาการเจ็บป่วยของตนได้ มีความ ต่อเนื่องในการฟื้นฟูภาวะสุขภาพร่างกาย สามารถเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

และคุณภาพด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Warner, Packer, Villeneuve, Audulv, & Versnel, 2015)

Health ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม เป็นการมองโครงสร้าง และองค์ประกอบทั้งหมดของกรอบแนวคิดเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ โดยมีตัวชี้วัดสำคัญ เช่น อุบัติการณ์และความชุกของโรค อัตราการเสียชีวิต อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ การดูแล ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นตัวทางกายและจิตใจ สามารถกลับสู่บทบาททางสังคมหรือประกอบอาชีพได้ เพื่อลดความสูญเสียสุขภาพ การศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย การฟื้นตัวทางกาย และคุณภาพชีวิตดังภาพแสดงที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

2. การทบทวนวรรณกรรม

จากสถานการณ์การจัดบริการเพื่อการฟื้นตัวทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่ยังคงต้องการความรู้ และการออกแบบระบบการดูแลที่ตอบสนองตรงตามปัจจัยภายในตัวบุคคล พยาธิสภาพของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความต้องการด้าน สุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่มีความเฉพาะเจาะจง การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวน วรรณกรรม ดังนี้

2.1 สถานการณ์ความพิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง

จากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2560) มีประชากร เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 จำนวน 28,146 คน เป็นจำนวน 31,685 คนในปี พ.ศ. 2559 และมีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ.2558 จำนวน 120.89, 127.28 และ 154.34 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ พบมาก ในเขตชุมชนเมือง และในเขตสุขภาพภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ จาก ตัวกำหนดทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (social determinants of health) มีผลให้สภาวะปัญหา สุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักพบความสูญเสียของระบบประสาท สันการได้มากที่สุด โดยร้อยละ 77 มีอาการอ่อนแรงจากระบบประสาทส่วนบน (upper limb weakness) และร้อยละ 72 มีอาการอ่อนแรงจากระบบประสาทสันการส่วนล่าง (lower limb weakness) รองลงมาคือ การควบคุมการขับถ่าย ระดับความรู้สึกตัว การกลืน และการรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 48.2, 44.7, 44.7 และ 43.9 ตามลำดับ (Lawrence et al., 2001) การสูญเสียระบบประสาท สันการไม่ว่าจากส่วนบนหรือส่วนล่าง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียความตึงตัวของ กล้ามเนื้อและปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ไม่สามารถบังคับกล้ามเนื้อ รู้สึกอ่อนล้า เกิดภาวะ พังพองในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจกรรม หากไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมจะเกิด ความพิการอย่างถาวรตามมา จะเห็นได้ว่าสัดส่วนคนพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ.2545 เพิ่มเป็นร้อยละ 2.9 ใน พ.ศ.2550 โดยไม่รวมความผิดปกติหรือความพิการทางจิตและสติ

ปัญหา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจความพิการ, 2550) การสาธารณสุขที่ผ่านมาได้พยายามส่งเสริมการเข้าถึง stroke fast tract ในระยะเฉียบพลันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (recombinant tissue plasminogen activator, rtPA) ภายใน 4 ½ ชั่วโมง หลังเกิดอาการ จากการศึกษาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาล 76 แห่ง ในเครือข่ายโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ทางหลอดเลือดดำมีเพียงร้อยละ 3.8 มีการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีร้อยละ 26.1 และเสียชีวิตร้อยละ 3.2 ดังนั้น ผู้ป่วยอีกร้อยละ 70 มีความบกพร่องของร่างกายและมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Nilanont et al., 2014) ขณะที่การศึกษาของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ รับการส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่าย 59 แห่ง พบว่า มีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำถึงร้อยละ 21 เมื่อติดตามไป 3 เดือน พบว่า ฟื้นฟูสภาพได้ดีร้อยละ 42 และเสียชีวิตร้อยละ 12 ดังนั้น มีผู้ป่วยร้อยละ 40 ที่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากสถานการณ์ของการเกิดโรคและผลกระทบจากโรคดังกล่าวมาในข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการดูแลประคับประคอง จะต้องออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อลดระดับความพิการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิต (health-related quality of life: HRQOL) เป็นมิติด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สามารถวัดได้โดยตรงจากภาวะสุขภาพของประชากร, life expectancy และสาเหตุการเสียชีวิตโดยมุ่งเน้นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพหรือสัมพันธ์กับการมีภาวะสุขภาพที่ดี ภาวะสุขภาพที่ดีมีความเกี่ยวข้องกับการคงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยรอบด้านอย่างสูงสุด มีความพึงพอใจในชีวิตและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Felce & Perry, 1995; Healthy People 2020, 2014) จากการประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในระยะยาวผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงจากระยะหลังเกิดโรคใน 3 เดือนถึง 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากมีภาวะสุขภาพไม่ดีขึ้นร่วมกับได้รับอิทธิพลจากปัจจัยในระดับบุคคลส่งผลให้คุณภาพชีวิตในระยะยาวที่ 5 ปีคงที่หรือลดลง (Dhamoon et al., 2010; Paul et al., 2005) โดยผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมีคุณภาพชีวิตต่ำ

กว่าผู้สูงอายุทั่วไปถึง 3 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cloutier-Fisher, 2005) ขณะที่ประเทศไทย ยังไม่มีหลักฐานการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และเป็น การศึกษาระยะสั้น โดยพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่ต่ำที่สุดคือ ด้านสุขภาพ ทั่วไป การทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Nuttaset Manimmanakorn, Ratana Vichiansiri, Chompilai Nuntharuksa, Wutichai Permsirivanich, & Vilai Kuptniratsaikul, 2008) ขณะที่ด้านสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Rachpukdee, Howteerakul, Suwannapong, & Tang-aroonson, 2013) สอดคล้องกับ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการส่วนใหญ่ พบว่า มีคุณภาพชีวิตเท่าเดิม แต่ภาวะสุขภาพโดยรวมแย่ลง (จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร และคณะ, 2557)

ลักษณะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะสั้นและระยะยาวมีลักษณะ เป็นพลวัตรและสอดคล้องกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะสั้น (ภายใน 3 เดือนแรก) หากมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ จะส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาว (ภายหลัง 3 เดือน เป็นต้นไป) โดยเฉพาะหากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ มีความบกพร่องของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ (OR 2.8, $p=0.08$) มีข้อจำกัดความสามารถในการ ปฏิบัติกิจกรรม (OR 4.5, $p=0.04$) ไม่สามารถมีส่วนร่วมในสังคม (OR 2.2, $p=0.5$) และต้องการการ ช่วยเหลือเมื่อออกนอกบ้าน (OR 1.4, $p=0.06$) มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิต (Andrew et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาต่อการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตของ Suenkeler และคณะ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายจะถดถอยลงภายหลังเกิดโรค 1 ปี แต่คุณภาพ ชีวิตด้านจิตใจและสังคมจะต่ำลงที่ 6 เดือน และ 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการ เกิดภาวะซึมเศร้ามักเกิดขึ้นที่ 6 เดือน และ 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับ คุณภาพชีวิตเลวลง ได้แก่ เพศ โรคร่วม และภาวะซึมเศร้า (Suenkeler et al., 2002) เช่นเดียวกับการ ศึกษาติดตามไปข้างหน้าของ Zhang และคณะ พบว่า ผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิต 1 ปี จะมี คุณภาพชีวิตดีขึ้นเพียง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและสังคม ส่วนด้านร่างกายจะดีขึ้นภายหลังรอดชีวิต 2 ปี แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตในวันที่จำหน่ายกลับบ้านกับภายหลังรอดชีวิต 2 ปี ก็ยังพบว่า คุณภาพชีวิต โดยรวมทุกๆ ด้านต่ำกว่าในวันที่จำหน่ายกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ปัจจัยที่ส่งผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ เพศ อายุ และระดับความบกพร่องทางกาย

(Zhang, Sun, Wu, & Xia, 2012) และผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 60 ที่มีระดับคุณภาพชีวิตเลวลงในระยะยาว (Suenkel et al., 2002) สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำและยังคงเลวลง หากคุณภาพชีวิตในระยะสั้นต่ำจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยมีปัจจัยทำนายที่คล้ายคลึงกันและส่วนใหญ่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลเท่านั้น

ส่วนการศึกษาจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรูปแบบการให้บริการระยะยาวที่บ้าน หรือ Home care services ระหว่าง Long-term homecare services กับ Long-term institutional care พบว่า ผลลัพธ์ต่อการลดความพิการและคุณภาพชีวิตในช่วง 3-6 เดือน ยังไม่มีความชัดเจน จากการศึกษาวิจัย 5 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,295 คน มีเพียง 2 เรื่องที่พบว่า การได้รับ Home care services สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าการดูแลจาก Nursing home care เช่นเดียวกับระดับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาวิจัย 2 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน พบว่า ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือต่ำ (Young et al., 2017) สอดคล้องจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา ยังไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนในการศึกษาลักษณะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวที่อาศัยอยู่ในบริบทชุมชนเมืองใหญ่โดยได้รับอิทธิพลทั้งจากปัจจัยในระดับบุคคล และสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงไม่สะท้อนภาพปัญหาสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างแท้จริง

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพทั้งในส่วนของภาครัฐและสถานบริการสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลสูงขึ้น นโยบายทางสุขภาพของหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยจึงส่งเสริมการดูแลในชุมชน เพื่อลดอัตราการครองเตียง ทำให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และช่วยลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเทียบกับการให้บริการในสถานบริการ ส่งผลให้แนวโน้มการรักษาเพื่อการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลเกิดขึ้นเพียงช่วงระยะเวลาสั้นเฉลี่ย 1-2 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการเพื่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ แม้ว่าผู้ป่วยบางส่วนสามารถฟื้นตัวได้ดี และกลับคืนสู่บทบาททางสังคมได้เป็นปกติ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตภายใน 5 ปี ที่พบว่า 1 ใน 3 ยังคงมีความพิการ และ 1 ใน 7 ต้องอยู่ใน institutional care (Hankey, Jamrozik, Broadhurst, Forbes, & Anderson, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยตัวกำหนดทางสังคม ลักษณะของครอบครัว การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการจัดบริการปฐมภูมิ

- ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยตัวกำหนดทางสังคม ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนโรคร่วม ระดับความบกพร่องทางกาย ภาวะซึมเศร้า การรู้คิดบกพร่อง สถานภาพการประกอบอาชีพ รายได้ (Ojagbemi & Owolabi, 2013; Oyewole, Ogunlana, Oritogun, & Gbiri, 2016; Sreedharan et al., 2013)

- ลักษณะของครอบครัว ที่ผ่านมายังมีการศึกษาปัจจัยด้านลักษณะครอบครัวน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาภาวะเหนื่อยล้า สัมพันธภาพในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า โครงสร้างของครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัวเดี่ยวหรืออยู่คนเดียว จำนวนของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยสูงโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรงโรรมากมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้า และจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพโดยรวมเลวลง (Caleb Ademola Gbiri et al., 2015; Jeong, Myong, & Koo, 2015)

- พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) โดยผู้ให้บริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะและความมั่นใจในการจัดการสุขภาพและอาการเจ็บป่วยของตนได้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่จัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงกิจกรรมการจัดการดูแล รักษาและส่งต่อจากผู้ให้บริการสุขภาพ ได้รับการติดตามหรือมีความต่อเนื่องในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Lennon et al., 2013; Lo, Chang, & Chau, 2018)

- การจัดบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ลักษณะโครงสร้างและกระบวนการจัดบริการ จากการศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ พบว่า หลายรูปแบบสามารถให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Allen และคณะ (2009) ที่ศึกษาการใช้รูปแบบพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ interdisciplinary team ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่า สามารถให้ผลลัพธ์ทั้งด้านร่างกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Allen et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษา meta-analysis ในประเทศที่พัฒนาแล้วทางยุโรปเกี่ยวกับประสิทธิผลของลักษณะโครงสร้างการจัดบริการช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Home-visiting, Hospital-initiated support, Telephone support, Primary education,

Outpatient setting-based พบว่า มีเพียง Home-visiting (multidisciplinary-led) ที่สามารถเพิ่มการฟื้นตัวทางกาย (RR = 0.56; 95% CI: 0.31–0.81) (Wang et al., 2017) ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วในเอเชียกลับพบว่า Home care ที่จัดโดยพยาบาลและการมีผู้ช่วยเหลือในชุมชนสามารถทำนายการฟื้นตัวทางกาย ลดความพิการและคุณภาพชีวิตได้ (Sayuri & Masako, 2015) ขณะที่กระบวนการจัดบริการ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือยังคงมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือนหลังเจ็บป่วยจะมีการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองจากผู้ให้บริการสุขภาพ 1.30 เท่า (95% CI 1.095–1.533; p=0.003) (Balbale, Etingen, Malhiot, Miskevics, & LaVela, 2016) นอกจากนี้ จำนวนบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการเยี่ยมบ้าน และจำนวนชั่วโมงในการดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายความพิการทางกายและภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคร้ายใน 1 ปี (B=0.38, p=0.006; B=0.52, p<0.001 ตามลำดับ) (Simon et al., 2008)

สำหรับประเทศไทย งานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษาที่แสดงถึงรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการประเมินสถานการณ์และการพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายในชุมชน สามารถส่งเสริมด้านร่างกาย จิตใจ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Rachpukdee et al., 2013; Totsaporn Khampolsiri, 2006)

2.4 ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่สำหรับผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด

สมอง

นโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโปรแกรมบริหารจัดการโรค (Disease management) พร้อมกำหนดว่าต้องการการดูแลหลังการรักษาที่ดี โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน จึงมีแนวทางการดูแลต่อเนื่อง และตรวจติดตามหลังการรักษาด้วยวิธีการส่งตัวผู้ป่วยกลับหน่วยบริการต้นสังกัดในพื้นที่ มีคู่มือแนวทางการดูแลต่อเนื่องให้หน่วยบริการต้นสังกัด แจ้งระบบการส่งต่อ ติดตามทางโทรศัพท์ นัดหมายเข้าเยี่ยม ติดตามการรักษา โดยหน่วยบริการจะได้รับชดเชยค่าบริการ ถ้าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างไรก็ตาม รูปแบบการจัดบริการที่ผ่านมามักสอดคล้องไปตามโรคเรื้อรังทั่วไป ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิต โรคหัวใจวาย ฤๅลมโป่งพอง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย

รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้วโดยทั่วไปจะเตรียมการดูแลตั้งแต่มก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Early support discharge) และเน้นกระบวนการจัดบริการ

อย่างต่อเนื่องในชุมชน ประกอบด้วย 1) Inpatient rehabilitation facilities (IRF) หรือ Institutional care เป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้การดูแลของแพทย์ ผู้ป่วยต้องสามารถรับการฟื้นฟูสภาพได้ด้วย intensive program มีทีมพยาบาลคอยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และมีแพทย์เฉพาะทางมาเยี่ยมทุกวัน 2) Community-based services/ Home-based services เป็นบริการสุขภาพในชุมชนที่ส่วนใหญ่มีพยาบาลเป็นผู้นำในการจัดบริการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพผู้เชี่ยวชาญและประสานการดูแลกับสถานบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การจัดบริการอาจทำโดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน (visiting nurse), home health agencies, โรงพยาบาล หรือองค์กรที่จัดตั้งในชุมชน 3) Co-ordinated by a hospital-based team with community-based services เป็นการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐานประสานการดูแลกับหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน จัดกระบวนการบริการโดย Skill-mix team หรือ หน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล เริ่มให้การวางแผนดูแลรักษาก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จากนั้น ส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อหรือเข้ารับการฟื้นฟูภาวะสุขภาพให้ติดตามดูแลผู้ป่วย 4) Hospital outreach services คือ ทีมผู้เชี่ยวชาญที่ออกไปให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล หรือทีมเคลื่อนที่ที่ให้บริการสุขภาพในพื้นที่ชนบทหรือประชาชนชายขอบที่มีอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงช่วยสนับสนุนบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในพื้นที่ห่างไกลให้สามารถปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลรักษา และส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมหรือโรงพยาบาลระดับสูงได้ โดยการใช้เทคโนโลยีสุขภาพเข้ามาช่วย เช่น telemedicine, mobile clinics และ 5) Long-term care services เป็นสถานบริการสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ต้องใช้เวลานานเพื่อรักษาผลจากโรคหรือบรรเทาผลจากโรค ส่วนใหญ่จัดขึ้นเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้การดูแลตลอดเวลาและสามารถจำหน่ายออกได้ตามความเหมาะสม (Gonçalves-Bradley et al., 2017; Young et al., 2017)

อย่างไรก็ตาม การจัดกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกัน รักษา ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการพัฒนารูปแบบที่หลากหลายให้เหมาะสมตามเงื่อนไขโรค ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล และนโยบายสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ประเทศที่พัฒนาแล้วแม้ยังไม่มีหลักฐานชี้ชัดถึงทีมผู้ให้บริการหรือรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมในชุมชน แต่มุ่งเน้นการป้องกัน การเข้าถึงการรักษาที่มี

ความพร้อมทั้งด้านบุคลากร เทคโนโลยี อุปกรณ์การรักษา สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลในแต่ละระยะ และการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ เช่นเดียวกับการจัดการบริการภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภายหลังผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ จะได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยหน่วยบริการที่หลากหลาย มีเป้าหมายให้บริการผู้ป่วยที่มุ่งเน้นให้สามารถช่วยเหลือตนเองหรือกลับไปทำงานได้ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน แบ่งตามระดับความรุนแรงโรค ได้แก่ Inpatient rehabilitation facilities (IRF), Skilled nursing facilities (SNF), Long-term care hospitals (LTCHs) และ Home health agencies (HHAs) หรือ Home health care (HHC) และเมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงจำหน่ายกลับบ้าน และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจากหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน (community care)

เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์จริงในประเทศไทย หน่วยบริการที่รองรับผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพคือ Inpatient rehabilitation facilities (IRF) พบว่าทั้งในสหรัฐอเมริกา และประเทศไทยต่างมีปัญหาความจำกัดหลายอย่างทั้งจำนวนเตียง สถานที่ให้บริการ และจำนวนบุคลากรต่อจำนวนผู้ป่วย และต้องรองรับผู้ป่วยนอกที่มารอรับบริการด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากจึงเข้าถึงบริการ IRF ได้น้อย ส่วนใหญ่จำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยมีการจัดการบริการสุขภาพ 3 รูปแบบ ได้แก่ Early supported discharge (ESD), Home health care/Home-based nursing, Home-based physical, Home visit และ Community participation อย่างไรก็ตามความหลากหลายของการจัดการบริการอาจมีความซับซ้อนและไม่สามารถประเมินผลลัพธ์การบริการได้ชัดเจน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาซึ่งพบรายงานเกี่ยวกับการศึกษารูปแบบการจัดการบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประสิทธิภาพการให้ความรู้ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประสิทธิภาพการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ซึ่งการศึกษาโปรแกรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่มุ่งเน้นวัดประสิทธิภาพการฟื้นตัวใน 1 เดือนแรกถึง 6 เดือน ภายหลังเกิดโรค ส่วนโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้ยังเป็นความรู้ทั่วไปเท่านั้น การให้บริการสุขภาพที่ตรงตามความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน เช่นเดียวกับการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับผู้ป่วย ครอบครัว และรูปแบบบริการปฐมภูมิเพื่อการฟื้นตัวทางกาย ลดความพิการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านยังพบได้น้อย

ดังนั้น การนำโปรแกรมต่างๆ ในประเทศที่พัฒนาแล้วมาใช้ จึงไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมได้ทั้งหมด แตกต่างจากบริบทของประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย จึงเกิดเป็นข้อจำกัด และความไม่ชัดเจนที่ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงองค์ประกอบของโครงสร้างและกระบวนการจัดบริการที่มีอยู่ต่อการลดความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง

2.5 ช่องว่างของความรู้ในการจัดระบบการดูแลเพื่อการฟื้นฟู ลดความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการดูแลหลังการรักษาที่ดี โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน มีคู่มือแนวทางการดูแลต่อเนื่องให้หน่วยบริการต้นสังกัดในพื้นที่รับผิดชอบตรวจและติดตามหลังการรักษา มีการพัฒนาโปรแกรมที่หลากหลายมารองรับการฟื้นฟูที่บ้าน แต่ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการชะลอการฟื้นฟู มีความพิการทางร่างกาย ไม่สามารถกลับคืนสู่บทบาททางสังคมได้ใกล้เคียงปกติ และความสูญเสียสุขภาพยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สามารถสรุปช่องว่างของความรู้ได้ 3 ประเด็นสำคัญ คือ

- 1) ประเทศไทยยังไม่มีหลักฐานการศึกษาที่ชัดเจนในด้านระดับวิทยาของผู้ป่วยที่มีความพิการภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อสะท้อนถึงผลลัพธ์การดูแล อย่างแท้จริง รายงานการศึกษาส่วนใหญ่ประเมินจากผู้ป่วยที่มาติดตามรักษาตามนัดหมายในโรงพยาบาลหรือแผนกผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น

- 2) การสนับสนุนการดูแลโดยผู้ให้บริการสุขภาพ ยังเป็นการดูแลแบบแยกส่วน ทำให้การจัดบริการต่างพัฒนาไปตามสิ่งที่ตนคิดว่าควรจะเป็น บริการเชิงรุกที่จัดจิงเน้นไปในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่าการฟื้นฟูภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม (จเร วิชาไทย และคณะ, 2552) ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์บริการและรูปแบบการดูแลปฐมภูมิที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่คาดหวังได้

- 3) ยังขาดการประเมินระบบการดูแลปฐมภูมิ และการวิเคราะห์ปัจจัยระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่มีอยู่หลากหลายสำหรับผู้ป่วยในชุมชนเมืองใหญ่ต่อการฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อเป็นกระบวนการไปสู่แนวทางการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่ผ่านการวิเคราะห์ วิจัยอย่างเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมของบุคคลสำคัญที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อให้ได้การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการปฐมภูมิและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อคุณภาพชีวิต
- 2) ศึกษาปัญหา ความต้องการ เพื่อปรับปรุงโมเดล และวางแผน ดำเนินการ
- 3) ประเมินผลลัพธ์การให้บริการปฐมภูมิ

ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการปฐมภูมิและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อคุณภาพชีวิต ใช้การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางตามช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study and group discussion) เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใช้การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อให้เกิดความเหมาะสมของรูปแบบบริการปฐมภูมิก่อนนำไปทดลองใช้ในพื้นที่คัดสรร และประเมินผลลัพธ์รูปแบบการให้บริการปฐมภูมิ

เก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาเชิงพรรณนาด้วยการใช้แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการใช้แนวคำถาม และการสนทนากลุ่มย่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ให้บริการสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อเป็นกระบวนการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายโดยการมีส่วนร่วมของบุคคลสำคัญที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการปฐมภูมิและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อคุณภาพชีวิต (descriptive study) การจัดทำสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ค้นหาปัญหา ความต้องการ เพื่อปรับปรุงโมเดล และวางแผน ดำเนินการก่อนนำไปทดลองใช้ในพื้นที่คัดสรร และประเมินผลลัพธ์รูปแบบการให้บริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบหรืออุดตัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่จำหน่ายกลับบ้านอาศัยอยู่ในชุมชน ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลหรือในชุมชนโดยหน่วยปฐมภูมิ/หน่วยส่งเสริมสุขภาพ/หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ/กลุ่มงานเวชกรรมสังคม/ศูนย์บริการสาธารณสุข การฟื้นฟูสภาพแบบค้างคืนในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอกในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ.2563

การเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบหรืออุดตัน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบหรืออุดตัน ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลหรือในชุมชนอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์บริการสาธารณสุข การฟื้นฟูสภาพแบบค้างคืนในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ได้แก่

1) เป็นผู้ป่วยอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี

2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาจากอาการและผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง แสดงให้เห็นว่ามีภาวะสมองขาดเลือด ตีบ แตกหรืออุดตัน หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วย ICD 10 (I60-I69)

3) เป็นผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคไม่เกิน 2 ปี

4) สามารถสื่อสารเข้าใจได้

เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วย ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทและโรคอัลไซเมอร์

2) เจ็บป่วยด้วยโรคร่วมในระยะรุนแรงหรืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้าย

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ดูแล ได้แก่

- 1) ผู้ดูแลอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี
- 2) เป็นผู้ดูแลที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่องทุกวันไม่ต่ำกว่า 1 เดือน อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือไม่ก็ได้
- 3) สามารถสื่อสาร พูด ฟัง ภาษาไทยได้
- 4) เป็นผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ดูแล ได้แก่

ผู้ดูแลที่ถูกว่าจ้างและไม่ได้ถือสัญชาติไทย

3. กลุ่มบุคลากรสุขภาพ

เกณฑ์การคัดเลือกบุคลากร ได้แก่

เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยประจำหน่วยบริการในโรงพยาบาลหรือในชุมชน

เกณฑ์การคัดออกบุคลากรสุขภาพ ได้แก่

บุคลากรสุขภาพที่ทำงานเป็นครั้งคราวในหน่วยบริการในโรงพยาบาลหรือในชุมชน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีลักษณะการศึกษาใกล้เคียงกับงานวิจัย คือ การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี ของ White และคณะ พบว่า สัดส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ 12 เดือนต่ำกว่าเมื่อเริ่มป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.47 (White et al., 2016) ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณขนาดตัวอย่างการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Pourhoseingholi, Vahedi, & Rahimzadeh, 2013) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 (Level of significant) อำนาจการทดสอบ (power of the test) .80

$$n = \frac{Z^2 p (1-p)}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

P = สัดส่วนคุณภาพชีวิตระดับต่ำในกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยก่อนหน้า = 0.47

Z = ค่าสถิติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดคือ 95% CI = 1.96

D = ความคลาดเคลื่อนสมบูรณ (desired precision) = 0.05

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.47 (1-0.47)}{0.05^2}$$

$$= 383$$

ผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อชดเชยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 460 ราย

การศึกษานี้มีการนำข้อมูลบางส่วนมาวิเคราะห์ด้วย Path analysis ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Munro (2005) ที่กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ด้วย Path analysis ควรจะเป็น 30 ราย ต่อ ตัวแปรต้น 1 ตัว (Munro, 2005) ในการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรต้น ได้แก่ รูปแบบการจัดบริการ 3 ตัว (ผู้วิจัยจะรวมรูปแบบที่ใกล้เคียงกันเข้าไว้ด้วยกัน) กระบวนการจัดบริการปฐมภูมิ 3 ตัว (เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจะจัดกระทำข้อมูลด้วย Factor analysis) เครือข่ายทางสังคม 2 ตัว (เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจะจัดกระทำข้อมูลด้วย Factor analysis) การรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการสุขภาพ 1 ตัว การฟื้นตัวทางกาย 1 ตัว รวมจำนวนตัวแปรต้นเท่ากับ 11 ตัว ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 30×11 เท่ากับ 300 ราย

อย่างไรก็ตาม Hancock และ Freeman ได้แนะนำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ตัวแปรในการวิเคราะห์มี latent variable หรือมีโอกาสดึงใช้การวิเคราะห์ด้วย Structural Equation Modeling (Katzan et al.) สามารถคำนวณหา degree of freedom (d) และกำหนดค่า root mean square error of approximation (RMSEA: ϵ) แล้วนำไปเปิดตาราง (Hancock & Freeman, 2001) จากสูตรคำนวณ Model's degree of freedom ของ Munro (2005)

$$\text{Model } df = [p ((p+1)/2)] - k$$

When p = the number of measured variables

k = the number of parameters that will be estimated when the model is analyzed in SEM

ในการศึกษานี้ จำนวน measured variables เท่ากับ 12 จำนวน parameters ประมาณค่าเท่ากับ 40 ประกอบด้วย variance-covariance matrix of d (delta : Θ_δ) = 8 และ variance-covariance matrix of e (epsilon : Θ_ϵ) = 5, lambda X (factor loadings of Xs) และ lambda Y (factor loadings of Ys) = 13 , direct effect (DE) of Ks on Es (gamma : Γ) = 6, direct effect (DE) of Es on Es (beta : β) = 2, variance-covariance matrix of K (phi : Φ) = 4, variance-covariance matrix of z (psi : Ψ) = 2

$$\begin{aligned}\text{แทนค่าในสูตร the model df} &= [12(12+1)/2] - 40 \\ &= 78 - 40 \\ &= 38\end{aligned}$$

ในการเปิดตารางของ Hancock และ Freeman กำหนด power at .80, $\alpha = 0.05$ level one-tailed test of not close fit, $df = 51$, RMSEA estimated = 0.02 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดเท่ากับ 400 คน สูงสุดเท่ากับ 450 คน ใกล้เคียงกับการใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างทั้งสองแบบที่กล่าวมาในเบื้องต้น ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตัดสินใจใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 460 คน เพื่อความเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูล (โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 460 คน และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้เพื่อ try out เครื่องมือวิจัยจำนวน 40 คน)

3.1 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การศึกษาเชิงปริมาณ และ การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 การศึกษาเชิงปริมาณ

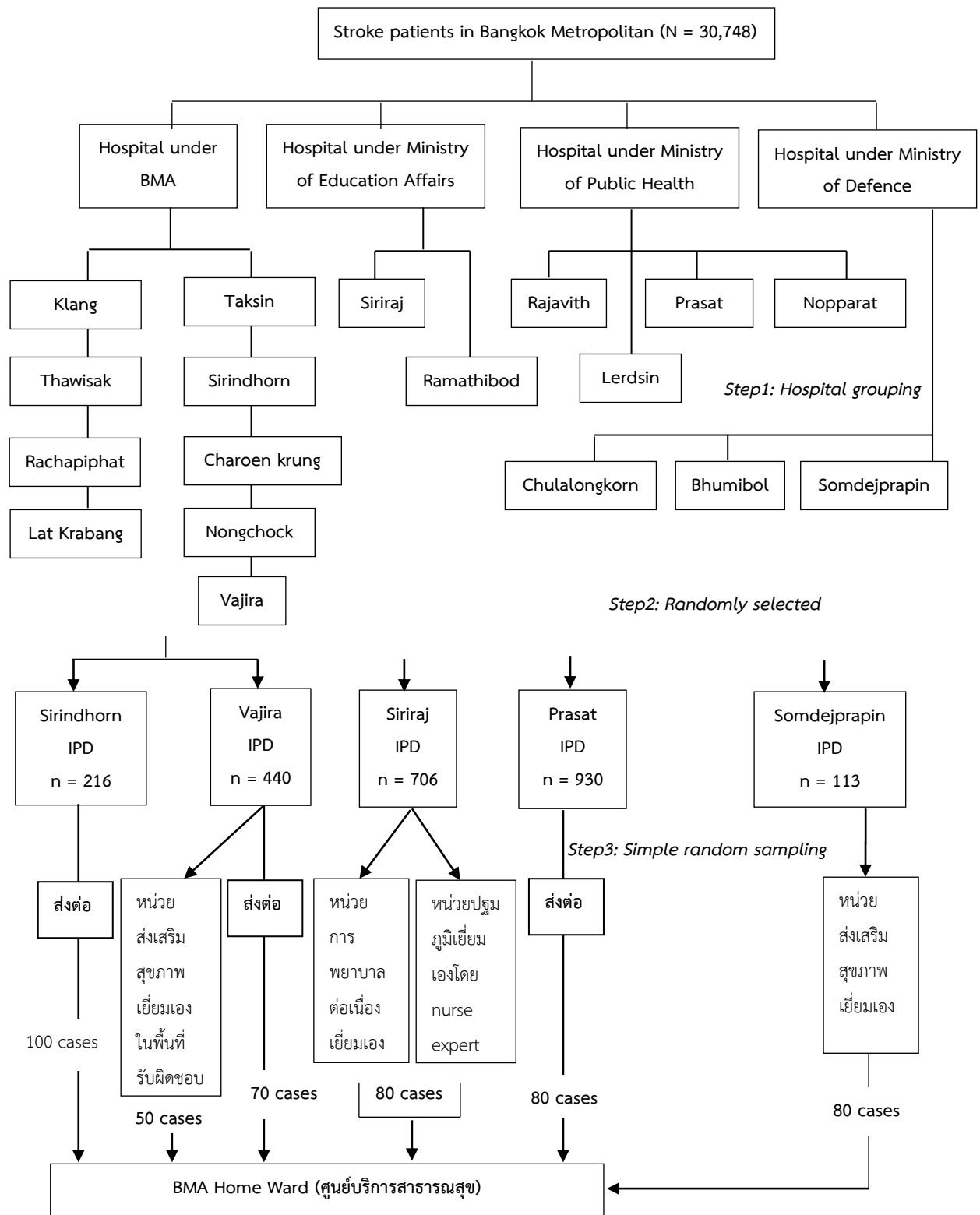
การจัดผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเข้ากลุ่ม (Subject allocation)

การเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาบริบททางสังคมในการดูแลผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนั้น จึงพิจารณาการคัดเลือก

ศึกษาเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งมีหลายกลุ่มเขตและโรงพยาบาลหลายสังกัด จึงใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เริ่มต้นการเลือกโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายแบ่งตามสังกัดและมีหน่วยบริการเยี่ยมบ้าน เลือกจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดด้วยวิธี proportionate allocation ดังนี้ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครจำนวน 8 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 3 แห่ง ได้สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลเท่ากับ 8:3:3:3 จากนั้น ทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อเป็นตัวแทนประชากรในแต่ละกลุ่มเขต จะได้จำนวนโรงพยาบาลตามสังกัดเท่ากับ 2:1:1:1 ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อเลือกผู้ป่วยที่เป็นตัวแทนในแต่ละพื้นที่ของกรุงเทพมหานครตามสัดส่วนของจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละสังกัด จากการสำรวจสถานการณ์การจัดบริการและข้อมูลรายงานประจำปี รวมถึงสถิติสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง พบว่า กรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2560-2561 จำนวน 30,748 คน เข้ามาได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 706 คน สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 930 คน วชิรพยาบาล จำนวน 440 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 113 คน และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน 216 คน จากนั้น ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวนทั้งสิ้น 460 คน

จากการลงพื้นที่สำรวจลักษณะการจัดบริการ เพื่อนำมาจัดรูปแบบการดูแล พบว่า ทั้ง 5 โรงพยาบาลมีลักษณะการจัดบริการ ดังนี้ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีหน่วยบริการเยี่ยมบ้านลงติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองในเขตชุมชนที่รับผิดชอบและมีสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาล ก่อนจะประสานส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ขณะที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมที่บางแห่งลงเยี่ยมเองในเขตชุมชนที่รับผิดชอบ บางแห่งกำลังอยู่ระหว่างประสานส่งต่อผ่าน BMA home ward ทั้งหมด เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่ได้ลงเยี่ยมเองแต่ส่งต่อให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือผ่านระบบ BMA home ward referral ให้ลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงนำมาจัดกลุ่มเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัว ดังแสดงในแผนภูมิรูปภาพที่ 3



แผนภาพที่ 2 แสดงการเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ

เมื่อนำข้อมูลจากการสำรวจลักษณะ และกระบวนการจัดบริการทั้ง 5 โรงพยาบาล มาสังเคราะห์และจัดรูปแบบปฐมภูมิ พบว่า มี 3 รูปแบบ ดังนี้

- Continuing care from hospital to home เป็นการจัดการบริการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลโดยหน่วยงานการพยาบาลต่อเนื่อง/หน่วยส่งเสริมสุขภาพภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาจมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน และได้รับการส่งต่อข้อมูลให้ลงติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยใน

- Bangkok Metropolitan Administration (BMA) Home ward เป็นการจัดการบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับส่งต่อข้อมูลโดยตรงผ่านโปรแกรม BMA home ward referral ซึ่งโรงพยาบาลไม่ได้ลงเยี่ยมบ้านเอง เมื่อได้รับการประสานข้อมูลแล้ว ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้เคียงจะเป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

- Continuing care from hospital to home by nurse expert เป็นการจัดการบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาล พยาบาลเยี่ยมบ้านจะติดตามวางแผนจำหน่ายตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในหอผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อติดตามเยี่ยมจนอาการคงที่จึงประสานส่งให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้เคียง

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการจัดบริการในสถานบริการสุขภาพอื่นๆ จะมีรูปแบบบริการสอดคล้องกันตามสังกัดและระดับของโรงพยาบาล เช่น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน หรือ Home health care นำโดยพยาบาลประจำศูนย์ฯ และอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายกลับบ้านทั่วกรุงเทพมหานคร โดยประเมินปัญหาแบบองค์รวม และให้การดูแลผู้ป่วยตามความจำเป็นเฉพาะราย มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน จากนั้น จึงประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้เคียง

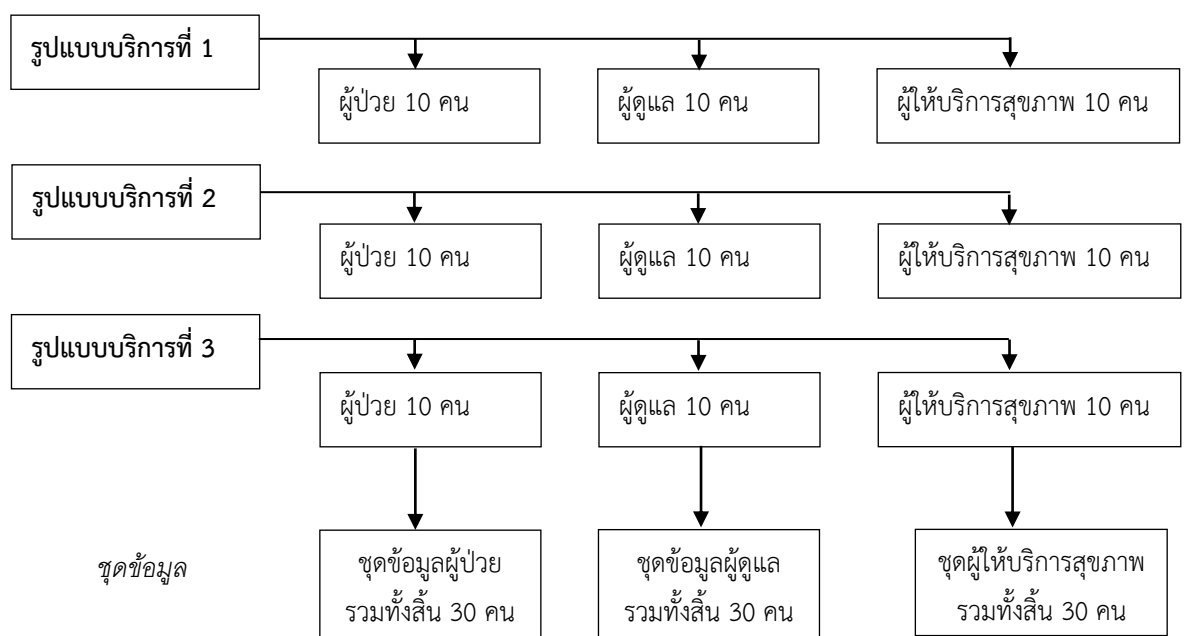
โรงพยาบาลรามาธิบดี มีหน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้าน หรือ Home health care nursing นำโดยพยาบาลและส่งปรึกษาทีมสุขภาพสาขาอื่นๆ ในโรงพยาบาลร่วมดูแล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสิทธิ์ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยประเมินปัญหาแบบองค์รวม และให้การดูแลผู้ป่วยตามความจำเป็นเฉพาะรายด้วยรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน การใช้

แอปพลิเคชันเพื่อสื่อสาร เน้นการให้คำแนะนำ และคำปรึกษาในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

ขณะที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จะประสานส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ให้แก่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือส่งผ่านระบบ BMA home ward referral ของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อกระจายข้อมูลผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข

3.3.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยแบ่งการจัดทำสนทนากลุ่มออกเป็นจำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ประกอบไปด้วยผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ให้บริการสุขภาพที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกในข้างต้น ดังนั้น จะได้กลุ่มตัวอย่าง 3 ชุด ๆ ละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 90 คน (ดังแผนภาพแสดงที่ 2) แบ่งการสนทนากลุ่มตามรูปแบบการจัดบริการทั้ง 3 รูปแบบ ดังนี้



แผนภาพที่ 3 แสดงการจัดกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ให้บริการสุขภาพ พัฒนาโดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์ การวิจัย การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดที่การศึกษาเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำตอบเชิงบูรณาการระบบบริการที่ควรจะเป็นได้อย่างชัดเจน โดยแนวคำถามสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ความต้องการ การดูแลสุขภาพของท่านคืออะไร ท่านได้รับความช่วยเหลือภายหลังเกิดโรคจากครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง อยากให้บุคลากรสุขภาพช่วยเหลืออะไรบ้าง เป็นต้น แนวคำถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาระการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง การได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร และความต้องการการช่วยเหลือมีอะไรบ้าง เป็นต้น และแนวคำถามสำหรับบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมการดูแล รักษา และส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอะไรบ้าง ระบบบริการที่ต้องการให้เกิดขึ้นเป็นอย่างไร อุปสรรคปัญหาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนมีอะไรบ้าง เป็นต้น จากนั้น ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา และข้อคำถามก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการปฐมภูมิและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบการจัดบริการ กระบวนการจัดบริการ เครือข่ายทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมเพื่อกำหนดกรอบแนวทางการศึกษาจำนวน 2 ครั้ง สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมให้ครอบคลุมกรอบการศึกษา และค้นหารูปแบบที่โดดเด่น สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ จากนั้น ตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือโดยการสนทนากับนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จำนวน 5 คน ประเมินและแก้ไขเครื่องมือ ผู้วิจัยกำกับติดตามความก้าวหน้า และชี้แจงผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อคณะทำงานสามารถปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้เหมาะสมก่อนลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยปฏิบัติงานลงพื้นที่เพื่อสำรวจรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ และจัดทำแนวทางการคัดเลือกสถานบริการสุขภาพภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร และสังกัดอื่นๆ ในกรุงเทพมหานคร ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลศิริราช สถาบันประสาทวิทยา วชิรพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ สถาบันสิรินธรเพื่อการศึกษาฟื้นฟูฯ

1.3 เตรียมทีมผู้ช่วยวิจัยตามจำนวนกลุ่มเขตในกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 กลุ่มเขต กลุ่มเขตละ 2 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 12 คน เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในแต่ละเขตภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนี้

- กรุงเทพมหานคร และกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 คน (โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ, สถาบันประสาท, วชิรพยาบาล)

- กรุงเทพมหานคร จำนวน 1 คน

- กรุงเทพมหานคร จำนวน 1 คน

- กรุงเทพมหานคร และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู จำนวน 1 คน

และแบ่งผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยปฏิบัติงาน จำนวน 4 คน กำกับติดตามความก้าวหน้าการทำงานในแต่ละพื้นที่เพื่อเตรียมผู้ช่วยวิจัยตามกลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร

ฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจในเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ ก่อนนำไปทดสอบการใช้เครื่องมือ โดยลงพื้นที่เพื่อทำการประเมิน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้แบบสอบถามเดียวกัน ประเมินในผู้ป่วยคนเดียวกัน 2 ครั้ง แล้วนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์ไค้ป้า ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.89-0.92

1.4 หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแต่ละแห่ง คณะทำงานและผู้ช่วยปฏิบัติงานลงพื้นที่เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการต่อหัวหน้าพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ครั้ง

1.5 ลงพื้นที่กำกับติดตามผลการดำเนินงาน และสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้ป่วย

- ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย/ผู้ช่วยปฏิบัติงานลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายกลับบ้านตามกลุ่มเขต จำนวน 6 กลุ่มเขต กลุ่มเขตละ 2 คน และกำกับติดตามการเก็บข้อมูลแห่งละ 2 ครั้ง

- เมื่อได้รายชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือส่งต่อให้กับ BMA home ward referral แล้ว ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย จัดวางแผนผังการลงพื้นที่ในแต่ละเขต กรณีที่โรงพยาบาลส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือส่งเข้าระบบ BMA home ward referral ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วย

วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อขออนุญาตเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการและติดตามเยี่ยมที่บ้าน โดยประสานกับผู้นำชุมชน หรือ อสส. ให้พาเข้าพบผู้ป่วยที่บ้าน หากผู้ป่วย/ญาติยินยอม จึงขออนุญาตเข้าพบผู้ป่วยที่บ้าน

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลบุคลากรสุขภาพ

- สำหรับการเก็บข้อมูลในบุคลากรสุขภาพ ใช้การตอบแบบสอบถามโครงสร้างและลักษณะการจัดบริการที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอีกครั้ง สัมภาษณ์แต่ละ 1 ชุด

- คณะทำงานตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพอีกครั้งก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลเพื่อเตรียมนำเสนอผลลัพธ์การศึกษาต่อไป

1.6 วิเคราะห์ข้อมูลและปรับปรุงผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนเตรียมสรุปผลการศึกษาและนำไปพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิต่อไป

ระยะที่ 2 ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

2.1 ผู้ช่วยปฏิบัติงานประสานพื้นที่เพื่อจัดทำสนทนากลุ่มย่อย (focus group discussion) 3 ชุดรูปแบบบริการ จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ให้บริการสุขภาพ โดยใช้แนวคำถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่มย่อยประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง จากนั้น ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มจะนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2.2 พัฒนาและปรับปรุงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อบูรณาการแนวทางการพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิภายหลังได้ข้อมูล 2 ส่วน คือการวิเคราะห์เชิงปริมาณและการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเพื่อปรับปรุงโมเดลก่อนนำไปทดลองใช้ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์แพทย์แผนไทยหรือนักโภชนาบำบัด วิพากษ์ความเป็นไปได้และความสอดคล้องเชิงวิชาการในการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตและลดความพิการก่อนเตรียมไปทดลองใช้

2.3 นำเสนอร่างโมเดล/รูปแบบบริการปฐมภูมิที่ผ่านการวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้ต่อผู้ใช้งานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย ผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข หัวหน้า

หน่วยส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้าหน่วยเวชกรรมสังคม และนักวิชาการ จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้เมื่อนำไปใช้ในพื้นที่

ช่องว่างของความรู้: รูปแบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร

จากการค้นหารูปแบบบริการปฐมภูมิ และการจัดบริการที่เกี่ยวข้อง พบว่า Continuing care from hospital to home, BMA home ward, Continuing care from hospital to home by nurse expert และ Institutional care มีจุดแข็งและจุดอ่อน ดังนี้

Continuing care from hospital to home ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพ และทีมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้านเองโดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมให้คงที่ การเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตต้องผ่านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี self-management ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงโรคน้อยถึงปานกลาง เช่นเดียวกับรูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert ที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตผ่านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี self-management แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert เป็นการจัดบริการนำโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง วางแผนจำหน่ายตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในและติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยพยาบาลคนเดิม ซึ่งการพัฒนาบุคลากรให้มีความชำนาญและมีประสบการณ์เฉพาะทางนั้น ต้องอาศัยเวลาและการสนับสนุนด้านงบประมาณ รวมถึงนโยบายที่เอื้อต่อการส่งบุคลากรเข้าอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน รูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert แม้จะเป็นโมเดลที่ดีที่สุด แต่ยากต่อการลง implement ในชุมชนที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก และขาดแคลนบุคลากรสุขภาพ ขณะที่รูปแบบ BMA home ward สามารถลดระดับความพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ เช่นเดียวกับรูปแบบอื่นๆ และยังมีอิทธิพลทางตรงใกล้เคียงกับ Continuing care from hospital to home by nurse expert ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลจิตอาสา ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นบริการปฐมภูมิที่สามารถให้บริการผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ได้ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขมีความคุ้นเคยและได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัว และมีความร่วมมือจากประชาชนจิตอาสาในพื้นที่ ซึ่งได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นเพื่อนบ้านที่มีความเห็นอกเห็นใจและใกล้ชิดครอบครัว

เมื่อนำข้อมูลการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาปรับปรุงโมเดล พบว่า การดูแลเป็นรูปแบบเดียวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ยังไม่ได้เป็นรูปแบบที่ใช้ความรู้และทักษะเฉพาะในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการและเป้าหมายของผู้ป่วยคือ ต้องการฟื้นตัวจากโรคและกลับไปใช้ชีวิตเป็นปกติ จำเป็นต้องได้รับกระบวนการฟื้นฟูภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมตามความรุนแรงโรค ระยะเวลาการฟื้นตัว กิจกรรมกระตุ้นสมองให้เกิดการฟื้นตัวตามความบกพร่องด้านร่างกายจากพยาธิสภาพในสมองส่วนต่างๆ และการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ใช่จากโรคเรื้อรัง

ดังนั้น การสังเคราะห์รูปแบบใหม่ ความรู้จากบริการทั้ง 4 รูปแบบ นำข้อดีและข้อจำกัดจากรูปแบบทั้ง 4 มาพัฒนาเป็นรูปแบบ Home ward for stroke care ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในเมืองใหญ่ ต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีความชำนาญเฉพาะ (มีความรู้ทักษะประเมินปัญหาเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) แต่ไม่สามารถจัดพยาบาลเหล่านี้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้ จึงได้เตรียมการออกแบบการดูแลที่สมบูรณ์ขึ้น ดังนี้ 1) จัดการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้กับพยาบาล จำนวน 2 วัน ให้พยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่เดิม และผู้ป่วยมีความคุ้นเคย ไว้วางใจ 2) พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล 3 ชิ้น (I) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (II) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (III) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3) เพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลจิตอาสา โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ เพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแล มีขั้นตอนดำเนินการนำไปทดลองใช้ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่และจัดประชุมเพื่อเตรียมการดำเนินงานลงปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยให้ผู้ช่วยปฏิบัติงานประสานสถานบริการสุขภาพที่มีความสนใจสมัครที่จะเข้าร่วมใช้ตามการพัฒนาแบบบริการปฐมภูมิ คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 5-6 คนต่อโรงพยาบาล ทำการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านโรงพยาบาลละ 1 คน รวม 5 คน

3.2 จัดอบรมและพัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญให้แก่เจ้าหน้าที่ที่จะปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนลงมือปฏิบัติในการให้การ

ดูแล จำนวน 2 วัน เนื้อหาการจัดอบรม ประกอบไปด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 2) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (ภาคผนวก) การประเมินภาวะสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและฝึกประเมินแบบทดสอบต่างๆ ได้แก่ การประเมินการกลืน การประเมินการรู้คิด การประเมินความพิการทางกาย ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

3.3 การเยี่ยมบ้านนำโดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5-10 คน และผู้ดูแลจิตอาสา หรือผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกจากพยาบาลเยี่ยมบ้านให้สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้าน วันละ 1-2 ชั่วโมง ประกอบกับคู่มือการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (ภาคผนวก) เพื่อช่วยดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนท่า การออกกำลังกายที่กระตุ้นสมองในแต่ละ lobe เป็นต้น รวมระยะเวลาเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องทั้งสิ้นจำนวน 6 สัปดาห์ โดยพยาบาลวิชาชีพลงเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง และประเมินผลลัพธ์ 1 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่าย

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่าย

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่าย

โดยให้ลงเยี่ยมบ้านภายในสัปดาห์ที่กำหนด พยาบาลสามารถบริหารจัดการวันที่ลงเยี่ยมบ้านได้ด้วยตนเอง สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ หรือผู้ดูแลจิตอาสาจะลงเยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยนอกเวลาทำงาน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 12 ครั้งใน 6 สัปดาห์ พยาบาลและ ผู้ดูแลจิตอาสาจะมีแบบบันทึกข้อมูล กิจกรรมการดูแล เพื่อให้เกิดการติดตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างนี้ผู้วิจัยจะลงพื้นที่กำกับ ติดตาม และประเมินผลพื้นที่ที่นำไปทดลองปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ทั้งสิ้น 4 ครั้ง

3.4 เมื่อพยาบาลเยี่ยมบ้านครบตามกำหนด ผู้ช่วยวิจัยและ/หรือผู้ช่วยปฏิบัติงาน จะเป็นผู้ลงพื้นที่เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดบริการ ด้วยแบบประเมินระดับความพิการ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่ได้รับ

3.5 วิเคราะห์และปรับปรุงผลการศึกษาโดยนำไปให้นักวิชาการ/ ผู้เชี่ยวชาญ/ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่วิพากษ์ความเป็นไปได้และความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่ให้บริการและรับฟังข้อเสนอแนะ/ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำมาประกอบการสรุปรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป

3.6 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2) แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นในชุมชนเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย กลุ่มผู้สนับสนุนในชุมชน จำนวนผู้ช่วยเหลือในชุมชน ลักษณะกิจกรรมที่ได้รับ ความถี่ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในชุมชน และการจ่ายค่าตอบแทน

3) แบบสอบถามรูปแบบบริการและกระบวนการจัดบริการการดูแลที่ได้จากบุคลากรสุขภาพทั้งในสถานบริการและชุมชนผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นกิจกรรมสนับสนุนการดูแลที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้จากสถานบริการสุขภาพหรือบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย รูปแบบการเข้ารับบริการ บุคลากรสุขภาพผู้ให้บริการ จำนวนบุคลากรสุขภาพที่เยี่ยมบ้าน จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน และจำนวนชั่วโมง/ระยะเวลาที่ให้การดูแลรักษาที่บ้าน

4) แบบทดสอบการรู้คิด Thai Mental State Examination (TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ) (2536) เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมหรือการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยที่เกิดโรคในระบบประสาทส่วนกลาง แบบทดสอบมีทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนรวม 30 คะแนน ค่ากำหนดการรู้คิดบกพร่องในคนไทย คือ น้อยกว่า 23 คะแนน ปัจจุบันถือเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ถูกนำไปประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างแพร่หลายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ถูกบรรจุไว้ในคู่มือการดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาที่ใช้แบบทดสอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (hpc5.anamai.moph.go.th/director/data/academic/TMSE.pdf)

5) แบบประเมินอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้ 9-Item Thai Patient Health Questionnaire: Thai PHQ-9 (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV ที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และถูกนำมาปรับใช้ในกลุ่มคนไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ

ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ในการประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4-rating Likert Scale) จาก ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวัน/ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) แบบประเมินชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ซึ่งถูกนำไปให้ความหมายเป็น 2 ระดับ คือ คะแนนรวมที่น้อยกว่า 9 หมายถึงอาการปกติ คะแนนรวมที่มากกว่าหรือเท่ากับ 9 หมายถึงมีอาการซึมเศร้า บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ปัจจุบันคนไทยสามารถเข้าไปประเมินภาวะซึมเศร้าได้ที่เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การศึกษานี้ใช้แบบฟอร์มการประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (www.prdmh.com/แบบประเมินโรคซึมเศร้า-9-คำถาม-9q.html)

6) แบบประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL index) โดยใช้ดัชนีบาร์เธล เอ ดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน พัฒนาขึ้นโดย สุธิชัย จิตะพันกุล และคณะ (2537) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คะแนนเต็ม 20 คะแนน ผู้วิจัยนำมาใช้วัดปัญหาสุขภาพ คือ ระดับความบกพร่องทางกาย

7) แบบประเมิน the modified Rankin Scale (mRS) สร้างโดย John Rankin (1957) และถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยนำมาใช้ประเมินการฟื้นตัวทางกายภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเลือกช่วงคะแนน 1 ถึง 5 ตามระดับความสูญเสียทางกายที่ยังคงอยู่ คะแนนน้อย หมายถึง ฟื้นตัวได้เป็นปกติ คะแนนมาก หมายถึง หลงเหลือความบกพร่องทางกายมาก

8) แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Patient assessment of chronic illness care (PACIC) ของ Improving Chronic Illness care (2005) จุดเด่นของแบบสอบถามนี้ คือ ช่วยให้ระบบบริการสุขภาพเข้าใจมุมมองและความต่อเนื่องในการจัดการตนเองผ่านการรับรู้ของผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง (Self-management support) โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองมาก ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการรักษา กิจกรรมของการบริการสุขภาพ การตั้งเป้าหมายสุขภาพ

ทักษะการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการติดตาม/ประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Improving Chronic Illness Care, 2005)

9) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL) ของ Post และคณะ จำนวน 12 ข้อ 2 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 6 ข้อ และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 6 ข้อ (Post et al., 2011)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลโครงสร้างการจัดบริการปฐมภูมิที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จผ่านการวิพากษ์จากนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างน้อย 5 คน จากนั้น เครื่องมือทั้งหมดจะผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความเที่ยงตรง (Content validity) ในการนำไปใช้เก็บข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำมาปรับแก้ไขได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มากกว่า 0.70 ทุกฉบับ และภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนฯ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช (เลขที่รับรอง COA. No SI 036/2019) วชิรพยาบาล (COA 164/2561) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ (เลขที่รับรอง COA-NMD-REC-047/61) สถาบันประสาทวิทยา (COA 019/2562) และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (COA 2/2562) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหาและปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ณ สถานที่ที่เก็บข้อมูล จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความเข้าใจในภาษาที่ใช้และทุกคนมีความเข้าใจในความหมายที่ตรงกัน (Objectivity) และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังปรับแก้ไขข้อคำถามจนได้ค่า reliability มากกว่า 0.80 ทุกฉบับ จึงนำเครื่องมือทั้งหมดไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

10) แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดย ศิริอร สินธุ และคณะ (2547) ประกอบด้วย 20 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการรับรู้ด้านบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยแบ่งเป็นการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3 ด้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ป่วย 2) คุณภาพบริการด้านสุขภาพ และ 3) ผลที่ได้จากบริการด้านสุขภาพ คะแนนรวมที่เป็นไปได้คือ 20 -100 คะแนน อัตราความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ 0-100 ค่าคะแนนสูง หมายถึง ระดับความพึงพอใจในบริการที่ได้รับสูง จากการศึกษาที่ใน

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านมา ค่าความสอดคล้อง (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.89 (ศกุนตลา และคณะ, 2552)

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยตัวกำหนดทางสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว เครือข่ายทางสังคมรูปแบบและกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิ โดยสถิติเชิงพรรณนา

2) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสถิติ Multiple regression analysis

3) วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) รูปแบบการดูแล ดังนี้ Institutional care (การเข้าถึงการฟื้นฟู จำนวนกิจกรรมการฟื้นฟู บุคลากรที่ให้บริการ ระยะเวลาที่ให้บริการ) Continuing care from hospital to home (จำนวนบุคลากรที่ตามเยี่ยม จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน ระยะเวลาที่เยี่ยม) BMA Home ward (จำนวนบุคลากรที่ตามเยี่ยม จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน ระยะเวลาที่เยี่ยม) Continuing care from hospital to home by nurse expert (จำนวนบุคลากรที่ตามเยี่ยม จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน ระยะเวลาที่เยี่ยม) Family support (จำนวนผู้ดูแลที่ให้ความช่วยเหลือ เคยได้รับการช่วยเหลือจากคนในชุมชน จำนวนกิจกรรมที่ได้รับความช่วยเหลือ)

4) วิเคราะห์ปัจจัยด้านรูปแบบการดูแลที่มีอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการสุขภาพ และวิเคราะห์ปัจจัยด้านรูปแบบการดูแลที่มีอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านการฟื้นตัวทางกาย โดยสถิติ Path analysis

5) วิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มนำมาถอดเทปแบบคำ และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

6) เปรียบเทียบผลของรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired t – test

7) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสถิติเชิงพรรณนา

4. ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้ประกอบไปด้วย วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการปฐมภูมิและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อคุณภาพชีวิต ศึกษาปัญหา ความต้องการ ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อปรับปรุงโมเดล และตัดสินใจเลือกใช้โมเดลที่เหมาะสมกับความต้องการนำไปสู่การประเมินผลลัพธ์การจัดบริการปฐมภูมิโดยการนำรูปแบบบริการปฐมภูมิไปใช้ : กรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาารูปแบบบริการปฐมภูมิ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชนกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 460 คน สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งสิ้นจำนวน 450 คน (แบบสอบถามไม่สมบูรณ์จำนวน 4 ฉบับ, outlier จำนวน 6 คน) คิดเป็นร้อยละ 97.82 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และการลง implement model กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

4.1 สถานการณ์การเข้าถึงบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2560-2561 จำนวน 30,748 คน เข้าถึงยาลดไขมันเลือด (rtPA) และฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติ ร้อยละ 6.98 หรือประมาณ 2,146 คน จึงประมาณการณได้ว่า มีผู้ป่วยประมาณ 28,602 คน ที่ได้รับผลกระทบจากโรค มีความบกพร่องด้านร่างกาย ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัดและการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลประมาณ 9,673 คน หรือร้อยละ 33.82 (ในจำนวนนี้ผู้ป่วยอาจได้รับการเยี่ยมบ้านหรือบริการสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วย) ผู้ป่วยเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้รับการเยี่ยมบ้านโดยตรงจากศูนย์บริการสาธารณสุขในรูปแบบ BMA home ward referral เป็นโปรแกรมที่รองรับข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการให้ศูนย์บริการสาธารณสุขดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยศูนย์กลางการรวบรวมข้อมูล และการกระจายผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านตั้งอยู่ที่กองการพยาบาลสาธารณสุข กรมอนามัย กรุงเทพมหานคร เปิดรับข้อมูลผู้ป่วยจากทุกโรงพยาบาล ทุกสิทธิ์การรักษา โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่ได้ลงเยี่ยมเองจะส่งผู้ป่วยผ่านเข้าระบบ BMA home ward referral มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 8,000 คน หรือประมาณร้อยละ 25 พยาบาลวิชาชีพเยี่ยม 1-2 ครั้งต่อเดือน เฉลี่ยนาน 1 ปี โดยเป็น

การเยี่ยมบ้านแบบผู้ป่วยติดเตียง ขณะเดียวกันผู้ป่วยเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดย nurse expert เป็นรูปแบบการเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลศิริราช พยาบาลเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อเดือนนาน 6-8 เดือน ก่อนส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุข เยี่ยมได้ประมาณปีละ 100 คน หรือเพียงร้อยละ 0.35

สรุปสถานการณ์การเข้าถึงบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติมีประมาณร้อยละ 5 ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเยี่ยมบ้านรวมทั้งเข้ารับการทำกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลร้อยละ 25 ยังต้องการการเยี่ยมบ้านจากบริการปฐมภูมิ จำนวนร้อยละ 70 จากข้อมูลข้างต้น จึงพบว่า มีเพียงหนึ่งในสี่ที่เข้าถึงบริการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องที่มีความชัดเจนการจัดบริการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ครอบคลุมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวจากโรคโดยเร็วเพื่อลดความพิการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรค ดังแสดงในแผนภาพที่ 4.1

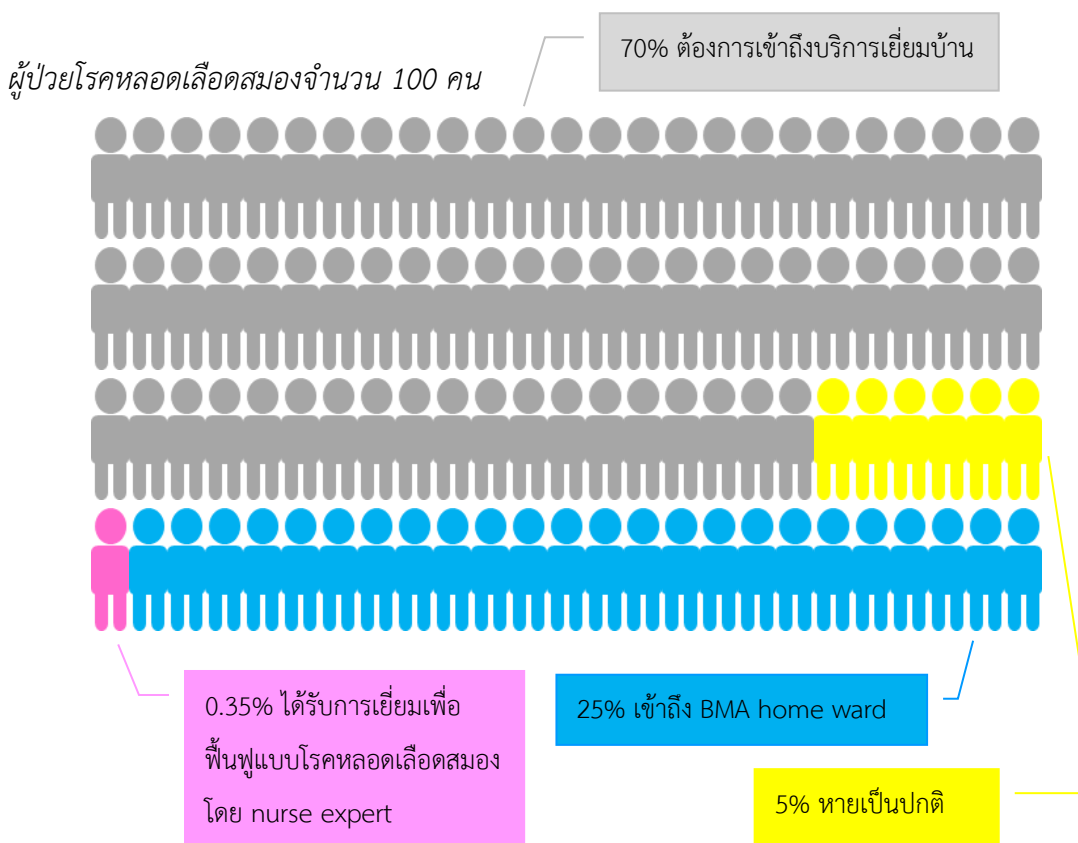
สถานการณ์ความเพียงพอของจำนวนพยาบาลเยี่ยมบ้าน กรุงเทพมหานคร โดยอ้างอิงจากมติที่ประชุมสภาการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2562 อัตรากำลังบุคลากรพยาบาลชั้นต่ำในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร ต้องการพยาบาลเพื่อดูแลประชาชน จำนวน 2,522 คน เมื่อเทียบกับปัจจุบัน ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 350 คน แต่ไม่เกิน 400 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชนเชิงรุกในชุมชนกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 8,000 คน

ดังนั้น การจัดให้มีพยาบาล (อิสระ) ประจำตัวหรือพยาบาลปฏิบัติงานนอกเวลาเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่มีจำนวนมาก เข้ามาทดแทนอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลจำนวน 6 เท่าของพยาบาลที่มีอยู่ในระบบ ซึ่งไม่สามารถจัดพยาบาลเยี่ยมบ้านเหล่านี้ให้ทันกับความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนเมืองใหญ่

ผู้ซื้อบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีกำลังจ่ายค่าตอบแทนในการจ้างงานพยาบาล (อิสระ) ประจำตัว โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวน 8-12 ครั้ง (กรณีผู้ป่วยติดบ้าน เยี่ยมจำนวน 8 ครั้ง, กรณีผู้ป่วยติดเตียงที่มีอุปกรณ์ติดตัวต้องดูแล เช่น สายยางให้อาหาร ใส่คาสายสวนปัสสาวะ เยี่ยมบ้านจำนวน 12 ครั้ง) มีการกำหนดกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับจำนวน 8-12 ครั้ง (ตามเอกสารภาคผนวก

กิจกรรมการเยี่ยมบ้านพยาบาลอิสระ) ค่าใช้จ่ายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนละ 7,500 บาทต่อปี (เฉลี่ย 500 บาทต่อคน ไม่รวมค่าอุปกรณ์)

จากการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ มีผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 2 ปี และสามารถสื่อสารได้ ได้รับการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องและมีความชัดเจน จากโรงพยาบาลที่ส่งเก็บข้อมูล จำนวน 5 โรงพยาบาล และจากสถิติของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง รวมแล้วประมาณ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2561-2562 สะท้อนให้เห็นว่า จำนวนพยาบาลที่มีอยู่ในระบบยังไม่เพียงพอต่อการ จัดบริการเยี่ยมบ้าน และความต้องการของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ต้องการให้เกิดการ ติดตามดูแล ประเมินปัญหาและแก้ไขความบกพร่องแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น มีความ จำเป็นต้องพัฒนา เพิ่มพูนทักษะพยาบาลเยี่ยมบ้านและจัดหาพยาบาลให้เพียงพอในการเยี่ยมบ้าน ดัง แสดงในตารางที่ 4.1

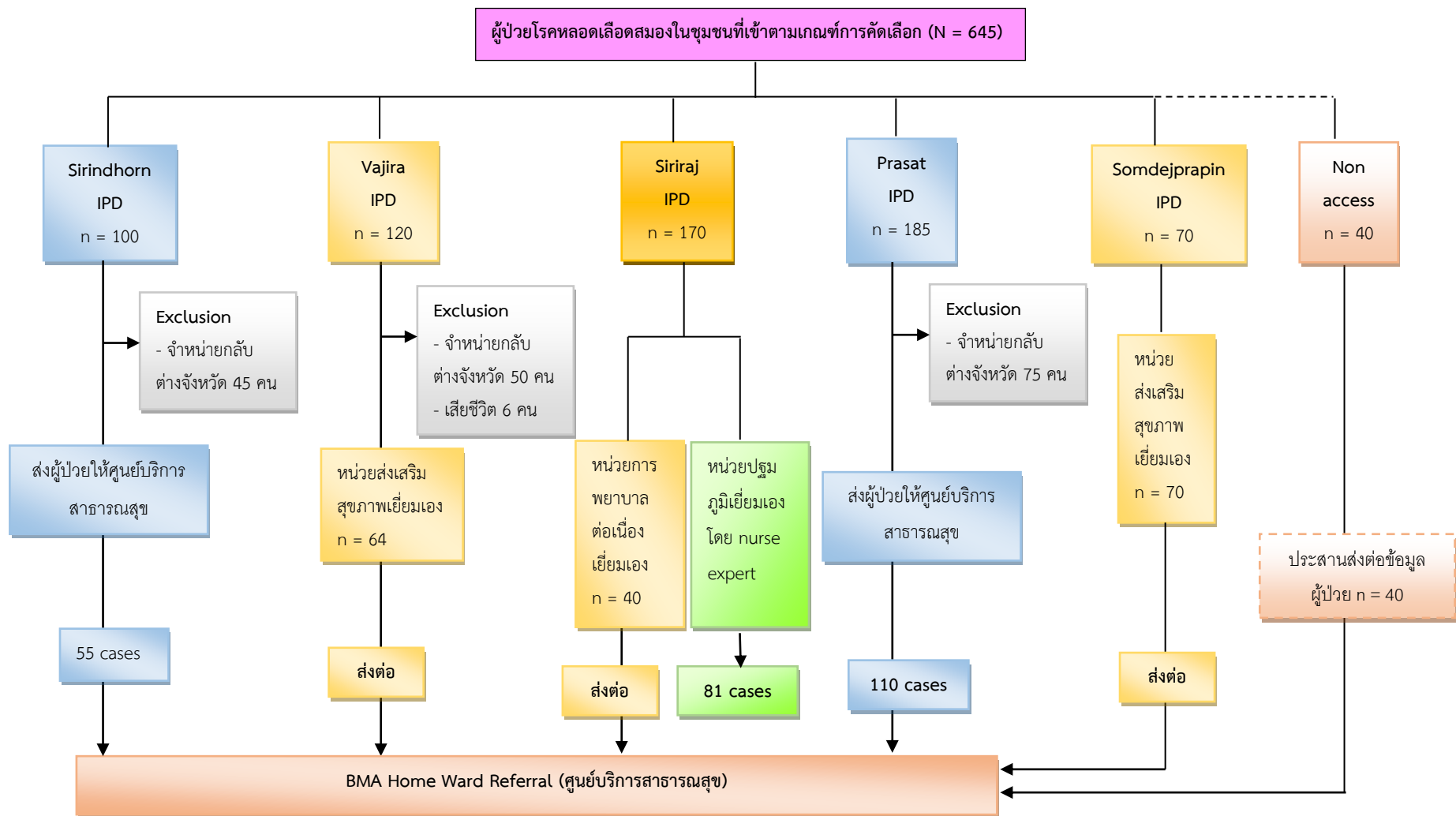


แผนภาพที่ 4.1 เปรียบเทียบสถานการณ์การเข้าถึงบริการเยี่ยมบ้านและต้องการการเยี่ยมบ้าน

ลักษณะการจัดบริการเยี่ยมบ้าน พบว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีหน่วยบริการเยี่ยมบ้านลงติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองในเขตชุมชนที่รับผิดชอบและมีสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาล ก่อนจะประสานส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ขณะที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกระทรวงมหาดไทยบางแห่งที่เดิมลงเยี่ยมเองในเขตชุมชนที่รับผิดชอบ ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2562 กำลังประสานส่งต่อผ่านระบบ BMA home ward referral ทั้งหมด เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่ได้ลงเยี่ยมเองแต่ส่งต่อให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือผ่านระบบ BMA home ward referral ให้ลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีลักษณะการจัดบริการและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ดังแสดงในตารางที่ 4.1 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดเลือกประชากรจากจำนวน 5 โรงพยาบาล ทั้งสิ้น 645 คน เพื่อสุ่มมาเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 460 คน ดังแสดงในแผนภาพที่ 4.2

ตารางที่ 4.1 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการและคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ในปี พ.ศ. 2560-2561

โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาลที่ศึกษา	การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร					ลักษณะการดูแล	
		ผู้ป่วยนอก (คน)	ผู้ป่วยใน (คน)	เข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่ตึกผู้ป่วยนอก (คน)	เข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่ตึกผู้ป่วยใน (คน)	ผู้ป่วยที่ต้องการเยี่ยมบ้าน	เยี่ยมเอง	ส่งต่อ home ward
สังกัดมหาวิทยาลัย : ร.พ.ศิริราช ร.พ.รามาธิบดี	ศิริราช	1,073	706	6,231	เฉลี่ยปีละ 100-120 คน	170	√	√
สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข : ร.พ.ราชวิถี ร.พ.เลิดสิน ร.พ.นพรัตน์ราชธานี สถาบันประสาทวิทยา สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูฯ	สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูฯ	103	216	-ฝึกทักษะการดำรงชีวิตจำนวน 1,198 คน -กิจกรรมบำบัดจำนวน 3,506 คน -Day care จำนวน 147 คน	เฉลี่ยปีละ 150-200 คน	100	-	√
	สถาบันประสาทวิทยา	25,030	930	N/A	-	185	-	√
สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร : วชิรพยาบาล ร.พ.ตากสิน ร.พ.กลาง ร.พ.เจริญกรุง ประชากรักษ์ ร.พ.สิรินทร ร.พ.ราชพิพัฒน์ ร.พ.หลวง พ่อทวีศักดิ์ ร.พ.เวชการุณย์รัศมี ร.พ.ลาดกระบัง	วชิรพยาบาล	1,625	440	N/A	-	120	√	√
โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ : ร.พ.จุฬาลงกรณ์ ร.พ.สมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ ร.พ.ภูมิพล	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ	84	113	40	-	70	√	√
BMA home ward referral		-	-	-	-	-	8,000	-
	รวม					645	8,000	-



แผนภาพที่ 4.2 รูปแบบการจัดบริการในแต่ละโรงพยาบาลและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (n = 460)

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยในแต่ละเขตจากการเก็บข้อมูลทั้ง 5 โรงพยาบาล พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกระจายไป 6 กลุ่มกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มกรุงเทพมหานครเหนือพบผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่มกรุงเทพเหนือ กลุ่มกรุงเทพตะวันออก กลุ่มกรุงเทพใต้ กลุ่มกรุงเทพกลาง และกลุ่มกรุงเทพใต้ ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 4.3



ภาพที่ 4.3 แสดงร้อยละพื้นที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจากมากไปน้อย

4.2 รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ และกระบวนการจัดการดูแลที่ได้จากบุคลากรสุขภาพ

นโยบายการบริหารจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีความแตกต่างกันตามสังกัดโรงพยาบาล ทำให้ได้ข้อสรุปลักษณะกระบวนการจัดการ ดังนี้

1) โรงพยาบาลศิริราช แบ่งระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็น 2 หน่วยบริการ ได้แก่ หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง และหน่วยบริการปฐมภูมิศิริราช โดยหน่วยการพยาบาลต่อเนื่องจะติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน และได้รับการส่งปรึกษา เนื่องจากพบปัญหา ได้แก่ ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้าน เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลแผล เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่

บ้านแต่ผู้ดูแลยังไม่สามารถจัดการดูแลได้ เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และเป็นผู้ป่วยที่การรักษา
ยังไม่สิ้นสุด เช่น ต้องได้รับยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ควบคุมระดับน้ำตาลหรือระดับความดันโลหิตยังไม่
คงที่ เป็นต้น พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์การรักษามีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร กรณีอยู่
ต่างจังหวัดจะประสานส่งต่อข้อมูลไปยังสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน สำหรับผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน
กรุงเทพมหานคร เมื่อการเยี่ยมบ้านสิ้นสุด จะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์บริการสาธารณสุข

ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลประจำหน่วยฯ และทีมสุขภาพสาขาอื่นๆ ลงเยี่ยมบ้าน
ภายในสัปดาห์แรกหลังได้รับรายชื่อผู้ป่วย โทรศัพท์เยี่ยมภายใน 3 วัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
ผู้ป่วยที่มีความพิการอย่างรุนแรง จะติดตามอาการทุกวัน ด้วยวิธีการโทรศัพท์เยี่ยม ให้ญาติส่งคลิป
วิดีโอ เป็นต้น จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เฉลี่ยตามเยี่ยม 4 ครั้งต่อราย หรือตาม
ความจำเป็น ก่อนจะประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

หน่วยบริการปฐมภูมิศิริราช จัดบริการเยี่ยมบ้านให้กับผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับโรงพยาบาลศิริราช โดยเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่
อนุญาตให้ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง/พยาบาล
วิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ใช้ระบบการเป็นพยาบาล
เจ้าของไข้ (Primary nurses) รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือด
สมองประจำหน่วยปฐมภูมิ จะมีการเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล
และดูแลผู้ป่วยรายนั้นอย่างต่อเนื่องจนกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมบ้านด้วยพยาบาลคนเดิมตั้งแต่ต้น
ทางจนถึงปลายทางในเขตพื้นที่ชุมชนที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ เป็นผู้นำในการวางแผนเยี่ยมบ้าน
ร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย เยี่ยมบ้าน
ภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย นำแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบ
ประสาทมาใช้ อาทิ แบบทดสอบการกลืน แบบประเมินแผลกดทับ แบบทดสอบการรู้คิด แบบประเมิน
ภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาระผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น
กำหนดเยี่ยมบ้านทั้งสิ้น จำนวน 4 ครั้ง แล้วจึงประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข

2) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จัดบริการเยี่ยมบ้านโดยหน่วยเวชศาสตร์ชุมชนและส่งเสริม
สุขภาพ ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพ และส่งปรึกษาทีมสุขภาพสาขาอื่นๆ หากประเมินพบ
ปัญหา ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน มีภูมิลำเนา
อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล ได้แก่ เขตบางพลัด เขตดุสิต และพื้นที่ใกล้เคียง

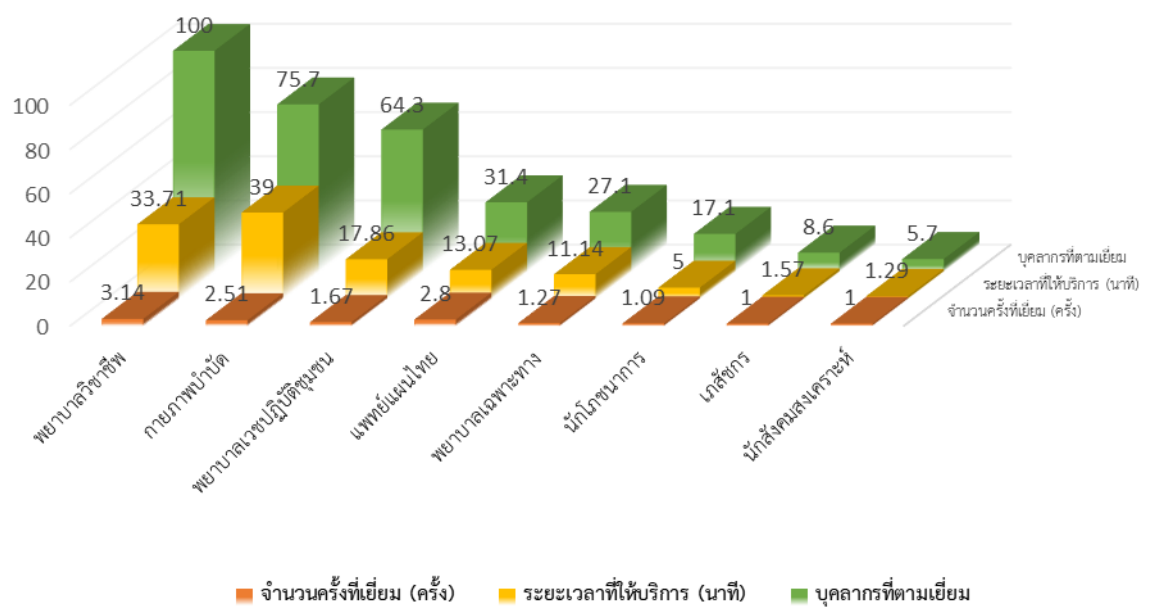
โดยได้รับการส่งปรึกษาจากหอผู้ป่วยใน เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว ญาติไม่มั่นใจในการดูแล และอนุญาตให้เยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมเฉลี่ย 4 ครั้ง ก่อนส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

3) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จัดบริการเยี่ยมบ้านโดยหน่วยส่งเสริมสุขภาพ ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลประจำหน่วยฯ และทีมสุขภาพประจำโรงพยาบาล โดยได้รับการส่งปรึกษาจากหอผู้ป่วยใน เนื่องจากพบปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย ทุกสิทธิ์การรักษาและทุกเขตในกรุงเทพมหานคร ติดตามเยี่ยมเฉลี่ย 2 ครั้ง ก่อนส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

4) สถาบันประสาทวิทยา และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่มีบริการเยี่ยมบ้าน เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลวิชาชีพจะประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว ต้องการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านติดตามเยี่ยม หรือกรณีผู้ป่วยกลับต่างจังหวัดจะประสานส่งต่อข้อมูลไปยังสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจะเป็นผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัด หรือได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัดเข้ามารับการรักษาและส่งตัวกลับเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น

กลุ่มตัวอย่างในชุมชนส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพโดยมีพยาบาลมาเยี่ยมที่บ้านมากที่สุดร้อยละ 91.6 รองลงมาคือ มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก และเข้ามารับการทำกายภาพบำบัดที่ตึกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 84 และ 21.8 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอกใช้ระยะเวลาเฉลี่ยที่เข้ารับการทำการกายภาพบำบัด 2.40 วัน (SD=5.33) เฉลี่ยสัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ได้รับการทำการกายภาพบำบัดนาน 12.21 นาที (SD=22.88) พบบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เท่าๆ กัน ส่วนใหญ่ได้รับกิจกรรมการฝึกฟื้นฟูสภาพร่างกาย ได้แก่ ฝึกการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ร้อยละ 73.4 ฝึกการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนอิริยาบถ ร้อยละ 60.4 และ ฝึกใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น หยิบลูกปัด ร้อยละ 54.6 ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ามารับการทำการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยครอบครัวร้อยละ 61.4

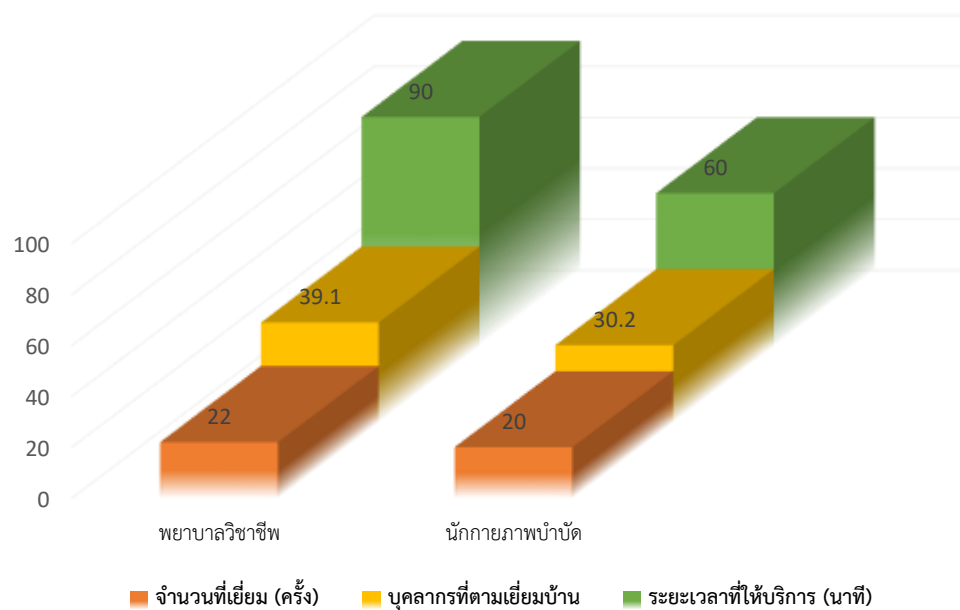
การจัดบริการด้วยรูปแบบ Continuing care from hospital to home, BMA home ward และ Continuing care from hospital to home by nurse expert กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลวิชาชีพ (Registered nurse: RN) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ นักกายภาพบำบัด พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Nurse practitioner: NP) แพทย์แผนไทย พยาบาลเฉพาะทาง (Nurse expert/Nursing Specialty) ร้อยละ 75.7, 64.3, 31.4 และ 27.1 ตามลำดับ แพทย์แผนไทยลงเยี่ยมเพื่อศึกษาดูงานและฝึกสอนนักศึกษา พบในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ขณะที่นักโภชนาการ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ เยี่ยมผู้ป่วยเฉลี่ย 1 ครั้งต่อปี การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ไม่พบการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดังแสดงในแผนภูมิแท่งที่ 4.1



แผนภูมิแท่งที่ 4.1 แสดงประเภทบุคลากรที่ตามเยี่ยมบ้าน จำนวนที่เยี่ยมบ้าน และระยะเวลาที่ให้บริการ

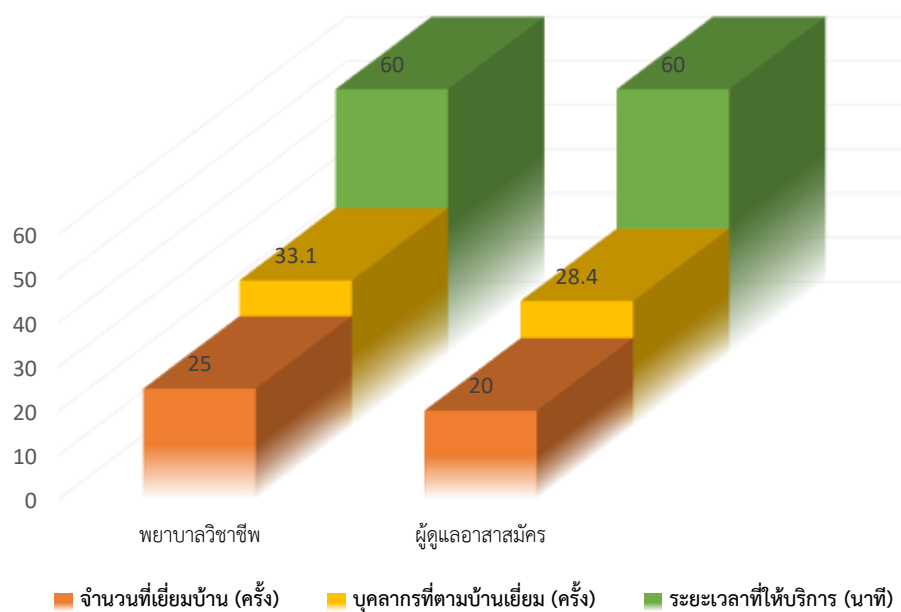
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมี 4 รูปแบบ ได้แก่ Continuing care from hospital to home, BMA home ward, Continuing care from hospital to home by nurse expert และ Family care โดยมีรายละเอียดกระบวนการจัดการ และการใช้ทรัพยากร จัดการดูแล ดังนี้

รูปแบบการจัดบริการ Continuing care from hospital to home ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพ (RN) ลงเยี่ยมบ้านมากที่สุด ร้อยละ 39.1 รองลงมา ได้แก่ นักกายภาพบำบัด เยี่ยม เฉลี่ยนาน 3 เดือน บุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักโภชนาการ เยี่ยมปีละ 1 ครั้ง เมื่อได้รับการปรึกษาจากพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเยี่ยม 1-2 ครั้งต่อเดือน (เฉลี่ย 22 ครั้งต่อปี) ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแล 31.25 นาที (SD=7.15) ดังแสดงแผนภูมิแท่งที่ 4.2



แผนภูมิแท่งที่ 4.2 แสดงการจัดบริการรูปแบบ Continuing care from hospital to home
หมายเหตุ ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ไม่พบแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักโภชนาการเยี่ยมบ้าน

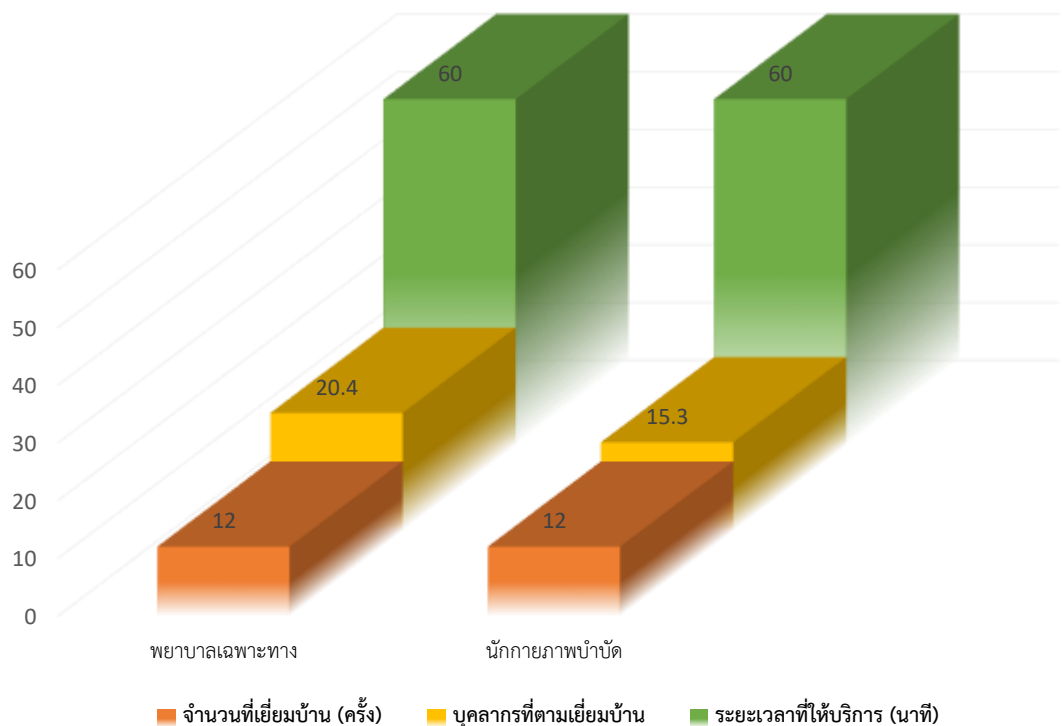
รูปแบบการจัดบริการ BMA home ward ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพ (RN) ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 33.1 รองลงมา ได้แก่ ผู้ดูแลจิตอาสา (CG) ขณะที่นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ เภสัชกร จะเยี่ยมเมื่อได้รับการส่งปรึกษาจากพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเยี่ยม 1-2 ครั้งต่อเดือน (เฉลี่ย 25 ครั้งต่อปี) ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแล 28.75 นาที เฉลี่ยนาน 1 ปี (SD=6.94) ดังแสดงแผนภูมิแท่งที่ 4.3



แผนภูมิแท่งที่ 4.3 แสดงการจัดบริการรูปแบบ BMA home ward

หมายเหตุ ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ไม่พบแพทย์ลงเยี่ยมบ้าน นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และเภสัชกรลงเยี่ยม 1 ครั้ง เฉพาะผู้ป่วยบางรายเท่านั้น

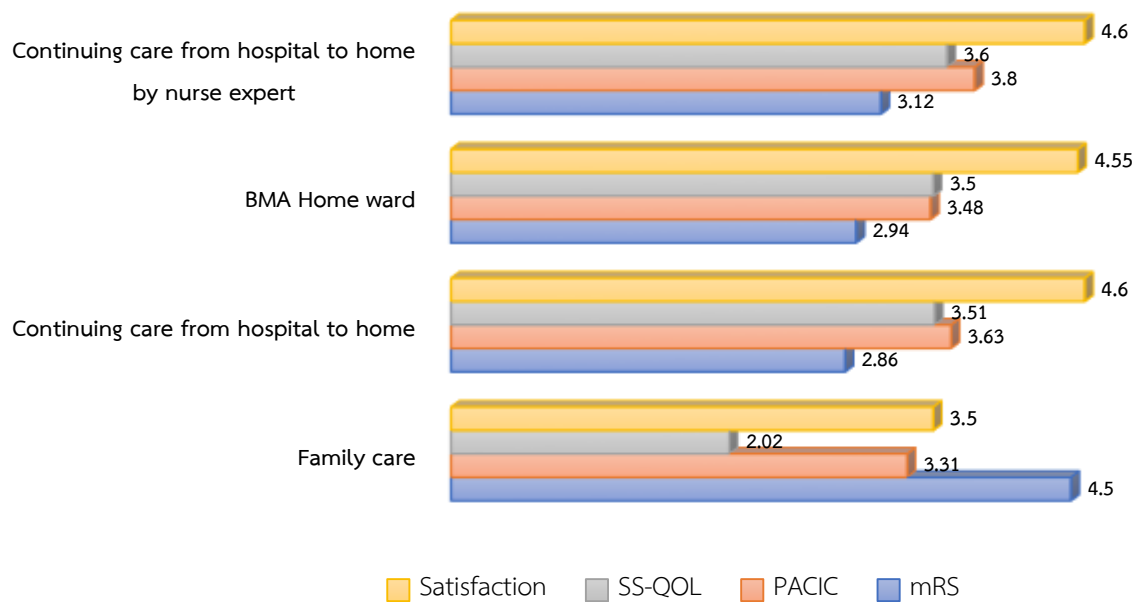
รูปแบบการจัดบริการ Continuing care from hospital to home by nurse expert ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง และนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 20.4 และ 15.3 ตามลำดับ แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ลงเยี่ยมบ้านเพื่อศึกษาดูแลและฝึกสอนนักศึกษา พยาบาลเยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน (เฉลี่ย 12 ครั้งต่อปี) ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแล 40 นาที เฉลี่ยนาน 3 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน (SD=11.22) เช่นเดียวกับนักกายภาพบำบัด ดังแสดงแผนภูมิแท่งที่ 4.4



แผนภูมิแท่งที่ 4.4 แสดงการจัดบริการรูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert

อย่างไรก็ตาม รูปแบบ Family care การดูแลเฉพาะจากครอบครัวเพียงอย่างเดียวพบว่า ผู้ดูแลหลัก 1-2 คน ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืน เคยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในชุมชนร้อยละ 62.5 ได้แก่ เพื่อนบ้าน, อสส. และผู้นำชุมชนร้อยละ 45, 30 และ 10 ตามลำดับ กิจกรรมการช่วยเหลือที่ได้รับ ได้แก่ การช่วยดูแลสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 30 รองลงมา ได้แก่ การช่วยเหลือเมื่อร้องขอ และบริจาคอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น รถเข็น กระติกน้ำร้อน ที่นั่งขับถ่าย ร้อยละ 22.5 และ 17.5 ตามลำดับ

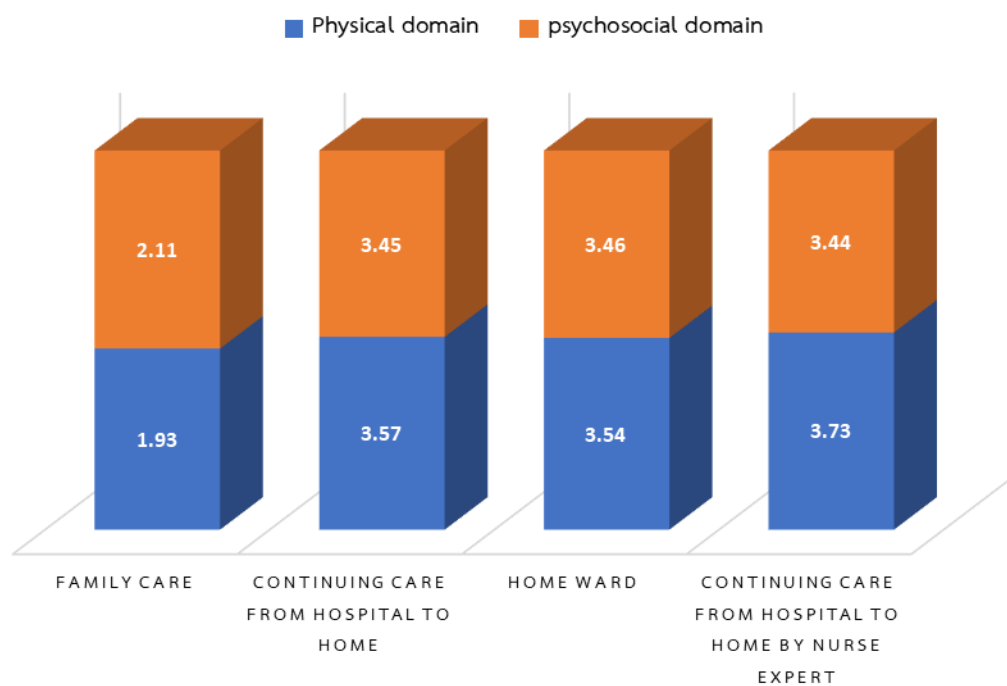
เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการได้รับรูปแบบการดูแลทั้ง 4 รูปแบบ พบว่า การได้รับความช่วยเหลือดูแลเฉพาะครอบครัว มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่ำกว่าการได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการสุขภาพทั้ง 3 รูปแบบ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ Continuing care from hospital to home, BMA home ward และ Continuing care from hospital to home by nurse expert มีระดับคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกันเฉลี่ย 3.5-3.6 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) ระดับความพึงพอใจมาก และมีความพึงการระดับปานกลาง ต้องการการช่วยเหลือบางส่วน เช่น ใช้อุปกรณ์ช่วยโดยไม่ต้องมีคนพุง (mRS 3.5-3.6) ระดับคะแนนการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการสุขภาพพบว่า รูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert มีระดับคะแนนมากที่สุดเท่ากับ 3.8 คะแนน รองลงมา ได้แก่ Continuing care from hospital to home เท่ากับ 3.63 และ BMA home ward เท่ากับ 3.48 ตามลำดับ ดังแสดงแผนภูมิแท่งที่ 4.5



แผนภูมิแท่งที่ 4.5 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพระหว่างการดูแล 4 รูปแบบ

หมายเหตุ SS-QOL: Stroke Specific Quality of Life Scale, PACIC: Patient Assessment of Chronic Illness Care, mRS: Modified Rankin Scale

เมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการดูแลทั้ง 4 รูปแบบ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าด้านร่างกาย และมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน แต่การช่วยเหลือดูแลกันเฉพาะครอบครัว (Family support) มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่ำกว่าการได้รับการดูแลทั้ง 4 รูปแบบ ดังแสดงแผนภูมิแท่งที่ 4.6



แผนภูมิแท่งที่ 4.6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนระดับคุณภาพชีวิตระหว่างด้านร่างกายและจิตใจ

4.3 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกินครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.1) อายุเฉลี่ย 62.43 ± 13.33 ปี ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.3) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง และเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ร้อยละ 34.2 รองลงมาได้แก่ สมาชิกในครอบครัวและบุตรร้อยละ 32.4 และ 18.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยร้อยละ 13.9 มีผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ เช่น ผู้ถูกจ้าง เพื่อน และเพื่อนบ้าน เป็นผู้ดูแล ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 450$)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
40-64 ปี	253	56.2
มากกว่า 65 ปี	197	43.8
(Mean = 62.43, SD = 13.32, Max = 90, Min = 28)		
เพศ		
ชาย	284	63.1
หญิง	166	36.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	6.2
ประถมศึกษา	231	51.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	45	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวท./ ปวช.	73	16.2
ปวส. / อนุปริญญา	22	4.9
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	45	10.0
สูงกว่าปริญญาตรี	6	1.3

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	220	48.9
5,001 – 10,000 บาท	91	20.2
10,001 – 15,000 บาท	45	10.0
15,001 – 20,000 บาท	50	11.1
มากกว่า 20,000 บาท	44	9.8
ที่พักอาศัย		
บ้านเช่า	96	21.3
บ้านตนเอง	323	71.8
บ้านพักสวัสดิการ/แฟลต	19	4.2
อะพาร์ตเมนต์/คอนโด	12	2.7
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	227	61.6
ครอบครัวขยาย	117	26.0
ครัวเรือนเดี่ยว	44	9.8
รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ผู้ดูแลหลักมีเฉพาะบุตร	81	18.0
ผู้ดูแลหลักมีเฉพาะคู่สมรส	154	34.2
ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวสลับกันดูแล	146	32.4
ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ	69	15.33
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย		
คู่สมรส	236	52.4
บุตร	227	50.4
ญาติ หลาน พี่น้องในครอบครัว	143	31.8
ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด (เพื่อนบ้าน, ผู้ดูแล	52	11.6

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ว่าจ้าง)		
ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (เดือน) Mean = 9.17, SD = 6.15		
จำนวนชั่วโมงในการดูแล Mean = 9.43, SD = 6.80		
จำนวนของผู้ดูแล (คน) Max-Min, Mean±SD	5-0	1.60±0.80

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร้อยละ 72 เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 82.7 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 ถึง 2 โรค โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดถึงร้อยละ 86.7 รองลงมาได้แก่ ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 46.2 และ 32.4 ตามลำดับ กิจกรรมการดูแลพิเศษที่พบมากที่สุด คือ การให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 13.3 รองลงมา ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การดูแลสายสวนปัสสาวะ และแผลกดทับ ร้อยละ 13.1, 7.8 และ 6.4 ตามลำดับ มีระดับการรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 41.6 ค่าเฉลี่ยคะแนน TMSE เท่ากับ 21.96 ± 7.63 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 73.8 ค่าเฉลี่ยคะแนน 9Q เท่ากับ 4.56 ± 4.26 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งยังอยู่ในภาวะพึ่งพิง กิจกรรมทางกาย (คะแนนเฉลี่ย ADL = 11.51 ± 5.93) และมีความพิการหลงเหลืออยู่ระดับปานกลางถึงมาก (mRS 3-5 คะแนน) ร้อยละ 68.2 ดังแสดงในตารางที่ 4.3

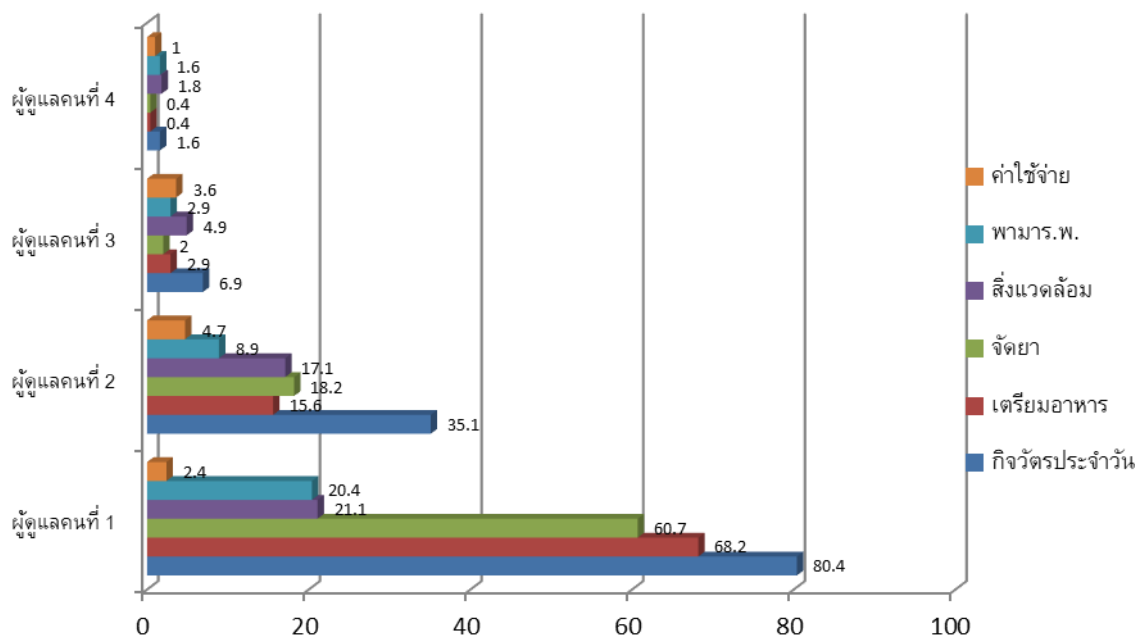
ตารางที่ 4.3 แสดงข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 450)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	324	72.0
โรคหลอดเลือดสมองแตก	126	28.0
โรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง		
ไม่มี	29	6.4
มี	421	93.6
1 โรค	153	34.0

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
2 โรค	151	33.6
มากกว่า 3 โรค	118	26.2
ความดันโลหิตสูง	390	86.7
ไขมันในเลือดสูง	208	46.2
เบาหวาน	146	32.4
โรคหัวใจ	54	12.0
เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน	38	8.4
กิจกรรมการดูแลพิเศษ		
มี / ไม่มี	136 / 314	30.2/ 69.8
ออกกำลังกาย/กายภาพบำบัด	59	13.1
ให้อาหารทางสายยาง	60	13.3
ใส่สายสวนปัสสาวะ	35	7.8
ทำแผล	29	6.4
ระยะเวลาเจ็บป่วย (เดือน) Mean = 8.41, SD = 6.55		
≤ 12 เดือน	372	82.7
13-24 เดือน	78	17.3
ระดับการรู้คิด (TMSE) Mean = 22.00, SD = 7.61		
≤ 23 คะแนน	187	41.6
> 23 คะแนน	263	58.4
ภาวะซึมเศร้า (9Q) Mean = 22.00, SD = 7.61		
ไม่มีอาการ	332	73.8
มีอาการระดับน้อย	88	19.6
มีอาการระดับปานกลาง	25	5.6
มีอาการระดับรุนแรง	5	1.1
ระดับความบกพร่องทางกาย (Barthel ADL index) Mean = 11.55, SD = 5.93		

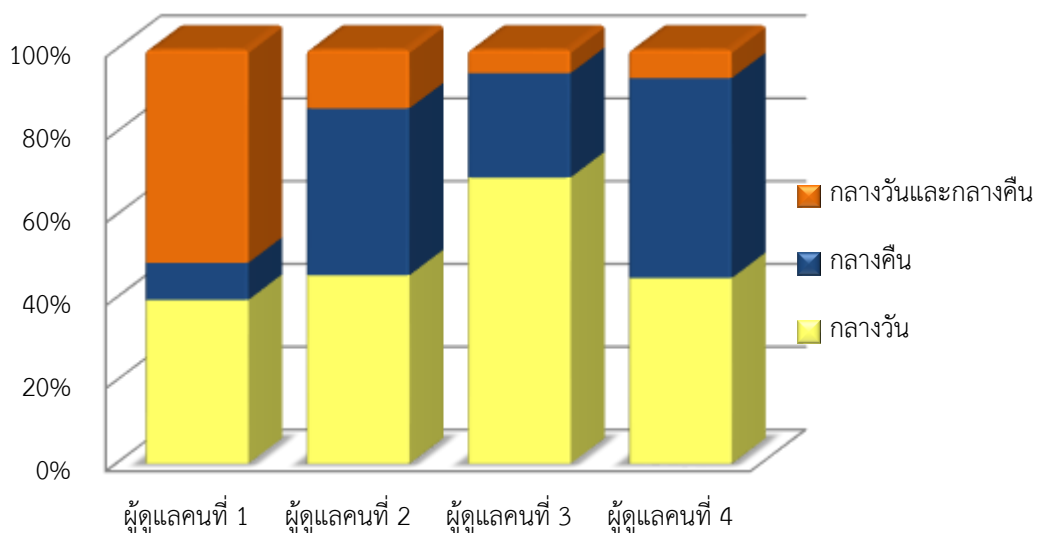
ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน)	78	17.3
ภาวะพึ่งพารุนแรง (5-8 คะแนน)	66	14.7
ภาวะพึ่งพาปานกลาง (9-11 คะแนน)	96	21.3
ไม่เป็นการพึ่งพา (12-20 คะแนน)	210	46.7
การฟื้นตัวทางกาย (mRS) Mean = 3.07, SD = 1.15		
ไม่มีความพิการ (0-2 คะแนน)	143	31.8
มีความพิการระดับปานกลาง-มาก (3-5 คะแนน)	307	68.2

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีเพียงคนเดียว ร้อยละ 54 (สูงสุด 5 คนต่ำสุดไม่พบผู้ดูแล) โดยผู้ดูแลคนที่ 1 ให้การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน การเตรียมอาหาร/ป้อนอาหาร จัดเตรียมยา/ป้อนยา ดูแลความสะอาด/สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และพามาพบแพทย์ ร้อยละ 80.4, 68.2, 60.7, 21.1, และ 20.4 ตามลำดับ ขณะที่ผู้ดูแลคนที่ 2 ให้การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันมากที่สุดร้อยละ 35.1 รองลงมา ได้แก่ จัดเตรียมยา/ป้อนยา และดูแลความสะอาด/สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ร้อยละ 18.2 และ 17.1 ตามลำดับ ภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลคนที่ 1 ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งกลางวันและกลางคืนเฉลี่ย 9.43 ชั่วโมง (SD = 6.80) ผู้ดูแลคนที่ 2 ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยในเวลากลางวันใกล้เคียงกับเวลากลางคืนเฉลี่ย 2.68 ชั่วโมง (SD = 3.85) ขณะที่ผู้ดูแลคน 3 และ 4 ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยในเวลากลางวันมากกว่าเวลากลางคืน ดังแสดงในแผนภูมิแท่งที่ 4.7 และ 4.8



แผนภูมิแท่งที่ 4.7 แสดงหน้าที่/กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

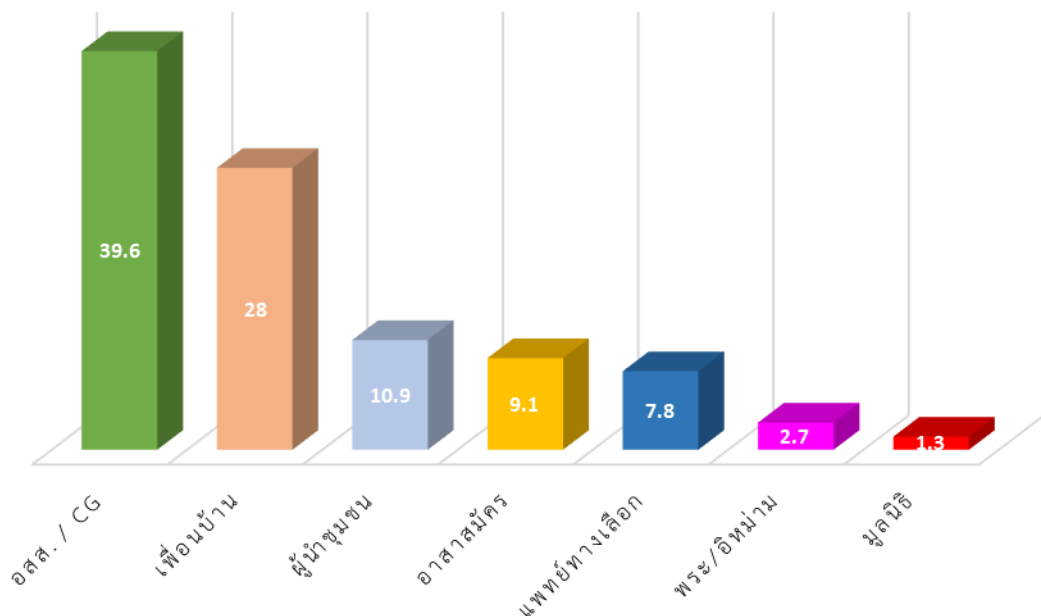
ช่วงเวลาในการดูแล



แผนภูมิแท่งที่ 4.8 แสดงหน้าที่ของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

การช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากคนในชุมชน ส่วนใหญ่ได้รับจาก อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) หรือ ผู้ดูแลจิตอาสา (CG ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง) เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัคร ร้อยละ 39.6, 38, 10.9 และ 9.1 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 4.3 ความถี่ในการได้รับความช่วยเหลือส่วนใหญ่หลายๆ ครั้ง (1-2 วันต่อเดือน) ร้อยละ 45.8 และ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 12.7 โดยกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่เคยได้รับจากสมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ต้องจ่ายค่าตอบแทน มีเพียงร้อยละ 18.7 ที่ต้องจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ดูแลที่มาช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน พาไปโรงพยาบาล อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย วันละ 3-4 ชั่วโมง เฉลี่ย 200-300 บาทต่อคน สูงสุด 1,400 บาทต่อคน ในการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน กิจกรรมที่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลจากคนชุมชนมากที่สุด ได้แก่ ตรวจวัดความดันโลหิต/ชั่งน้ำหนัก ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และให้กำลังใจร้อยละ 28.6, 15.7 และ 10.0 ตามลำดับ ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 42.2 ที่สามารถมีกิจกรรมนอกบ้านได้ อาทิ พุดคุยกับเพื่อนบ้าน/เพื่อนๆ/ชมรมที่เคยเป็นสมาชิก/ศาลากาแฟ ร้อยละ 31.3 ไปร่วมงานบุญ เช่น ถวายพระ งานทำบุญ ตักบาตร ร้อยละ 21.6 เป็นต้น ดังแสดงในแผนภูมิแท่งที่ 4.9 และตารางที่ 4.4



แผนภูมิแท่งที่ 4.9 แสดงความช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลจากคนชุมชน

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละกิจกรรมการช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลจากคนชุมชน (n=450)

ข้อมูลกิจกรรมการสนับสนุนจากชุมชน	จำนวน	ร้อยละ (%)
ความถี่การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในชุมชน		
ไม่เคยเลย	165	36.7
นานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อเดือน)	206	45.8
เป็นบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์)	57	12.7
เป็นประจำเกือบทุกวัน (5-7 วันต่อสัปดาห์)	22	4.9
กิจกรรมการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากสมาชิกในชุมชน		
ตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก	180	40.0
ช่วยเหลือเมื่อท่านร้องขอ	87	19.3
ให้กำลังใจ	87	19.3
ออกกำลังกาย/นวด ประคบ	67	14.9
จัดซื้ออุปกรณ์หรือบริจาคอุปกรณ์ที่จำเป็น	51	11.3
ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน	39	8.7
พามาตรวจที่โรงพยาบาล/มารับยา	24	5.3
ประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยเหลือ	16	3.6
การมีกิจกรรมนอกบ้านภายหลังเจ็บป่วย		
ไม่มี	206	57.8
มี	190	42.2
พูดคุยกับเพื่อนบ้าน/เพื่อนๆ/ชมรมที่เคยเป็นสมาชิก/ศาลากาแฟ	141	31.3
ไปร่วมงานบุญ เช่น ถวายพระ งานทำบุญ ตักบาตร	97	21.6
กลับมาทำงานเล็กๆ น้อยๆ เช่น รับจ้างทั่วไป ขายของในชุมชน	51	11.3
ร่วมงานของเพื่อนบ้าน เช่น งานแต่ง งานบวช ขึ้นบ้านใหม่	49	10.9

ผลลัพธ์การจัดบริการ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 (SD=0.69) ด้านทักษะการแก้ไขปัญหาในระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.02 รองลงมาได้แก่ กิจกรรมของการบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการรักษาเท่ากับ 3.87 และ 3.56 ตามลำดับ ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยด้านร่างกาย (3.46 ± 1.05) สูงกว่าด้านจิตใจ (3.34 ± 0.95) และมีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพระดับพึงพอใจมากเท่ากับ 4.58 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 450)

ข้อมูล	mean	SD
การรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการสุขภาพ (PACIC) (Min-Max, 1.30-4.90)	3.58	0.69
การมีส่วนร่วมในการรักษา	3.56	0.95
กิจกรรมของการบริการสุขภาพ	3.87	0.79
การตั้งเป้าหมาย	3.20	0.92
ทักษะการแก้ไขปัญหาสุขภาพ	4.02	0.81
การติดตาม/ประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.46	0.89
ระดับคุณภาพชีวิต (SS-QoL) (Min-Max, 1.17-5.0)	3.40	0.93
ด้านร่างกาย	3.46	1.05
ด้านจิตใจ	3.34	0.95
ระดับความพึงพอใจ (Min-Max, 3.45-5.0)	4.58	0.34
สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการสุขภาพ	4.60	0.40
คุณภาพของการให้บริการ	4.58	0.38
ผลลัพธ์การให้บริการ	3.54	0.84

หมายเหตุ PACIC: Patient Assessment of Chronic Illness Care, mRS : modified Rankin Scale

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านรูปแบบการดูแล และปัจจัยระดับบุคคลที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

งานวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิ จึงต้องมีการศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจการจัดรูปแบบบริการปฐมภูมิที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบการดูแลของครอบครัว เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต (observed variables) กับ ตัวแปรแฝง (latent variables) เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Model Fit) ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของรูปแบบบริการปฐมภูมิ และรูปแบบการดูแลของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ใช้การพิจารณาความเหมาะสมของข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้แก่ ค่า KMO ต้องมีค่ามากกว่า 0.5, Bartlett's Test of Sphericity มีค่า Approx. Chi-Square ค่า Sig. ค่า extraction เป็นค่า communality ของตัวแปรหลังสกัดองค์ประกอบแล้ว ถ้ามีค่ามากหรือเข้าใกล้ 1 แสดงว่า ตัวแปรนี้สามารถจัดเข้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งได้ (ยุทธโกยวรรณ, 2556) ผลการศึกษานี้ พบว่าค่า KMO มีค่าเท่ากับ 0.77 และการทดสอบแบบ Bartlett's Test of Sphericity มีค่า Approx. Chi-Square เท่ากับ 6398.418 มี df เท่ากับ 78 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันได้ ในการพิจารณาว่าตัวแปรใดควรอยู่ในองค์ประกอบใด สามารถพิจารณาได้จากค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (Factor loading) ถ้าค่าน้ำหนักขององค์ประกอบมีค่ามากจะจัดตัวแปรให้อยู่ในองค์ประกอบนั้น การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (Factor loading) .35 ขึ้นไป เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่าง มากกว่า 250 คน (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) โดยหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor rotation) แบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนแม็กซ์ (Varimax) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

Factor labels (latent variables)	Key data items (observed variables)	Factor loading					Communality
		I	II	III	IV	V	
Institutional care	การเข้าถึงการฟื้นฟู	.967					.937
	จำนวนกิจกรรมการฟื้นฟู	.945					.899
	บุคลากรที่ให้บริการ	.924					.857
	ระยะเวลาที่ให้บริการ	.916					.840
Continuing care	จำนวนบุคลากรที่ตามเยี่ยม		.939				.872
with HW referral	จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน		.913				.717
	ระยะเวลาที่เยี่ยม		.840				.913
BMA Home ward	จำนวนบุคลากรที่ตามเยี่ยม			.955			.926
	จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน			.949			.670
	ระยะเวลาที่เยี่ยม			.802			.912
Continuing care	จำนวนบุคลากรที่ตามเยี่ยม				.981		.976
from hospital to	จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน				.975		.904
home by nurse	ระยะเวลาที่เยี่ยม				.943		.965
expert							
Family support	จำนวนผู้ดูแลที่ให้ความช่วยเหลือ					.890	.801
	เคยได้รับการช่วยเหลือจากคนในชุมชน					.887	.796
	จำนวนกิจกรรมที่ได้รับความช่วยเหลือ					.834	.711
Accumulation (%)		23.42	36.84	54.01	62.67	70.67	

4.2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

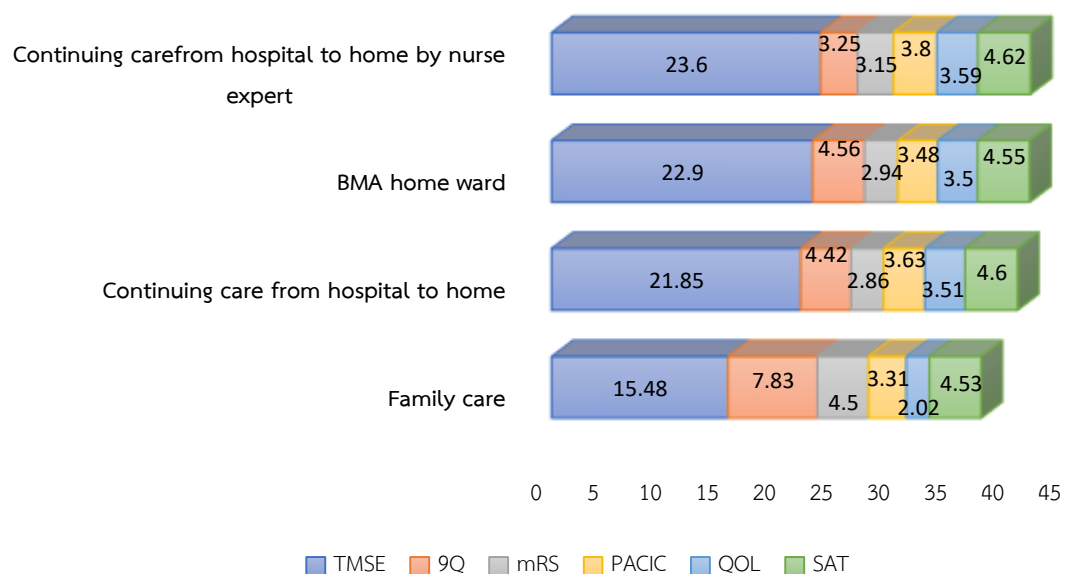
จากการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยตัวกำหนดทางสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม พบว่า ภาวะซึมเศร้า ระดับความบกพร่องทางกาย ระดับการรู้คิด จำนวนชั่วโมงในการดูแล มีความพิการจนกลับมาทำงานไม่ได้ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ร้อยละ 75 ($R^2 = .754$) ปัจจัยในระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ได้แก่ ความบกพร่องทางกายน้อย ($\beta = .57, p = .000$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.22, p = .000$) การรู้คิด ($\beta = .20, p = .000$) มีความพิการจนกลับมาทำงานไม่ได้ ($\beta = -.12, p = .000$) และจำนวนชั่วโมงในการดูแล ($\beta = -.07, p = .02$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณหาอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่อคุณภาพชีวิตในของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ($n = 450$)

ปัจจัยทำนาย	B	Std. Error	β	t	p-value
Constant	2.19	.178		12.28	.000
อายุ (ปี)	.001	.002	.017	.638	.524
เพศชาย	.017	.047	.009	.348	.728
จำนวนโรคร่วม	.036	.026	.034	1.383	.164
ภาวะซึมเศร้า	-.049	.006	-.223	-8.583	.000
ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)	.090	.006	.567	15.517	.000
ระดับการรู้คิด (TMSE)	.024	.004	.196	6.605	.000
รายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	-.050	.047	-.027	-1.060	.290
การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน	-.091	.068	-.047	-1.338	.182
จำนวนกลุ่มผู้สนับสนุนในชุมชน	.025	.030	.030	.839	.402
กิจกรรมการมีส่วนร่วมในชุมชน	.045	.059	.024	.763	.446
จำนวนชั่วโมงในการดูแล (นาท)	-.010	.004	-.069	-2.379	.018
สถานภาพว่างงาน	-.065	.063	-.034	-1.038	.300
มีความพิการจนกลับมาทำงานไม่ได้	-.293	.080	-.124	-3.669	.000

$R = .868$, $R^2 = .754$, Adjusted $R^2 = .746$, Overall $F = 95.217$, Sig. $F = .000$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลทั้ง 4 รูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกรุงเทพมหานครที่เข้าถึงบริการสุขภาพ Continuing care from hospital to home by nurse expert มีความสามารถในการจัดการตนเอง และระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ Continuing care from hospital to home และ BMA home ward ตามลำดับ ขณะที่ระดับความพึงพอใจของรูปแบบบริการทั้ง 3 รูปแบบ อยู่ในระดับพึงพอใจมากใกล้เคียงกัน เช่นเดียวการความพิการทางกาย อย่างไรก็ตาม รูปแบบ Family care พบว่า มีภาวะสุขภาพต่ำทุกด้าน ความพิการทางกายหลงเหลืออยู่มาก (ค่าเฉลี่ย mRS = 4.50) และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย SS-QOL = 2.02) ดังแสดงในแผนภูมิแท่งที่ 4.10



แผนภูมิแท่งที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของรูปแบบการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ

หมายเหตุ TMSE: Thai Mental State Examination, 9Q: 9-Item Thai Patient Health Questionnaire: Thai PHQ-9, ADL: Barthel ADL Index, mRS: the modified Rankin Scale, PACIC: Patient assessment of chronic illness care, QOL: The Stroke Specific Quality of Life Scale, SAT: Satisfaction

4.4 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของรูปแบบการจัดบริการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

การทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างรูปแบบการจัดบริการ การสนับสนุนจาก
เครือข่ายทางสังคม การรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการสุขภาพ การฟื้นฟูร่างกาย
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตามแบบจำลองที่สร้างขึ้นภายใต้สมมติฐาน
การวิจัย ภายหลังปรับโมเดลแล้ว พบว่า ค่าการทดสอบความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า
(ตารางที่ 4.8) โดยเส้นอิทธิพลของตัวแปรในแบบจำลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร
ยกเว้น อิทธิพลของรูปแบบ Institutional care ต่อคุณภาพชีวิต และ Family support ต่อคุณภาพ
ชีวิต (ภาพที่ 4.3) จากนั้น ดำเนินการปรับแบบจำลองโดยการตัดเส้นทางความสัมพันธ์ของ
Institutional care ที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05 เนื่องจากเป็นค่าที่มีอิทธิพลไม่มากพอในการ
วิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ และคงรูปแบบการดูแลด้วย Family support เพื่อให้เห็นผลลัพธ์
ระหว่างการได้รับบริการปฐมภูมิกับไม่สามารถเข้าถึงบริการ มีเพียงครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม
ช่วยกันดูแล จากนั้น ทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบจำลองหลังปรับโมเดล
(Modified Model) ผลการทดสอบ พบว่า ค่าการทดสอบความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า
ตารางที่ 4.8 แสดงค่าการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองในชุมชน

Model	χ^2 (p)	df	χ^2 / df	GFI	RMSEA	RMR
Criteria ^a	p ≥ .05	-	≤ 3	≥ .9	≤ .05 or .08	≤ .05
แบบจำลองตามสมมติฐานการวิจัย	242.439 (.000)	12	20.203	.904	.207	.111
แบบจำลองปรับโมเดล	4.688 (.584)	6	.781	.997	.025	.014

Note: a = reference by Hair and colleagues (2010), df = degree of freedom, GFI = Goodness of fit index, RMSEA = Root mean square error of approximation, RMR= Root mean square residual

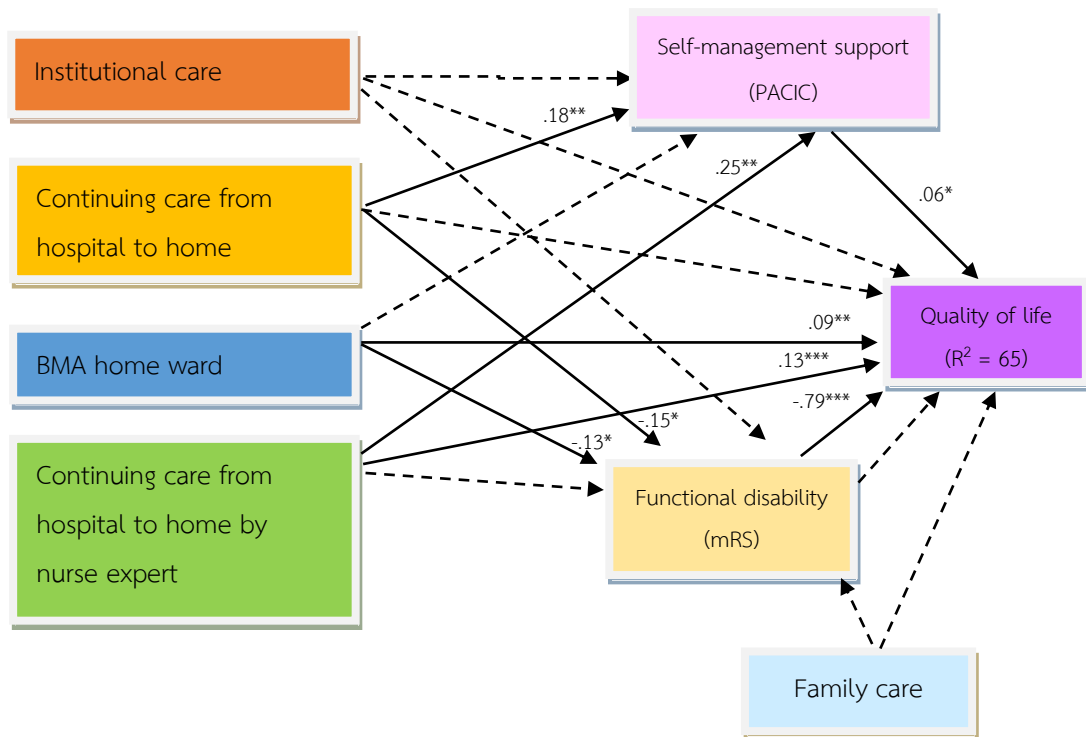
แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหลังปรับโมเดล (แผนภาพที่ 4.5) จากการตรวจสอบโดยพิจารณาจากดัชนีตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล พบว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สถิติ chi-square ค่า p-value = .584, CMIN/DF = .781, GFI = .997, RMR = .014, RMSEA = .025 สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 65 ($R^2 = .65$) ผลการทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (แสดงในตารางที่ 4.8) มีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบ Continuing care from hospital to home มีอิทธิพลทางตรงต่อการลดระดับความพิการ ($\beta = -0.16$, $p = .015$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อระดับคุณภาพชีวิตผ่านการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .134$, $p = .019$) แต่ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อระดับคุณภาพชีวิต

รูปแบบ BMA home ward มีอิทธิพลทางตรงต่อการลดระดับความพิการ ($\beta = -.14$, $p = .02$) และระดับคุณภาพชีวิต ($\beta = .10$, $p = .008$) นอกจากนี้ ยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อระดับคุณภาพชีวิตผ่านการลดระดับความพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .11$, $p = .028$)

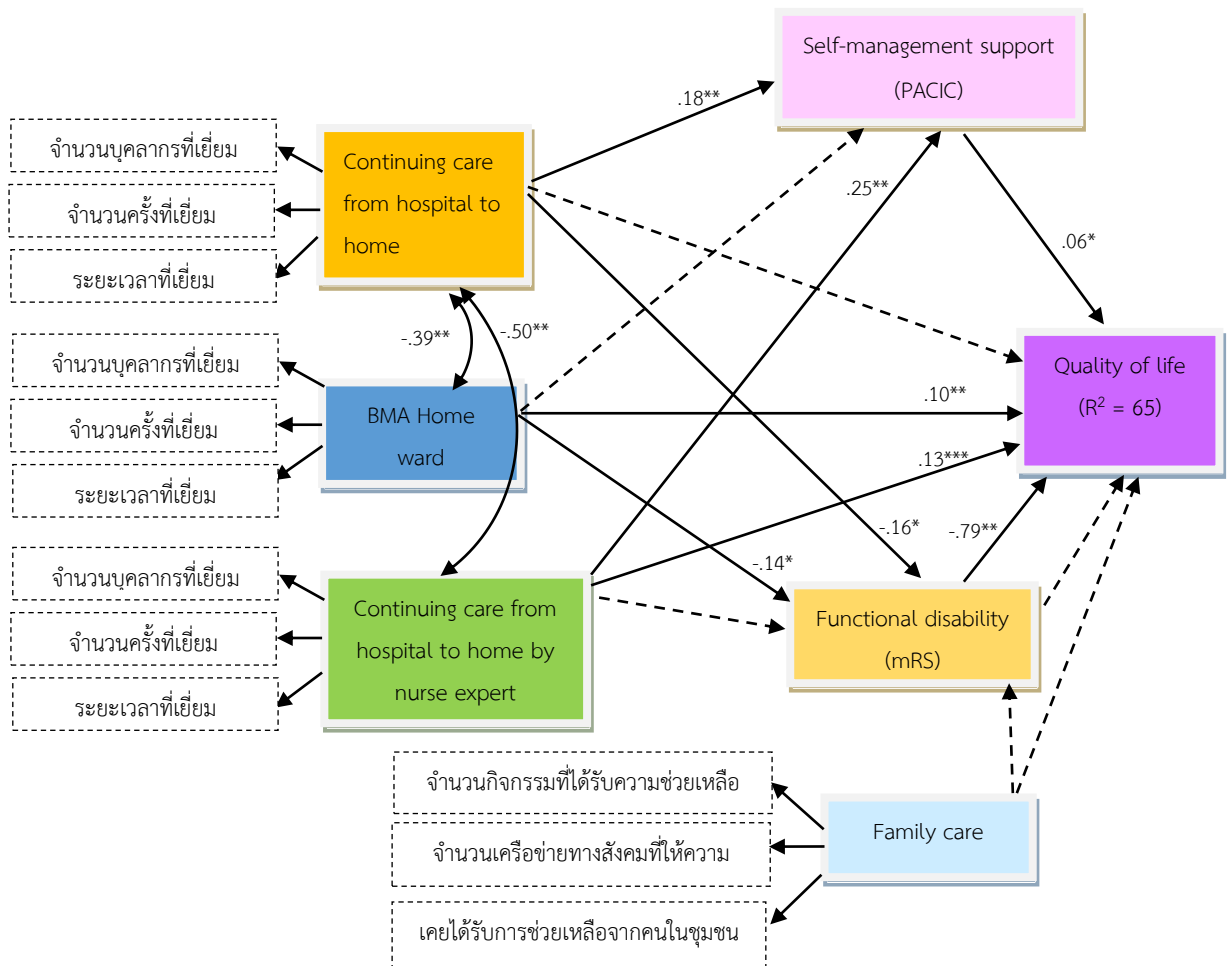
รูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเอง ($\beta = .25$, $p < .000$) และระดับคุณภาพชีวิต ($\beta = .13$, $p = .000$) โดยไม่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อระดับคุณภาพชีวิตผ่านการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเอง

รูปแบบ Family care ไม่มีอิทธิพลทางตรงและอ้อมต่อการลดระดับความพิการและคุณภาพชีวิต



ภาพที่ 4.4 แสดงแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตามสมมติฐานการวิจัย

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, PACIC: Patient Assessment of Chronic Illness Care, mRS : modified Rankin Scale



ภาพที่ 4.5 แสดงแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนปรับโมเดล

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, PACIC: Patient Assessment of Chronic Illness Care, mRS : modified Rankin Scale

ตารางที่ 4.9 ค่าอิทธิพลทางตรง (Direct Effects: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effects: IE) อิทธิพลรวม (Total Effects: TE) ของแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนปรับโมเดล

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล								
	mRS			PACIC			QoL		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
• Continuing care from hospital to home	-.156*	-	-.156*	.183**	-	.183**	-	.134*	.20**
• BMA home ward	-.139*	-	-.139*	-	-	-	.096*	.112*	.208**
• Continuing care from hospital to home by nurse expert	-	-	-	.249**	-	.249**	.135**	.042 ^{ns}	.177**
• QoL	-	-	-.792**	.060*	-	.060*	-	-	-
			.792**						
	R ² = .02			R ² = .07			R ² = .65		

Note. *p < .05, **p < .01, ns = non-significant, DE=direct effect, IE= indirect effect, TE=total effect, mRs=functional recovery, PACIC=perceived self-management support, QOL = Quality of life

4.5 ผลการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพ

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพต่อการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม ใช้แนวคำถามปลายเปิดสำหรับผู้ป่วย เช่น ความต้องการการดูแลสุขภาพของท่านคืออะไร ท่านได้รับความช่วยเหลือภายหลังเกิดโรคจากครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง อยากให้บุคลากรสุขภาพช่วยเหลืออะไรบ้าง เป็นต้น แนวคำถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาระการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง การได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร และความต้องการการช่วยเหลือมีอะไรบ้าง เป็นต้น และแนวคำถามสำหรับบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมการดูแล รักษา และส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอะไรบ้าง ระบบบริการที่ต้องการให้เกิดขึ้นเป็นอย่างไร อุปสรรคปัญหาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนมีอะไรบ้าง เป็นต้น นำมาถอดเทปแบบคำ และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย 17 คน เพศหญิง 13 คนอายุเฉลี่ยเท่ากับ 74.66 ปี (SD=5.50 ปี) มีผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส บุตร และผู้ดูแลจิตอาสา (CG ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7 เดือน (SD=3.46)

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 61 ปี (range: 55-67 ปี) มีอาชีพค้าขาย รับจ้างทั่วไป และทำงานประจำ มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง

1.3 ผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 38 ปี (SD= 6.15) มีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเฉลี่ย 6 ปี (SD= 10.15)

2. ข้อมูลจากการวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกัน การตั้งเป้าหมายภายหลังเกิดโรคแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของเศรษฐกิจ ผู้ดูแล และสิทธิการรักษา ผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพในรูปแบบต่างๆ ย่อมมีโอกาสฟื้นตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ต้องเผชิญชีวิตภายใต้เงื่อนไขทางสังคมที่หลากหลายในชุมชน

ความต้องการของผู้ป่วยจากระบบบริการ คือ “ได้รับการช่วยเหลือให้หายจากความพิการ หรือ มีแหล่งบริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายในชุมชน เพื่อช่วยจัดการให้เกิดการฟื้นตัวจากโรค” ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็น และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการฝึกเพื่อให้ เกิดการฟื้นฟูสภาพ เช่น ระยะเวลาในการฝึก ระยะเวลาในการฟื้นตัว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าสู่ บริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพเพียง 5-7 วัน ผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ได้ภายในระยะเวลาช่วงสั้นๆ จากนั้น ต้องกลับมาจัดการปัญหาสุขภาพที่หลงเหลืออยู่เองที่บ้าน และ เกิดกระบวนการจัดการเพื่อการฟื้นตัวร่วมกับผู้ดูแล ชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์บริการ สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการข้อมูลของผู้ป่วยในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้ง 8 คน พบว่า ขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนถึงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาเฉลี่ย 7 วัน ขณะอยู่ โรงพยาบาล BI score (Mean $\pm$ SD) เท่ากับ 53.00 ± 33.38 ก่อนกลับบ้านคะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 67.16 ± 36.00 แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อติดตามไปที่ 8 สัปดาห์ พบว่า ในจำนวน 8 คน สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมดเพียง 1 คน อีก 7 คนยังคงอยู่ในภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ระดับน้อยถึงมาก และมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ไม่สามารถกลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ และการมีกิจกรรมทางกายได้ ไกลเคียงก่อนการเจ็บป่วย

ดังนั้น ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล คือ **ต้องการให้หายจากโรค** ด้วยการเสาะแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้ตนเองสามารถกลับมาสู่บทบาทก่อนการเจ็บป่วยได้ ร่วมกับ ผู้ดูแล ชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพ ประเด็นหลักของผู้ป่วยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกัน คือ **การจัดการเพื่อการฟื้นตัวจากโรค** ประกอบด้วย 3 หัวข้อย่อยที่สัมพันธ์กับประเด็นปัญหาและความ ต้องการหลัก ได้แก่ 1) สิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้ฟื้นตัวจากโรค 2) เป้าหมายเพื่อการฟื้นตัวจากโรค 3) อุปสรรคของการดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 สิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้ฟื้นตัวจากโรค

มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลกับสิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้ฟื้นตัวจากโรค ได้แก่

2.1.1 พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ป่วยได้รับข้อมูลโอกาสที่จะหายจากโรค โดยพยาบาลและทีมสุขภาพให้ ภาพอนาคตปลายทางของโรคถึงโอกาสที่จะฟื้นตัวกลับมาได้ ทำให้ผู้ป่วยเห็นทางรอดและมีความหวังที่

จะต่อสู้ชีวิต ให้กำลังใจ ต่อยอดโอกาส หาสิ่งสนับสนุน ประสานขอความช่วยเหลือกับหน่วยงาน ภายนอกที่เอื้อต่อการจัดการภาวะความเจ็บป่วย และความพิการที่ยังหลงเหลืออยู่

พยาบาลบอกให้ผมฝึกตามที่เค้าบอกทุกวัน มันจะค่อยๆ ดีขึ้นเอง ไม่นานก็หายแต่ต้อง ฝึกนะ แล้วก็ยิ้มแยมแจ่มใสดี (id 1/5)

พยาบาลบอกกายหายชอยเดินได้แล้วนะ (id 1/9)

ไม่มีใครพาไปทำบัตรพิการเลย ลูกเค้าก็ไม่ว่าง เรื่องเอกสารเราไม่รู้ พยาบาลเค้ามา จัดการ ช่วยประสานให้ จนได้บัตรมา ก็ดีใจนะ อาศัยลำพังเงินที่ลูกให้เราก็ไม่กล้าขอเค้าอีก (id 1/8)

2.1.2 ตัวผู้ป่วยเอง

เมื่อมองเห็นปลายทางของโรค และโอกาสในการฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติ ผู้ป่วยจะเริ่มกลับมามองสิ่งที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกของตัวเอง ให้กำลังใจตัวเอง มีความพยายาม มากยิ่งขึ้นที่จะเอาชนะความบกพร่องที่ยังหลงเหลืออยู่ เมื่อเห็นการเปลี่ยนแปลงก้าวหน้าหรือดีขึ้นจาก การดูแลตนเอง และได้รับข้อมูลป้อนกลับจากคนรอบข้าง ประเมินโอกาส ความต้องการที่จะฟื้นตัว จากโรคกลับมาช่วยเหลือตนเองได้อีกครั้ง ไม่รู้สึกเป็นภาระ และสามารถจูนใจครอบครัวได้ดังเดิม

คนเราต้องทำตัวเองนะ ใครจะมาทำให้ได้ ผมพึ่งตัวเองตลอด (id 2/1)

ลองดูขา ขาก็ดี เท้าก็ดี ไม่ได้ลืบไม่ได้อะไร ทำไมเดินไม่ได้ (id 1/1)

ผมรู้ละ ลูกมันก็ทำงานไม่มีเวลามาดูแลเราหรอก จะพึ่งหมอฟังพยาบาลตลอดก็ไม่ได้ เวลาเค้ามาเราก็ดีใจ แต่สุดท้ายเราก็ต้องอยู่คนเดียว อาสาเค้าก็เอาขนมเอากับข้าวมาให้ เราก็ดีใจ เอ่อ ...เราไม่ได้อยู่คนเดียวแต่สุดท้ายเค้าก็ต้องไปทำงานของเค้า เราต้องทำยังไงก็ได้ให้ช่วยตัวเองได้ (id 3/4)

เมื่อได้รับข้อมูลโอกาสที่จะฟื้นตัว หรือเคยเห็นคนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือด สมองมาก่อนหายจากโรคได้ ผู้ป่วยจะฝึกฝนตนเองในการทำกิจกรรมเดิมซ้ำๆ อย่างอดทน ส่วนใหญ่ เป็นการฝึกใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ควบคู่ไปกับกล้ามเนื้อมัดเล็ก หรือฝึกตามที่ได้รับความรู้จากบุคลากร ทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ พึ่งเสียงสะท้อนผลการฝึกจากคนรอบข้างด้วยความพยายามอย่างไม่ ลดละ มีบางครั้งที่ลั้งเล สงสัยเมื่อยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น แต่จะฝึกซ้ำๆ อยู่กับที่ต่อไป

ช่วงหกเดือนทารุณจิตใจมากเลย เหมือนมันไม่ได้ตั้งใจ ช่วงหกเดือนเป็นช่วงที่คิดว่า หกเดือนเหมือนกับสิบปี (id 1/1)

จริงๆ ผมทำเองที่บ้านอยู่แล้วนะ ผมทำที่โรงพยาบาล กลับบ้านผมก็มาทำต่อ ทีละสอง โหล ค่อยๆ ทำไปเรื่อยทุกวันนะ (id 3/5)

ภรรยาผมบอกว่า เค้ายืนฟังอยู่ ฟังผมไม่รู้เรื่องเลย ก็อายเค้านะ เค้าว้าพูดอะไรเนี่ย เบาก็เบา ไม่ชัดด้วย ตอนนั้นผมว่าผมพูดสุดเสียงแล้วนะ (id 2/7)

2.1.3 ผู้ดูแล

ถือเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นตัวจากโรค และ ทำให้การฝึกฝนของผู้ป่วยประสบความสำเร็จตลอดเส้นทาง นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลส่งผลให้ผู้ป่วยก้าวข้ามจุดเปลี่ยนที่จะกลับมาคงความสามารถให้เป็นปกติหรือเพียงแค่ใกล้เคียงปกติ ภายใต้เงื่อนไขของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน ผู้ดูแลมีส่วนช่วยในระยะแรกหลังการเจ็บป่วยในการดูแล ให้กำลังใจ และ พร้อมให้ความช่วยเหลือ จัดจํารายละเอียดการฟื้นฟูสภาพที่ได้รับเพื่อนำมาใช้ต่อบ้าน เรียนรู้การฟื้นฟูสภาพจากผู้ป่วยคนอื่น และมีเป้าหมายร่วมกัน เผชิญความบกพร่องของร่างกายไปด้วยกัน

ไม่เคยให้อยู่คนเดียว แม้แต่ชั่วโมงเดียวก็ไม่เคย (id 1/1)

เราก็ดูเวลาเค้าฝึก เค้าฝึกอะไรกันบ้าง พยายามจํามาให้ได้มากที่สุด แล้วเรามาค่อยๆ เพิ่มเอา, เราเห็นแล้วว่า เค้ายังไม่ดีขึ้น คนที่ไปเหมือนเรา ไปก่อนเราด้วยก็ยังไม่ดีขึ้น เราก็ดึกขามา ต้องสังเกตตอนไปกายภาพก็ดูคนอื่นทำยังไงอีก เราก็เอามาทำที่บ้านอีก ที่บ้านเราทำได้ตลอด ขอให้เราขยันทำเถอะ (id 3/6)

ตอนนั้นคิดว่า ต้องหาย มือเขาตอนทานข้าว ยังจับช้อนไม่ได้ คือมีปัญหาตรงจับช้อนไม่ค่อยได้ เราก็บอกเขาว่า ถ้าไม่จับไม่หยิบของพวกนี้ที่ทำเนี่ย จะกินข้าวไม่ได้ (id 2/4)

ต่อมาเมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นตัว การเยี่ยมของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์บริการสาธารณสุขเริ่มห่างลง ผู้ดูแลจะมีส่วนช่วยในการปรับลด/เพิ่มกิจกรรมการฝึกร่วมกัน คอยเตือน บังคับ บอกซ้ำๆ และมีการปรับความต้องการให้เท่าๆ กันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เพื่อทำทุกวิถีทางให้ผู้ป่วยหาย

ตอนนี้เรารู้ละ ว่าเค้าทำได้แล้ว ที่ทำได้แล้วก็ฝึกทำอย่างอื่นใหม่ (id 3/8)

ก็ต้องให้กำลังใจเขา บังคับให้เขาทำ, คิดว่ายังไงต้องฝึกให้เขาให้ได้ ตอนนี้อยู่ไม่มีพยาบาล มาช่วยบังคับแล้ว (id 1/5)

ยายทำสามครั้งพอ แก่ขึ้นก็เลยจ้อออกกำลังกาย ต้องบังคับ แรกๆ ต้องบังคับ บางทีร้องไห้ นะ บังคับเลยแหละ แล้วเราก็อ่า เราทำร้ายจิตใจแกไปไหม ยิ่งแกเป็นโรคนี้บางทีแกก็หงุดหงิดง่าย ว่า อะไรนิดๆหน่อยๆ แกก็ร้องไห้ บางทีนะ เราเลยว่า แม่.... ช่วยกันนะวันละ 10 รอบ แต่แม่ต้องทำนะ แกก็ทำ (id 1/9)

การดูแลผู้ป่วยไม่ได้จบลงเพียงแค่นี้ฟื้นตัวกลับมาแล้วเท่านั้น เมื่อเข้าสู่ระยะ ยาว ภายหลังที่ผู้ป่วยสามารถกลับมาคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมได้เป็นปกติ ผู้ดูแลยังคงเฝ้าสังเกต อาการ ความผิดปกติ เพื่อระวังการกลับมาเป็นซ้ำ จะคอยบอก คอยเตือนในเรื่องอาหาร การ รับประทานยา และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

เราต้องสังเกต สังเกตการพูด การกิน การจับ เดินเอียงไปข้างหนึ่ง เราต้องหมั่นสังเกต พอเราสังเกตเห็น เราต้องถาม ต้องหมั่นถามเค้าตลอดเวลาว่า เป็นไร กินยา ยัง จะถามอยู่ทุกวัน (id 3/5)

คุณหมอเขาเคยบอกว่าเป็นแล้ว อาจกลับเป็นซ้ำได้ เราก็บอกอยู่ตลอด, ตอนนี้อยู่ก็ยังไม่ ฝีก อยู่ แต่ก่อนฝึกเยอะ ความเข้มข้นในการฝึกมากกว่าตอนนี้อยู่ (id 1/4)

2.1.4 ผู้ดูแลจิตอาสา (CG ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง)

กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 8 วัน ที่จัดขึ้นโดย กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เดิมเคยทำหน้าที่เป็น อสส. มาก่อน และสมัครใจเข้าร่วมอบรมเพื่อเป็นผู้ดูแลจิตอาสา หรือบางส่วนได้รับการเสนอชื่อให้เข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจิตอาสา ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะที่พบบ่อยที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่แต่เดิมนั้นการเป็น อสส. จะดูแลเฉพาะประชาชนกลุ่มโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ใช้เวลาหลัง เลิกงานหรือเสร็จจากภารกิจส่วนตัวมาดูแลผู้ป่วยติดเตียง

พี่ก็สมัครใจมาเอง เดิมดูแลคนในชุมชนอยู่แล้ว เป็น อสส. (อาสาสมัครสาธารณสุข) มาก่อน ก็คิดว่าอบรมแล้วได้ประโยชน์ (CG 3/8)

พยาบาลก็สอนทำทุกอย่าง วัดความดัน พลิกตัว การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทำแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การเปลี่ยนถุงปัสสาวะ ถ้าต้องทำงานกิจกรรมพวกนี้ เปลี่ยนสายอาหารก็มี

พยาบาลที่เลี้ยงไปด้วย โทระฯ ปรีक्षाได้ เรามีอยู่ 2-3 คนต่อชุมชน อสส. 1 คน ดูแลประมาณ 25-30 หลังคาเรือน ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง คือเรา อสส. เดิม มาดูแลผู้ป่วยติดเตียง คือ CG เคื่าก้กำหนดให้เราดูแล 1:10 คน ปกติก็ไม่ถึงเพราะบางที่ตายไปบาง ญาติพากลับต่างจังหวัดบ้าง (CG 2/2)

เราแบ่งงานกัน ในชุมชนเรามี CG 3 คน ก็นัดกันช่วงเย็น ไปดูแลผู้ป่วย มีเจ้าของเคส เราก็ไปช่วยดูแลกัน เราจะไปด้วยกัน เราคิดว่าเราเป็นมานานแล้ว ช่วยกันเป็นพี่เลี้ยงให้ CG ใหม่อีก 2 คนด้วย (CG 3/9)

มีความสุข ความภูมิใจ ไม่รู้สึกเสียเวลา เตรียมงานบ้านเสร็จ ตื่นเร็วขึ้น แล้วแวะไปหาผู้ป่วย (CG 1/6)

ผู้ดูแลจิตอาสา ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยมีจิตอาสาอย่างจริงใจ ไม่หวังค่าตอบแทน นำเอาความรู้ที่มีอยู่เดิมมาเพิ่มพูนต่อยอดที่ได้จากการอบรม สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ครอบครัว เป็นเหมือนทั้งพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เป็นคนรัก เป็นคนที่ดูแลจิตใจผู้ป่วย เป็นคนที่เข้าใจ เป็นทุกๆ อย่างของผู้ป่วย ครอบครัวเพียงแค่ออประคองอยู่ข้างๆ แล้วผู้ป่วยเรียกหาผู้ดูแลจิตอาสา

มีความสุขที่ได้ช่วยเคื่้า เคื่้ายิ้มไปกันเรา รู้สึกโปร่ง เห็นเคื่้าร้องไห้ ร้องไห้ตามเคื่้า เคื่้าเห็นเรา เคื่้ายิ้ม ผู้ป่วยอยากกินน้ำพริก หนูไปซื้อปลา หาครก ตำน้ำพริกให้เคื่้ากิน (CG 2/4)

จริงๆ แล้วคนไข้ที่เราเข้าไปดู มันก็รู้สึกผูกพัน อย่างที่พี่บอก เราได้ดูแลเคื่้า เคื่้าดีขึ้น มันเป็นความภูมิใจอย่างหนึ่ง ว่าเราสามารถทำให้คนๆ หนึ่ง ซึ่งจริงๆ แล้ว เคื่้าป่วย จิตใจเคื่้าก็แย่ด้วย เราเข้าไป เราสามารถไปคุย ให้กำลังใจเคื่้า เหมือนกับว่าทำให้เคื่้ามีพลังที่จะต่อสู้ (CG 1/5)

คนไข้อายุประมาณ 77 หย่ากับแฟน อยู่กับลูกที่ติดยาเสพติด หลานไปโรงเรียน เรากับพยาบาลก็ไปดู นอนจมขี้จมเยี่ยว เราดูแลคนที่ไม่ม่บ้ตรประชาชน นอนจมขี้จมเยี่ยว เราก็ให้ลูกเราเองทำงานที่เขต พยายามประสานเขตให้เคื่้าได้บ้ตรผู้พิการ แล้วประสานกระทรวง พม. ให้เอาข้าวสารอาหารมาให้ ผ้าห่ม ผ่านนมมาให้ จนได้เงินผู้พิการเดือนแรก ก็ตาย ทำให้เราเสียใจ เมื่อเคื่้าเสียชีวิต... กล่าวปนเสียงสะอื้น ร้องไห้ (CG 3/1)

ทุกท่านที่เปน CG บางวันว่าง บางวันไม่ว่างไปดูทุกวัน ถึงอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ช่วงที่ไม่สบายมาก ก็ไปบ่อย บางครั้งต้องพาส่งโรงพยาบาล เราโทรเรียกพยาบาล เรียกรถมูลนิธิ 1669 แล้ว CG ก็ตามไปดูแลที่โรงพยาบาลอีก ย้ายโรงพยาบาลก็ตามไปดูแลอีก (CG 3/3)

หนูเรียนหมอนวดมา ปริญญาสมุนไพรแก้ปวด ไปให้ผู้ป่วย ได้ใช้ความรู้มากขึ้น ลูก สามี ก็ส่งเสริม มาช่วยดูแลผู้ป่วย”

การดูแลผู้ป่วยไม่ได้จบลงเพียงแค่นั้นตัวกลับมาแล้วเท่านั้น เมื่อเข้าสู่ระยะยาว ภายหลังที่ผู้ป่วยสามารถกลับมาคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมได้เป็นปกติ ผู้ดูแลจิตอาสาที่จะผันบทบาทมาเป็น อสส. เพื่อเฝ้าสังเกตอาการ ความผิดปกติของโรคเรื้อรัง ระว่างการกลับมาเป็นซ้ำ จะคอยบอก คอยเตือนในเรื่องอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

เราต้องสังเกต สังเกตการพูด การกิน การจับ เดินเอียงไปข้างหนึ่ง เราต้องหมั่นสังเกต พอเราสังเกตเห็น เราต้องถาม ต้องหมั่นถามเค้าตลอดเวลาเนะ เป็นไร กินยา ยัง จะถามอยู่ครั้งที่ไปหาเค้า (CG 3/7)

คุณหมอเขาเคยบอกว่าเป็นแล้ว อาจกลับเป็นซ้ำได้ เราก็บอกอยู่ตลอด ให้ออกกำลังกายตลอด (CG 2/8)

บ้านเค้าเป็นเศรษฐี ขายที่ทางหมด แล้วเงินหมด ลูกก็ทิ้งไว้ แล้วเราไปดูแลเค้ามานาน ตั้งแต่เป็นใหม่ๆ แรกๆ เค้ากลัวเราไปเอาเงินเค้า จนสุดท้ายเค้าตาบอด อยู่บ้านคนเดียว เราก็เอามาเลี้ยงไว้ที่บ้าน (CG 1/2)

2.2 มุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพกับสิ่งสนับสนุนต่อการฟื้นตัวจากโรค

รูปแบบการดูแล

□ รูปแบบการดูแล BMA Home ward ถือเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่มีการจัดตั้งศูนย์ BMA home ward referral รับข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทุกโรงพยาบาลทั่วกรุงเทพมหานคร มายังโปรแกรม BMA home ward referral (ทุกโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครสามารถเข้าถึงโปรแกรมนี้ได้) จากนั้น จัดการระบบข้อมูลโดยส่งรายชื่อผู้ป่วย ข้อมูลการส่งต่อที่ได้รับจากโรงพยาบาลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 68 ศูนย์ พยาบาลเยี่ยมบ้านจะเป็นผู้นำในการเยี่ยมบ้านและเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะเยี่ยมผู้ป่วยรายใดบ้าง ทำหน้าที่เหมือนพยาบาลผู้จัดการ เป็นผู้นำหลักในเยี่ยมบ้าน เมื่อตรวจร่างกาย ประเมินอาการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ หากพบปัญหาจะทำหน้าที่โทรศัพท์ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ถึงความจำเป็นที่ต้องเข้ามาร่วมดูแล เช่น ปรึกษาแพทย์ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาพบแพทย์ในโรงพยาบาลได้ และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นที่เป็น

อันตราย จำเป็นต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงให้แพทย์มาร่วมประเมินอาการถึงความจำเป็นที่ต้องมารักษาตัวในโรงพยาบาล ปรีกษาเภสัชกร กรณีที่ผู้ป่วยใช้ high alert drug หลายตัว หรือผู้ป่วยรับประทานยาหลายชนิด ปรีกษานักสังคมสงเคราะห์ กรณีประเมินพบปัญหาด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ การขอสิทธิคนพิการ

หลังจากได้ refer มาแล้ว วันแรกพยาบาลไปดู ตรวจ assessment ร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ ถ้ามีปัญหาทางด้านกายภาพ เราก็จะพานักกายภาพ จะไปกับเราด้วยเลย กายภาพจะประเมินวันนั้นเลย เราดูจากใบส่งตัวจะบอกว่า เป็นผู้ป่วยประเภทอะไร มีอะไรติดตัวมาบ้าง มีระดับความรู้สึกตัวอย่างไร ต้องการให้เราเข้าไปดูอะไรบ้าง บอกว่าอ่อนแรงข้างไหนอ่อนแรง (id 1-1/8)

โปรแกรม BMA home ward ช่วยให้เราได้ข้อมูลผู้ป่วยที่เราต้องไปดูที่บ้าน ปกติเราได้จาก อสส. บอกเรา เราไปเจอเองบ้าง พอโรงพยาบาลส่งชื่อผู้ป่วยมา ก็ดูแลได้ทั่วถึงมากกว่าและสามารถส่งข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาลปลายทางได้ (id 1-2/9)

พยาบาลลงไปคนเดียวคะ ทำหน้าที่ประเมินก่อน consult ว่าใครจะเข้ามา กายภาพ หมอ เภสัช นักสังคมสงเคราะห์ (id 1-2/5)

หมอไม่เคยสั่งเยี่ยมบ้าน พยาบาลรับเคสจากโรงพยาบาล แล้วจัดการเอง (id 1-3/10)

การดูแล BMA home ward มีลักษณะโดดเด่นเฉพาะตัว คือ ผู้ดูแลจิตอาสา (Care Giver) ที่ผ่านการอบรมเพื่อดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีประมาณ 2-3 คนต่อชุมชน เข้าไปทดแทนผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือญาติไม่มีเวลาดูแล ไม่พร้อมดูแล ทำหน้าที่เปรียบเสมือนครอบครัวของผู้ป่วย สร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ในชุมชน ดูแลเสมือนยก ward มาไว้ที่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์จริงและไม่ได้เผชิญหน้ากับปัญหาเพียงลำพัง นอกจากนี้ ยังทำความร่วมมือกับ Nursing home คำนึงให้สังคม โดยส่งผู้ป่วยที่ไม่มีญาติเข้าไปอยู่ใน nursing home

คนไข้บางคนไม่อยากอยู่โรงพยาบาล เวลามายู่บ้าน เป็น home ward ทำให้รู้สึกดีทั้งญาติ ลดภาระที่ต้องไปเฝ้า พอมาอยู่ที่ชุมชน ที่บ้านก็รู้สึกดีทั้งคนไข้ทั้งญาติ (id 1-2/3)

สมมติว่าคนไข้ที่ไม่มีญาติ เราสามารถสร้าง CG มาดูแลได้ ทำให้ในชุมชนหันมาร่วมกันดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่ต่างคนต่างอยู่ สร้างให้คนในชุมชนหันมาดูแลกัน (id 1-3/4)

แต่เดิมพยาบาลทำคนเดียว แต่ CG คือการดึงคนในชุมชนเข้ามาดูแล คนไข้ไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับการแก้ปัญหาที่เหมาะสม (id 1-3/8)

เราทำความร่วมมือกับ nursing home ตอนนี้มีที่ตวงใจเนอร์สซิงโฮม กับ บ้านบางแค 2 คนไข้ที่ไม่มีญาติให้เข้าไปอยู่ใน nursing home (id 1-1/8)

□ รูปแบบ Continuing care from hospital to home การจัดการอย่างต่อเนื่องของหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง/หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ ประจำโรงพยาบาลที่ได้รับข้อมูลส่งต่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล พยาบาลประจำหน่วยฯ และทีมสุขภาพสาขาอื่นๆ ลงเยี่ยมบ้านภายในสัปดาห์แรกหลังได้รับรายชื่อผู้ป่วย โทรศัพท์เยี่ยมภายใน 3 วัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความพิการอย่างรุนแรง จะติดตามอาการทุกวัน ด้วยวิธีการโทรศัพท์เยี่ยม ให้ญาติส่งคลิปวิดีโอ เป็นต้น จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ก่อนจะประสานส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่องทุกรายให้กับศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

วอร์ดจะส่งข้อมูลมา เราไปเยี่ยมผู้ป่วยบนวอร์ดภายใน 3 วัน พยายามกำหนดให้เยี่ยมภายใน 3 วัน ไม่งั้นบางทีหมอ discharge ไปแล้ว เราก็ไม่ทันเห็นผู้ป่วย แล้วก็จะไม่ได้ประเมินญาติด้วย (id 2-1/5)

ทีมก็มีพยาบาลเป็นหลัก แต่เราจะพากายภาพไปด้วย เพราะผู้ป่วย stroke เราต้องการให้ได้รับการฟื้นฟู 100 เปอร์เซ็นต์ (id 2-3/8)

ผู้ป่วยประเภท 3 เยี่ยมทุกวัน ทุกเคส แบบว่าไม่ได้หมายถึงต้องไปเยี่ยมที่บ้านทุกวันนะ บางทีเราก็ใช้วิธีโทรฯเยี่ยม ให้ญาติส่งวิดีโอการป้อนข้าว อาบน้ำ feed อาหาร มาให้ดู หรือถ้าเค้ามมีปัญหา ก็ให้ถ่ายวิดีโอส่งมาเลย สมัยนี้นั่นทันสมัยเยอะ ติดต่อกันง่าย ถ้าเค้าอยากติดต่อกับเรานะ (id 2-1/3)

ของที่เราทำให้ผู้ป่วยยืมใช้ ได้รับบริจาคมาก็เยอะ หมุนเวียนกันใช้ บางคนไม่ใช้แล้วก็ขอบริจาคให้โรงพยาบาล (id 2-1/9)

□ รูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert ลักษณะการจัดการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องในสังกัดโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ที่มีบุคลากรทางสุขภาพ

และทรัพยากรที่พร้อมให้การดูแลอย่างเต็มรูปแบบ กระบวนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่นำโดย พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง/พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ใช้ระบบการเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurses) รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองจะมีการเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล และดูแลผู้ป่วยรายนั้นอย่างต่อเนื่องจนกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมบ้านด้วยพยาบาลคนเดิมตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทางในเขตพื้นที่ชุมชนที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ เป็นผู้นำในการวางแผนเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย เยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย นำแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทมาใช้ อาทิ แบบทดสอบการกลืน แบบประเมินแผลกดทับ แบบทดสอบการรู้คิด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาระผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น กำหนดเยี่ยมบ้านทั้งสิ้น จำนวน 4 ครั้ง แล้วจึงประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข

ที่หน่วยมี stroke nurse 1 คน กำลังเรียนอยู่อีก 1 คน มีพยาบาลเฉพาะทางเบาหวาน ความดัน มะเร็ง การดูแลระยะสุดท้าย และส่งอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกปี (id 3-1/8)

หนูเยี่ยมเองทุกคนที่เป็นเคส stroke ไปประเมินที่วอร์ดก่อน บางที่ต้องเช็ครายชื่อผู้ป่วยที่มาแอดมิท stroke unit ทุกวัน จะได้ไม่หลุด แล้วประเมินผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักว่าดูแลเป็นไหนๆ ขาดเหลืออะไร เหมือนทำ discharge planning แล้วนัดวันไปหาเคาที่บ้าน ต้องขออนุญาตเคาก่อนทุกครั้งเลยนะคะ ไม่งั้นบางคนไม่ให้เข้าบ้านเลยนะ ถ้าเคาโอเคกับเรา ก็มาเตรียมทีม กำหนดวันเยี่ยม (id 3-1/6)

จะผู้ป่วยแบบไหน เราก็มีกายภาพกับแพทย์แผนไทยลง เพราะบางที่ผู้ป่วยเค้ามักปวดไหล่ ปวดข้อ ญาติก็ปวดเมื่อย ไปที่ได้ประคบนวดที่ เคาก็ชอบ (id 3- 2/1)

โรงพยาบาลสนับสนุนรถ อุปกรณ์ของใช้ให้หมด เค้าเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องนะ แต่ต้องวัดผลให้เห็นชัดๆ ก็เน้นไปประเมินการกลืน ADL ว่าเราลงไปแล้ว เค้าดี เค้าชอบ เค้ามีความสุข (id 3-3/7)

สรุปได้ว่า สิ่งสนับสนุนต่อการฟื้นตัวจากโรค คือ ผู้ป่วยเห็นโอกาส ทางรอดและภาพการหายจากโรคในอนาคตจากบุคลากรทางสุขภาพ ได้รับกำลังใจ การสนับสนุน ความพร้อมในการช่วยเหลือจากผู้ดูแล มีความคุ้นเคยและไว้วางใจผู้ดูแลจิตอาสา ได้รับกำลังใจ ข้อมูลสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพ การจัดรูปแบบการดูแลที่พร้อมสนับสนุนให้ผู้ป่วยบรรเทา จางคลายความทุกข์จากโรค ถือเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขทางสุขภาพก้าวข้ามความบกพร่องของร่างกายที่ยังคงหลงเหลืออยู่ให้หมดไปหรือหลงเหลืออยู่ให้น้อยที่สุดเพื่อกลับคืนสู่บทบาททางสังคมตามปกติหรือใกล้เคียงก่อนเจ็บป่วย

2.2 เป้าหมายเพื่อการฟื้นตัวจากโรค

มุมมองจากผู้ป่วย

เอาชนะความบกพร่องทางกายที่เหลือยู่ จากการวิเคราะห์บทสัมภาษณ์ของผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ต้องก้าวข้ามความบกพร่องของร่างกายในส่วนที่ฟื้นตัวกลับมาได้ยากที่สุด ได้แก่ การพูด การเขียน และการทำงานของสมองขั้นสูง เช่น การคิดคำนวณ ความจำ เนื่องจากต้องกลับไปทำงาน มีภาระหาเลี้ยงครอบครัว ผู้ป่วยต้องลองผิดลองถูกด้วยตนเองหลายอย่าง เพราะที่ผ่านมาบางอย่างที่โรงพยาบาลสอนมาไม่สามารถนำมาใช้ได้ในชีวิตจริง หรือไม่มีเงินซื้ออุปกรณ์บริหารราคาแพง และไม่สามารถไปทำกิจกรรมบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง จึงต้องผ่านกระบวนการจัดการ และการเรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อเอาชนะความบกพร่องด้วยตนเอง

ฝึกอ่านข่าวหนังสือพิมพ์เนี่ยแหละ ฝึกอ่านทุกวัน แล้วให้ภรรยาฟังก่อน, เขียนนี้ยากที่สุดละ สุดท้ายเลย ทุกวันนี้ก็ยังเขียนไม่เหมือนเดิมละ เขียนได้ แต่มันไม่สวยเท่าแต่ก่อน ผมก็ฝึกเขียนกับกระดานนี้แหละ (id 1/9)

สมองด้วยครับ มันช้าๆ ตอนนี้ก็ยังมันนะ ผมรู้สึกว่ามันไม่เหมือนแต่ก่อน เหมือนคนโดนมีดบาด แผลเป็นมันยังอยู่ แขนเรา กล้ามเนื้อเรา สมอง (id 1/6)

หลานผมบอกว่าเอาคอมพิวเตอร์พิมพ์ ผมมาคิด เอ้อ...มันก็ได้ฝึกบังคับนิ้วด้วยนะ คิดเอาเองนะ ว่ามันต้องจิ้มๆ กดๆ มันน่าจะดี ก็น่าจะช่วยให้กลับมาเขียนได้ ผมก็เริ่มพิมพ์ โอ้...ดีมาก เร็วดี สวยด้วย จัดหน้าให้สวยเลย ไม่เขียนพิมพ์เอาก็ได้ (id 3/7)

หากมองเป้าหมายเพื่อการฟื้นตัว ผู้ป่วยให้ความหมายการ “หาย” คือ เพื่อคนอื่น

ผมคิดว่าเป็นแล้วหายได้ ผมมีภาระต้องดูแลลูกพิการ แล้วอีก 2 คนก็ยังเรียน ผมต้องกลับมาทำงานได้บ้าง ช่วยเมีย (id 2/5)

ตอนนั้นคิดว่าถ้าเราเป็นไปเนี่ยงานทุกอย่างก็ต้องหยุดหมดเพราะเราเป็นประธานชุมชน เพราะชุมชนเราเป็นชุมชนแรกที่เป็นต้นแบบ (id 1/8)

ฉันทเห็นลูกฉันลำบาก แล้วอดสงสารไม่ได้ กลางคืนเค้าไม่ได้นอน กลางวันเค้าก็ทำงาน ผัวมันก็ไม่เอาดีสักอย่าง ฉันทกลัวลูกฉันซึมเศร้าจะตาย บางทีมันโมโหมันก็มาว่าฉันไม่ยอมยกแขนช่วยเหลือ ฉันทยกไม่ขึ้นจริงๆ (id 3/4)

มุมมองจาก ผู้ดูแลจิตอาสา

ผู้ดูแลจิตอาสา ถือเป็นกลุ่มจิตอาสาที่มีพลังของความเมตตา จริงใจ มุ่งมั่นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้คนออกสู่สังคมได้ ส่วนใหญ่จะเข้าไปช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว ถูกทอดทิ้งหรือมีความพิการทางกายสูงต้องนอนติดเตียง มีอุปกรณ์การช่วยเหลือที่บ้านที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ให้อาหารทางสายยาง พลิกตะแคงตัว อาบน้ำ/เช็ดตัว ทำแผลกดทับ เป็นต้น การได้มาเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้บรรเทาจากโรคจากความพิการ ต้องจัดสรรเวลา และจัดการครอบครัวเพื่อเกิดความสมดุลในการทำกิจกรรมจิตอาสา และบรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ช่วงแรกที่ทำมักไม่ได้คิดอะไร แต่เมื่อทำไปก็เกิดความผูกพันกับผู้ป่วยหวังให้หาย มีความสุข ความภูมิใจ ที่ได้สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย ทำให้คนออกสู่สังคมได้ สุดท้าย ผู้ป่วยก็เหมือนเครือญาติ

ช่วยกันกับคนดูแลในการให้อาหารทางสายยาง บางคนมีลูกเยอะ แต่ไม่ดูแลกันทำงาน กลับดึก หนูเป็นจิตอาสากลับมาทำให้เค้าตอนเย็น (CG 2/7)

ผู้ป่วย stroke ทำอะไรไม่ได้ feed อาหาร เราดูแลจนกินข้าวได้ เห็นเรา เค้าน้ำตาไหลเลย รู้สึกเราเข้าไปบ้านนี้ เราชื่นใจมากเลย คนป่วย คนดูแลก็ดีใจ เหมือนเราเป็นญาติ มากกว่าญาติ คุณน้า เวลาเปลี่ยนสายให้อาหาร ให้เปลี่ยนเป็นซิลิโคน ไม่เจ็บ อาหารก็ไม่ติด เค้าเชื่อเรา (CG 3/6)

ดูกมา 2 ปี ครั้ง จากนอนเตียง จนใช้ walker ได้ พี่นุชมาแล้ว เค้าก็โยนกุญแจออกมาให้ พอเค้าใช้ walker เดินได้ เค้าก็มาเปิดประตูเราเลย (CG 1/10)

ความรู้สึกของการได้เงินกับไม่ได้เงินมันไม่ต่างกันนะ เราเข้ามาเป็นจิตอาสาแล้ว หนูทำได้ตลอด เหมือนกินข้าว กินได้ตลอด ถ้าเรามีเงิน เราจะเอาเงินนั้น ไปจูนเจือคนที่เค้าไม่มีอะไรเลย

คนที่ไม่มีเงินเราก็ช่วยแรง ทำด้วยใจ เงินไม่ได้คิด ไม่ได้สำคัญ ไม่ใช่ตัวชีวิต อยู่ที่ความรักที่ครอบครัวเค้าให้เรา (CG 3/6)

หากมองเป้าหมายของ ผู้ดูแลจิตอาสา ให้ความหมายการ “หาย” คือ ทำเพื่อคนอื่น เหมือนคนในครอบครัว ให้ผู้ป่วยอยู่ได้ตนเอง เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนทุกวิถีทางให้เพื่อผู้ป่วยกลับมาช่วยเหลือตนเองได้

มุมมองของผู้ให้บริการ

รูปแบบการดูแล BMA Home ward จัดกิจกรรมการดูแล และฝึกทักษะผู้ดูแลจิตอาสา มุ่งเน้นที่การดูแลผู้ป่วยติดเตียง จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มาจากผลพวงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น การให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผลกดทับ เปลี่ยนถุงปัสสาวะ สอนผู้ป่วยและญาติญาติอาสาสมัคร เป็นต้น

ผู้ป่วยของหนูไม่ใช่ผู้ป่วยติดเตียงธรรมดาณะคะ แต่เป็นผู้ป่วยติดดิน และมีอุปกรณ์ครบ แต่ไม่มีคนดูแล นอนอยู่บ้านคนเดียว แบบนี้ ที่เราต้องไปดู ไม่ใช่คนเดียว บางปีมีเป็น 10 ราย (id 1-2/5)

เราไปเยี่ยมเค้า ก็ไม่ให้เค้าเป็นมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน สอนญาติ สอน CG ให้ช่วยดูแลได้ เช่น feed อาหาร ทำแผล ป้อนข้าว อาบน้ำ (id 1-1/5)

รูปแบบการดูแล Continuing care from hospital to home และ Continuing care from hospital to home by nurse expert มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถจัดการดูแลตนเองได้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการให้ความรู้ คำแนะนำการดูแล สุขภาพ สอนการดูแลภายหลังจำหน่ายพร้อมกับมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ได้รับออกซิเจน การดูดเสมหะ การทำแผลกดทับ/แผลเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น และความต่อเนื่องของการดูแลด้วยการประสานส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข

เป้าหมายของหน่วยงานนะคะ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (id 2-1/10)

stroke ส่วนใหญ่กลับมา admitted เพราะติดเชื้ที่ปอดบ้าง ทางเดินปัสสาวะบ้าง ถ้าญาติดูแลไม่ได้ มันอันตรายเพราะจะมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ถึงตายได้ ตอนนี้โรคที่ต้องเยี่ยม บ้านอันดับหนึ่งคือ stroke ภาวะแทรกซ้อนที่ readmit อันดับหนึ่ง คือ ปอดติดเชื้อ (id 3-3/8)

เค้าช่วยตัวเองได้ ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระของลูก ไม่แย่งง ก็พอใจแล้ว (id 3-2/6)

น้ำตาลดี ความดันดี แล้วมีญาติดูแล ญาติทำได้ ช่วยดูแลได้ ส่วนใหญ่เราก็กินเคส (id 2-1/3)

ในใบส่งตัวให้ศูนย์บริการสาธารณสุข จะระบุไว้เลยว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงโรคเท่าไร ต้องการการดูแลอะไรบ้าง เราประเมินแบบองค์รวมตั้งแต่หัวจรดเท้า มีแผลไหม feed อาหารใหม่ ผู้ดูแลหลัก มีเบอร์ติดต่อ และประเมินสภาพแวดล้อม ดึงอุปกรณ์ที่ต้องใช้ให้ด้วย (id 2-2/5)

หากมองเป้าหมายของผู้ให้บริการสุขภาพกับการให้ความหมายการ หาย จากโรค คือ การจัดการภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมให้คงที่ ส่งเสริมการจัดการตนเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ที่บ้านโดยไม่เป็นภาระของผู้อื่น

ดังนั้น จากการวิเคราะห์เป้าหมายกระบวนการจัดการเพื่อการฟื้นตัวระหว่างมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ จะพบว่า เป้าหมายในการฟื้นตัวจากโรคของผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพไม่ตรงกัน ผู้ป่วยมองปลายทาง และโอกาสรอด ขณะที่ผู้ให้บริการมองระหว่างทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไปถึงปลายทาง และโอกาสรอด ด้วยการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่เริ่มอาการคงที่และดีขึ้น ดูแลด้วยการจัดการภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมให้คงที่ ส่งเสริมการจัดการตนเอง ทำให้เกิดช่องว่างการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยไปถึงเป้าหมาย ดังเช่น

มุมมองผู้ป่วย # เค้านอน ผีกทำหลายอย่าง แต่ผมว่ามันไม่พอนะ ผมว่ามันช้า ผมไปมือก็ยังขยับไม่ได้อยู่ดี เคื่อก็บอกนะ ว่าให้ผมผีกทำต่อเยอะๆ ไม่รู้จะหายไหม (id 1/5)

มุมมองผู้ให้บริการ # แบบเวลาไปทำให้คนไข้ถึงห้าครั้ง ไม่พินเลย ไม่รู้จะทำยังงัยเหมือนกัน อย่างน้อยก็ลดไม่ให้ข้อเคื่อก็ดิด (id 3/1)

2.3 อุปสรรคของการดูแล

มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีดังนี้

1) การเดินทางมารับบริการขึ้นอยู่กับคนอื่น

เนื่องจากความพิการที่หลงเหลืออยู่มาก ร่วมกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น การเดินทางถือเป็นอุปสรรคแรกในการออกนอกบ้าน ออกจากสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยเพื่อมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อมาทำกายภาพบำบัด และรับยาประจำ

หนักใจที่สุดตอนมาหาหมอ เนี่ยต้องจ้างลูกน้องเก่าที่ทำงานให้พามา แล้วเคื่อก็ต้องพาลูกเคื่อกามาด้วย จะได้ช่วยกันดูทาง ส่งฉันทก่อน (id 2/10)

แล้วแต่คนพาไปด้วย บางทีไปมันก็ลำบากนะ ต้องวานวินมอไซด์เรียกแท็กซี่เข้ามา (id 1/4)

เมียต้องหยุดขายของ คนดูลูกก็ไม่มี (id 3/5)

2) ค่าใช้จ่ายสูง ความสำเร็จไม่คุ้มกับการเดินทาง

ผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าใช้จ่ายประจำในบ้าน เมื่อมีผู้เจ็บป่วยย่อมส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้น และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน และผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำงาน ต้องลางานมาดูแลเมื่อมาโรงพยาบาลหรือเมื่อมีพยาบาลมาเยี่ยมบ้าน เนื่องจากอยากทราบความก้าวหน้าของโรค การหายจากโรค

ไปที่ก็ห้าหกร้อยบาทนะ (id 1/6)

ผมว่าไป-กลับยังงี้คงไม่ไหว เพราะเดือนหนึ่งยังไต่ราวไม่ได้ เราฝึกทำเองที่บ้านยังเยอะกว่า (id 2/9)

เงินเราจะพอเดินทางมาไหม เราก็กังวลนะ ว่าจะหายเมื่อไร เราต้องเซฟค่าใช้จ่ายด้วย ค่าแพมเพิส ค่าอาหาร ค่ายา ค่าข้าว จิปาถะ (id 3/8)

3) สัดส่วนของเวลาที่สูญเสียไปกับประโยชน์ที่ได้รับ

การฟื้นตัวจากโรคจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อให้เกิดการสร้างเซลล์ประสาทใหม่มาทดแทนการทำงานของเซลล์ประสาทเดิมที่สูญเสียไป ทั้งนี้ ยังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดและความเสียหายของเซลล์ประสาท ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพที่ต้องสามารถประเมินความเป็นไปได้ของระยะเวลาการฟื้นตัว เพื่อให้ทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลหรือการแสวงหาแหล่งประโยชน์อื่นๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้รับประโยชน์อย่างคุ้มค่า

มันทำแบบเดียว อาทิตย์ละ 3 วัน มันไม่พอหรอก เพราะผมยังไม่ดีขึ้นเลย พุคก็ไม่ชัด แขนก็ยังไม่มีแรง นิ้วหีบจับอะไรไม่ได้เลย (id 2/5)

เรามารอนานมาก ได้ยกแขน ทำนั้นนี่ครึ่งชั่วโมง เคื่อบอกต้องทำวันหลายชั่วโมง แล้วแบบนี้จะหายไหม คิวก็ไม่มีละ มาช้าก็ไม่ได้ เวลาทำก็ลดลง (id 1/8)

4) ได้รับข้อมูลการฟื้นตัวจากโรคไม่เพียงพอกับเป้าหมายที่ตั้งไว้

เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในชุมชน ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมใหม่ การดูแลตนเอง และการปรับตัวให้เข้ากับความเป็นอยู่ของครอบครัว ถือเป็นการเผชิญหน้ากับสถานการณ์หลัง

เจ็บป่วยที่แท้จริง ย่อมต้องการเห็นภาพอนาคตของตนเอง การดูแลตนเองในสถานการณ์จริง และ ข้อมูลการหายจากโรคบนพื้นฐานความเป็นจริงตามอาการ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการประเมินอาการเป็น ระยะ และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อสะท้อนข้อมูลการฟื้นตัวจากโรคได้อย่างถูกต้อง

คุณพยาบาลว่ามันจะกลับมาเป็นเหมือนเดิมได้ไหม ทำไมข้าถึงมีแรงแล้วแขนยังยก ไม่ได้ (id 2/4)

ตอนนี้เดินได้ แต่ยังกินเองไม่ได้ พยาบาลบอกจะล่ำลัก แล้วปอดติดเชื้อ ไม่รู้จะเอาสาย อาหารออกได้เมื่อไร (id 1/8)

ญาติต้องเปลี่ยนแล้ว ลูกก็ยังไม่ได้ไปซื้ออันใหม่ให้ รอพยาบาลมาถึงจะได้เปลี่ยน ก็ พยายามทำความสะอาด กลัวติดเชื้อ เคยติดเชื้อแล้วครั้งหนึ่ง นอนโรงพยาบาลสิบวัน (id 3/3)

มุมมองของผู้ดูแลจิตอาสา มีดังนี้

1) ปัญหาสุขภาพของตนเอง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ล้วนมีโรคประจำตัวและ ปัญหาสุขภาพ แม้ว่าส่วนใหญ่จะรู้สึกรู้สีกว่าทำหน้าที่ผู้ดูแลจิตอาสาได้ แต่ครอบครัวก็อยากให้ออกจากการทำงานจิตอาสา เพราะความรักความห่วงใยในสุขภาพระหว่างทำงาน การเดินทางและช่วงบั้นปลาย ชีวิต

ฐานะการเงินแค่พออยู่ได้ แต่เราหาเวลา จัดเวลาไปหา คนในครอบครัวต้องเข้าใจ ลูก ชายอยากให้ลาออก CG แม่แก่แล้ว จะเจ็ดสิบแล้ว เอาเวลาไปดูคนอื่น ถ้าระหว่างทางเป็นอะไรไป จะ ทำยังไง เราเชื่อว่า อาณิสร์ที่เราทำจะช่วยคุ้มครองเราเอง แต่เราก็ไม่ออก เราไปฝึกตั้ง 8 วัน เรายัง เคลื่อนไหวได้ (CG 1/2)

สามีตอนแรกๆ ไม่เห็นด้วย พอเค้าเจ็บป่วย เราดูแลเค้า เค้าก็บอกเราไปดูแลคนอื่น เอะ เค้าเข้าใจ” (CG 3/3)

2) ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตัวผู้ดูแลจิตอาสา

กลุ่มจิตอาสาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งผ่านพ้นวิกฤตชีวิตและความ เจ็บป่วยจนมีความพิการ ต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ แม้การ เริ่มต้นเยี่ยมบ้านครั้งแรก หรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ พยาบาลจะเข้าไปพร้อมผู้ดูแลจิตอาสาทุกครั้ง แต่ บางครั้งผู้ป่วยขาดความเชื่อถือ จึงต้องตั้งหลักกดดัน

ไม่ค่อยมีใครเชื่อถือ มาทำไม ไม่ว่าง ไม่ต้อนรับ พยาบาลที่เลี้ยงจะพาเข้าไป แนะนำ แล้วเราก็อำนาจเห็นว่าเราทำได้ ใหม่ ๆ หน้าขาว (CG 3/10)

ต้องอดทน ต่อมา ผู้ป่วยร้องไห้ตาม ทำงานจนมีไข้หมื่นติดตัว (CG 2/1)

ต้องตั้งหลัก จะเจออะไรต้องมุ่งมั่นว่าเราจะเป็น CG ให้ได้ หวันไหวบ้าง ต้องไม่ล้มเลิก กับคนเค้ามองเรา ไม่เชื่อถือเรา ทำงานจนกระทั่งเค้าไว้วางใจ จนเชื่อถือ (CG 1/7)

3) การเพิ่มพูนทักษะและความรู้การดูแลผู้ป่วย

จากการอบรมผู้ดูแลจิตอาสา มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเนื่องจากงานในชุมชน เป็นงานที่ต้องรองรับความหลากหลายของโรคภัยไข้เจ็บ เมื่อถึงเวลาที่ต้องไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ป่วยติดเตียง เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ยังสามารถฟื้นตัวได้ และมักมีคำถาม ความหวังที่จะฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติ

ต้องการให้พยาบาลเอาความรู้ใหม่ๆ มาถ่ายทอด บอกเราด้วย (CG 3/1)

อยากให้ทบทวน พื้นฟูความรู้ เดิมอาหารเสริมให้เรา สักเดือนละครั้งสองครั้ง ทบทวน เคสกับเรา ทำเคสเราให้ดีกว่านี้ (CG 2/8)

ไม่อยากให้พยาบาลที่ศูนย์เปลี่ยนบ่อย บางคนสอนดี เข้าใจดี กำลังเข้าคู่กัน เข้าใจกัน เค้าก็ไปแล้ว (CG 3/5)

4) การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการดูแล

ส่วนใหญ่มักพบผู้ป่วยที่ฐานะยากจน ถูกทอดทิ้งไว้เพียงลำพัง อุปกรณ์การดูแล บางอย่างมีไม่เพียงพอ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลควรมี แต่ไม่มี ผู้ดูแลจิตอาสาต้องช่วย เรียกร้องอุปกรณ์ให้ผู้ป่วย โดยแจ้งพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อประสานกับหน่วยงาน ภายนอกทั้งภาครัฐ มูลนิธิ ช่วยกันจัดหาของใช้ อุปกรณ์ที่จำเป็นมาให้แก่ผู้ป่วย

ของบางอย่าง ที่คนใช้ควรจะได้ และซื้อเองไม่ได้ ควรจะมีการจัดการเพื่อให้คนใช้ได้ ให้เค้าไปฝึก

ตัวเอง คนที่ยากไร้จริงๆ (CG 1/5)

บางครั้งเราทำหน้าอย่าง เราก็ต้องลงทุนอีก (CG 3/10)

อาหารการกิน ขาดบาง เค้าไม่มีอุปกรณ์ทำกินได้เลย เราจะบอกลูกหลานเค้า บางครั้ง ก็หิ้วไปให้เอง เวลาที่บ้านไหนให้ขนม ผลไม้มา เราไม่หิ้วกลับนะ เรารับมาก็เอาไปให้บ้านอื่นต่อ (CG 2/6)

มุมมองของผู้ให้บริการมองถึงอุปสรรค ดังนี้

1) ยังไม่มีระบบงานที่ชัดเจน ทำให้ภาระกิจพยาบาลไม่ปรากฏ และวัดผลลัพธ์ไม่ได้

เมื่อมีการสนทนากลุ่มถึงประเด็น หน้าที่ความรับผิดชอบ กิจกรรมการดูแลต่อระยะเวลา การปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยหนึ่งคน หนึ่งในที่เยี่ยมบ้าน พยาบาลไม่สามารถระบุระยะเวลาของแต่ละกิจกรรมได้ชัดเจน แม้จะมีเกณฑ์แบ่งประเภทของผู้ป่วย แต่ไม่สามารถระบุได้ชัดว่า กรณีใดควรเยี่ยมกี่ครั้ง กรณีใดควรปรึกษานักวิชาการสุขภาพสาขาอื่นๆ เช่น แพทย์ เภสัชกร และควรปรึกษาด้วยเงื่อนไขใด ไม่สามารถกำหนดความถี่และเงื่อนไขการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความต้องการแตกต่างกัน ทำให้ภาระกิจที่พยาบาลปฏิบัติทั้งหมดในการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 คน ไม่สามารถวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากภาระกิจของพยาบาลได้

เรียบอกไม่ได้ว่าคนนี้ต้องเยี่ยมกี่ครั้ง ก็แล้วแต่ว่า เราต้องดูแลเค้าเรื่องอะไรบ้าง (id 1-1/4)

ที่เคยดูแลแม่ตนเองที่ป่วย ใช้เวลาทำกิจกรรมที่เป็นการดูแลอย่างเดียวนั้นประมาณ 4 ชั่วโมง (id 1-2/10) # แต่พิจะตีเวลาแบบนั้นกับผู้ป่วยไม่ได้ พี่เค้าเป็นพยาบาล ใช้เวลาดูแลน้อยกว่า ถ้าเป็นญาติทั่วไปเค้าใช้เวลามากกว่า ยิ่งถ้าเคสระดับรุนแรง (id 1-2/5)

ศูนย์หนึ่งมีพยาบาล 4 คน นักสังคมสงเคราะห์เข้าไป 2-3 เคส แต่ครั้งเดียว ส่วนกายภาพเข้าไปเดือนละครั้ง ประมาณครึ่งชั่วโมง แต่ไม่ทราบจริงๆ ค่ะ ว่าเราจะจัดงานเราอย่างไรว่า เค้าดีขึ้นจากเรา (id 1-1/7)

2) ภาระงานมาก ต้องการพัฒนาศักยภาพ

พยาบาลชุมชนรับผิดชอบหลายภาระกิจทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูประชาชนทุกวัย รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคและอบายมุข

ยุ่งลายก็ไปปราบ ดิทยา ก็หาทางพาไปบำบัด ผู้สูงอายุต้องพาเข้าชมรม (id 3-3/2)

ผมก็ไม่รู้อะไรมากหรอกนะ แต่เยี่ยมเคส stroke บ่อย อาศัยครูพักลักจำเอา (id 1-3/2)

ถ้ามีคนมาสอนเราประเมินผู้ป่วย stroke เราก็ประเมินได้ ให้เวลาศึกษา มีเอกสารให้อ่าน (id 1-2/1)

3) การเข้าถึงผู้ป่วยยาก ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้จนหาย

สังคมเมืองใหญ่ที่มีความแออัด เป็นคนพลัดถิ่นมาประกอบอาชีพ ไม่จำเป็นต้องรู้จักกัน แต่อยู่ร่วมกันได้ ด้วยความระแวงระวังภัย ไม่สามารถเชื่อใจใครได้ การเข้าบ้าน-เข้าถึงผู้ป่วยจึงเป็น ความท้าทายของผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชนในการประสานความร่วมมือและการสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับคนในชุมชนจนเกิดความไว้วางใจ

บางบ้านไม่ให้เข้าเลยนะคะ ขนาดข้างบ้านกัน เค้าก็บอกไม่เคยคุยกันเลย (id 2-1/5)

พยายามเอาคนในชุมชน หรือให้เค้าเสนอชื่อคนที่จะมาอบรม CG กันเอง ให้ดึงคนใน ชุมชนเข้ามาช่วยดูแลกัน (id 1-3/2)

ไปส่งตัวผู้ป่วย stroke มาชุมชน ไม่มีผล CT ไม่มีสมองข้างไหน lobe ไหนขาดเลือด หรอกคะ เค้าจะบอกว่า ข้างไหนอ่อนแรงเท่านั้นแหละ เรารู้อาการนี้ (id 3-2/8)

คนที่เราดูบางคนไม่ใช่คนในพื้นที่ มาเข้าบ้านทำงานรับจ้าง เป็นแรงงานต่างด้าวบ้าง เดียวก็ย้ายแคมป์ (id 2-1/6)

4) จิตอาสาหาได้ยาก

หากคนมาช่วยกันดูแลผู้ป่วยในชุมชน หายาก จิตอาสาหาได้ยาก หาได้น้อยมาก (id 1-1/9)

ถ้ามีค่าตอบแทน ยังไม่เห็นชัดเจน คือ ยังไม่มีนะ ถ้าให้แล้วอาจจะสร้างแรงจูงใจให้เค้า มาทำ (id 1-2/3)

4) ต้องเกิดช่องทางพิเศษ

บางครั้งระบบบริการที่มีไม่สามารถเอื้อให้เกิดการประสานความช่วยเหลือได้ตาม ธรรมชาติการดำรงชีวิตและเงื่อนไขของผู้ป่วย หลายครั้งที่พยาบาลต้องประสานขอความช่วยเหลือเอง ทั้งจากในครอบครัวตัวเอง จากเพื่อนร่วมงานต่างอาชีพ จากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรไม่ แสวงหากำไร

เราไปดูเค้าแล้ว ญาติทั้งไว้ในคอนโดคนเดียว จ้างแม่บ้าน รปภ.เอากับข้าวมาให้ ขอให้ เราได้เข้ามาเยี่ยมเค้าน้อยๆ ญาติก็ปฏิเสธ จะปล่อยคนป่วยไว้แบบนี้ คิดเลยต้องพาเค้าออกมา อย่าง น้อยได้ทำแผล อาบน้ำ ดูแลความสะอาดบ้าง เรายกบอกเพื่อนอีกศูนย์ เค้ามีเพื่อนอยู่กระทรวง พม. ให้ ช่วยหาสถานสงเคราะห์ให้หน่อย ทำบัตรคนพิการให้ ติดต่อสถาบันประสาท มีเตียงว่างไหม ขอเอา คนไข้มารักษาแผลหน่อย จนได้เอาเค้าออกมา คุยกับญาตินานมาก พาคนนั้นคนนี้ไปคุย จนเค้ายอม (id 1-1/4)

ครั้งที่ 2 ขาดยาอีกแหระ ครั้งที่ 3 ก็ขาดยา ยาหมดแล้วลูกยังไม่มาเอาให้ ที่นี้ผมก็ขอ
หมอไว้เลย ถ้าจะมาเยี่ยมป้าวันไหน ยาต้องเอามาให้แกด้วยเลย (id 3-1/7)

บ้านเค้าเล็กมาก เลี้ยงนก เลี้ยงแมว มีหมาอีก มีห้องเดียวทั้งนอน กิน ถ่าย อาบน้ำ ก็
ประสานกองทัพบก มาช่วยจัดสภาพบ้าน ทหารก็มาวัดพื้นที่ ออกแบบจัดบ้านให้ใหม่ เค้าทำชั้นวาง
จาน ตู้เก็บของ กรงหมามาให้ (id 3-2/2)

จากการวิเคราะห์การสนทนากลุ่มและค้นหาประเด็นหลัก ความต้องการ และอุปสรรค
ของบริการสุขภาพ พบว่า เป้าหมายในการฟื้นตัวจากโรคของผู้ป่วยนั้น ไม่ตรงกับผู้ให้บริการ
สุขภาพ ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ผู้ให้บริการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบ
ผู้ป่วยติดเตียง มุ่งเน้นการจัดการตนเอง ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมให้คงที่ แม้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องคน
สำคัญพยายามสนับสนุนการจัดการเพื่อการฟื้นตัวจากโรค แต่เป้าหมายคือ สามารถจัดการตนเองได้
และ เป็นกระบวนการระหว่างทางเพื่อให้หายจากโรค ทำให้เกิดช่องว่างการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วย
สนับสนุนให้ผู้ป่วยไปถึงเป้าหมาย ผู้ป่วยมองเห็นปลายทาง โอกาสรอด ต้องการมีชีวิตเช่นคนปกติ
จำเป็นต้องมีกระบวนการฟื้นฟูภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมตามความรุนแรงโรค ระยะเวลาการฟื้น
ตัว กิจกรรมกระตุ้นสมองให้เกิดการฟื้นตัวตามความบกพร่องด้านร่างกายจากพยาธิสภาพในสมองส่วน
ต่างๆ และการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมอง แต่การดูแลเป็น
รูปแบบเดียวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ยังไม่ได้เป็นรูปแบบที่ใช้
ความรู้และทักษะเฉพาะในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยในเมืองใหญ่ ต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีความชำนาญเฉพาะ (มีความรู้
ทักษะประเมินปัญหาเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) แต่ไม่สามารถจัดพยาบาลเหล่านี้ให้การดูแล
ผู้ป่วยในครอบครัวได้ จึงได้เตรียมการออกแบบการดูแลที่สมบูรณ์ขึ้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการ
พยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

❑ แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบด้วย

การประเมินลักษณะผู้ป่วย และการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความพิการที่หลงเหลืออยู่

การประเมินอย่างละเอียด (Focus assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติมของผู้ป่วย
และผู้ดูแล และให้การพยาบาลกรณีพบ ตามระยะเวลาการฟื้นตัวจากโรค สอดคล้องกับกำหนด
ระยะเวลาการเยี่ยมบ้าน ดังนี้ ครั้งที่ 1 ภายในสัปดาห์แรกหลังจำหน่าย/หลังรับ refer ครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่าย และครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่าย
แบ่งการประเมินอย่างละเอียดและการพยาบาลกรณีพบในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งตาม
ปัญหาและอาการแสดงทางระบบประสาทที่พบอยู่ได้บ่อย จนครบ 6 สัปดาห์ แยกการบันทึกการ
ประเมินอย่างละเอียดและการพยาบาลกรณีพบในแต่ละครั้งที่เยี่ยมบ้าน

☐ การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

มุ่งเน้นการฟื้นฟูตามพยาธิสภาพของรอยโรคในสมองและหลอดเลือดในสมองที่ขาดเลือด
ไปเลี้ยงหรือแตกจนทำให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ป้องกันความพิการ และเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สภาพใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด
ประกอบด้วย การดูแลสุขอนามัยทั่วไป การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพทางระบบประสาท และการ
ดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการเดินไม่ได้

☐ อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

เป็นอาการที่พบได้บ่อยตามระยะเวลาการเกิดโรค เนื้อสมองที่เกิดรอยโรค ขนาดของ
รอยโรค และการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดที่แตกแขนงมาเพื่อไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือด
แบ่งอาการแสดงที่ยังหลงเหลืออยู่ภายใน 1-2 สัปดาห์ อาการแสดงที่ยังหลงเหลืออยู่ภายใน ภายใน 4
สัปดาห์ อาการแสดงที่ยังหลงเหลืออยู่ภายใน ภายใน 3 เดือน และอาการแสดงที่ยังหลงเหลืออยู่
ภายใน ภายใน 6 เดือน

เมื่อได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นเครื่องมือ
ประกอบการพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครแล้ว จึงสังเคราะห์รูปแบบใหม่ ความรู้
จากบริการทั้ง 4 รูปแบบ นำข้อดีและข้อจำกัดจากรูปแบบทั้ง 4 (ดังแสดงในตารางที่ 4.10) มาพัฒนา
เป็นรูปแบบ **Home ward for stroke care** ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในเมืองใหญ่ ดังนี้

☐ รูปแบบที่ดีที่สุด คือ การจัดบริการ Continuing care from hospital to home
by nurse expert

ข้อดี คือ มีผลทำให้การฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการใน
ระบบอื่นๆ

ข้อจำกัด คือ ต้องมีการเตรียมพยาบาลที่เป็นพยาบาลเฉพาะทาง และทำงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
ชุมชนเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

☐ รูปแบบที่เหมาะสมที่สุด คือ การจัดบริการ BMA Home ward

ข้อดี คือ มีผลทำให้การฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตดีเป็นลำดับสองในระบบบริการ 4 รูปแบบ เป็นบริการปฐมภูมิที่สามารถให้บริการผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ได้ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขมีความคุ้นเคยและได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัว และมีความร่วมมือจากประชาชนจิตอาสาในพื้นที่ ซึ่งได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นเพื่อนบ้านที่มีความเห็นอกเห็นใจและใกล้ชิดครอบครัว

ข้อจำกัด การดูแลเป็นรูปแบบเดียวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ยังไม่ได้เป็นรูปแบบที่ใช้ความรู้และทักษะเฉพาะในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

☐ Continuing care from hospital to home

ข้อดี คือ การฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตเป็นลำดับสามและเกิดจากการจัดการดูแลในครอบครัว ครอบครัวได้รับอุปกรณ์จำเป็นสนับสนุนจากโรงพยาบาล

ข้อจำกัด คือ การเยี่ยมใช้ทีมพยาบาลและกายภาพบำบัดทุกครั้งในการเยี่ยม จึงเป็นการใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น

☐ Family care

ข้อดี คือ ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว

ข้อจำกัด คือ การฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตมีระดับน้อยที่สุด ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด อยู่ในภาวะพึ่งพิง และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น กลืนลำบาก แผลกดทับ

☒ Home ward for stroke care เป็นการสังเคราะห์รูปแบบใหม่

ข้อดี คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีทักษะและความรู้เฉพาะโรค มีความใกล้ชิดกับผู้ดูแลจิตอาสาในชุมชน เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจทำให้มีความต่อเนื่องในการดูแล เกิดการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อจำกัด คือ พยาบาลต้องได้รับเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอบรมใช้เครื่องมือแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เดิมจัดไว้จำนวน 2 วัน พยาบาลผู้ทดลองบางส่วนเห็นว่าควรจัดการอบรม จำนวน 3 วัน

ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ลักษณะผู้ป่วย กระบวนการจัดบริการและการดูแลที่ได้รับ และผลลัพธ์สุขภาพที่คาดหวัง

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
ลักษณะความต้องการการดูแลของผู้ป่วย	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 8.6% - Incontinent 4.6% - Wound care 9.8% - Limitation of joint 19.5% ☒ ความพิการเล็กน้อยถึงปานกลาง ☒ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (TMSE = 21.85 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 4.42 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 11.6% - Incontinent 6.5% - Wound care 3.2% - Limitation of joint 10.3% ☒ ความพิการเล็กน้อยถึงปานกลาง ☒ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (TMSE = 22.9 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 4.56 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 11.1% - Incontinent 8.6% - Wound care 4.9% - Limitation of joint 7.4% ☒ ความพิการปานกลาง ☒ การรู้คิดปกติ (TMSE = 23.6 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 3.25 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 45% - Incontinent 25% - Wound care 7.5% - Limitation of joint 7.5% ☒ ความพิการมากถึงรุนแรง นอนติดเตียง ☒ การรู้คิดบกพร่อง (TMSE = 15.48 คะแนน) ☒ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (9Q = 7.83 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 12% - Incontinent 3.3% - Wound care 4.5% - Limitation of joint 12.5% ☒ ความพิการปานกลาง ☒ การรู้คิดปกติ (TMSE = 23.06 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 5.40 คะแนน)
การใช้ทรัพยากร	☒ พยาบาลวิชาชีพ ☒ นักกายภาพบำบัด	☒ พยาบาลวิชาชีพ ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา	☒ พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ☒ นักกายภาพบำบัด	—	☒ พยาบาลวิชาชีพ ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
กระบวนการจัดบริการ	☒พยาบาลวิชาชีพเยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 31.25 นาที+ ☒นักกายภาพบำบัดเยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 15 นาที หมายเหตุ: +นักสังคมสงเคราะห์ เกสเซอร์ นักโภชนาการ เยี่ยมเฉพาะกรณีพยาบาลประเมินพบปัญหาและส่งปรึกษาปีละ 1 ครั้ง การเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่พบการลงเยี่ยมของแพทย์	☒พยาบาลวิชาชีพเยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 28.75 นาที+ ☒ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 20 นาที หมายเหตุ: +แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เกสเซอร์ นักโภชนาการ เยี่ยมเฉพาะกรณีพยาบาลประเมินพบปัญหาและส่งปรึกษา เฉลี่ยปีละ 1 ครั้ง การเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่พบการลงเยี่ยมของแพทย์	☒พยาบาลเฉพาะทางเยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 40 นาที+ ☒นักกายภาพบำบัดเยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 30 นาที หมายเหตุ: +แพทย์แผนไทยลงเยี่ยมเพื่อศึกษาดูงานและฝึกสอนนักศึกษา	—	☒พยาบาลวิชาชีพเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ใน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 40 นาที - ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เสมือนเป็น nurse expert - มีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล (I) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (II) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (III) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
					☒ ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยมบ้าน 2 ครั้งต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 20 นาที เพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลจิตอาสา โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแล
ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน	เฉลี่ย 3 เดือน	เฉลี่ย 1 ปี	เฉลี่ย 3 เดือนแต่ไม่เกิน 6 เดือน	—	6 สัปดาห์
กระบวนการดูแล จำนวนผู้ดูแลและ ระยะที่ใช้ในการดูแล	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 8.84 ชั่วโมง	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 8.78 ชั่วโมง ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยม 1-2 ครั้งต่อเดือน	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 7.21 ชั่วโมง	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 14.63 ชั่วโมง	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 6.31 ชั่วโมง ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยม 2 ครั้งต่อเดือน
กิจกรรมการดูแล ของผู้ดูแล	☒ กิจกรรมประจำวัน (79.3%) ☒ เตรียมอาหาร(69.5%) ☒ จัดยา (53.4%)	☒ กิจกรรมประจำวัน (80.6%) ☒ เตรียมอาหาร(71%) ☒ จัดยา (60.6%)	☒ กิจกรรมประจำวัน (74.1%) ☒ จัดยา (64.2%) ☒ เตรียมอาหาร(53.1%)	☒ กิจกรรมประจำวัน (97.5%) ☒ จัดยา (85%) ☒ เตรียมอาหาร(82.5%)	☒ กิจกรรมประจำวัน (75.4.1%) ☒ จัดยา (56.2%) ☒ เตรียมอาหาร (52.4%)

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
	☒ พาไปโรงพยาบาล (20.1%)	☒ พาไปโรงพยาบาล (20%)	☒ พาไปโรงพยาบาล (29.6%)	☒ ดูแลสิ่งแวดล้อม (22.5%)	☒ พาไปโรงพยาบาล (21.8%)
ผลลัพธ์ก่อนการดูแล	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.86 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.94 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 3.15 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 4.5 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 3.2 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.56 คะแนน)
ผลลัพธ์หลังการดูแล	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.84 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.5 คะแนน)	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.82 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.5 คะแนน)	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.78 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.56 คะแนน)	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 3.2 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับต่ำ (2.02 คะแนน)	☒ ความพิการน้อย (mRS = 2.6 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับดี (4.84 คะแนน)

ตารางที่ 4.11 แสดงลักษณะการจัดบริการรูปแบบ Home ward for stroke care

ลักษณะ	รูปแบบ Home ward for stroke care (n = 30)
ลักษณะความต้องการการดูแลของผู้ป่วย	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ☒ ความพิการเล็กน้อยถึงปานกลาง ☒ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย
การใช้ทรัพยากร	☒ พยาบาลวิชาชีพ ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา
กระบวนการจัดบริการ	☒ พยาบาลวิชาชีพ - ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เหมือนเป็น nurse expert - มีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล 3 ชั้น (I) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (II) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (III) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน - กำหนดเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 ภายในสัปดาห์แรกหลังจำหน่าย/หลังรับ refer ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่าย ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา - เพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลจิตอาสา โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแล
กระบวนการดูแล	☒ ผู้ดูแล - ฝึกให้ผู้ดูแลหลักฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลคอยเป็นที่ปรึกษา ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา - เยี่ยม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาส่วนตัวหลังเลิกงาน ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้กำลังใจ คอยติดตามอาการและแจ้งพยาบาล ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัว
ผลลัพธ์การดูแล	ระดับความบกพร่องทางกายลดลง ให้ผลการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.6 ผลของรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร

รูปแบบ Home ward for stroke care เป็นการสังเคราะห์รูปแบบใหม่ ความรู้จากบริการทั้ง 4 รูปแบบ นำข้อดีและข้อจำกัดจากรูปแบบทั้ง 4 มาพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในเมืองใหญ่ ได้เตรียมการออกแบบการดูแลที่สมบูรณ์ขึ้น ดังนี้ 1) จัดการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้กับพยาบาล จำนวน 2 วัน ให้พยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่เดิม และผู้ป่วยมีความคุ้นเคย ไว้วางใจ 2) พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล 3 ชิ้น (I) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (II) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (III) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3) เพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลจิตอาสา โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแล

เยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เริ่มเยี่ยมผู้ป่วยภายในสัปดาห์แรก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ควรเยี่ยมบ้านโดยเร็วภายใน 3 วัน เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการเมื่อต้องเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจากโรงพยาบาลสู่ที่พักอาศัยในชุมชน) ครั้งที่ 2 เยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 เยี่ยมห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และครั้งที่ 4 เยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 หรือห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ดังภาพแสดงรายละเอียด ต่อไปนี้

1. แบ่งระดับความพิการที่หลงเหลืออยู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประเมินลักษณะความต้องการช่วยเหลือ (แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ หน้าที่ 2) อาการแสดงที่หลงเหลืออยู่และการคัดกรองอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ประเมินอย่างละเอียดเพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติมที่มักพบได้บ่อยในระยะ 1-2 สัปดาห์แรกหลังเกิดโรค (แนวปฏิบัติหน้าที่ 4-20) ร่วมกับการใช้การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

3. วางแผนการฟื้นฟูสภาพและการดูแลร่วมกับผู้ดูแลครอบครัวตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

4. นัดหมายวันเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการใน 8 วัน ถัดจากวันแรกที่เยี่ยมผู้ป่วย

เยี่ยมครั้งที่ 1

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา.
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				

เยี่ยมครั้งที่ 2

1. ประเมินอย่างละเอียดเพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติมที่มักพบได้บ่อยในระยะ 1-2 สัปดาห์แรกหลังเกิดโรค (แนวปฏิบัติหน้าที่ 4-20)

2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้ดูแลในการจัดการปัญหาสุขภาพ

3. นัดหมายวันเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ

1. ประเมินอย่างละเอียดเพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติมที่มักพบได้บ่อยในระยะ 4 สัปดาห์แรกหลังเกิดโรค (แนวปฏิบัติหน้าที่ 21-26)

2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้ดูแลในการจัดการอาการแสดงที่หลงเหลืออยู่

3. นัดหมายวันเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ

เยี่ยมครั้งที่ 3

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา.
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				

เยี่ยมครั้งที่ 4

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา.
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				

1. ประเมินอย่างละเอียดเพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติมที่มักพบได้บ่อยในระยะ 4-12 สัปดาห์แรกหลังเกิดโรค (แนวปฏิบัติหน้าที่ 27-32)

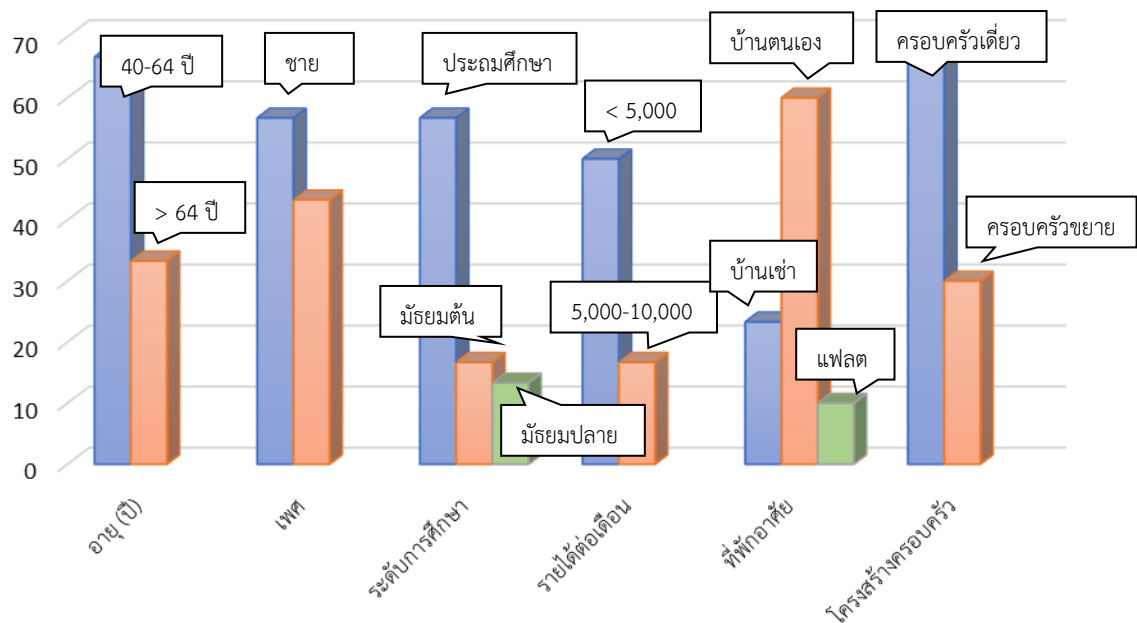
2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้ดูแลในการจัดการอาการแสดงที่หลงเหลืออยู่

ผลการทดลองใช้รูปแบบ Home ward for stroke care มาเป็นโมเดลต้นแบบในการจัดบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน เป็นผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) เป็นผู้ป่วยเพศหญิง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) อายุเฉลี่ย 60.33 ปี (SD = 13.45) ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และพักอาศัยอยู่บ้านเช่า ร้อยละ 23.3 เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 70 (ดังแสดงในแผนภูมิแท่งที่ 4.12) ผลการนำรูปแบบการจัดบริการ Home ward ไปทดลองใช้ พบว่า

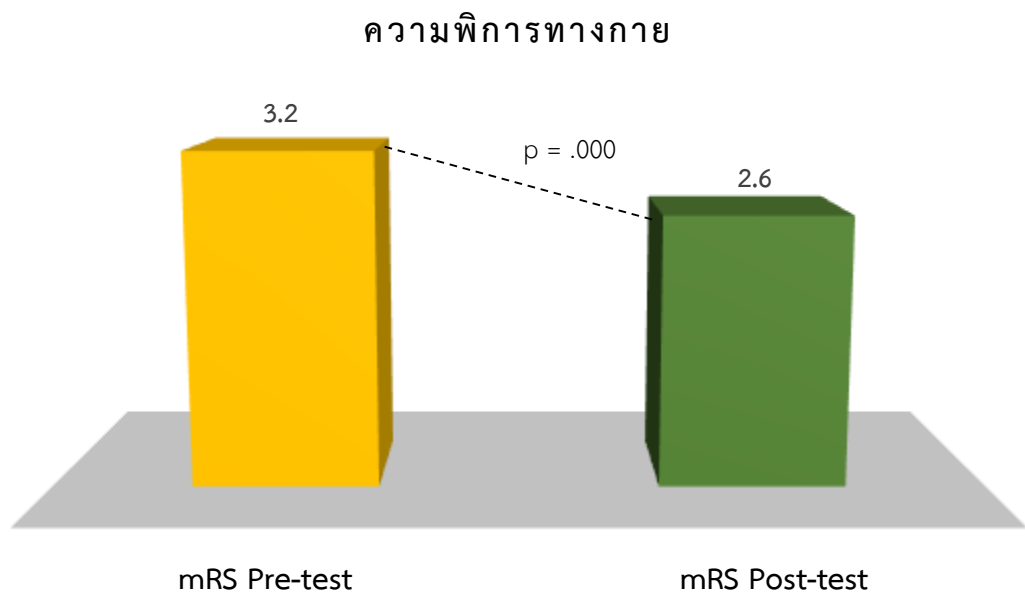
ก่อนการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความพิการทางกาย (mRS) เท่ากับ 3.20 คะแนน (SD = 1.19) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.93 คะแนน (SD = 1.09)

หลังเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความพิการทางกาย (mRS) เท่ากับ 2.60 คะแนน (SD = 1.13) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.56 คะแนน (SD = 1.10) มีระดับความพึงพอใจมากเท่ากับ 4.84 คะแนน (SD = 0.21)

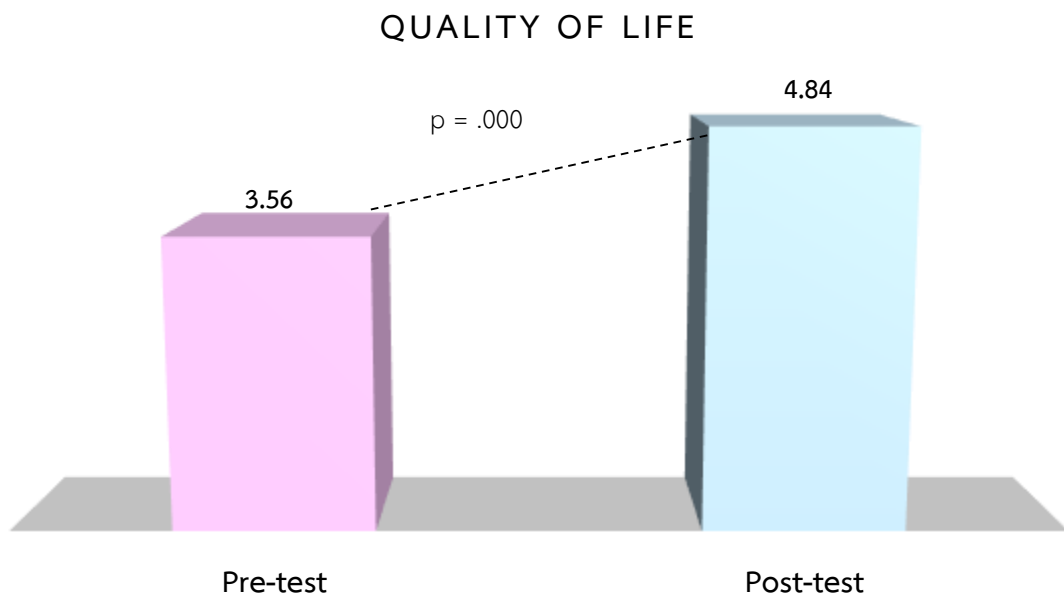
เมื่อนำผลลัพธ์มาเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการ Home ward for stroke care ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired t – test พบว่า ผู้ป่วยมีการความพิการทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.88$, 95%CI 3.5–.85) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.80$, 95%CI -8.56 – -4.09) ดังแสดงในแผนภูมิแท่งที่ 4.11-4.12



แผนภูมิแท่งที่ 4.11 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 30)



แผนภูมิแท่งที่ 4.12 แสดงค่าเฉลี่ยความพิการทางกาย (mRS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน ด้วยรูปแบบบริการ Home ward for stroke care



แผนภูมิแท่งที่ 4.13 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านด้วยรูปแบบบริการ Home ward for stroke care

จากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนไปใช้ พบว่า การมีแนวปฏิบัติฯ ช่วยทำให้มีเครื่องมือในการประเมินค้นหาปัญหาผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมากขึ้น สามารถสอนผู้ดูแลให้ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านได้ตรงตามความต้องการ พบปัญหาอุปสรรค คือ การใช้งานต้องอ่านทำความเข้าใจมาเป็นอย่างดี และต้องใช้อย่างต่อเนื่องจึงจะเกิดความชำนาญ บางเนื้อหาที่มีความเฉพาะในการประเมินอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วย อาจต้องมีคำอธิบายเพิ่มเติม หรืออบรมการใช้งานจาก 2 วัน เพิ่มเป็น 3 วัน ขณะที่พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อทดลองนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ พบว่า อ่านง่าย เข้าใจง่าย และมีความละเอียดมากกว่าที่เคยเรียนมา ทำให้ได้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

5. สรุปผลการศึกษา

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กรุงเทพมหานคร ได้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อเป็นกระบวนการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายโดยการมีส่วนร่วมของบุคคลสำคัญที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านรูปแบบการจัดบริการ กระบวนการจัดบริการ เครือข่ายทางสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยตัวกำหนดทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 2) เพื่อศึกษาปัจจัยรูปแบบการจัดบริการ กระบวนการจัดบริการและเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลส่งผ่านการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการสุขภาพและการฟื้นตัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพต่อการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 4) เพื่อประเมินผลลัพธ์รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: กรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร 5) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกรุงเทพมหานคร ดังนี้

5.1 สถานการณ์การเข้าถึงบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30,748 คน เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) และฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติร้อยละ 6.98 หรือประมาณ 2,146 คน จึงประมาณการได้ว่า มีผู้ป่วยประมาณ 28,602 คน ที่ได้รับผลกระทบจากโรค มีความบกพร่องด้านร่างกาย ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเยี่ยมบ้านโดยตรงจากศูนย์บริการสาธารณสุขในรูปแบบ BMA home ward referral ร้อยละ 25 ซึ่งเป็นการเยี่ยมบ้านแบบผู้ป่วยติดเตียง เฉลี่ย 1-2 ครั้ง เฉลี่ยนาน 1 ปี และเข้าถึงการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย 1 ครั้ง ร้อยละ 0.35 เฉลี่ยนาน 3-6 เดือน ดังนั้นผู้ป่วยต้องการการเยี่ยมบ้านจากบริการปฐมภูมิโดยพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนร้อยละ 70

ขณะที่สถานการณ์ความเพียงพอของจำนวนพยาบาลเยี่ยมบ้าน กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจุบันศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 350-400 คน จากการกำหนด

อัตราค่าจ้างบุคลากรพยาบาลขั้นต่ำในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร ต้องการพยาบาลเพื่อดูแลประชาชน จำนวน 2,522 คน หรือต้องการพยาบาลเพิ่มอีก 6 เท่าของพยาบาลที่มีอยู่ในระบบ (อ้างอิงจากมติที่ประชุมสภาการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2562) โดยเฉพาะต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 8,000 คน สะท้อนให้เห็นว่า จำนวนพยาบาลที่มีอยู่ในระบบยังไม่เพียงพอต่อการจัดบริการเยี่ยมบ้าน และความต้องการของผู้ป่วยเพื่อการติดตามดูแล ประเมินปัญหาและให้การพยาบาลกรณีพบปัญหา รวมถึงการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น มีความจำเป็นต้องพัฒนา เพิ่มพูนทักษะพยาบาลเยี่ยมบ้านและจัดหาพยาบาลให้เพียงพอในการเยี่ยมบ้าน ผู้ซื้อบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีกำลังจ่ายค่าตอบแทนในการจ้างงานพยาบาล (อิสระ) ประจำตัว โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวน 8-12 ครั้ง (กรณีผู้ป่วยติดบ้าน เยี่ยมจำนวน 8 ครั้ง, กรณีผู้ป่วยติดเตียงที่มีอุปกรณ์ติดตัวต้องดูแล เช่น สายยางให้อาหาร ใส่คาสายสวนปัสสาวะ เยี่ยมบ้านจำนวน 12 ครั้ง) มีการกำหนดกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับจำนวน 8-12 ครั้ง (ตามเอกสารภาคผนวก กิจกรรมการเยี่ยมบ้านพยาบาลอิสระ) ค่าใช้จ่ายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนละ 7,500 บาทต่อปี (เฉลี่ย 500 บาทต่อคน ไม่รวมค่าอุปกรณ์)

ขณะที่การดูแลโดยครอบครัว จากการเก็บข้อมูลจำนวน 40 คน พบว่า ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพังในเวลากลางวัน เนื่องจากผู้ดูแลมีเพียงคนเดียวและต้องไปทำงาน ผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวไม่สามารถทดแทนกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยสมควรได้รับเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว เช่น ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ รักษาสุขอนามัยเพื่อลดการติดเชื้อ ผู้ซื้อบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีกำลังจ่ายเงินทดแทน โดยผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว และมีสมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงาน ผู้ซื้อบริการสุขภาพ จ่ายเงินทดแทนรายได้จากการไปทำงาน ร้อยละ 50 ของค่าแรงขั้นต่ำ (300 บาท) เฉลี่ยทำงาน 20 วัน จ่ายเงินทดแทน 3,000 บาทต่อเดือน โดยจ่ายเงินทดแทนผู้ดูแลในช่วง Golden period ของการฟื้นตัว 3 เดือนแรกภายหลังเกิดโรค เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนสำคัญมีส่วนให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน ภาวะซึมเศร้า การรู้คิดบกพร่อง จนร่างกายถดถอยจากสังคม และกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในที่สุด

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 450 คน ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 63.1) อายุเฉลี่ย 62.43 ± 13.33 ปี ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.3) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง รองลงมาคือ บ้านเช่า และเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส มีผู้ดูแลเพียงคนเดียว ร้อยละ 54 โดยผู้ดูแลคอยช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันมากที่สุด ร้อยละ 80.4 รองลงมา ได้แก่ การเตรียมอาหาร/ป้อนอาหาร จัดเตรียมยา/ป้อนยา ดูแลความสะอาด/สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และพามาพบแพทย์ ร้อยละ 68.2, 60.7, 21.1, และ 20.4 ตามลำดับ หากมีผู้ดูแลเพียงคนเดียวจะใช้เวลาทั้งกลางวันและกลางคืนใกล้เคียงกันในการดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 9.43 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 6.80) หากมีผู้ดูแล 2 คนมาสลับสับเปลี่ยน ผู้ดูแลคนที่ 2 ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยในเวลากลางวันใกล้เคียงกับเวลากลางคืนเฉลี่ย 2.68 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) หรือผู้ดูแลจิตอาสา (CG: Care Giver ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง) ในขณะที่ยกเลิกการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน พบเพียงร้อยละ 10.9 และ 9.1 ตามลำดับ ประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง ผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 4 คน ต้องจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ดูแลที่มาช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านหรืออยู่เป็นเพื่อน ส่วนค่าตอบแทนการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ถือเป็นค่าใช้จ่ายมากที่สุด ประมาณ 1,400 บาทต่อครั้ง

รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ และกระบวนการจัดบริการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับมีดังนี้

□ รูปแบบ Continuing care from hospital to home เป็นการให้บริการของโรงพยาบาล ตติยภูมิขั้นสูง ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพประจำโรงพยาบาล มีการจัดหาอุปกรณ์จำเป็น เช่น เตียงปรับระดับ ที่นอนลม และสอนผู้ดูแลหลักในการจัดการดูแลผู้ป่วย ที่มติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจนอาการคงที่ 1-2 ครั้งต่อเดือน (จำนวนครั้งที่เยี่ยมเฉลี่ย 5 ครั้งต่อปี ระยะเวลาที่เยี่ยมเฉลี่ย 31.25 นาที) จึงส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์บริการสาธารณสุข

□ รูปแบบ Bangkok Metropolitan Administration (BMA) Home ward เป็นการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต้นสังกัดไม่มีการจัดบริการเยี่ยมบ้านแต่ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้เยี่ยมบ้าน ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลจิตอาสา ที่ผ่านการอบรม

การดูแลผู้ป่วยติดเตียง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินจะเยี่ยมผู้ป่วยรายใดบ้าง พยาบาลติดตามเยี่ยม 1-2 ครั้งต่อเดือน (จำนวนครั้งที่เยี่ยมเฉลี่ย 10 ครั้งต่อปี ระยะเวลาที่เยี่ยมเฉลี่ย 28.75 นาที)

□รูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองและทีมสุขภาพ พยาบาลประจำหน่วยเยี่ยมบ้านเป็นผู้วางแผนจำหน่ายร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในและผู้ดูแลหลักตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน และติดตามเยี่ยมเมื่อจำหน่ายกลับบ้านโดยพยาบาลคนเดียวกันตลอดเส้นทางการเจ็บป่วยเยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน (จำนวนครั้งที่เยี่ยมเฉลี่ย 6 ครั้งต่อปี ระยะเวลาที่เยี่ยมเฉลี่ย 40 นาที) แล้วจึงส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

□Family care ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะจากครอบครัวเพียงอย่างเดียว

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดบริการทั้ง 4 รูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการสุขภาพ Continuing care from hospital to home by nurse expert มีความสามารถในการจัดการตนเองและระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุด (PACIC = 3.8 คะแนน, SSQOL = 3.59 คะแนน) รองลงมา ได้แก่ Continuing care from hospital to home (PACIC = 3.63 คะแนน, SSQOL = 3.51 คะแนน) และ BMA home ward (PACIC = 3.48 คะแนน, SSQOL = 3.5 คะแนน) ตามลำดับ ขณะที่ระดับความพึงพอใจของรูปแบบบริการทั้ง 3 รูปแบบ อยู่ในระดับพึงพอใจมากใกล้เคียงกัน ขณะที่รูปแบบ Family care พบว่า มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่ำทุกด้าน ไม่มีการฟื้นตัวทางกาย (ค่าเฉลี่ย mRS = 4.50) และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย SS-QOL = 2.02)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับความบกพร่องทางกายน้อย ($\beta = .58, p = .000$) การรู้คิดบกพร่อง ($\beta = .20, p = .000$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.22, p = .000$) ตามลำดับ ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า จำนวนของผู้ดูแลไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่จำนวนชั่วโมงในการดูแล ($\beta = -.07, p = .02$) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยตัวกำหนดทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยเกือบครึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีความบกพร่องทางร่างกายหลงเหลืออยู่มากจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เกือบร้อยละ 20 ได้รับเงินจากบุตร เบี้ยยังชีพคนพิการ และใช้เงินเก็บส่วนตัว ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ($\beta = -.12, p = .000$) มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่รายได้ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ($\beta = -.03, p = .29$)

ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) และผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยมบ้านมากที่สุด 1-2 ครั้งต่อเดือน รองลงมา ได้แก่ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และจิตอาสาในชุมชน ตามลำดับ โดยใช้เวลาส่วนตัวนอกเหนือจากงานประจำ ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายค่าตอบแทนใดๆ ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอ และให้กำลังใจ การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ($\beta = -.047, p = .18$) จำนวนกลุ่มผู้ช่วยเหลือในชุมชน ($\beta = .03, p = .40$) และกิจกรรมการมีส่วนร่วมในชุมชน ($\beta = .24, p = .45$) ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5.2 ปัจจัยด้านรูปแบบการดูแลที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ หลังปรับโมเดล พบว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($p\text{-value} = .584, \text{CMIN/DF} = .781, \text{GFI} = .997, \text{RMR} = .014, \text{RMSEA} = .025$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 65 ($R^2 = .65$) รูปแบบ *Continuing care from hospital to home* มีอิทธิพลทางตรงต่อการฟื้นตัว ($\beta = -0.16, p = .015$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อระดับคุณภาพชีวิตผ่านการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .134, p = .019$) รูปแบบ *BMA home ward* มีอิทธิพลทางตรงต่อการฟื้นตัว ($\beta = -.14, p = .02$) และระดับคุณภาพชีวิต ($\beta = .10, p = .008$) นอกจากนี้ ยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อระดับคุณภาพชีวิตผ่านการฟื้นตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .11, p = .028$) รูปแบบ *Continuing care from hospital to home by nurse expert* มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเอง ($\beta = .25, p < .000$) และระดับคุณภาพชีวิต ($\beta = .13, p = .000$) ขณะที่รูปแบบ *Family care* ไม่มีอิทธิพลทางตรงและอ้อมต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต

5.3 จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการผ่านมุมมองการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการ ทำให้เห็นความเชื่อมโยงของการจัดบริการที่มีอยู่ผ่านประสบการณ์ของบุคคลต่างๆ ที่การศึกษาเชิงปริมาณไม่สามารถค้นหาช่องว่างของความต้อการ สิ่งที่ยังขาด และความต้องการการเติมเต็มให้กับการจัดบริการที่ครอบคลุมในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้ ในความต้องการการจัดบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชนลำดับแรก คือ

1) การวางแผนเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน

ปัญหาสุขภาพที่ยังหลงเหลืออยู่และความต้องการการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ คือ การฟื้นตัวจากโรค ผู้ป่วยมองหาโอกาสรอด ปลายทางการหายจากโรค แม้ส่วนใหญ่ยังไม่พบภาวะซึมเศร้า แต่ผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพิงกิจกรรมทางกาย (คะแนนเฉลี่ย

ADL = 11.51 ± 5.93) ไม่สามารถมีกิจกรรมนอกบ้านได้ ร้อยละ 57.8 และความรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 41.6 ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพ ขณะเดียวกันความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ดังนั้น เพื่อตอบโจทยความต้องการการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล เป็นความจำเป็นอย่างมากที่ทุกฝ่ายต้องผ่านการตั้งเป้าหมาย และเห็นชอบร่วมกันเพื่อเกิดการยอมรับภาวะของโรค ควบคู่กับการได้รับความรู้และข้อมูลการดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามการดำเนินของโรคและการเปลี่ยนแปลงของการฟื้นฟูที่จะเกิดขึ้นตามความเป็นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและพร้อมจะปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงในชีวิต (Hafsteinsdóttir, Vergunst, Lindeman, & Schuurmans, 2011; Ski & O'Connell, 2007)

2) หาบุคคลเพื่อมาเชื่อมต่อสิ่งที่ขาดหายและเสริมความต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่ฟื้นตัวจากโรค ต้องการหายจากโรค เกิดจากการเอาตนเองเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพ ขณะเดียวกันก็ได้รับการสนับสนุน ความใส่ใจ กำลังใจจากผู้ดูแล พยาบาล ผู้ดูแลจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ให้บริการเป็นคนสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาพการฟื้นตัว ความหวัง หนทางรอด แต่ภาพความต่อเนื่องของการดูแลยังขาดหายไป เนื่องจากมุมมองความหมายของการหายจากโรค หรือการฟื้นตัวแตกต่างกัน จึงต้องมีการวางแผนสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปตามระยะการฟื้นตัวของโรค และมีความเชื่อมโยงการดูแลจนถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน ผลการสนทนากลุ่มจะเห็นได้ชัดว่า การมีผู้ดูแลจิตอาสาช่วยให้ชุมชนเกิดการเกื้อหนุน ส่งเสริมการดูแลกันและกันในชุมชน ในเวลาที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยที่ต้องอยู่เพียงลำพัง ผู้ดูแลจิตอาสาจะเข้ามาเสริมช่วงเวลารักษาที่ขาดหายไปให้เกิดความต่อเนื่องและความพึงพอใจในการมีชีวิตต่อไป

3) เครื่องมือในการตัดสินใจสู่การดูแลอย่างมีคุณภาพ

ด้วยเป้าหมายของผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพไม่ตรงกัน ผู้ป่วย “หาย” เพื่อคนอื่น ผู้ให้บริการสุขภาพกับการ “หาย” จากโรค คือ การจัดการภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมให้คงที่ ส่งเสริมการจัดการตนเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ที่บ้านโดยไม่เป็นภาระของผู้อื่น ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยในชุมชนจึงเป็นการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีโรคเรื้อรังมากกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการแสดงหลงเหลืออยู่ตามพยาธิสภาพของโรค ดังนั้น พยาบาลสามารถเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เสมือนเป็น nurse expert โดยมีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นเครื่องมือการตัดสินใจเพื่อให้การพยาบาลกรณีพบปัญหาอย่างถูกต้องบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ และเป็นการคุ้มครองสิทธิการรักษาของผู้ป่วย และผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชน

5.4 เมื่อนำผลการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต พบว่า

1) รูปแบบที่ดีที่สุด คือ การจัดบริการ Continuing care from hospital to home by nurse expert

ข้อดี คือ มีผลทำให้ลดความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการบริการในระบบอื่นๆ

ข้อจำกัด คือ ต้องมีการเตรียมพยาบาลที่เป็นพยาบาลเฉพาะทาง และทำงานการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2) รูปแบบที่เหมาะสมที่สุด คือ การจัดบริการ BMA Home ward

ข้อดี คือ มีผลทำให้ลดความพิการและคุณภาพชีวิตดีเป็นลำดับสองในระบบบริการ 4 รูปแบบ เป็นบริการปฐมภูมิที่สามารถให้บริการผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ได้ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขมีความคุ้นเคยและได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัว และมีความร่วมมือจากประชาชนจิตอาสาในพื้นที่ ซึ่งได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นเพื่อนบ้านที่มีความเห็นอกเห็นใจและใกล้ชิดครอบครัว

ข้อจำกัด การดูแลเป็นรูปแบบเดียวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ยังไม่ได้เป็นรูปแบบที่ใช้ความรู้และทักษะเฉพาะในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3) Continuing care from hospital to home

ข้อดี คือ ลดความพิการและคุณภาพชีวิตเป็นลำดับสามและเกิดจากการจัดการดูแลในครอบครัว ครอบครัวได้รับอุปกรณ์จำเป็นสนับสนุนจากโรงพยาบาล

ข้อจำกัด คือ การเยี่ยมใช้ทีมพยาบาลและกายภาพบำบัดทุกครั้งในการเยี่ยม จึงเป็นการใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น

4) Family care

ข้อดี คือ ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว

ข้อจำกัด คือ ลดความพิการและคุณภาพชีวิตมีระดับน้อยที่สุด ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด อยู่ในภาวะพึ่งพิง และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น กลืนลำบาก แผลกดทับ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ผู้ป่วยอยู่ลำพังในเวลากลางวัน บุตรต้องหรือคู่สมรสต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว

จากการนำรูปแบบ Home ward for stroke care มาใช้เป็นโมเดลต้นแบบในการจัดบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน กำหนดระยะเวลาการเยี่ยมบ้านทั้งสิ้น จำนวน 4 ครั้ง และติดตามประเมินผลลัพธ์ 1 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน พบว่า ความพิการลดลง ($t = -4.87, p = .000$) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.80, p = .000$) พยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนไปใช้เห็นตรงกันว่า การมีแนวปฏิบัติฯ ช่วยทำให้มีเครื่องมือในการประเมินค้นหาปัญหาผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมากขึ้น สามารถสอนผู้ดูแลให้ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านได้ตรงตามความต้องการ และพยาบาลผู้ใช้งานมีความพึงพอใจมากต่อแนวปฏิบัติฯ ที่สร้างขึ้น

ตารางเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วย การใช้ทรัพยากร กระบวนการจัดบริการ การดูแล และผลลัพธ์การดูแลของรูปแบบบริการ 5 รูปแบบ

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
ลักษณะความต้องการการดูแลของผู้ป่วย	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 8.6% - Incontinent 4.6% - Wound care 9.8% - Limitation of joint 19.5% ☒ ความพิการเล็กน้อยถึงปานกลาง ☒ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (TMSE = 21.85 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 4.42 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 11.6% - Incontinent 6.5% - Wound care 3.2% - Limitation of joint 10.3% ☒ ความพิการเล็กน้อยถึงปานกลาง ☒ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (TMSE = 22.9 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 4.56 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 11.1% - Incontinent 8.6% - Wound care 4.9% - Limitation of joint 7.4% ☒ ความพิการปานกลาง ☒ การรู้คิดปกติ (TMSE = 23.6 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 3.25 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 45% - Incontinent 25% - Wound care 7.5% - Limitation of joint 7.5% ☒ ความพิการมากถึงรุนแรง นอนติดเตียง ☒ การรู้คิดบกพร่อง (TMSE = 15.48 คะแนน) ☒ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (9Q = 7.83 คะแนน)	☒ มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน - On NG 12% - Incontinent 3.3% - Wound care 4.5% - Limitation of joint 12.5% ☒ ความพิการปานกลาง ☒ การรู้คิดปกติ (TMSE = 23.06 คะแนน) ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q = 5.40 คะแนน)
การใช้ทรัพยากร	☒ พยาบาลวิชาชีพ ☒ นักกายภาพบำบัด	☒ พยาบาลวิชาชีพ ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา	☒ พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ☒ นักกายภาพบำบัด	—	☒ พยาบาลวิชาชีพ ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
กระบวนการ จัดบริการ	☒พยาบาลวิชาชีพเยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 31.25 นาที+ ☒นักกายภาพบำบัดเยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 15 นาที หมายเหตุ: +นักสังคมสงเคราะห์ เกสัชกร นักโภชนาการ เยี่ยมเฉพาะกรณีพยาบาลประเมินพบปัญหาและส่งปรึกษาปีละ 1 ครั้ง การเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่พบการลงเยี่ยมของแพทย์	☒พยาบาลวิชาชีพเยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 28.75 นาที+ ☒ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 20 นาที หมายเหตุ: +แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เกสัชกร นักโภชนาการ เยี่ยมเฉพาะกรณีพยาบาลประเมินพบปัญหาและส่งปรึกษา เฉลี่ยปีละ 1 ครั้ง การเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่พบการลงเยี่ยมของแพทย์	☒พยาบาลเฉพาะทางเยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 40 นาที+ ☒นักกายภาพบำบัดเยี่ยม 1 ครั้ง ต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 30 นาที หมายเหตุ: +แพทย์แผนไทยลงเยี่ยมเพื่อศึกษาดูงานและฝึกสอนนักศึกษา	—	☒พยาบาลวิชาชีพเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ใน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 40 นาที - ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เสมือนเป็น nurse expert - มีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล (I) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (II) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (III) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
					☒ ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยมบ้าน 2 ครั้งต่อเดือน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 20 นาที เพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลจิตอาสา โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแล
ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน	เฉลี่ย 3 เดือน	เฉลี่ย 1 ปี	เฉลี่ย 3 เดือนแต่ไม่เกิน 6 เดือน	—	6 สัปดาห์
กระบวนการดูแล จำนวนผู้ดูแลและ ระยะที่ใช้ในการดูแล	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 8.84 ชั่วโมง	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 8.78 ชั่วโมง ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยม 1-2 ครั้งต่อเดือน	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 7.21 ชั่วโมง	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 14.63 ชั่วโมง	☒ ผู้ดูแลจำนวน 1-2 คน ☒ ครอบครัว ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 6.31 ชั่วโมง ☒ ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยม 2 ครั้งต่อเดือน
กิจกรรมการดูแล ของผู้ดูแล	☒ กิจวัตรประจำวัน (79.3%) ☒ เตรียมอาหาร(69.5%) ☒ จัดยา (53.4%)	☒ กิจวัตรประจำวัน (80.6%) ☒ เตรียมอาหาร(71%) ☒ จัดยา (60.6%)	☒ กิจวัตรประจำวัน (74.1%) ☒ จัดยา (64.2%) ☒ เตรียมอาหาร(53.1%)	☒ กิจวัตรประจำวัน (97.5%) ☒ จัดยา (85%) ☒ เตรียมอาหาร(82.5%)	☒ กิจวัตรประจำวัน (75.4.1%) ☒ จัดยา (56.2%) ☒ เตรียมอาหาร (52.4%)

ลักษณะ	รูปแบบ				
	Continuing care from hospital to home (n=174)	Home ward (n=155)	Continuing care from hospital to home by nurse expert (n=81)	Family care (n=40)	Home ward for stroke care (n=30)
	☒ พาไปโรงพยาบาล (20.1%)	☒ พาไปโรงพยาบาล (20%)	☒ พาไปโรงพยาบาล (29.6%)	☒ ดูแลสิ่งแวดล้อม (22.5%)	☒ พาไปโรงพยาบาล (21.8%)
ผลลัพธ์ก่อนการดูแล	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.86 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.94 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 3.15 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 4.5 คะแนน) ☐ คุณภาพชีวิต -	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 3.2 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.56 คะแนน)
ผลลัพธ์หลังการดูแล	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.84 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.5 คะแนน)	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.82 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.5 คะแนน)	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 2.78 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (3.56 คะแนน)	☒ ความพิการปานกลาง (mRS = 3.2 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับต่ำ (2.02 คะแนน)	☒ ความพิการน้อย (mRS = 2.6 คะแนน) ☒ คุณภาพชีวิตระดับดี (4.84 คะแนน)

6. การอภิปรายผล

ผลการศึกษาศาสนาการณการเข้าถึงบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร พบว่า จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30,748 คน เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) และฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติร้อยละ 6.98 หรือประมาณ 2,146 คน จึงประมาณการณได้ว่า มีผู้ป่วยประมาณ 28,602 คน ที่ได้รับผลกระทบจากโรค มีความบกพร่องด้านร่างกาย ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเมื่อจำหนายกลับบ้าน ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเยี่ยมบ้านโดยตรงจากศูนย์บริการสาธารณสุขในรูปแบบ BMA home ward referral ร้อยละ 25 ซึ่งเป็นการเยี่ยมบ้านแบบผู้ป่วยติดเตียง เฉลี่ย 1-2 ครั้ง เฉลี่ยนาน 1 ปี และเข้าถึงการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย 1 ครั้ง ร้อยละ 0.35 เฉลี่ยนาน 3-6 เดือน ดังนั้น ผู้ป่วยต้องการการเยี่ยมบ้านจากบริการปฐมภูมิโดยพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนร้อยละ 70 จึงจะครอบคลุมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร

ขณะที่สถานการณความเพียงพอของจำนวนพยาบาลเยี่ยมบ้าน กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจุบันศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 350-400 คน จากการกำหนดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลขั้นต่ำในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร ต้องการพยาบาลเพื่อดูแลประชาชน จำนวน 2,522 คน หรือต้องการพยาบาลเพิ่มอีก 6 เท่าของพยาบาลที่มีอยู่ในระบบ (อ้างอิงจากมติที่ประชุมสภาการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2562) โดยเฉพาะต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 8,000 คน สะท้อนให้เห็นว่า จำนวนพยาบาลที่มีอยู่ในระบบยังไม่เพียงพอต่อการจัดบริการเยี่ยมบ้าน และความต้องการของผู้ป่วยเพื่อการติดตามดูแล ประเมินปัญหาและให้การพยาบาลกรณีพบปัญหา รวมถึงการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น มีความจำเป็นต้องพัฒนา เพิ่มพูนทักษะพยาบาลเยี่ยมบ้านและจัดหาพยาบาลให้เพียงพอในการเยี่ยมบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดบริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่บ้านกับการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล พบว่า การฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านทำให้เกิด cost benefit และเกิดความพึงพอใจต่อผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าการเข้ามารับการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล (Hillier & Inglis-Jassiem, 2010) ผู้ซื้อบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีกำลังจ่ายค่าตอบแทนในการจ้างงานพยาบาล (อิสระ) ประจำตัว โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวน 8-12 ครั้ง (กรณีผู้ป่วยติดบ้าน เยี่ยมจำนวน 8 ครั้ง, กรณีผู้ป่วยติดเตียงที่มีอุปกรณ์ติดตัวต้องดูแล เช่น สายยางให้อาหาร ใส่คาสายสวนปัสสาวะ เยี่ยมจำนวน 12 ครั้ง) มีการกำหนดกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับจำนวน 8-12 ครั้ง (ตามเอกสารภาคผนวกกิจกรรมการเยี่ยมบ้านพยาบาลอิสระ) ค่าใช้จ่ายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนละ 7,500 บาทต่อปี (เฉลี่ย 500 บาทต่อคน ไม่รวมค่าอุปกรณ์) สอดคล้องกับการบริหารงบประมาณผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดค่าใช้จ่ายการเยี่ยมบ้านคนละ 6,000 บาทต่อปี จากการศึกษาทดลองนำรูปแบบ stroke nurse navigator (พยาบาลประจำตัว) ในการเป็นผู้นำการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ผ่านการอบรมเพิ่มพูนทักษะความรู้การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ มีความรู้การดำเนินโรคและระยะเวลาการฟื้นตัว การควบคุมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 100 ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉินระบบประสาทร้อยละ 3 และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Deen, Terna, Kim, Leahy, & Fedder, 2018)

ลักษณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีฐานะยากจน จบระดับประถมศึกษา มีผู้ดูแลเพียงคนเดียวและเป็นผู้สูงอายุ เป็นครอบครัวใช้แรงงาน คู่สมรสหรือบุตรต้องรับจ้างหาเลี้ยงครอบครัว ผู้ป่วยอยู่คนเดียวในเวลากลางวันและไม่มีผู้ดูแลพาไปรับการฟื้นฟูในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 21.8 ที่เข้ามารับการกายภาพบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับรายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2562 พบว่าอัตราการได้รับการกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพเพียงร้อยละ 33.82 น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับ 12 เขตสุขภาพในประเทศไทย แม้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ใจกลางเมืองใหญ่ย่านเศรษฐกิจ แต่อยู่ในลักษณะห้องแบ่งเช่า การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปสถานพยาบาลเป็นไปได้ยาก จึงเป็นผลทำให้เกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายมากขึ้น จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยยังไม่มีอาการฟื้นตัว (มีความพิการระดับปานกลางถึงมาก) ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมากที่สุด มีกิจกรรมการดูแลพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลกดทับ การดูแลด้านการขับถ่าย และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} \pm \text{SD} = 3.40 \pm 0.95$) โดยระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($\text{mean} \pm \text{SD} = 3.40 \pm$

0.95) ต่ำกว่าด้านร่างกาย ($\text{mean} \pm \text{SD} = 3.40 \pm 0.95$) อธิบายได้ว่า ความพิการที่ยังหลงเหลืออยู่ มากภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตต่ำลงทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา การศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับต่ำถึงปานกลาง (Dhamoon et al., 2010; Paul et al., 2005) และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า ผู้สูงอายุทั่วไปถึง 3 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) (Cloutier-Fisher, 2005) ขณะที่ประเทศ กำลังพัฒนา อาทิ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ผู้ป่วยภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด สมองมีคุณภาพชีวิตต่ำทุกด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ 3 เดือน อยู่ในระดับปานกลาง (Rachpukdee et al., 2013) นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีเพียงคนเดียว จำนวนชั่วโมงในการดูแลมาก (เฉลี่ย 9.43 ชั่วโมงต่อวัน) ทั้ง กลางวันและกลางคืน ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต ($\beta = -.07, p = .018$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลหลักไม่มี ใครมาสลับสับเปลี่ยน การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชนเมืองใหญ่น้อย สัมพันธภาพไม่แน่นแฟ้น ไม่ รู้จักคุ้นเคยกัน แตกต่างจากการศึกษาในสังคมชนบทหรือส่วนภูมิภาค พบว่า ส่วนใหญ่เป็นครอบครัว ขยาย มีสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ช่วยเหลือผลัดเปลี่ยนกันในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพใน ครอบครัวและชุมชนแน่นแฟ้น ผู้ดูแลพยายามแสวงหาการรักษาทางเลือก เช่นเดียวกับการเข้าถึง บริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพ แม้ผู้ป่วยร้อยละ 71.1 ผู้ดูแลไม่สามารถพามาทำกายภาพบำบัดที่ โรงพยาบาล เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง และไม่มีเงินค่าจ้างรถ แต่ผู้ป่วยร้อยละ 58.3 ไม่มี ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ดี มีความพึงพอใจสูง เนื่องจาก ได้รับกำลังใจจากครอบครัวและเพื่อนบ้านเป็นอย่างดี (Pensri Siriwararom, 2007; Theardkhwan Plukwongchuen, 2010; Wanpen Nikomrack, 2013)

ดังนั้น การดูแลโดยครอบครัว ถือเป็นแหล่งสนับสนุนการฟื้นตัวจากโรค และยกระดับ คุณภาพชีวิตที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพียงแต่การดูแลโดยครอบครัวสำหรับผู้ป่วยที่ อาศัยในกรุงเทพมหานคร ผู้ดูแลหลัก คือ คู่สมรส ส่วนบุตรต้องไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวตนเองและ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดูแลผู้เจ็บป่วย ส่วนใหญ่การเก็บข้อมูลจำนวน 40 คน พบว่า ผู้ป่วยอยู่เพียง ลำพังในเวลากลางวัน เนื่องจากผู้ดูแลมีเพียงคนเดียวและต้องไปทำงาน ผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวไม่ สามารถทดแทนกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยสมควรได้รับเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว เช่น ผู้ป่วยต้องได้รับการ ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ รักษาสุขอนามัย เพื่อลดการติดเชื้อ ผู้ซื้อบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีกำลังจ่ายเงินทดแทน โดยผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว และมีสมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงาน ผู้ซื้อบริการสุขภาพ จ่ายเงินทดแทนรายได้จากการไปทำงาน ร้อยละ 50 ของค่าแรงขั้นต่ำ (300 บาท) เฉลี่ยทำงาน 20 วัน จ่ายเงินทดแทน 3,000 บาทต่อเดือน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Riewpaiboon เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการของครอบครัวเฉลี่ย 4,642.6 บาทต่อเดือน (ค่าอ้างอิงราคาสินค้าและบริการปี พ.ศ.2550) (Riewpaiboon, Riewpaiboon, Ponsoongnern, & Van den Berg, 2009) โดยจ่ายเงินทดแทนผู้ดูแลในช่วง Golden period ของการฟื้นตัว 3 เดือนแรกภายหลังเกิดโรค เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนสำคัญมีส่วนให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนภาวะซึมเศร้า การรู้คิดบกพร่อง จนร่างกายถดถอยจากสังคม และกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในที่สุด จากการสังเคราะห์งานวิจัยผลกระทบของผู้ดูแลที่ต้องไปทำงานเต็มเวลาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ขาดทักษะ และการจัดการทางอารมณ์ ผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ (Kokorelias, Lu, Santos, Xu, Leung, & Cameron, 2020)

ปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับความบกพร่องทางกายน้อย ($\beta = .58, p = .000$) การรู้คิดบกพร่อง ($\beta = .20, p = .000$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.22, p = .000$) มีความพิการจนกลับมาทำงานไม่ได้ ($\beta = -.12, p = .000$) และจำนวนชั่วโมงในการดูแล ($\beta = -.07, p = .021$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกรุงเทพมหานครที่ย้ายถิ่นเข้ามาเพื่อประกอบอาชีพ หาเลี้ยงครอบครัว ส่วนใหญ่ยากจนต้องหาเช่ากินค่า โอดเตี้ยท่ามกลางกระแสความวุ่นวายของเมืองใหญ่ เมื่อมีความบกพร่องทางกายมาก ย่อมเกิดภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือให้การประคับประคองการฟื้นฟูด้านร่างกายและให้กำลังใจ บางครั้งถูกละเลยจนมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้นตามมาและเกิดความพิการอย่างถาวรจนไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองพบอัตราการเกิดสูงในผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจในระดับต่ำ (low socioeconomic) และยังมีความรุนแรงของโรคสูง ทำให้เป็นภาระการดูแลระยะยาวภายหลังรอดชีวิต (Cox, McKevitt, Rudd, & Wolfe, 2006) เช่นเดียวกับการศึกษาทำนายความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีความเสี่ยง 1.2 เท่า ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความเสี่ยง 3.75 เท่า (Hanchaiphiboolkul et al., 2014) จึงถือเป็นช่องว่างให้เกิดภาระของโรคตามมา

ในระยะยาวและมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ หรือเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “double suffering” กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มที่มี low socioeconomic นอกจากจะมีภาวะโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและเป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงแล้ว เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยังเกิดภาวะพึ่งพิงในการทำกิจวัตรประจำวันสูง สูญเสียโอกาสทางสังคม ต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม เกิดการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่ม high socioeconomic อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (van den Bos, Smits, Westert, & van Straten, 2002) ขณะที่ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากผู้ป่วยขาดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคส่วนใหญ่คือ บุคคลในครอบครัวที่เป็นทรัพยากรหลักมากกว่าภาครัฐ ซึ่งผู้ป่วยในชุมชนกรุงเทพมหานคร มีผู้ดูแลเพียงคนเดียว ขาดการเกื้อกูลของคนในชุมชน และเครือข่ายของสังคม ทำให้โดดเดี่ยวและถดถอยจากสังคมในที่สุด (Seematter-Bagnoud et al., 2013) ผลการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน พบเพียงร้อยละ 10.9 และ 9.1 ตามลำดับ ประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง ผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 4 คน ต้องจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ดูแลที่มาช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านหรืออยู่เป็นเพื่อน ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการ มีความต่อเนื่องและเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของโรค จะช่วยลดความพิการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีได้

รูปแบบการดูแลทั้ง 4 รูปแบบ รูปแบบ Continuing care from hospital to home by nurse expert แม้จะเป็นโมเดลที่มีผลทำให้ลดความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีที่สุด เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการบริการในระบบอื่นๆ ผู้ให้บริการหลักคือ พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองและทีมสุขภาพ เยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่บนหอผู้ป่วย วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแลหลักและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน จากนั้น ติดตามเยี่ยมที่บ้านเมื่อจำหน่ายด้วยพยาบาลคนเดิมตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง ผลลัพธ์การดูแล พบว่า ผู้ป่วยฟื้นตัวดี (mean mRS = 2.78 คะแนน) และมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตดีที่สุด (mean SSQOL = 3.56 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินผลลัพธ์ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 นำโดย nurse expert เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดย nurse expert/nurse case manager ฟื้นตัวได้ดีและมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.32, p = 0.023$) (Wong & Yeung, 2015) แต่มีข้อจำกัด คือ ต้องมี

การเตรียมพยาบาลที่เป็นพยาบาลเฉพาะทาง และทำงานการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเทียบกับรูปแบบที่เหมาะสมที่สุด คือ การจัดการบริการ BMA Home ward มีผลทำให้ลดความพิการและคุณภาพชีวิตดีเป็นลำดับสองในระบบบริการ 4 รูปแบบ เป็นบริการปฐมภูมิที่สามารถให้บริการผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ได้ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขมีความคุ้นเคยและได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัว และมีความร่วมมือจากประชาชนจิตอาสาในพื้นที่ ซึ่งได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นเพื่อนบ้านที่มีความเห็นอกเห็นใจและใกล้ชิดครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพโดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากจิตอาสา ช่วยพัฒนาผู้ป่วยให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น กล่าวที่จะพูดคุย มีผู้อื่นยอมรับ เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น จิตอาสาพร้อมให้การช่วยเหลือ ผลักดันให้ไปถึงเป้าหมายที่ต้องการ และให้โอกาสได้แสดงออกถึงคุณค่า ความเชื่อส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพ จิตอาสาจึงถือเป็นบุคคลที่เข้ามาช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Legg, Stott, Ellis, & Sellars, 2007) แต่มีข้อจำกัด คือ การดูแลเป็นรูปแบบเดียวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ยังไม่ได้เป็นรูปแบบที่ใช้ความรู้และทักษะเฉพาะในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อวิเคราะห์บทสนทนากลุ่ม พบว่า เป้าหมายในการฟื้นตัวจากโรคของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพไม่ตรงกัน ผู้ป่วยมองปลายทาง และโอกาสรอด ขณะที่ผู้ให้บริการมองกระบวนการระหว่างทาง ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง ควบคุมภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมให้คงที่ การจัดการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจึงเป็นการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียงมากกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ให้สามารถกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงก่อนการเจ็บป่วย ดังนั้น การจัดการบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชนลำดับแรก คือ 1) *การวางแผนเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน* สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การรับรู้การจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการสุขภาพด้านการตั้งเป้าหมาย มีคะแนนต่ำกว่าทุกๆ ด้าน ($\text{mean} \pm \text{SD} = 3.20 \pm 0.92$) โดยด้านทักษะการแก้ไขปัญหาสุขภาพมีคะแนนสูงสุด ($\text{mean} \pm \text{SD} = 4.02 \pm 0.81$) รองลงมา ได้แก่ กิจกรรมของการบริการสุขภาพ ($\text{mean} \pm \text{SD} = 3.87 \pm 0.79$) การมีส่วนร่วมในการรักษา ($\text{Mean} \pm \text{SD} = 3.56 \pm 0.95$) และการติดตาม ($\text{mean} \pm \text{SD} = 3.46 \pm 0.89$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการค้นหา และประเมินปัญหาอย่างละเอียดที่เฉพาะเจาะจงกับผลกระทบจากโรค เช่น การกลืน การพูด การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เป็นความจำเป็นอย่างมากที่ทุกฝ่ายต้องผ่านการตั้งเป้าหมาย และเห็นชอบร่วมกันเพื่อเกิดการยอมรับภาวะของโรค เช่นเดียวกับ

ผลการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ดูแล ผู้ดูแลจิตอาสา และผู้ให้บริการสุขภาพ ให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่เป็นเยี่ยมบ้าน ดูแลเสมือนบุคคลในครอบครัว และมีความต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการได้รับความรู้และข้อมูลการดูแลสุขภาพที่จำเป็นจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และพร้อมจะปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงในชีวิต (Hafsteinsdóttir, Vergunst, Lindeman, & Schuurmans, 2011; Ski & O'Connell, 2007) 2) *หาบุคคลเพื่อมาเชื่อมต่อสิ่งที่ขาดหายและเสริมความต่อเนื่อง* ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกรุงเทพมหานคร มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ยิ่งผู้ป่วยมีความรุนแรงโรคมามาก ผู้ดูแลยิ่งมีภาระโรคสูง เกิดความท้อแท้ เหนื่อยหน่าย ความหวังที่ต้องการหายจากโรคจะไม่เกิดขึ้นเนื่องจากขาดแรงสนับสนุน ส่งเสริมให้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ป่วยที่ฟื้นตัวจากโรคเกิดจากการเอาตนเองเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพ อธิบายได้ว่า บุคคลได้รับความใส่ใจ กำลังใจ การสนับสนุนและความเอื้ออาทรจากผู้ดูแล ผู้ดูแลจิตอาสา สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มจะเห็นได้ชัดว่า การมีผู้ดูแลจิตอาสา ในชุมชน จะช่วยให้ชุมชนเกิดการเกื้อหนุน ส่งเสริมการดูแลกันและกันภายในชุมชน ในเวลาที่ไม่สามารถมาเยี่ยมบ้านได้ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ด้อยโอกาส ผู้ดูแลจิตอาสา จะเข้ามาเสริมช่วงเวลาก่อนการดูแลที่ขาดหายไปให้เกิดความต่อเนื่องและความพึงพอใจในการมีชีวิตต่อไป และพยาบาล คือ คนสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาพการฟื้นตัว ความหวัง หนทางรอด สอดคล้องกับการศึกษา systematic review ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะและความรู้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทาง สามารถลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 180 วัน และลดจำนวนวัน ระยะเวลาการปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟูในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น พยาบาลควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นเครื่องมือการตัดสินใจ เพื่อให้การพยาบาลกรณีพบปัญหาอย่างถูกต้องบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ การดูแลผู้ป่วยในชุมชนจะไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเท่านั้น

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบ Home ward for stroke care นำโดยพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลจิตอาสา เมื่อได้รับข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เสมือนเป็น nurse expert ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและการให้การพยาบาล 3 ชั้น (I) *แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน* (II) *การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน*

ชุมชน (III) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จะประเมินปัญหาและความจำเป็นในการปรึกษาทีมสุขภาพสาขาอื่นๆ ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก เช่น กรณีผู้ป่วยมีความพิการระดับน้อยถึงปานกลาง จะปรึกษานักกายภาพพลเยี่ยมบ้านร่วมด้วย กรณีผู้ป่วยมีปัญหาเศรษฐานะ ไม่มีผู้ดูแล จะปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ลงเยี่ยมบ้านร่วมด้วย และเพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลจิตอาสา โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเพื่อเพิ่มความขีดความสามารถในการเป็นทีมการดูแล จากนั้น พยาบาลกำหนดวันเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ติดตามผลลัพธ์การดูแล 1 ครั้ง ผู้ดูแลจิตอาสา เยี่ยมบ้าน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาส่วนตัวหลังเลิกงาน ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้กำลังใจ ช่วยฝึกให้ผู้ดูแลหลักที่มีความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คอยติดตามอาการและแจ้งพยาบาล ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีพยาบาลคอยเป็นที่ปรึกษา ผลการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนทั้งสิ้น 30 คน พบว่า หลังการใช้รูปแบบ Home ward for stroke care ความพิการทางกายมีค่า (mean±SD = 2.60±1.13) ดีวก่อนใช้ (mean±SD = 3.20±1.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.88, p = .000) และคุณภาพชีวิตมีค่า (mean±SD = 3.56±1.10) สูงวก่อนใช้ (mean±SD = 2.93±1.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -5.80, p = .000) และมีความพึงพอใจระดับมาก (4.84±0.21) ส่วนพยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ มีความพึงพอใจระดับมาก ที่มีเครื่องมือช่วยตัดสินใจให้การพยาบาล และเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยจากการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ผู้ดูแลหลักมีความสนใจฝึกการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วย อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีความเข้าใจในการประเมินอย่างละเอียดเพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย สามารถให้การพยาบาลกรณีพบปัญหาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้การดูแลเกิดประสิทธิผลและสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี เช่น ลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความสามารถการทำหน้าที่ทางกาย ลดอัตราการเสียชีวิต และหากมีความเชี่ยวชาญและมีอัตราค่าจ้างที่สูงกว่าการดูแลผู้ป่วย จะพัฒนาความสามารถในการทำวัตรประจำวัน ลดการ readmissions อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nelson et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล จากปัญหาที่ผ่านมายังไม่เคยมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นแนวทางการรักษาสำหรับแพทย์และแนวทางการฟื้นฟูสำหรับนักกายภาพบำบัด ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปใช้ พบว่า พยาบาลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

จริง มีความต่อเนื่องในการพยาบาลผู้ป่วยโดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพที่ครบทุกด้านอย่างเคร่งครัด และสามารถลดความพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bjartmarz, Jónsdóttir, & Hafsteinsdóttir, 2017) นอกจากนี้ การมีจิตอาสาในชุมชน หรือผู้ดูแลจิตอาสา ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ถือเป็นกำลังสำคัญในการประสานข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลในพื้นที่ ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล และทดแทนช่วงเวลาของครอบครัวที่ขาดหายไปในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเพียงลำพัง ท่ามกลางกระแสความวุ่นวายในเมืองใหญ่ การดิ้นรนทำมาหาเลี้ยงชีพของสมาชิกในครอบครัว ได้รับการดูแลที่สมควรได้รับ ได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลตนเอง และเป็นกำลังให้เกื้อหนุนและกันเพื่อสู้กับโรค รวมถึงฝึกสอนผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามคู่มือการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการฟื้นตัวจากโรค ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ต้องการลดความพิการ ผู้ป่วยจึงเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับมาก

ผลลัพธ์การนำรูปแบบ Home ward for stroke care ไปใช้ ผู้ให้บริการหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 40 นาทีต่อคน ผู้ดูแลจิตอาสาเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 20 นาทีต่อคน ระยะเวลาที่เยี่ยมบ้านนาน 6 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีการฟื้นตัว (ระดับความพิการลดลง) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ คะแนนการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเมื่อเทียบกับรูปแบบการดูแล 4 รูปแบบ และให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพใกล้เคียงกับต่างประเทศที่มีการเยี่ยมบ้านที่นำโดยแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 90.5 รองลงมา ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และจิตอาสา ร้อยละ 73, 63.5, 54.1 และ 47.3 ตามลำดับ โดยเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 5 ครั้งต่อคน ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 43 นาที สามารถลดระดับความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Simon et al., 2008) แต่ในประเทศไทย มีการใช้ทรัพยากรน้อยกว่าแต่ให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีเทียบเท่ากับในประเทศที่พัฒนาแล้ว อธิบายได้ว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านทำหน้าที่เหมือนพยาบาลผู้จัดการ เป็นผู้นำหลักในเยี่ยมบ้าน ตัดสินใจว่าจะเยี่ยมผู้ป่วยรายใดบ้าง และหากพบปัญหาจะทำหน้าที่ส่งปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ถึงความจำเป็นที่ต้องเข้ามาดูแล โดยได้รับการเพิ่มพูนทักษะและความรู้ให้มีความเชี่ยวชาญ สามารถเป็นผู้นำในการนำนโยบายไปใช้ในการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการจัดการเฉพาะกลุ่มโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะโรคร่วม ลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และสามารถเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Bentley, 2014; Görlitz, Rashid, & Weinhardt, 2012)

อย่างไรก็ตาม รูปแบบ Family care การดูแลเฉพาะจากครอบครัวเพียงอย่างเดียวพบว่า ไม่มีอิทธิพลทางตรงและอ้อมต่อการลดระดับความพิการและคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว และเป็นคู่สมรสใกล้เคียงกับบุตร สมาชิกคนอื่นๆ มาสลับเปลี่ยนช่วยเหลือเป็นบางครั้งหรือเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ไม่มีโอกาสได้รับการรักษาทางเลือก เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถดำรงบทบาทเดียวในการเป็นผู้ดูแลหลัก ทำให้ไม่สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่เพราะการอยู่รอดของสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญ (Somnuk Sakunhongsoophon, 2010) ผู้ป่วยจึงหลงเหลือความพิการอยู่มาก และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ขณะที่การเข้าถึง Institutional care พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อการลดระดับความพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิต เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 21.8 ที่เคยเข้ารับบริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ใช้ระยะเวลาเพียง 3 วันต่อสัปดาห์ และกลับมาทำเองที่บ้าน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายที่ซับซ้อน และมักจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลายมิติ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การกลืน มาตรฐานการฟื้นฟูสภาพต่อหนึ่งคน คือ เฉลี่ย 6000 นาทีหรือ 100 ชั่วโมงต่อ 1 โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ต่อเนื่อง 7 วันต่อสัปดาห์ นาน 6 เดือน จึงจะฟื้นตัวจากโรคได้ใกล้เคียงปกติ (Dobkin, 2011) ดังนั้น การศึกษานี้จึงอาจมีข้อจำกัดในการอธิบายผลลัพธ์จากการได้รับการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การเข้าถึง Institutional care สามารถลดระดับความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลนั้นเป็นการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล (Kuptniratsaikul, Kovindha, Dajpratham, & Piravej, 2009)

ข้อเสนอการศึกษาวิจัยต่อไป

1. ควรสนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านอัตรากำลังคนเยี่ยมบ้านในชุมชนกรุงเทพมหานครเปรียบเทียบกับส่วนภูมิภาคหรือชุมชนชนบท และการกำหนดภาระกิจการพยาบาลที่ชัดเจน เพื่อหาทางออกการจัดการปัญหาขาดแคลนบุคลากรเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และเกิดการทำงานอย่างราบรื่น เกิดประสิทธิผลและลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษา
2. การพัฒนาความเข้มแข็งการดูแลโดยครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกรุงเทพมหานคร ร่วมกับพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลจิตอาสาเพื่อมาทดแทนเวลาของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ และต้นทุนค่าใช้จ่าย

เอกสารอ้างอิง

- Allen, K., Hazelett, S., Jarjoura, D., Hua, K., Wright, K., Weinhardt, J., & Kropp, D. (2009). A Randomized Trial Testing the Superiority of a Postdischarge Care Management Model for Stroke Survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 18(6), 443-452.
- Andrew, N., Kilkenny, M., Lannin, N., Cadilhac, D., Andrew, N. E., Kilkenny, M. F., . . . Cadilhac, D. A. (2016). Is health-related quality of life between 90 and 180 days following stroke associated with long-term unmet needs? *Quality of Life Research*, 25(8), 2053-2062. doi:10.1007/s11136-016-1234-5
- Balbale, S. N., Etingen, B., Malhiot, A., Miskevics, S., & LaVela, S. L. (2016). Perceptions of Chronic Illness Care Among Veterans With Multiple Chronic Conditions. *Military Medicine*, 181(5), 439-444. doi:10.7205/MILMED-D-15-00207
- Baumann, M., Lurbe, K., Leandro, M. E., & Chau, N. (2012). Life Satisfaction of Two-Year Post-Stroke Survivors: Effects of Socio-Economic Factors, Motor Impairment, Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure and World Health Organization Quality of Life – bref of Informal Caregivers in Luxembourg and a Rural Area in Portugal. *Cerebrovascular Diseases*, 33(3), 219-230. Retrieved from <http://www.karger.com/DOI/10.1159/000333408>
- Bentley, A. (2014). Case management and long-term conditions: the evolution of community matrons. *Br J Community Nurs*, 19(7), 340-345.
- Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nursing*, 16(1), 72. doi:10.1186/s12912-017-0262-y
- Buchan, J., & Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bull World Health Organ*, 80(7), 575-580. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567564/pdf/12163922.pdf>

- Carod-Artal, F. J., Stieven Trizotto, D., Ferreira Coral, L., & Menezes Moreira, C. (2009). Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. *Journal of the Neurological Sciences*, 284(1–2), 63-68.
- Chaiyawat, P., & Kulkantrakorn, K. (2012). Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life: A randomized controlled trial. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 114(7), 866-870.
- Cloutier-Fisher, D. S. (2005). Different strokes: need for help among stroke-affected persons in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*, 96(3), 221-225.
- Cox, A. M., McKeivitt, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2006). Socioeconomic status and stroke. *The Lancet Neurology*, 5(2), 181-188. doi:10.1016/S1474-4422(06)70351-9
- De Wit, L., Theuns, P., Dejaeger, E., Devos, S., Gantenbein, A. R., Kerckhofs, E., . . . Putman, K. (2017). Long-term impact of stroke on patients' health-related quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 39(14), 1435-1440.
- Deen, T., Terna, T., Kim, E., Leahy, B., & Fedder, W. (2018). The Impact of Stroke Nurse Navigation on Patient Compliance Postdischarge. *Rehabil Nurs*, 43(2), 65-72.
- Dhamoon, M. S., Moon, Y. P., Paik, M. C., Boden-Albala, B., Rundek, T., Sacco, R. L., & Elkind, M. S. V. (2010). Quality of life declines after first ischemic stroke: The Northern Manhattan Study(e-Pub ahead of print)(CME). *Neurology*, 75(4), 328-334. doi:10.1212/WNL.0b013e3181ea9f03
- Dobkin, B. H. (2011). Rehabilitation and recovery of the patient with stroke. (J. P. Mohr, Philip A. Wolf, Jame C. Grotta, Michael A. Moskowitz, Marc R. Mayberg, & Rudiger von Kummmer Eds. 5th ed.). USA: Elsevier.
- Ellis, G., Mant, J., Langhorne, P., Dennis, M., & Winner, S. (2010). Stroke liaison workers for stroke patients and carers: an individual patient data meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*(5), Cd005066.

- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16*(1), 51-74. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](http://dx.doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Fidel, L.-E., Juan Diego Pedrera, Z., José María, R.-M., Pedro Enrique, J.-C., Juan Carlos, P.-C., Jesús María, L.-G., & Ignacio, C.-N. (2014). Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors After 6 Months, from a Comprehensive Stroke Unit: A Longitudinal Study. *Biological Research For Nursing, 17*(5), 461-468.
- Fryer, C. E., Luker, J. A., McDonnell, M. N., & Hillier, S. L. (2016). Self management programmes for quality of life in people with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD010442.pub2
- Gbiri, C. A., & Akinpelu, A. O. (2012). Quality of life of Nigerian stroke survivors during first 12 months post-stroke. *Hong Kong Physiotherapy Journal, 30*(1), 18-24.
- Gbiri, C. A., Olawale, O. A., & Isaac, S. O. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 58*(2), 98-103.
- Gonçalves-Bradley, D. C., Iliffe, S., Doll, H. A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., . . . Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6). doi:10.1002/14651858.CD000356.pub4
- Görlitz, R. A., Rashid, A., & Weinhardt, C. (2012). Stroke manager service for improved post-acute continuity of care. *Health Policy and Technology, 1*(3), 145-154.
- Hafsteinsdóttir, T. B., Vergunst, M., Lindeman, E., & Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling, 85*(1), 14-25.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). Exploratory factor analysis. In *Multivariate data analysis* (7th ed., pp. 91-154). USA: Prentice Hall.

- Hanchaiphibookkul, S., Puthkhao, P., Towanabut, S., Tantirittisak, T., Wangphonphatthanasiri, K., Termglinchan, T., . . . Pongvarin, N. (2014). Factors Predicting High Estimated 10-Year Stroke Risk: Thai Epidemiologic Stroke Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(7), 1969-1974.
- Hancock, G. R., & Freeman, M. J. (2001). Power and Sample Size for the Root Mean Square Error of Approximation Test of not Close Fit in Structural Equation Modeling. *Educational and Psychological Measurement*, 61(5), 741-758.
- Hankey, G. J., Jamrozik, K., Broadhurst, R. J., Forbes, S., & Anderson, C. S. (2002). Long-term disability after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke study 1989-1990. *Stroke*, 33(4), 1034-1040. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/197909557?accountid=46528>
- Healthy People 2020. (2014). Health-Related Quality of Life & Well-Being. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/health-related-quality-of-life-well-being#1>
- Heikinheimo, T., & Chimbayo, D. (2015). Quality of life after first-ever stroke: An interview-based study from Blantyre, Malawi. *Malawi Medical Journal*, 27(2), 50-54. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562080/>
- Hillier, S., & Inglis-Jassiem, G. (2010). Rehabilitation for Community-Dwelling People with Stroke: Home or Centre Based? a Systematic Review. *International Journal of Stroke*, 5(3), 178-186. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2010.00427.x>
- Improving Chronic Illness Care. (2005). Patient assessment of care for chronic conditions. Retrieved from <http://www.improvingchroniccare.org/>
- Jeong, Y.-G., Myong, J.-P., & Koo, J.-W. (2015). The modifying role of caregiver burden on predictors of quality of life of caregivers of hospitalized chronic stroke patients. *Disability and Health Journal*, 8(4), 619-625.
- Katzan, I. L., Spertus, J., Bettger, J. P., Bravata, D. M., Reeves, M. J., Smith, E. E., . . . Yeh, R. W. (2014). Risk adjustment of ischemic stroke outcomes for comparing

- hospital performance: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* (00392499), 45(3), 918-944. doi:10.1161/01.str.0000441948.35804.77
- Khampolsiri, T., Pothiban, L., Sucamvang, K., & Panuthai, S. (2006). A home-based nursing intervention program for enhancing quality of life of stroke survivors. *Chula medical journal*, 50(10), 707-725.
- Khiaocharoen, O., Pannarunothai, S., Riewpaiboon, W., Ingrisawang, L., & Teerawattananon, Y. (2012). Economic Evaluation of Rehabilitation Services for Inpatients with Stroke in Thailand: A Prospective Cohort Study. *Value in Health Regional Issues*, 1(1), 29-35. doi:https://doi.org/10.1016/j.vhri.2012.03.021
- Kokorelias, K. M., Lu, F. K. T., Santos, J. R., Xu, Y., Leung, R., & Cameron, J. I. (2020). “ Caregiving is a full-time job” impacting stroke caregivers' health and well-being: A qualitative meta-synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 325-340. doi:10.1111/hsc.12895
- Koositamongkol, S., Sindhu, S., Pinyopasakul, W., Nilanont, Y., & Redman, R. W. (2013). Factors influencing functional recovery in patients with acute ischemic stroke. *Collegian*, 20(4), 207-213. doi:10.1016/j.collegn.2012.09.001
- Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Dajpratham, P., & Piravej, K. (2009). Main outcomes of stroke rehabilitation: a multi-centre study in Thailand. *J Rehabil Med*, 41(1), 54-58. doi:10.2340/16501977-0288
- Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Massakulpan, P., Piravej, K., Suethanapornkul, S., Dajpratham, P., . . . Kuptniratsaikul, P. (2008). An epidemiologic study of the Thai stroke rehabilitation registry (TSRR): a multi-center study. *J Med Assoc Thai*, 91, 225 - 233.
- Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Piravej, K., & Dajpratham, P. A 1-year follow-up of outcomes after stroke rehabilitation: a multi-center study. *Biomed Res Int*.

- Lawrence, E. S., Coshall, C., Dundas, R., Stewart, J., Rudd, A. G., Howard, R., & Wolfe, C. D. (2001). Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. *Stroke*, 32(6), 1279-1284. Retrieved from <http://stroke.ahajournals.org/content/32/6/1279.full.pdf>
- Legg, L., Stott, D., Ellis, G., & Sellars, C. (2007). Volunteer Stroke Service (VSS) groups for patients with communication difficulties after stroke: a qualitative analysis of the value of groups to their users. *Clinical Rehabilitation*, 21(9), 794-804.
- Lennon, S., McKenna, S., & Jones, F. (2013). Self-management programmes for people post stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 27(10), 867-878.
- Lin, J.-H., Tsai, A. Y.-J., Lo, S.-K., Chang, J.-J., & Huang, M.-H. (2005). Predicting the Grade of Disability 1 Year After Stroke Following Rehabilitation. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 21(5), 212-219.
- Lo, S. H. S., Chang, A. M., & Chau, J. P. C. (2018). Stroke Self-Management Support Improves Survivors' Self-Efficacy and Outcome Expectation of Self-Management Behaviors. *Stroke*. Retrieved from <http://stroke.ahajournals.org/>
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8(1), 46. doi:10.1186/1471-244X-8-46
- Moeller, D., & Carpenter, C. (2013). Factors affecting quality of life for people who have experienced a stroke. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 20(4), 207-216.
- Muengtaweepongsa, S., Dharmasaroja, P., & Kummark, U. (2012). Outcomes of Intravenous Thrombolytic Therapy for Acute Ischemic Stroke With an Integrated Acute Stroke Referral Network: Initial Experience of a Community-Based Hospital in a Developing Country. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 21(1), 42-46.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Nantaporn Srinim. (2002). *Coping experience of caregivers who provide care for stroke patients at home*. (Master of nursing science). Prince of Songkla university,
- Nantaporn Srinim. (2002). *Coping experience of caregivers who provide care for stroke patients at home*. (Master of nursing science). Prince of Songkla university.
- Nelson, A., Powell-Cope, G., Palacios, P., Luther, S. L., Black, T., Hillman, T., . . . Gross, J. C. (2007). Nurse staffing and patient outcomes in inpatient rehabilitation settings. *Rehabil Nurs*, 32(5), 179-202.
- Nilanont, Y., Nidhinandana, S., Suwanwela, N. C., Hanchaiphiboolkul, S., Pimpak, T., Tatsanavivat, P., . . . Pongvarin, N. (2014). Quality of Acute Ischemic Stroke Care in Thailand: A Prospective Multicenter Countrywide Cohort Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(2), 213-219.
- Nuttaset Manimmanakorn, Ratana Vichiansiri, Chompilai Nuntharuksa, Wutichai Permsirivanich, & Vilai Kuptniratsaikul. (2008). Quality of Life after stroke rehabilitation among urban vs. rural patients in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(3), 394-399.
- Ojagbemi, A., & Owolabi, M. (2013). Predictors of Functional Dependency after Stroke in Nigeria. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(8), e381-e387. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.04.015
- Oleske, D. M. (2009). An epidemiologic framework for the delivery of health care services. In rd (Ed.), *Epidemiology and the delivery of health care services: Methods and applications* (pp. 3-29). USA: Springer.
- Oyewole, O. O., Ogunlana, M. O., Oritogun, K. S., & Gbiri, C. A. (2016). Post-stroke disability and its predictors among Nigerian stroke survivors. *Disability and Health Journal*, 9(4), 616-623. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.05.011
- Parke, H. L., Epiphaniou, E., Pearce, G., Taylor, S. J., Sheikh, A., Griffiths, C. J., . . . Pinnock, H. (2015). Self-Management Support Interventions for Stroke

- Survivors: A Systematic Meta-Review. *PLoS One*, 10(7), e0131448. doi:10.1371/journal.pone.0131448
- Paul, S. L., Sturm, J. W., Dewey, H. M., Donnan, G. A., Macdonell, R. A. L., & Thrift, A. G. (2005). Long-Term Outcome in the North East Melbourne Stroke Incidence Study: Predictors of Quality of Life at 5 Years After Stroke. *Stroke*, 36(10), 2082-2086. doi:10.1161/01.str.0000183621.32045.31
- Pensri Siriwararom. (2007). Rehabilitation situation of stroke patients at home in nongboonmark district, nakhon ratchasima province. (master of the nursing science). Graduate school, Khon kaen university,
- Post, M. W. M., Boosman, H., van Zandvoort, M. M., Passier, P. E. C. A., Rinkel, G. J. E., & Visser-Meily, J. M. A. (2011). Development and validation of a short version of the Stroke Specific Quality of Life Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(3), 283-286. doi:10.1136/jnnp.2009.196394
- Pourhoseingholi, M. A., Vahedi, M., & Rahimzadeh, M. (2013). Sample size calculation in medical studies. *Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench*, 6(1), 14-17. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017493/>
- Rachpukdee, S., Howteerakul, N., Suwannapong, N., & Tang-aroonson, S. (2013). Quality of Life of Stroke Survivors: A 3-Month Follow-up Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(7), e70-e78.
- Riewpaiboon, A., Riewpaiboon, W., Ponsoongnern, K., & Van den Berg, B. (2009). Economic valuation of informal care in Asia: A case study of care for disabled stroke survivors in Thailand. *Social Science & Medicine*, 69(4), 648-653.
- Sayuri, K., & Masako, K. (2015). Evaluation of Health-Related Quality of Life Associated with Provision of Healthcare to Stroke Patients Living at Home in Japan. *Health (1949-4998)*, 7(9), 1105-1113. doi:10.4236/health.2015.79126

- Seematter-Bagnoud, L., Lécureux, E., Rochat, S., Monod, S., Lenoble-Hoskovec, C., & Büla, C. J. (2013). Predictors of Functional Recovery in Patients Admitted to Geriatric Postacute Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(12), 2373-2380.
- Simon, C., Kumar, S., & Kendrick, T. (2008). Formal support of stroke survivors and their informal carers in the community: a cohort study. *Health & Social Care in the Community*, 16(6), 582-592.
- Siriwan Anantato. (2005). *Caregiver management in stroke patients: symbolic interaction perspectives*. (Master of arts). Faculty of graduate studies, Mahidol university.
- Ski, C., & O'Connell, B. (2007). Stroke: the increasing complexity of carer needs. *J Neurosci Nurs*, 39(3), 172-179.
- Somnuk Sakunhongsophon. (2010). *Stroke caregiving networks in Bangkok : patterns of social exchange behavior* (Doctor of philosophy). Faculty of graduate studies, Mahidol university.
- Sreedharan, S. E., Unnikrishnan, J. P., Amal, M. G., Shibi, B. S., Sarma, S., & Sylaja, P. N. (2013). Employment status, social function decline and caregiver burden among stroke survivors. A South Indian study. *Journal of the Neurological Sciences*, 332(1–2), 97-101. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2013.06.026
- Suenkeler, I. H., Nowak, M., Misselwitz, B., Kugler, C., Schreiber, W., Oertel, W. H., & Back, T. (2002). Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. *Journal of Neurology*, 249(9), 1160-1167.
- Teasell, R. W., Foley, N., & Salter, K. (2009). *Stroke recovery & rehabilitation* (Joel Stein, Richard L. Harvey, Richard F. Macko, Carolee J. Winstein, & R. D. Zorowitz Eds.). New York: Demos Medical.

- Theardkhwan Plukwongchuen. (2010). Potential in self-reliance development of families in caring stroke patients with rehabilitation at home in khohong municipality songkhla province (A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of public health program). Walailak university
- Totsaporn Khampolsiri. (2006). *A home-based nursing intervention program for enhancing quality of life of stroke survivors*. (Doctor of philosophy in nursing). Faculty of graduate studies, Chiang mai university,
- van den Bos, G. A. M., Smits, J. P. J. M., Westert, G. P., & van Straten, A. (2002). Socioeconomic variations in the course of stroke: unequal health outcomes, equal care? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(12), 943-948.
- Walsh, M. E., Galvin, R., Loughnane, C., Macey, C., & Horgan, N. F. (2015). Factors associated with community reintegration in the first year after stroke: a qualitative meta-synthesis. *Disability and Rehabilitation*, 37(18), 1599-1608.
- Wanpen Nikomrack. (2013). Development of continuing care service system for families with stroke patient (Master nursing science). Khon kean university.
- Wang, Y. C., Yang, F., Shi, H., Yang, C. M., & Hu, H. (2017). What Type of Transitional Care Effectively Reduced Mortality and Improved ADL of Stroke Patients? A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5). doi:10.3390/ijerph14050510
- Warner, G., Packer, T., Villeneuve, M., Audulv, A., & Versnel, J. (2015). A systematic review of the effectiveness of stroke self-management programs for improving function and participation outcomes: self-management programs for stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*, 37(23), 2141-2163.
- White, J., Magin, P., Attia, J., Sturm, J., McElduff, P., & Carter, G. (2016). Predictors of health-related quality of life in community-dwelling stroke survivors: a cohort study. *Family Practice*, 33(4), 382-387. doi:10.1093/fampra/cmw011

- Wong, F. K. Y., & Yeung, S. M. (2015). Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Health & Social Care in the Community*, 23(6), 619-631. doi:10.1111/hsc.12177
- Young, C., Hall, A. M., Gonçalves-Bradley, D. C., Quinn, T. J., Hooft, L., van Munster, B. C., & Stott, D. J. (2017). Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi:10.1002/14651858.CD009844.pub2
- Zhang, X., Sun, Q., Wu, M., & Xia, G. (2012). Health-Related Quality of Life After Stroke: A 2-Year Prospective Cohort Study in Wuhan, China. *International Journal of Neuroscience*, 123(2), 138-141. doi:10.3109/00207454.2012.746336
- จตุรงค์ บุษยรัตน์สุนทร และคณะ. (2557). การติดตามและประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 - 2559 (ระยะครึ่งแผนแรก). Retrieved from
- ยุทธ ไถยวรรณ. (2556). การวิเคราะห์สถิติหลายตัวแปรสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์ (1991).
- วินัส อุดมประเสริฐกุล และคณะ. (2552). *Health Surveillance of Non - Communicable Diseases in Bangkok : 2005 - 2009*. Retrieved from <http://www.surveillance.cphs.chula.ac.th/attachments/article/126/เฝ้าระวังโรคเรื้อรัง.pdf>
- ศิริอร สีนุ, เรณู อาจสาธิต, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และรวมพร คงกำเนิด. (2547). ความพึงพอใจของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. *วารสารสภาการพยาบาล*. 19: 1-17.
- ศกุนตลา อนุเรือง, ศิริอร สีนุ, นภาพร วาณิชยกุล และอรมน ศรียุคตศุทธ. (2552). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพของผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูง. *วารสารสภาการพยาบาล*. 24 (1): 11-23.
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผลกรุงเทพมหานคร. (2552). *แผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะ 12 ปี (พ.ศ.2552-2563)*. กรุงเทพฯ: ดาวฤกษ์ คอมมูนิเคชั่นส์ จำกัด.

ภาคผนวก

เอกสารแนบ

กิจกรรมการเยี่ยมบ้านพยาบาล (อิสระ) ประจำตัว

ครั้งที่	กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 8 ครั้ง	
	กิจกรรมการประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
1	ทำความรู้จัก และสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยและครอบครัว หมายเหตุ หากชุมชนมีผู้ดูแลจิตอาสา ควรนัดผู้ดูแลจิตอาสาไปด้วย	
	ประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	การใช้เครื่องมือ Modified Rankin Scale, Barthel Index
	ประเมินผู้ดูแล	- ซักประวัติครอบครัว และโครงสร้างของครอบครัว - สอบถามลักษณะการเกื้อกูลกันของชุมชน - สอบถามการช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐและเอกชน - ซักประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจนถึงปัจจุบัน - ประเมินระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การฟื้นฟูสภาพ - ประเมินทักษะของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วย และกิจกรรมการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย - กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ - การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล - การรับประทานยา - การจัดการโรคร่วม - การเข้าถึงบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพฯ, การไปพบแพทย์ตามนัด, การเข้ารับกายภาพบำบัดแบบผู้ป่วยนอก, แบบผู้ป่วยใน และเอกชน เป็นต้น
	การประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย	สถานที่ตั้งอยู่ใน หรือนอกเขตเทศบาล สำหรับประเมินการประสานงานกรณีผู้ป่วย

ครั้งที่ ที่	กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 8 ครั้ง	
	กิจกรรมการประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
		และครอบครัวต้องการความช่วยเหลืออื่นๆ 2. ลักษณะพื้นที่รอบๆบ้าน 2.1. พื้นบริเวณรอบบ้าน : พื้นดิน พื้นปูน ปูกระเบื้อง ฯ 2.2. ลักษณะของสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย 2.2.1. ธรณีประตู ทางลาด 2.2.2. ลักษณะภายในห้องนอน ความกว้าง เตียงนอน ที่นอน 2.2.3. ลักษณะภายในห้องน้ำ ลักษณะโถสุขภัณฑ์ การแยกส่วนเปียก แห้ง ความกว้างของห้องน้ำ 2.2.4. บันไดและจำนวนขั้น และหรือทางลาด 2.2.5. ราวบันได ราวเกาะเดิน 2.2.6. แสงสว่างตามทางเดิน ห้องน้ำ ห้องนอน
	การประเมินสภาพร่างกาย และการทำงานตามระบบต่างๆ 1. ประเมินอุณหภูมิร่างกาย: วัดอุณหภูมิร่างกาย 2. ประเมินการทำงานของระบบหัวใจ และหลอดเลือด: วัดความดันโลหิต, จับชีพจร และพ 3. ประเมินการทำงานของระบบการย่อยอาหาร : ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound), กรณิศายยงให้อาหาร ให้ประเมินเศษอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะ (Gastric content) 4. ประเมินการทำงานของระบบการแลกเปลี่ยนก๊าซ และออกซิเจน: วัดอัตราการหายใจ	หากมีความผิดปกติของการทำงานในระบบใดระบบหนึ่งให้จดเว้นการให้การฟื้นฟูสภาพในครั้งนั้นๆ
	การประเมินระบบประสาทสั่งการ และรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory system) 1. ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ(Motor power) และประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ	ให้คำแนะนำในการฟื้นฟูสภาพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในหัวข้อระบบประสาทสั่งการและรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory system) โดย

ครั้งที่ ที่	กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 8 ครั้ง	
	กิจกรรมการประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
	(Muscle tone)เพื่อประเมินอาการอ่อนแรงของแขนขาส่วนใดส่วนหนึ่งที่ยังหลงเหลืออยู่ 2. ไม่สามารถทรงตัวได้ เดินแล้วปลายเท้าปัดหรือแกว่งไปด้านใดด้านหนึ่ง สั่น (Tremor) 3. ประเมินความยาวของแขนขาที่อ่อนแรงกับแขนขาปกติ, กล้ามเนื้อ Deltoid แบนราบลงเพื่อประเมินภาวะข้อไหล่หลุด 4. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Pain score, อวัยวะที่ปวด เช่น ข้อไหล่, ท่าทางหรือกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการปวด 5. ประเมินอาการมือบวม 6. ประเมินข้อยึดติดโดยเฉพาะข้อด้านที่อ่อนแรงและอาการกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (Spasticity) 7. ประเมินการพูด โดยสังเกตดังนี้ 7.1. ความสมมาตรของใบหน้าโดยเฉพาะขณะยิ้มเพื่อประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและริมฝีปาก 7.2. สังเกตความผิดปกติของการพูด ได้แก่ 7.2.1. Motor aphasia: จะมีลักษณะพูดตะกุกตะกัก, นึกคำพูดไม่ออก แต่เข้าใจในสิ่งที่คนอื่นพูด 7.2.2. Wernicke's aphasia: จะมีลักษณะการพูดเป็นวลียาวๆได้ แต่ไม่ได้ความหมายพูดตามไม่ได้ อ่านและเขียนไม่ได้ 7.2.3. Global aphasia: ผู้ป่วยจะพูดไม่ได้ ไม่เข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด และพูดตามไม่ได้ 7.2.4. Apraxia of speech: ไม่สามารถพูดตามได้เมื่อตั้งใจจะพูด แต่จะสามารถพูดได้เองตามความเคยชิน 8. ประเมินการกลืนอาหาร หรือน้ำลำบาก หรือไม่ได้เลย และสำคัญ โดยการรวบรวมข้อมูล	ให้ผู้ดูแลให้การฟื้นฟูสภาพอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่	กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 8 ครั้ง	
	กิจกรรมการประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
	ต่อไปนี้เป็น 8.1. ผลการประเมินการกลืนจากโรงพยาบาล (ถ้ามี) 8.2. การประเมินการกลืนโดยใช้ PMR Siriraj Swallowing test การประเมินการกลืนจะทำในผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างคงที่ โดยผู้ป่วยต้องสามารถปฏิบัติได้ดังนี้ Prescreening observation 1) ยกแขนได้สูงประมาณ 75-90 องศา นาน 15 นาที 2) สามารถที่จะทำได้ตามสั่งได้อย่างน้อย 2 คำสั่ง 8.3. การทดสอบการกลืน ขั้นตอนที่ 1 ทดสอบโดยให้ผู้ป่วยหุบปากหรือปิดปากให้สนิทโดยไม่มีน้ำลายไหลออกมามุมปาก จากนั้นให้ใช้ลิ้นเลียที่ริมฝีปากบนและล่าง และทดสอบ Gag reflex ขั้นตอนที่ 2 ทดสอบ Voluntary Cough โดยให้ผู้ป่วยไอ ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบ Dry Swallow โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายของตัวเอง 8.4. การทดสอบการกลืนน้ำ 9. ประเมินภาวะปัสสาวะเล็ดราด ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ และถ่ายปัสสาวะไม่ออก 10. ประเมินภาวะอุจจาระเล็ดราด สังเกต และสอบถามผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอุจจาระได้ มีอุจจาระเล็ดราดอยู่เป็นประจำ	
	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) กรณีที่ได้รับประทานยาในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drugs) หรือยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) -ค่า INR (International Normalized Ratio)	ใน กรณี ที่ รับ ประทาน ยา ใน กลุ่ม Anticoagulant ควรปฏิบัติตามพยาบาลดังนี้ ☐ ติดตามค่า INR ของ prothrombin time จากสถานพยาบาลโดยในผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม Anticoagulants ควรมีระดับ INR อยู่ในระดับ

ครั้งที่	กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 8 ครั้ง	
	กิจกรรมการประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
	-ค่า PT (Prothrombin time)	2-3 ในกรณีที่รับประทานยาในกลุ่ม Antiplatelet ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ การกระแทก และสังเกตจุดจ้ำเลือดตามไรฟัน และตามตัว รวมถึงสีของอุจจาระ หากพบว่า มีสีดำ เหนียวคล้ายยางมะตอยให้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด
2-3	การประเมินผู้ดูแล หมายเหตุ หากชุมชนมีผู้ดูแลจิตอาสา ควรนัดผู้ดูแลจิตอาสาไปด้วย	ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	การประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย	ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	ประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	กรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการแสดงหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	การประเมินระบบประสาทสั่งการ และรับรู้ (Motor and sensory system) ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	ประมวลการซักประวัติและตรวจร่างกาย ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	ประเมินอาการแขนขาอ่อนแรงเล็กน้อยเปรียบเทียบกับแขนขาด้านปกติ	1. ตรวจร่างกายพบว่า แขนขาด้านอ่อนแรงเล็กน้อยเปรียบเทียบกับด้านที่ปกติ 2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการออกกำลังกายตามพิสัยของข้อโดยผู้ดูแล (Passive Range of Motion; PROM) และการฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ (Isometric exercise)
	สังเกตอาการไม่สามารถคิดวิเคราะห์วางแผนเป็นขั้นตอนได้ ไม่มีสมาธิจดจ่อ และใช้แบบประเมิน Thai Mental Stage Examination (TMSE) ซึ่งมี 30 ข้อ ใช้วัดความจำในปัจจุบัน ประกอบด้วย oriental, registration, attention, calculation, recall memory และ language เพื่อประเมิน	ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการกระตุ้นสมองส่วนรู้คิด หรือ สมองส่วน Frontal :กิจกรรมการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation intervention) โดยดัดแปลงจากเครื่องมือกระตุ้นความสามารถในการรู้คิด (Cognitive abilities)

ครั้งที่	กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 8 ครั้ง	
	กิจกรรมการประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
	cognition	
	ประเมินเพื่อเปรียบเทียบ 2 ข้าง ดูอาการขาบวม แดง ร้อน ปวด กดเจ็บ หากพบว่า ผู้ป่วยมีขาบวม แดง ร้อน กดเจ็บ มีอาการแสดงของภาวะ Deep vein thrombosis ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาล .	รวบรวมข้อมูล และปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยด่วน
	การมองเห็น รูปร่างตา และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลูกตาเพื่อประเมินภาวะ Visual agnosia และ ภาวะมองเห็น ครึ่งซีก (Contralateral homonymous hemianopsia)	1. แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการมีผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิด 2. ให้ข้อมูลกับผู้ดูแลหลักในการกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมการมองเห็น หรือ <i>Occipital lobe</i>
	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) กรณีที่รับประทานยาในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drugs) หรือยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) -ค่า INR (International Normalized Ratio) -ค่า PT (Prothrombin time)	ในกรณีที่รับประทานยาในกลุ่ม Anticoagulant และ/หรือ Antiplatelet ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	การตรวจพิเศษ (ถ้ามี) ติดตามผลการตรวจจากโรงพยาบาล -ผล CT scan -ผลการตรวจ MRI/MRA (ถ้ามี)	ติดตามผล CT scan และ/หรือ MRI/MRA (ถ้ามี) จากโรงพยาบาลในผู้ป่วยทุกรายเพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณาพยาธิสภาพของผู้ป่วย และวางแผนในการฟื้นฟูสภาพตามหลอดเลือดและให้การพยาบาลได้เหมาะสม
4	การประเมินผู้ดูแล หมายเหตุ หากชุมชนมีผู้ดูแลจิตอาสา ควรนัดผู้ดูแลจิตอาสาไปด้วย	ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	การประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย	ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	การประเมินระบบประสาทสั่งการ และรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory system)	ประมวลการซักประวัติและตรวจร่างกาย ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยม

ครั้งที่ ที่	กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 8 ครั้ง	
	กิจกรรมการประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
	ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	บ้านครั้งที่ 1
	สังเกตอาการง่วงเหงาหาวนอนแต่บ่นนอนไม่หลับ, น้อย, ไม่อยากปฏิบัติกิจกรรม เพื่อประเมินภาวะ Fatigue	แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับแก่ผู้ป่วย
	แผลบริเวณ ปุ่มกระดูกต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณ Coccyx และ Trochanteric ได้แก่ ขนาดของแผล, ลักษณะของแผล, และระดับของแผล เป็นต้น	1. แลกเปลี่ยนข้อมูลและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการจัดอาหารเพิ่มโปรตีนให้แก่ผู้ป่วยหากไม่มีข้อห้าม 3. ให้ข้อมูลในการรับประทานอาหารเพิ่มโปรตีน 4. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการทำแผลกดทับ และเลือกใช้วัสดุทำแผลให้เหมาะสม (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) 5. ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาสถานพยาบาล
	ประเมินภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia)	1. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบในเวลากลางคืน 2. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยปฏิบัติในเวลากลางวัน 3. หลีกเลี่ยงการงีบหลับในเวลากลางวัน หรือช่วงไถ่เวลานอนเนื่องจากอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับในเวลากลางคืน 4. ให้คำแนะนำในการลดสิ่งเร้าเพื่อนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ลดปริมาณน้ำดื่มในเวลากลางคืนเพื่อลดการลุกมาปัสสาวะช่วงเวลานอนหลับ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เป็นต้น
	ประเมินภาวะซึมเศร้า	1. อธิบายสาเหตุ การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และความก้าวหน้าของโรคหลอดเลือดสมอง และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วย 2. ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมอยู่ตลอดเวลา
	ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก	1. แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการจัดอาหารที่

ครั้งที่ ที่	กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 8 ครั้ง	
	กิจกรรมการประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
	(ถ้าทำได้) ประเมินความตึงตัวของผิวหนัง (Skin turgor)	มีพลังงานเหมาะสมกับผู้ป่วย 2. ประมวลข้อมูล และปรึกษาทีมในการปรับแผนการรับประทานอาหาร และปรึกษานักโภชนาการในการกำหนดอาหาร และให้ความรู้กับผู้ดูแลและผู้ป่วย
	ประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือยาในกลุ่ม Anticoagulant และ/หรือยาในกลุ่ม Antiplatelet	1. ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการไปพบแพทย์เพื่อปรับขนาดยาในกลุ่ม Antiplatelet และ/หรือ Anticoagulants 2. ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ และสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติตามร่างกาย
	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) กรณีที่ได้รับประทานยาในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drugs) หรือยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) -ค่า INR (International Normalized Ratio) -ค่า PT (Prothrombin time)	ในกรณีที่รับประทานยาในกลุ่ม Anticoagulant และ/หรือ Antiplatelet ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	การตรวจพิเศษ (ถ้ามี) ติดตามผลการตรวจจากโรงพยาบาล -ผล CT scan -ผลการตรวจ MRI/MRA (ถ้ามี)	ดูตามผล CT scan และ/หรือ MRI/MRA (ถ้ามี) จากโรงพยาบาลในผู้ป่วยทุกรายเพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณาพยาธิสภาพของผู้ป่วย และวางแผนในการฟื้นฟูสภาพตามหลอดเลือดและให้การพยาบาลได้เหมาะสม
5-6	การประเมินผู้ดูแล หมายเหตุ หากชุมชนมีผู้ดูแลจิตอาสา ควรนัดผู้ดูแลจิตอาสาไปด้วย	ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	การประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย	ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	การประเมินระบบประสาทสั่งการ และรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory system) ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	ประมวลการซักประวัติและตรวจร่างกาย ปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	ประเมินวิถีชีวิตที่ส่งผลการเกิดโรคหลอดเลือด	1. วิเคราะห์วิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

ครั้งที่	กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 8 ครั้ง	
	กิจกรรมการประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
	สมอง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบันที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Stroke recurrent)	เลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด การใช้ยา การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ 2. ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวางแผนปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินชีวิต
	ประเมินยา สมุนไพร อาหารเสริม ที่ได้รับเพิ่มเติม	ตรวจเช็กยา สมุนไพร อาหารเสริมร่วมกับผู้ป่วยว่า มีองค์ประกอบและผลดีผลข้างเคียงต่อสุขภาพ
7-8	การประเมินผู้ดูแล หมายเหตุ หากชุมชนมีผู้ดูแลจิตอาสา ควรนัดผู้ดูแลจิตอาสาไปด้วย	ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	การประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย	ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	การประเมินระบบประสาทสั่งการ และรับรู้สัมผัส (Motor and sensory system) ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	ประมวลการซักประวัติและตรวจร่างกาย ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
	ประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1. ประเมินการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่ 2. ประเมินความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ 3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนทุติยภูมิ หมายเหตุ 1. ผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ที่ดีเยี่ยมควรยกย่องทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลเป็นผู้ป่วย และผู้ดูแลต้นแบบ และมอบประกาศนียบัตร 2. ผู้ป่วยที่ผลลัพธ์ไม่ดี พยาบาลประจำตัวผู้ป่วยสามารถวางแผนให้การดูแลต่อไปได้ถึง 12 ครั้ง และส่งต่อผู้ป่วยพร้อมรายละเอียดผลการติดตามเยี่ยมแก่หน่วยบริการที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 3. ถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่มีผลลัพธ์ที่ดีและไม่ดี

หมายเหตุ:

1. หากพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยประเมินแล้วพบว่า ผู้ป่วย และครอบครัวยังต้องการการดูแลต่อเนื่อง สามารถปรับการเยี่ยมบ้านออกเป็น 8-12 ครั้งได้
2. จำนวนครั้งของการเยี่ยม

ครั้งที่	ระยะเวลาที่เยี่ยม (หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง)
1-4	ภายใน 6 สัปดาห์
5	ภายใน 8 สัปดาห์
6	ภายใน 12 สัปดาห์ ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามอาการ
7	ภายใน 24 สัปดาห์ ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามอาการ
8	ภายใน 32 สัปดาห์ ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามอาการ
9-12	ภายใน 1 ปี ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามอาการ

เอกสารแนบ

บทบาทพยาบาล(อิสระ)ประจำตัวเยี่ยมบ้าน

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานครมีจำนวน 30,000 รายต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นที่ทราบกันดีกว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ การได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลดีต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ แต่สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้น้อย ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการสูญเสียการทำหน้าที่หลงเหลือ และต้องการการฟื้นฟูสภาพหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงกับก่อนเกิดโรคมากที่สุดซึ่งพบว่า การให้การฟื้นฟูสภาพอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง ภายในระยะเวลา 1 ปีแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้รวดเร็วที่สุด

การฟื้นฟูสภาพโดยรับผู้ป่วยไว้ในฟื้นฟูในสถานพยาบาลโดยมีทีมฟื้นฟูซึ่งเป็นสหวิชาชีพ และอุปกรณ์เทคโนโลยีที่ช่วยในการฟื้นฟูสภาพ ใช้เวลาอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ เป็นการฟื้นฟูสภาพที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนควรจะได้รับแต่ในกรุงเทพมหานครมีสถานพยาบาลน้อยมากที่สามารถรองรับการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยในได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าฟื้นฟูสภาพเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้นมีระยะเวลาของการรอคอย (Waiting time) เพื่อเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพประมาณ 62 วัน ซึ่งอยู่ในช่วงเวลาทอง (Golden period) ของการฟื้นตัว ส่งผลให้เสียโอกาสที่จะกระตุ้นการฟื้นตัวในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ส่วนผู้ป่วยนอกเหนือจากนั้นจะถูกจำหน่ายเข้าสู่การฟื้นฟูสภาพในแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งจะให้การฟื้นฟูสภาพสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ โดยทีมฟื้นฟูซึ่งเป็นสหวิชาชีพโดยใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีช่วยในการฟื้นฟูเช่นเดียวกัน แต่ในสถานการณ์จริงพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอกได้เพียงร้อยละ 33 และยิ่งไปกว่านั้น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถมาเข้ารับการฟื้นฟูสภาพได้เพียง 1-2 ครั้งเท่านั้นเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะทุพพลภาพ, ยากจน, และไม่มีผู้พามาสถานพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาลได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น แต่ด้วยสภาพสังคม เศรษฐกิจของประชาชน และความจำกัดของทรัพยากรด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือ อุปกรณ์งบประมาณหรืออัตรากำลังของทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตรากำลังของพยาบาลมีไม่พอกับการให้บริการผู้ป่วย ซึ่งจากข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์เจ็บป่วยต่อภาระงานการให้บริการของพยาบาลในกรุงเทพมหานคร จากมติที่ประชุมสภาการพยาบาลในวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2562 พบว่า ในขณะนี้ มีต้องการพยาบาลในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเพื่อจำนวน 2,500 คน ในขณะที่อัตรากำลังพยาบาลที่ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพของกรุงเทพมหานครในขณะนี้ มีอัตรากำลัง 400 คน

ด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง ตำแหน่งงาน ทำให้การจ้างพยาบาลเต็มเวลาจึงเป็นไปได้ยาก ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการจ้างงานสำหรับพยาบาลอิสระในบทบาทของพยาบาลประจำตัวเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะทำหน้าที่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีบทบาทที่แตกต่างและเติมเต็มบทบาทของพยาบาลในระบบสถานบริการทั้ง รพม. รพท และ พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง บทบาทการบริการของพยาบาลใน รพม. ที่แผนกผู้ป่วยใน, ที่แผนกผู้ป่วยนอก, บทบาทการบริการของพยาบาลที่ศูนย์สาธารณสุข และบทบาทการบริการโดยพยาบาลประจำตัวเยี่ยมบ้าน

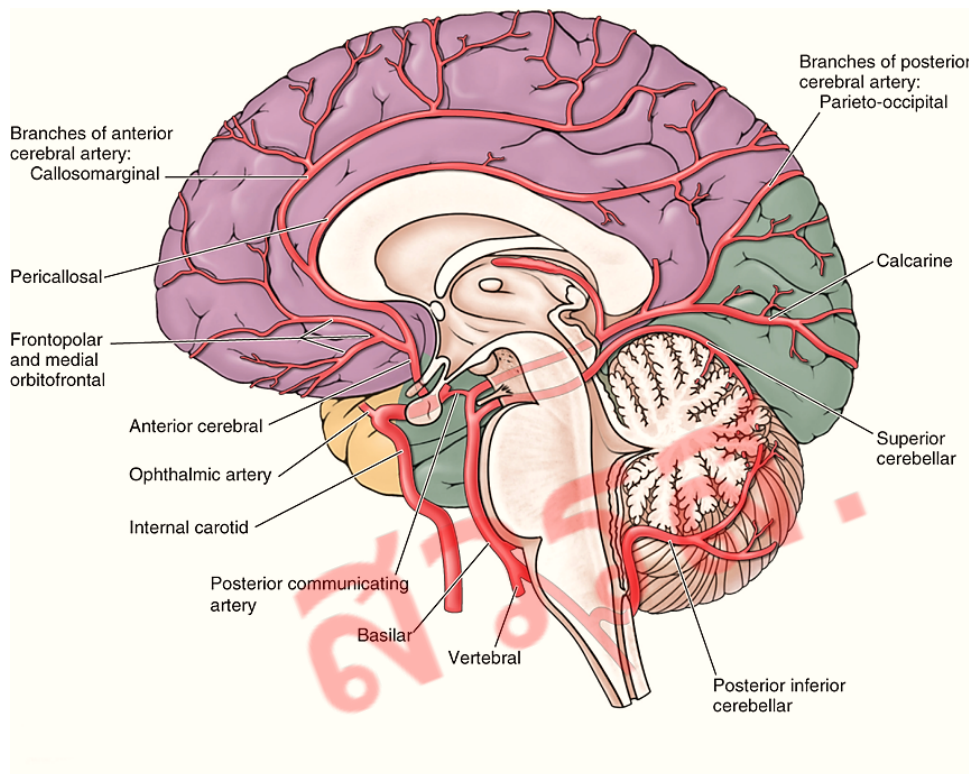
การบริการที่แผนกผู้ป่วยใน	การบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก	การบริการที่ศูนย์สาธารณสุข	การบริการโดยพยาบาลประจำตัวเยี่ยมบ้าน
การบริการ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่รับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ชั่วโมง/วัน ทุกวันตลอดเวลาที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยทีมฟื้นฟู และอุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัย ให้บริการผู้ป่วยได้ ประมาณ 20 คน/เดือน	การบริการ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยทีมฟื้นฟูและอุปกรณ์ เทคโนโลยีที่ทันสมัย ประมาณ 40-60 คน/เดือน	การบริการ เยี่ยมบ้านแบบผู้ป่วยติดบ้าน และติดเตียงทั่วไป และส่งกลับโรงพยาบาล กรณีคุณไม่ได้ หมายเหตุ: มีแพทย์ประจำศูนย์ฯ ตรวจผู้ป่วยเดือนละ 1-2 ครั้ง แต่ไม่ได้เยี่ยมบ้าน	การบริการ เป็นระบบพยาบาลประจำตัวเยี่ยมบ้าน ทำงานเชื่อมโยงกับทีมเจ้าของไข้ของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มุ่งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง ในช่วงระยะเวลา 1 ปีแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้ให้บริการ ทีมฟื้นฟูสหวิชาชีพ ใช้เวลาการฟื้นฟูสภาพ > 3 ชั่วโมง ระยะเวลา 7 วัน/สัปดาห์ อยู่ในช่วง 2-3 สัปดาห์/ผู้ป่วย 1. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้ประเมินสภาพผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพ และระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพ ใช้เวลา 3-5 นาที 2. พยาบาลวิชาชีพให้การฟื้นฟูด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามระบบ ใช้เวลา 8 ชั่วโมง/เวร 3. นักกายภาพบำบัดให้การฟื้นฟูสภาพด้าน	ผู้ให้บริการ ทีมฟื้นฟูสหวิชาชีพ ให้การฟื้นฟูสภาพ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง จำนวน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ อยู่ในช่วง 6-8 สัปดาห์ 1. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้ประเมินสภาพผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพ และระยะเวลาการฟื้นฟู ใช้เวลา 1-3 นาที/ครั้ง 2. พยาบาลวิชาชีพ คัดกรองผู้ป่วย และให้การฟื้นฟูด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามระบบ ใช้เวลา	ผู้ให้บริการ 1. แพทย์ 1 คน ประจำศูนย์ฯ มีระยะเวลาตรวจผู้ป่วย ประมาณ 1-2 นาที หมายเหตุ: บางศูนย์ฯไม่มีแพทย์ 2. พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ให้คำแนะนำเรื่องปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วย ระยะเวลาพบผู้ป่วย ประมาณ 3-5 นาที	ผู้ให้บริการ พยาบาลประจำตัวผู้ป่วย ใช้เวลากับผู้ป่วยและครอบครัว 30-60 นาที 8 ครั้งต่อปี และให้คำปรึกษาตลอดเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ

การบริการที่แผนผู้ป่วยใน	การบริการที่แผนผู้ป่วยนอก	การบริการที่ศูนย์ สาธารณสุข	การบริการโดยพยาบาล ประจำตัวเยี่ยมบ้าน
การเคลื่อนไหว และ การใช้กล้ามเนื้อมัด ใหญ่ตามเป้าหมายของ การฟื้นฟูสภาพ ใช้เวลา 30-45 นาที /วัน 4. นักกิจกรรมบำบัดให้ การฟื้นฟูสภาพด้าน การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการเตรียมความ พร้อมในการกลับไป ดำรงชีวิต/ประกอบ อาชีพตามเป้าหมาย ของการฟื้นฟูสภาพ ใช้ เวลา 30-45 นาที/วัน 5. นักอรรถบำบัดให้การ ฟื้นฟูสภาพด้วยการฝึก กลืน ฝึกพูดตาม เป้าหมายของการฟื้นฟู สภาพ (ถ้ามี) ใช้เวลา 30 นาที/วัน	15-20 นาที/ครั้ง 3. นักกายภาพบำบัดให้ การฟื้นฟูสภาพด้าน การเคลื่อนไหว และ การใช้กล้ามเนื้อมัด ใหญ่ตามเป้าหมาย ของการฟื้นฟูสภาพ ใช้เวลา 30-40 นาที/ ครั้ง 4. นักกิจกรรมบำบัดให้ การฟื้นฟูสภาพด้าน การใช้กล้ามเนื้อมัด เล็ก และการเตรียม ความพร้อมในการ กลับไปดำรงชีวิต/ ประกอบอาชีพตาม เป้าหมายของการ ฟื้นฟูสภาพ ใช้เวลา 30-40 นาที/ครั้ง 5. นักอรรถบำบัดให้ การฟื้นฟูสภาพด้วย การฝึกกลืน ฝึกพูด ตามเป้าหมายของ การฟื้นฟูสภาพ (ถ้า มี) ใช้เวลา 30 นาที/ ครั้ง		
หน้าที่พยาบาล 1. คัดกรองสัญญาณชีพ ประเมินปัญหาของ ผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนพบ แพทย์ ลงผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ 2. ประเมินผู้ป่วยก่อนและ หลังการฟื้นฟูสภาพ ส่ง ต่อข้อมูลดังกล่าวให้กับ	หน้าที่พยาบาล 1. คัดกรองประเมิน ปัญหาก่อนพบแพทย์ วัดความดัน วัด อุณหภูมิร่างกายเพื่อ ประเมินภาวะเสี่ยง ก่อนและหลังการ ฟื้นฟูสภาพ 2. ส่งต่อข้อมูลดังกล่าว	หน้าที่พยาบาล 1. คัดกรอง และตรวจ ประเมินผู้ป่วย เบื้องต้นก่อนส่งพบ แพทย์ 2. ในกรณีไม่มีแพทย์ ประจำศูนย์ พยาบาล จะทำหน้าที่ตรวจ รักษาโรคเบื้องต้น	หน้าที่พยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพประเมิน ภาวะสุขภาพและผลการ ตรวจจากโรงพยาบาล 2. ประเมินวิถีชีวิตและ สภาพแวดล้อม เพื่อ ออกแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ, สภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

การบริการที่แผนกผู้ป่วยใน	การบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก	การบริการที่ศูนย์ สาธารณสุข	การบริการโดยพยาบาล ประจำตัวเยี่ยมบ้าน
ทีมฟื้นฟูหวิชาชีพเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการฟื้นฟูสภาพ 3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสภาพเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน 4. ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมแก่ผู้ป่วย และญาติเพื่อให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่ยังคงมีการสูญเสียหน้าที่ 5. ประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว	ให้ทีมฟื้นฟูหวิชาชีพเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการฟื้นฟูสภาพ 3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น การคาสายสวน ปัสสาวะ การคาสายยางให้อาหาร เป็นต้น 4. ติดตามผู้ป่วย และญาติให้มาตามนัด	3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล 4. ทำนัดหมาย ออกใบนัด ส่งตรวจ และประสานงานกับสถานพยาบาลเพื่อส่งผู้ป่วยไปตรวจอื่นๆ เพิ่มเติม หน้าที่พยาบาลเยี่ยมบ้าน 1. ใช้เวลาเยี่ยมบ้านประมาณ 15-20 นาที ส่วนใหญ่จะเยี่ยมในกลุ่มผู้ป่วยที่รพ. ส่งต่อ 2. ประสานส่งกลับโรงพยาบาลกรณีมีภาวะแทรกซ้อน หรือต้องการการตรวจรักษาที่เกินศักยภาพ	กับวิถีชีวิต การสูญเสียหน้าที่ของผู้ป่วย และปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญ 3. ร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยแก่ผู้ป่วย และครอบครัวตามพยาธิสภาพของโรคโดยให้การฟื้นฟูวันละ 3 ชั่วโมง 2.1 ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลติดตามประเมินตามที่วางแผน 2.2 ให้คำปรึกษา ทางเลือกโดยทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับวิถีชีวิตอย่างต่อเนื่อง และตลอดเวลา 2.3 วางแผนในการเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้ป่วย 2.4 รายงานผลการเยี่ยมบ้านต่อหน่วยบริหารจัดการทุกครั้ง
การแนะนำการปรับวิถีชีวิต/พฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด และปัญหาที่พบขณะมาตรวจ สำหรับเรื่องปรับวิถีชีวิตมีน้อยเนื่องจากไม่ได้ไปเยี่ยมบ้าน และเห็นสภาพบ้าน วิธีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน	การแนะนำการปรับวิถีชีวิต/พฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยเรื่องการใช้ยา และการมาตรวจตามนัด สำหรับเรื่องปรับวิถีชีวิตมีน้อยเนื่องจากไม่ได้ไปเยี่ยมบ้าน และเห็นสภาพบ้าน วิธีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน	การแนะนำการปรับวิถีชีวิต/พฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำทั่วไป ไม่ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคได้รับการเยี่ยมจะไปตามที่ รพ. ประสานงานมา ตามระบบ มีอัตราค่าลงพยาบาลต่อผู้ป่วย 1: 2,500 คน มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยติดเตียงจำนวนมาก รวมทั้งกลุ่มเฉพาะอื่นๆที่ต้องดูแล	การแนะนำการปรับวิถีชีวิต/พฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อดูแลเฉพาะเจาะจง ตรงประเด็น ใช้ข้อมูลร่วมกัน ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ โรงพยาบาลหรือกรณีพบปัญหาจำเป็นต้องส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม

การบริการที่แผนกผู้ป่วยใน	การบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก	การบริการที่ศูนย์ สาธารณสุข	การบริการโดยพยาบาล ประจำตัวเยี่ยมบ้าน
ให้การฟื้นฟูสภาพตาม แผนการรักษาของแพทย์ โดยทีมฟื้นฟูสภาพจะ กำหนดจากเป้าหมายการ ฟื้นฟูสภาพ			จัดให้มีและใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลและเครื่องมือการ ตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง บริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
			ให้ความรู้ความเข้าใจที่เป็น รูปธรรมแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล/ ครอบครัว เพื่อการจัดการดูแล สุขภาพตนเองที่ยั่งยืนในการ ฟื้นฟูสภาพตามพยาธิสภาพ และเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วย และ ผู้ดูแลตลอดเวลา
			มีหน่วยบริหารจัดการ ทวน สอบ นิเทศ และสนับสนุนการ ทำงานของพยาบาลอย่างเป็น ระบบเพื่อการประเมินทั้ง ผลลัพธ์เชิงกระบวนการและ ผลลัพธ์เชิงคลินิก

แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน



เรียบเรียงโดย

ศิริอร สีนิจ

คันสนีย์ รุ่งรัตน์ธวัชชัย

ปทุมทิพย์ อุดุลวัฒนศิริ

พ.ศ. 2562

การแบ่งระดับความพิการที่หลงเหลืออยู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [ใช้การเทียบเคียงคะแนน Barthel Activity Daily Living Index, National Institute Health Stroke Scale, และ Modified Rankin Scale] ^(1, 2)

กลุ่ม	Barthel ADL Index (คะแนน)	National Institute Health Stroke Scale (คะแนน)	Modified Rankin Scale (คะแนน)	ลักษณะของผู้ป่วย
กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ ต้องการความ ช่วยเหลือจาก ผู้ดูแลทั้งหมด	0- 4	≥ 25	5	☐ ต้องนอนบนเตียงตลอด ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้โดยเฉพาะด้านที่อ่อนแรง ☐ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เลย ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งหมด ☐ สัมผัสไม่สื่อความหมาย ☐ มองไม่เห็นครึ่งซีก หรือตามองไม่เห็นทั้งสองข้าง (จากพยาธิสภาพที่สมอง) ☐ ไม่สนใจซีกที่อ่อนแรง ☐ กลืนลำบากสำหรับอาหาร ☐ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ปัสสาวะอุจจาระราด หมายเหตุ: ในผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ ต้องการความ ช่วยเหลือจาก ผู้ดูแลค่อนข้างมาก	5-9	15-24	4	☐ ขยับแขนขาซีกที่อ่อนแรงได้เองในแนวราบ ☐ ยืนหรือเดินต้องมีทั้งอุปกรณ์และคนช่วยพยุง ☐ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเกือบทั้งหมดในการทำกิจวัตรประจำวัน ☐ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ปัสสาวะอุจจาระราด ☐ ขาแขนขาด้านอ่อนแรง ☐ พูดไม่ชัด ☐ กลืนอาหารชนิดปั่นข้นได้โดยไม่ลำบาก ☐ กลืนน้ำได้ไม่ดีต้องช่วยป้อน
กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ ต้องการความ ช่วยเหลือจาก	10 – 14	5-14	3	☐ ขยับแขนขาซีกที่อ่อนแรงได้บ้างแต่ยังด้านแรงโน้มถ่วงได้ไม่ดี ☐ เดินได้เองโดยการใช้อุปกรณ์โดยไม่ต้องมีคนช่วย

กลุ่ม	Barthel ADL Index (คะแนน)	National Institute Health Stroke Scale (คะแนน)	Modified Rankin Scale (คะแนน)	ลักษณะของผู้ป่วย
ผู้ดูแลบ้าง				☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบ้างบางส่วน ได้แก่ การ หิวผม การแต่งกาย รับประทานอาหารเองได้หากมีคน จัดเตรียมให้ แต่ในบางกิจกรรมที่ต้องใช้แรง ได้แก่ การ ทำความสะอาดร่างกายยังต้องมีผู้อื่นให้ความช่วยเหลือ ☐ ขาแขนขาด้านอ่อนแรง ☐ พูดไม่ชัด ☐ สามารถกลืนอาหารได้
กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยที่ ต้องการความ ช่วยเหลือจาก ผู้ดูแลน้อย	15 – 19	<4	1-2	☐ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ☐ เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ และไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วย ☐ มีความผิดปกติทางระบบประสาทเล็กน้อย ได้แก่ แขนขาซีกที่อ่อนแรงขยับได้ดี มีเพียงกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่นยังกำมือได้ไม่เต็มที่ ☐ ยังพบว่า มีอาการขาแขนขาด้านอ่อนแรงอยู่บ้าง ☐ กลืนอาหารได้ดี ไม่สำลัก ปากเปื่อยเล็กน้อย
กลุ่มที่ 5 ผู้ป่วยที่ ไม่ต้องการความ ช่วยเหลือจาก ผู้ดูแล	20	0	0	☐ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติมากที่สุด

แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

1. การให้การพยาบาลผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
Focus assessment ประเมินผู้ดูแลหลัก และผู้ช่วยผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว โครงสร้างครอบครัว และการช่วยเหลือจากหน่วยงาน หรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน	
1) การประเมินผู้ดูแล ➢ ชักประวัติลักษณะครอบครัว โครงสร้างครอบครัว เช่น ครอบครัวเดี่ยว/ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรูปแบบการดูแล มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว และ/หรือ มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ช่วยผู้ดูแล ➢ สอบถามลักษณะการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน เช่น การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อนบ้าน ผู้นำทางศาสนา ➢ สอบถามการช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ได้แก่ - องค์กรบริหารส่วนตำบล และ/หรือนายอำเภอ - สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ประจำจังหวัด - กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงกลาโหม (กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ) - ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย/ผู้พิการ (Nursing home) - มูลนิธิต่างๆ ➢ ชักประวัติระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จนถึงปัจจุบัน ➢ ประเมินระยะเวลาในการที่ผู้ดูแลใช้เวลาในการ	กรณีพบว่า ไม่มีผู้ดูแล และ/หรือผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ รวบรวมข้อมูลเพื่อประสานงานกับผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) CG (caregiver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อนบ้าน, ผู้นำทางศาสนาในการวางแผนให้ความช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ☐ ปรีกษาหารือกับนักสังคมสงเคราะห์ประจำสถานบริการสุขภาพหรือศูนย์บริการสาธารณสุข และประสานขอรับการช่วยเหลือสนับสนุนไปยังฝ่ายพัฒนาชุมชน สำนักเขตในพื้นที่รับผิดชอบ ☐ หากเกินความสามารถหรือมีความซับซ้อนในการช่วยเหลือดูแล ควรรวบรวมข้อมูลเพื่อประสานงานกับองค์กรภาครัฐ และภาคเอกชนในการวางแผนให้ความช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ - กรณีต่างจังหวัด: ประสานงานผ่านองค์กรบริหารส่วนตำบล และ/หรือนายอำเภอเพื่อประสานงานกับสำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด - กรณีกรุงเทพมหานคร: ประสานงานผ่านกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อประสานงานไปยัง กลุ่มงานกิจการผู้สูงอายุ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
ฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน -ระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย คือ 5 วัน/สัปดาห์⁽³⁾ โดยใช้เวลารวันละ 3 ชั่วโมง⁽⁴⁾ ➤ ประเมินทักษะของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วย และกิจกรรมการดูแลที่ให้กับผู้ป่วย -ด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ผู้ดูแลให้กับผู้ป่วย -ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล -ด้านการรับประทานยา ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drugs) เช่น วาร์ฟาริน (Warfarin) หรือยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) เช่น แอสไพริน (Aspirin) เป็นต้น -ด้านการจัดการโรคร่วม เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การงดบุหรี่ การงดเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เป็นต้น ➤ ประเมินการเข้าถึงรูปแบบบริการสุขภาพต่างๆ ภายหลังเกิดโรค เช่น การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ การไปติดตามนัดหมายที่ผู้ป่วยนอก การเข้ารับกายภาพบำบัดแบบผู้ป่วยนอก แบบ ค้างคืน หรือคลินิกเอกชน	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งอาจมีการขอความช่วยเหลือไปยัง กระทรวงกลาโหม (กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ) ในการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน -ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย/ผู้พิการ (Nursing home) -องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร เช่น มูลนิธิต่างๆ กรณีพบว่า ผู้ป่วยมีผู้ดูแล แต่ผู้ดูแลต้องการการส่งเสริมทักษะในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ควร ปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลในการจัดสรรเวลาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย และฟื้นฟูสภาพ และเวลาที่เหมาะสมผู้ดูแลควรใช้เวลาในการดูแล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยใช้เวลา 5 วัน/สัปดาห์ วันละ 3 ชั่วโมง ☐ ส่งเสริมทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ, การสำลัก และภาวะปอดอักเสบ, และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) ☐ รวบรวมข้อมูลและปรึกษากับทีมสุขภาพในสนับสนุนการใช้ยาที่เหมาะสมให้กับผู้ดูแล กรณีพบว่า ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการฟื้นฟูในสถานบริการสุขภาพ หรือไม่เคยไปตรวจตามแพทย์นัด (ให้ผู้อื่นไปรับยาแทน) อย่างใดอย่างหนึ่ง ควร ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	☐ ประสานศูนย์บริการสาธารณสุขหรือหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเพื่อตามเยี่ยม ประเมินความต้องการการช่วยเหลือและประสานขอความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร ในการจัดหาทรัพยากร สิ่งของ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแล การเข้าพักสถานดูแลผู้ป่วยระยะสั้นหรือสถานบริการเพื่อการฟื้นฟูจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ☐ ประสานผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน อสม./อสม./CG (caregiver) เพื่อนบ้าน จิตอาสาในชุมชนเพื่อช่วยติดตามภาวะสุขภาพและความต้องการการช่วยเหลือ ☐ เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายใน 1 สัปดาห์หลังจากได้รับข้อมูลผู้ป่วยจากสถานบริการสุขภาพ ครั้งที่ 2 เยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์ และเดือนละ 1 ครั้ง (เฉลี่ย 6-12 ครั้ง/ปี) จนผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถพึ่งพาตนเองได้⁽⁶⁾
Focus assessment การประเมินสภาพแวดล้อม และนิเวศวิทยา	
2) การประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ➤สถานที่ตั้งอยู่ในเขตหรือนอกเขตเทศบาล	กรณีพบว่า บ้านของผู้ป่วยตั้งอยู่ในเขตเทศบาล ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ประสานงาน และให้ข้อมูลกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล สถานพยาบาลในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประเมินความต้องการ และการดูแลด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย กรณีพบว่า บ้านของผู้ป่วยตั้งอยู่นอกเขตเทศบาลควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ประสานงาน และให้ข้อมูลกับอาสาสมัคร

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
➤ ลักษณะของพื้นรอบๆบ้าน -พื้นที่รอบๆบ้านเป็นพื้นดิน พื้นปูน ฯลฯ -ลักษณะของสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ได้แก่ ● ธรณีประตู ทางลาด ● ลักษณะภายในห้องนอน ความกว้าง เติงนอน ที่นอน ● ลักษณะภายในห้องน้ำ ลักษณะโถสุขภัณฑ์ การแยกส่วนเปียกแห้ง ความกว้างของห้องน้ำ ● บันไดและจำนวนขั้น และหรือทางลาด ● ราวจับบันได ราวจับเกาะเดิน ● แสงสว่างตามทางเดิน ห้องน้ำ ห้องนอน	สาธารณสุข/ องค์การบริหารส่วนตำบลในการประเมินความต้องการ และการดูแลด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย กรณีที่พบสภาพแวดล้อมที่บ้านต้องได้รับการปรับปรุง ควรปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้ ☐ แลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลในการปรับสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเท่าที่ครอบครัวจะสามารถทำได้ เช่น ความสูงของเตียงนอนผู้ป่วย ควรสูงระดับข้อพับเข่า ☐ พื้นนอนไม่นุ่ม หรือแข็งจนเกินไป และหมั่นดูแลไม่ให้พื้นนอนเป็นแอ่งเพราะจะทำให้ข้อสะโพกผู้ป่วยยึดติดในท่างอ ☐ ขอรับบริจาคเตียงนอนจากองค์กรภาครัฐ เอกชน เช่น สถานดูแลผู้พิการ หรือประสานขอยืมจากโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข/หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้เคียง ☐ ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล กระทรวงกลาโหม ได้แก่ กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ ในการจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย สะอาด ปลอดภัย ลดการสะสมของเชื้อโรค พยาบาลประเมินความปลอดภัย ดังนี้ ☐ ประตูทางเข้าบ้านต่ำหรือสูงกว่าพื้นดินหรือไม่ มีทางลาดหรือไม่ และมีธรณีประตูหรือไม่ ☐ ความกว้างของประตูสามารถเข็นรถนั่งผ่านเข้าออกได้สะดวกหรือไม่

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	☐ หากเป็นบ้าน 2 ชั้น ผู้ป่วยควรอยู่ชั้นล่าง หรือหากอยู่ชั้นบนมีอุปกรณ์สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เหมาะสมหรือไม่ ☐ มีราวสำหรับเกาะเดินในที่ต่างๆ เช่น บริเวณรอบบ้าน, ห้องน้ำหรือไม่ ☐ ลักษณะส้วมที่ใช้งาน ชักโครก/ ส้วมซึม, แยกส่วนเปียก ส่วนแห้ง และมีราวเกาะหรือไม่ ☐ มีชั้นวางสิ่งของ เช่น จานชาม ของใช้ เพื่อให้จัดเก็บเป็นระเบียบหรือไม่ ☐ ภายในบ้านมีแสงสว่างเพียงพอหรือไม่ โดยเฉพาะทางเดิน บันได ห้องน้ำ ☐ มีอุปกรณ์เสริมกล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก ช่วยออกกำลังกายภายในบ้าน เช่น รอกชัก วงล้อบริหารหัวไหล่ติด จักรยานปั่นกับที่ ถุงทรายหรือไม่
Focus assessment ระบบประสาทสั่งการ และรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory system)	
3)การประเมินระบบประสาทสั่งการ และรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory system) 3.1 ชักประวัติ และ/หรือศึกษาข้อมูลที่ได้จากสถานพยาบาล ➢ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจนถึงปัจจุบัน ➢การรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาล เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ➢การกลับไปพบแพทย์ ยาที่ได้รับ และขอรายการยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ➢ผู้ดูแลหลัก และบทบาทที่ผู้ดูแลหลักทำให้ผู้ป่วยระยะเวลาที่ให้การดูแล -ข้อมูล/วิธีการดูแลที่ผู้ดูแลหลักได้จากพยาบาลในระยะเวลาที่ผ่านมา	ประมวลการซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อให้การพยาบาลดังนี้ กรณีที่พบว่า ผู้ดูแลหลักไม่ได้รับการฝึกวิธีการดูแลจากพยาบาล ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ดูแลหลักตามระยะเวลาที่เกิดโรค (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูล และฝึกทักษะในการดูแลของผู้ดูแลตามการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ กรณีที่พบว่า ผู้ดูแลหลักขาดข้อมูลในการดูแลด้านยาแก่ผู้ป่วย ☐ รวบรวมข้อมูลและประสานงานกับทีมสุขภาพในการส่งปรึกษาเภสัชกรในการสอน/ให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ดูแลหลัก

การประเมิน	การพยาบาล																												
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม																													
➤ ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) และ ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) เพื่อประเมินอาการอ่อนแรงของแขนขาส่วนใดส่วนหนึ่งที่ยังหลงเหลืออยู่ -Motor power ใช้ Medical Research Council ⁽⁷⁾ <table border="1"> <thead> <tr> <th>Level</th><th>Motor power</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td><td>กำลังของกล้ามเนื้อเป็นปกติ สูงสุด</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีกำลังที่จะต้านแรงผู้ตรวจได้แต่ไม่เต็มที่</td></tr> <tr> <td>3</td><td>สามารถยกแขน/ขาต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้</td></tr> <tr> <td>2</td><td>เคลื่อนไหวได้เฉพาะแนวราบ ไม่พอที่จะยกขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงได้</td></tr> <tr> <td>1</td><td>มีการ Contraction ของกล้ามเนื้อ แต่เคลื่อนไหวไม่ได้</td></tr> <tr> <td>0</td><td>ไม่สามารถสั่งการให้กล้ามเนื้อขยับได้เลย</td></tr> </tbody> </table> -Muscle tone ใช้ Modified Ashworth Scale (MAS) ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ระดับ (0-4) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Level</th><th>Muscle tone</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>ความตึงตัวของกล้ามเนื้อปกติ</td></tr> <tr> <td>1</td><td>ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อขยับข้อ จะรู้สึกว่ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวบ้างแต่คลายตัวอย่างรวดเร็ว เฉพาะพิสัยการเคลื่อนไหวแรก หรือสุดท้าย</td></tr> <tr> <td>1+</td><td>ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในพิสัยการเคลื่อนไหวแรก และยังคงมีความตึงตัวของกล้ามเนื้ออยู่เล็กน้อยแต่ไม่ถึงครึ่งของพิสัยการเคลื่อนไหว</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นตลอดพิสัยการเคลื่อนไหวแต่ยังสามารถขยับข้อต่อได้ง่าย</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นมาก ขยับข้อต่อด้วยความยากลำบากแต่ยังสามารถเคลื่อนไหวได้จนสุดพิสัย</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ความตึงตัวของกล้ามเนื้อมากจนทำให้แขนขาแข็งเกร็งอยู่ในท่าอ หรือเหยียด</td></tr> </tbody> </table>	Level	Motor power	5	กำลังของกล้ามเนื้อเป็นปกติ สูงสุด	4	มีกำลังที่จะต้านแรงผู้ตรวจได้แต่ไม่เต็มที่	3	สามารถยกแขน/ขาต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้	2	เคลื่อนไหวได้เฉพาะแนวราบ ไม่พอที่จะยกขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงได้	1	มีการ Contraction ของกล้ามเนื้อ แต่เคลื่อนไหวไม่ได้	0	ไม่สามารถสั่งการให้กล้ามเนื้อขยับได้เลย	Level	Muscle tone	0	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อปกติ	1	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อขยับข้อ จะรู้สึกว่ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวบ้างแต่คลายตัวอย่างรวดเร็ว เฉพาะพิสัยการเคลื่อนไหวแรก หรือสุดท้าย	1+	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในพิสัยการเคลื่อนไหวแรก และยังคงมีความตึงตัวของกล้ามเนื้ออยู่เล็กน้อยแต่ไม่ถึงครึ่งของพิสัยการเคลื่อนไหว	2	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นตลอดพิสัยการเคลื่อนไหวแต่ยังสามารถขยับข้อต่อได้ง่าย	3	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นมาก ขยับข้อต่อด้วยความยากลำบากแต่ยังสามารถเคลื่อนไหวได้จนสุดพิสัย	4	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อมากจนทำให้แขนขาแข็งเกร็งอยู่ในท่าอ หรือเหยียด	กรณีที่พบกำลังของกล้ามเนื้อเท่ากับ 0-1 และ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเท่ากับ 3-4 หรืออ่อนแรง เดินไม่ได้ ทรงตัวไม่ได้ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการออกกำลังกายตามพิสัยของข้อโดยผู้ดูแล (Passive Range of Motion; PROM) และการฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ (Isometric exercise) เพื่อรักษาพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ควบคุมท่าทาง และการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ รวมถึงลดภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (Spasticity) อีกด้วย ⁽⁸⁾ นอกจากนี้ ยังเป็นการกระตุ้นคุณสมบัติการปรับตัวได้ของสมอง (Neuroplasticity) ด้วยการผสมผสานการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) กับการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) ซึ่งจะกระตุ้นการเจริญของจุดเชื่อม (Synapse) ระหว่างใยประสาทนำเข้า (Dendrite) และแกนประสาทนำออก (Axon) ของเซลล์สมอง ⁽⁹⁾ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง (Bed mobility) กรณีที่พบกำลังของกล้ามเนื้อเท่ากับ 2 และ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเท่ากับ 2 หรือขยับแขนขาข้างอ่อนแรงได้ในแนวราบ หากจะยืนหรือเดินต้องมีคนช่วยพยุง ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลแบบเดียวกับผู้ป่วยที่มีกำลังของกล้ามเนื้อ 0-1 และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ 3-4 ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการออกกำลังกาย
Level	Motor power																												
5	กำลังของกล้ามเนื้อเป็นปกติ สูงสุด																												
4	มีกำลังที่จะต้านแรงผู้ตรวจได้แต่ไม่เต็มที่																												
3	สามารถยกแขน/ขาต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้																												
2	เคลื่อนไหวได้เฉพาะแนวราบ ไม่พอที่จะยกขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงได้																												
1	มีการ Contraction ของกล้ามเนื้อ แต่เคลื่อนไหวไม่ได้																												
0	ไม่สามารถสั่งการให้กล้ามเนื้อขยับได้เลย																												
Level	Muscle tone																												
0	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อปกติ																												
1	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อขยับข้อ จะรู้สึกว่ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวบ้างแต่คลายตัวอย่างรวดเร็ว เฉพาะพิสัยการเคลื่อนไหวแรก หรือสุดท้าย																												
1+	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในพิสัยการเคลื่อนไหวแรก และยังคงมีความตึงตัวของกล้ามเนื้ออยู่เล็กน้อยแต่ไม่ถึงครึ่งของพิสัยการเคลื่อนไหว																												
2	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นตลอดพิสัยการเคลื่อนไหวแต่ยังสามารถขยับข้อต่อได้ง่าย																												
3	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นมาก ขยับข้อต่อด้วยความยากลำบากแต่ยังสามารถเคลื่อนไหวได้จนสุดพิสัย																												
4	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อมากจนทำให้แขนขาแข็งเกร็งอยู่ในท่าอ หรือเหยียด																												

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	แบบใช้แรงต้าน (Resistance exercise) ด้วยการออกกำลังแบบความยาวกล้ามเนื้อคงที่ (Isometric contraction of elbow flexor) นาน 5-10 วินาที โดยเอามือประกบกันหรือให้ไหล่งาง 45 องศา และศอกทำมุม 90 องศา กับลำตัว จำนวน 10 ครั้ง/รอบ ทำ 3-5 รอบ ในแต่ละรอบพัก 1 นาที เพื่อป้องกันการล้าของกล้ามเนื้อ โดยใช้เวลาฝึกอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง⁽¹⁰⁾ กรณีที่พบกำลังของกล้ามเนื้อเท่ากับ 3 และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเท่ากับ 1+ หรือสามารถยกแขนขาต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลแบบเดียวกับผู้ป่วยที่มีกำลังของกล้ามเนื้อ 2 และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ 2 ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการฝึกย้ายจากเตียงมาเป็นการนั่งข้างเตียง (Transfer) หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพพบว่า จะทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 10-15 ของความแข็งแรงเดิมต่อสัปดาห์ หรือร้อยละ 1-3 ต่อวัน⁽¹¹⁾
➤ ไม่สามารถทรงตัวได้ เดินแล้วปลายเท้าปัด หรือแกว่งไปด้านใดด้านหนึ่ง ลั่น (Tremor)	กรณีที่พบ ผู้ป่วยไม่สามารถทรงตัวได้ เดินแล้วปลายเท้าปัด หรือแกว่งไปด้านใดด้านหนึ่ง ลั่น (Tremor) ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพของสมองน้อย เป็นการฝึกการทรงตัว และการฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียงเพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกยืน เดินต่อไปเป็นลำดับแล้ว ยังป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม และการป้องกันแผลกดทับได้

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	อีกด้วย (การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ)
➤ ประเมินความยาวของแขนข้างที่อ่อนแรงกับแขนข้างปกติ, กล้ามเนื้อ Deltoid แขนราบลงเพื่อประเมินภาวะข้อไหล่หลุด	กรณีที่พบข้อไหล่หลุด ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษภาวะข้อไหล่หลุดในโรงพยาบาล ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการใช้อุปกรณ์ประคองแขน โดยเฉพาะในระยะอัมพาตแบบปวกเปียก (Flaccid paralysis) และการจัดทำในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในกรณีที่พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดข้อไหล่หลุด ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการใช้อุปกรณ์ประคองแขน โดยเฉพาะในระยะอัมพาตแบบปวกเปียก (Flaccid paralysis), การจัดทำ และการจัดทำในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
➤ ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Pain score, อวัยวะที่ปวด เช่น ข้อไหล่, ท่าทางหรือกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการปวด Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale  0 No Hurt 2 Hurts Little Bit 4 Hurts Little More 6 Hurts Even More 8 Hurts Whole Lot 10 Hurts Worst ©1993 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org Used with permission. Instructions for Usage Explain to the person that each face represents a person who has no pain (hurt), or some, or a lot of pain. Face 0 doesn't hurt at all. Face 2 hurts just a little bit. Face 4 hurts a little bit more. Face 6 hurts even more. Face 8 hurt a whole lot. Face 10 hurts as much as you can imagine, although you don't have to be crying to have this worst pain. Ask the person to choose the face that best depicts the pain they are experiencing.	ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวด Pain score น้อยกว่า 5 แต่ไม่สัมพันธ์กับท่าทาง หรือ กิจกรรม และ/หรือพบว่า มีรอยโรคที่สมองส่วน Thalamus ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการประเมินในบริเวณที่ปวด ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดทำที่เหมาะสมและสุขสบาย ร่วมกับคำแนะนำในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวด Pain score มากกว่าหรือเท่ากับ 5 แต่ไม่สัมพันธ์กับท่าทาง หรือกิจกรรม และ/หรือพบว่า มีรอยโรคที่สมองส่วน Thalamus ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการประเมินในบริเวณที่ปวด

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดทำที่เหมาะสมและสุขสบาย ร่วมกับคำแนะนำในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวด Pain score น้อยกว่า 5 และสัมพันธ์กับท่าทาง หรือกิจกรรม ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการประคบเย็นในบริเวณที่ปวด ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดทำที่เหมาะสมและสุขสบาย ร่วมกับคำแนะนำในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการใช้อุปกรณ์พยุงอวัยวะที่ปวด ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวด Pain score มากกว่าหรือเท่ากับ 5 และสัมพันธ์กับท่าทาง หรือกิจกรรม ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการประคบเย็นในบริเวณที่ปวด ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดทำที่เหมาะสมและสุขสบาย ร่วมกับคำแนะนำในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการใช้อุปกรณ์พยุงอวัยวะที่ปวด ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการจัดยาแก้ปวดชนิดที่ไม่ใช่กลุ่ม NSIADs ให้รับประทาน
➤ ประเมินอาการมือบวม	กรณีที่พบภาวะมือบวม ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการจัดทำเพื่อลดอาการบวม (การพยาบาลพื้นฐานสุขภาพ) ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลเรื่องการรับประทาน

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	อาหารเพิ่มโปรตีน (หากไม่มีข้อจำกัด)
➤ ประเมินข้อยึดติดโดยเฉพาะข้อด้านที่อ่อนแรงและอาการกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (Spasticity)	กรณีที่พบภาวะข้อยึดติด และกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ❑ แลกเปลี่ยนข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการออกกำลังกายตามพิสัยของข้อโดยผู้ดูแล (Passive Range of Motion; PROM) และการฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ (Isometric exercise) เพื่อรักษาพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ควบคุมท่าทาง และการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ รวมถึงลดภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (Spasticity) อีกด้วย⁽⁸⁾ นอกจากนี้ ยังเป็นการกระตุ้นคุณสมบัติการปรับตัวได้ของสมอง (Neuroplasticity) ด้วยการผสมผสานการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) กับการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) ซึ่งจะกระตุ้นการเจริญของจุดเชื่อม (Synapse) ระหว่างใยประสาทนำเข้า (Dendrite) และแกนประสาทนำออก (Axon) ของเซลล์สมอง⁽⁹⁾ ❑ แลกเปลี่ยนข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการจัดทำนอนเพื่อป้องกันข้อยึดติด, การเกร็งของกล้ามเนื้อ⁽¹²⁾
➤ ประเมินการพูด โดยสังเกตดังนี้ - ความสมมาตรของใบหน้าโดยเฉพาะขณะยิ้มเพื่อประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและริมฝีปาก - สังเกตความผิดปกติของการพูด ได้แก่ ● Motor aphasia: จะมีลักษณะพูดตะกุกตะกัก, นึกคำพูดไม่ออก แต่เข้าใจในสิ่งที่คนอื่นพูด ● Wernicke's aphasia: จะมีลักษณะการพูดเป็นวลียาวๆ ได้ แต่ไม่ได้ความหมาย พูดตามไม่ได้ อ่านและเขียนไม่ได้	กรณีที่พบผู้ป่วยมีภาวะ Motor aphasia ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ❑ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการบริหารลิ้นและริมฝีปาก (Mouth and tongue exercise) ซึ่งเป็นการฝึกบริหารลิ้น ริมฝีปาก และขากรรไกรเพื่อช่วย

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
● Global aphasia: ผู้ป่วยจะพูดไม่ได้ ไม่เข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด และพูดตามไม่ได้ ● Apraxia of speech: ไม่สามารถพูดตามได้เมื่อตั้งใจจะพูด แต่จะสามารถพูดได้เองตามความเคยชิน	ในการพูดและการกลืนโดยฝึกอย่างน้อย 10 ครั้ง/วัน^(13, 14) ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการฝึกโดยใช้คำถามง่ายๆ ถามตอบ ใช่/ไม่ใช่ เพื่อประเมินความเข้าใจภาษา (Comprehension) ให้ผู้ป่วยบอกชื่อสิ่งของ (naming) การพูดซ้ำตามพยาบาล (repetition) และสังเกตความคล่องในการพูด (fluency) ☐ รวบรวมข้อมูลประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อส่งปรึกษานักการบำบัด (ถ้ามี) หรือนักกิจกรรมบำบัด กรณีที่พบผู้ป่วยมีภาวะ Aphasia ในแบบอื่นๆ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ รวบรวมข้อมูลประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อส่งปรึกษานักการบำบัด (ถ้ามี) หรือนักกิจกรรมบำบัด
➤ ประเมินการกลืนอาหาร หรือน้ำลำบาก หรือไม่ได้เลย และสำคัญ โดยการรวบรวมข้อมูลต่อไปนี้ -ผลการประเมินการกลืนจากโรงพยาบาล (ถ้ามี) -การประเมินการกลืนโดยใช้ PMR Siriraj Swallowing test⁽¹⁵⁾ การประเมินการกลืนจะทำในผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างคงที่ โดยผู้ป่วยต้องสามารถปฏิบัติได้ดังนี้ Prescreening observation 1) ยกแขนได้สูงประมาณ 75-90 องศา นาน 15 นาที 2) สามารถที่จะทำได้ตามสั่งได้อย่างน้อย 2 คำสั่ง	ในกรณีที่ทำ Prescreening observation พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ทั้ง 2 ข้อ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้ข้อมูลกับผู้ดูแลในการงดอาหารและน้ำทางปากต่อไป ☐ ให้ข้อมูลกับผู้ดูแลในการฝึกการบริหารกล้ามเนื้อรอบๆริมฝีปาก และลิ้น (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) และการดูแลสุขอนามัยช่องปาก

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
การทดสอบการกลืน ขั้นตอนที่ 1 ทดสอบโดยให้ผู้ป่วยหุบปากหรือปิดปากให้สนิทโดยไม่มีน้ำลายไหลออกมามุมปาก จากนั้นให้ใช้ลิ้นเลียที่ริมฝีปากบนและล่าง และทดสอบ Gag reflex ขั้นตอนที่ 2 ทดสอบ Voluntary Cough โดยให้ผู้ป่วยไอ ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบ Dry Swallow โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายของตัวเอง การทดสอบการกลืนน้ำ ขั้นตอนที่ 1 ป้อนน้ำให้ผู้ป่วยทดลองกลืนครั้งละ 1 ช้อนชา (5 มิลลิลิตร) เป็นจำนวน 3 ครั้ง พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไอระหว่างหรือภายหลังการกลืน เสียงพูดเปลี่ยนแปลงไป หรือมีน้ำรั่วไหลออกจากมุมปาก ถ้ามีอาการดังกล่าว 1 ใน 3 ครั้ง ให้ถือว่า “ไม่ผ่าน” หากผู้ป่วยกลืนน้ำในขั้นตอนที่ 1 ผ่าน ให้ทดลองกลืน	ในกรณีที่ทำ Prescreening observation พบว่า ผู้ป่วยสามารถทำได้ทั้ง 2 ข้อ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ทำการทดสอบการกลืน ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถผ่านการทดสอบการกลืนมากกว่า 1 ข้อ ควรให้การพยาบาลดังนี้ ☐ ให้ข้อมูลกับผู้ดูแลในการงเคี้ยวอาหารและน้ำทางปาก, การฝึกการบริหารกล้ามเนื้อรอบๆ ริมฝีปากและลิ้น (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) และการดูแลสุขอนามัยช่องปาก ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการทำ Shaker exercise (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน และ cardiac sphincter แข็งแรงขึ้น⁽¹⁶⁾ ☐ รวบรวมข้อมูลประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด หรือนักการบำบัด (ถ้ามี) ในการทำ Oromotor Exercise and Stimulation หมายเหตุ หากสามารถผ่านการทดสอบขั้นตอนที่ 1 ให้ถือว่า ผู้ป่วยผ่านการทดสอบการกลืน ≥ 2 ใน 3 ข้อ ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยสามารถผ่านการทดสอบได้ทั้ง 3 ขั้นตอน ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ทดสอบการกลืนน้ำ ☐ ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อรอบๆ ริมฝีปาก และลิ้น (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยกลืนน้ำขั้นตอนที่ 1 “ไม่ผ่าน” ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ หยุดการประเมินทันที

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
น้ำในขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยทดลองดื่มน้ำจากแก้ว ปริมาณ 90 มิลลิลิตร	☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลหลักในการเลือกปรุงอาหารซึ่งมีความข้น หนืด ที่เหมาะสมกับความสามารถในการฝึกกลืนของผู้ป่วย ^(17, 18) ☐ ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อรอบๆริมฝีปาก และลิ้น (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการทำ Shaker exercise (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน และ cardiac sphincter แข็งแรงขึ้น ⁽¹⁶⁾ ☐ รวบรวมข้อมูลประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด หรือนักการบำบัด (ถ้ามี) ในการทำ Oromotor Exercise and Stimulation ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำขั้นตอนที่ 1 “ผ่าน” ควรปฏิบัติตามการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้ลองกลืนน้ำในขั้นตอนที่ 2 ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำขั้นตอนที่ 2 “ไม่ผ่าน” ควรให้การพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลหลักในการเลือกปรุงอาหารซึ่งมีความข้น หนืด ที่เหมาะสมกับความสามารถในการฝึกกลืนของผู้ป่วย ^(17, 18) โดยอาหารที่เหมาะสมกับการฝึกกลืนในผู้ป่วยที่สามารถกลืนน้ำได้ผ่าน ได้แก่ (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) 1 อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก เล็กน้อยซึ่งเป็นอาหารที่มีเนื้อหยาบเพิ่มขึ้น น้ำขลุกขลิกผสมอยู่บ้าง (Mechanical soft - thick liquids) 2 อาหารปกติ ในผู้ป่วยที่สามารถกลืนได้ดี และปลอดภัย (Mechanical soft diet - liquids as

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	tolerated) โดยสังเกตผู้ป่วยในขณะที่เริ่มรับประทานอาหารมื้อแรก ☐ ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อรอบๆริมฝีปาก และลิ้น (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการทำ Shaker exercise (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน และ cardiac sphincter แข็งแรงขึ้น ☐ ทดสอบการกลืนน้ำซ้ำทุกสัปดาห์ ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำขึ้นตอนที 2 “ผ่าน” ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการจัดอาหารที่เหมาะสมกับการกลืนสำหรับผู้ป่วย (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ)
➤ ประเมินภาวะปัสสาวะเล็ดราด ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ และถ่ายปัสสาวะไม่ออก	กรณีพบว่า ผู้ป่วยมีปัสสาวะเล็ดราด ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการฝึกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Pelvic floor muscle training) หรือ Kegel exercise เพื่อสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานและการควบคุมกระเพาะปัสสาวะโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าให้ทำเหมือนกลืนปัสสาวะอุจจาระไว้ในระยะเวลาสั้นๆ จะรู้สึกว่ามีหลอดขึงของท่อปัสสาวะทวารหนัก และกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานหดเกร็ง เรียกว่า ขมิบ หรือการฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ให้ผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแลนับในใจ 1-10 จากนั้น ให้ค่อยๆคลายออกช้าๆ นับในใจ 1-10 เช่นกัน เรียกขั้นตอนทั้งหมดนี้ว่า 1 รอบ ขมิบ ควรขมิบวันละสองรอบ เข้า/เย็น โดยแต่ละ

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	รอบให้ฝึก 10-20 รอบขมิบ⁽¹⁹⁾ จะทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะจะเริ่มดีขึ้น สามารถกลั้นได้นานขึ้นหากได้รับการฝึกตั้งแต่ 2 สัปดาห์เป็นต้นไป ในกรณีพบว่าผู้ป่วยมีรอยโรคของสมองส่วน Frontal ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการกระตุ้นการถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา (Timed voiding) หรือทำตารางเวลาที่จะไปถ่ายปัสสาวะทุกๆ 2 ชั่วโมง เว้นเวลาที่ผู้ป่วยนอนหลับให้ถ่ายปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง^(19,20) หรือขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่อยู่รู้สึกปวด (Prompt voiding) และค่อยๆขยายกำหนดเวลาถ่ายปัสสาวะออกไป⁽²¹⁾ กรณีพบผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ หากคาสายสวนปัสสาวะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ และเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 3-4 สัปดาห์ หมั่นสังเกตสี ความใสของน้ำปัสสาวะที่ฉีดไปจากเดิม หากพบให้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหลักในการทำ Bladder training ☐ หากเริ่มปัสสาวะได้เอง ให้สวนปัสสาวะเป็นระยะๆ ทุก 4-6 ชั่วโมง และหากพบว่า มีน้ำปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะไม่เกิน 100 ซีซี จึงพิจารณาเลิกสวน
➤ ประเมินภาวะอุจจาระเล็ดราด สังเกต และสอบถามผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้ มีอุจจาระเล็ดราดอยู่เป็นประจำ	กรณีที่พบผู้ป่วยมีอุจจาระเล็ดราด กลั้นอุจจาระไม่ได้ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ควรให้ผู้ป่วยสวมผ้าอ้อมผู้ใหญ่ หรือแผ่นรองซับไว้ และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนักทุกครั้งที่ขับถ่าย ใช้วาสลีนทาบางๆ รอบทวาร

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	หนัก และผิวหนังบริเวณที่เปื้อนอุจจาระ เนื่องจาก วาสลีนจะช่วยป้องกันการเกิดแผลที่ผิวหนังรอบ ทวารหนักจากการถูกอุจจาระซึ่งมีฤทธิ์เป็นด่างกัด
➤ มีไข้ ตรวจร่างกาย พบว่า อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.4 องศาเซลเซียส โดยมีลักษณะไข้แบ่งตามสาเหตุได้ดังต่อไปนี้ -ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส และมีอาการสำคัญเข้าได้กับการติดเชื้อ ได้แก่ มีประวัติสำคัญอาหาร/น้ำ ปัสสาวะเล็ดราด ปัสสาวะไม่ออกซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อในร่างกาย -ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายเกิน 38.3 องศาเซลเซียส แต่ไม่เกิน 39.4 องศาเซลเซียส ซึ่งอาจเกิดจากการขาดน้ำ	กรณีที่พบ ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.4 องศาเซลเซียส ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการเช็ดตัวลดไข้ และสังเกตอาการผิดปกติอื่น เช่น ไข้สูงลอยไม่ลง ชัก เป็นต้น หากพบอาการดังกล่าวให้ประสานงานนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล กรณีที่พบ ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส และมีอาการสำคัญเข้าได้กับการติดเชื้อ ได้แก่ มีประวัติสำคัญอาหาร/น้ำ ปัสสาวะเล็ดราด ปัสสาวะไม่ออก ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ประสานงานส่งต่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีที่พบ ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายเกิน 38.3 องศาเซลเซียส แต่ไม่เกิน 39.4 องศาเซลเซียส ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ หากไม่มีข้อจำกัดด้านโรคร่วม ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว (แก้วขนาดปกติเท่ากับ 240 มิลลิลิตร) โดยกระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อยชั่วโมงละ 1 แก้ว และลดปริมาณน้ำดื่มในเวลาเย็นจนถึงกลางคืนเพื่อป้องกันการรบกวนแบบแผนการนอนหลับ
3)การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) กรณีที่รับประทานยาในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drugs) หรือยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) -ค่า INR (International Normalized Ratio)	ในกรณีที่รับประทานยาในกลุ่ม Anticoagulant ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ติดตามค่า INR ของ prothrombin time จากสถานพยาบาลโดยในผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม Anticoagulants ควรมีระดับ INR อยู่ในระดับ 2-3

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
-ค่า PT (Prothrombin time)	(22) ในกรณีที่รับประทานยาในกลุ่ม Antiplatelet ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ การกระแทก และสังเกตจุดจ้ำเลือดตามไรฟัน และตามตัว รวมถึงสีของอุจจาระ หากพบว่า มีสีดำ เหนียวคล้ายยางมะตอยให้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด

สวัสดี.

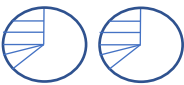
2. การให้การพยาบาลผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2-3

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
Focus assessment ประเมินผู้ดูแลหลัก และผู้ช่วยผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว โครงสร้างครอบครัว และการช่วยเหลือจากหน่วยงาน หรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน	
1) การประเมินผู้ดูแล ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	กรณีพบว่า ไม่มีผู้ดูแล และ/หรือผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง หรือ มีผู้ดูแล แต่ผู้ดูแลต้องการการส่งเสริมทักษะในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ หรือ ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการฟื้นฟูในสถานบริการสุขภาพ หรือไม่เคยไปตรวจตามแพทย์นัด (ให้ผู้อื่นไปรับยาแทน) อย่างใดอย่างหนึ่ง ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ☐ เพิ่มเติมการกระตุ้นเตือนในผู้ดูแลช่วยเหลือในการฟื้นฟูสุขภาพ คือ 5 วัน/สัปดาห์⁽³⁾ โดยใช้เวลารวม 3 ชั่วโมง เพราะภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์แรกเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วที่สุด^(3, 5)
Focus assessment การประเมินสภาพแวดล้อม และนิเวศวิทยา	
2) การประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	กรณีพบว่า บ้านของผู้ป่วยตั้งอยู่ใน/นอกเขตเทศบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กรณีที่พบสภาพแวดล้อมที่บ้านต้องได้รับการปรับปรุง ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
Focus assessment ระบบประสาทสั่งการ และรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory system)	
3)การประเมินระบบประสาทสั่งการ และรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory system) 3.1 ชักประวัติ และ/หรือศึกษาข้อมูลที่ได้จากสถานพยาบาล ➤ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจนถึงปัจจุบัน ➤การรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาล เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	ประมวลการชักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อให้การพยาบาลดังนี้ กรณีที่พบว่า ผู้ดูแลหลักไม่ได้รับการฝึกวิธีการดูแลจากพยาบาล ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ดูแลหลักตามระยะเวลาที่เกิดโรค (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ) ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูล และฝึกทักษะในการดูแลของ

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
➤ การกลับไปพบแพทย์ ยาที่ได้รับ และขอรายการยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ➤ ผู้ดูแลหลัก และบทบาทที่ผู้ดูแลหลักทำให้ผู้ป่วยระยะเวลาที่ให้การดูแล - ข้อมูล/วิธีการดูแลที่ผู้ดูแลหลักได้จากพยาบาลในระยะเวลาที่ผ่านมา	ผู้ดูแลตามการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ กรณีที่พบว่า ผู้ดูแลหลักขาดข้อมูลในการดูแลด้านยาแก่ผู้ป่วย ❑ รวบรวมข้อมูลและประสานงานกับทีมสุขภาพในการส่งปรึกษาเภสัชกรในการสอน/ให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ดูแลหลัก
ประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	กรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการแสดงหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
➤ ประเมินอาการแขนขาอ่อนแรงลีบเล็กเมื่อเปรียบเทียบกับแขนขาด้านปกติ ตรวจร่างกายพบว่า แขนขาอ่อนแรงลีบเล็กเมื่อเปรียบเทียบกับด้านที่ปกติ	กรณีที่พบ ผู้ป่วยมีแขนขาอ่อนแรง ลีบเล็ก ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ❑ ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการออกกำลังกายตามพิสัยของข้อโดยผู้ดูแล (Passive Range of Motion; PROM) และการฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ (Isometric exercise) เพื่อรักษาพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ควบคุมท่าทาง และการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ รวมถึงลดภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (Spasticity) อีกด้วย⁽⁸⁾ นอกจากนี้ ยังเป็นการกระตุ้นคุณสมบัติการปรับตัวได้ของสมอง (Neuroplasticity) ด้วยการผสมผสานการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) กับการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) ซึ่งจะกระตุ้นการเจริญของจุดเชื่อม (Synapse) ระหว่างใยประสาทนำเข้า (Dendrite) และแกนประสาทนำออก (Axon) ของเซลล์สมอง⁽⁹⁾
➤ สังเกตอาการไม่สามารถคิดวิเคราะห์วางแผนเป็นขั้นตอนได้ ไม่มีสมาธิจดจ่อ และใช้แบบประเมิน Thai Mental Stage Examination (TMSE) ซึ่งมี 30 ข้อ ใช้วัดความจำในปัจจุบัน ประกอบด้วย oriental, registration, attention, calculation, recall	กรณีที่พบผู้ป่วยไม่สามารถคิดวิเคราะห์และวางแผนเป็นขั้นตอนได้ ไม่มีสมาธิจดจ่อ บอกวันเวลา สถานที่ไม่ได้ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ❑ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการกระตุ้นสมองส่วนรู้คิด หรือ สมองส่วน Frontal : กิจกรรมการ

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
memory และ language เพื่อประเมิน cognition	กระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation intervention) โดยดัดแปลงจากเครื่องมือกระตุ้นความสามารถในการรู้คิด (Cognitive abilities) ใช้เวลา 45-60 นาที วันละ 2 ครั้ง ^(23, 24) โดยปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละหัวข้อต่อวันให้ครบทั้ง 12 หัวข้อ แล้วให้วนกลับไปเริ่มต้นที่หัวข้อที่ 1 ใหม่ จนครบ 1 เดือน (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ)
➤เปรียบเทียบขา 2 ข้าง ดูอาการขาบวม แดง ร้อน ปวด กดเจ็บ -อาการบวมแบบ Pitting edema บริเวณน่องและอาการร้อนบริเวณน่อง จะแสดงถึง Calf vein thrombosis -อาการบวมกระจายเหนือเข่าจะแสดงถึง iliofemoral thrombosis ซึ่งจะมีการอุดตันการไหลเวียนของโลหิตอย่างรุนแรง และทำให้เกิด Venous gangrene	กรณีที่พบผู้ป่วยมีขาบวม แดง ร้อน กดเจ็บ มีอาการแสดงของภาวะ Deep vein thrombosis ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ❑รวบรวมข้อมูลและปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลโดยด่วน
➤การมองเห็น รูม่านตา และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลูกตาเพื่อประเมินภาวะ Visual agnosia และภาวะมองเห็นครึ่งซีก (Contralateral homonymous hemianopsia) โดยทำการตรวจดังนี้ -การตรวจ Visual Acuity (VA) เพื่อประเมินความสามารถในการมองเห็น โดยใช้ Snellen chart -การตรวจ Visual field เพื่อประเมินขอบเขตการมองเห็น ด้วยวิธี Confrontation testing ในผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจคำสั่งให้ผู้ป่วยนอนลงตามองวัตถุบนเพดาน ผู้ตรวจใช้คำดำของผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง แบ่งตาออกเป็น 4 quadrant โดยทิศทางของลานสายตาได้แก่ Upper and Lower temporal และ Upper and lower nasal quadrants แล้วขยับนิ้ว	กรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการมองเห็นควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ❑แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการมีผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิด ❑ให้ข้อมูลกับผู้ดูแลหลักในการกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมการมองเห็น หรือ Occipital lobe ด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยมองหาวัตถุ หรือบุคคล (Visual scanning therapy) เช่น การมองหาวัตถุ

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
เข้าใกล้แต่ละ quadrant หากผู้ป่วยมองเห็นจะมี reflex โดยการกระพริบตา ในผู้ป่วยที่มองเห็นได้ตามองศาของลานสายตาจะถือว่า มี Visual field ปกติ ลานสายตาของคนปกติด้านบน (superior) จะแคบกว่าด้านล่าง (inferior) และด้านหัวตา (nasal) จะแคบกว่าด้านหางตา (temporal) โดยมีค่าประมาณดังนี้ - superior field ประมาณ 60 องศา (จำกัดโดยคิ้ว) - inferior field ประมาณ 75 องศา (จำกัดโดยโหนกแก้ม) - nasal field ประมาณ 60 องศา (จำกัดโดยจมูก) - temporal field ประมาณ 95 องศา ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถมองเห็นได้ตามองศาของลานสายตาถือว่า เป็น Hemianopia ดังต่อไปนี้	สีต่างๆ และการมองหาบุคคลในครอบครัว การเล่นเกมเขาวงกต เกมหาอักษรที่ผิด เป็นต้น โดยใช้เวลาในการฝึกครั้งละ 45-60 นาที (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ)
จาก https://www.visionaware.org/info/your-eye-condition/guide-to-eye-conditions/stroke/125 Homonymous hemianopia เป็นได้ทั้งซ้ายและขวา	

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
 Homonymous quadrantanopia สูญเสียลานสายตาซีกส่วนบน  Homonymous scotomatous defect  Partial homonymous hemianopia  Homonymous hemianopia with macular spacing สูญเสียลานสายตาครึ่งซีก เว้นตรงกลาง -Pupil size, pupil react to light โดยฉายไฟผ่านจากหางตาไปหัวตา เพื่อสังเกตการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสง -การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลูกตา (Extraocular movement) ให้ผู้ป่วยกลอกตาตามมือโดยไม่ต้องหันหน้าตาม	กรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีการตอบสนองของม่านตาผิดปกติ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในสถานพยาบาลโดยด่วน กรณีที่พบการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลูกตาผิดปกติ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการฝึกการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อลูกตา

การกลอกตา	กล้ามเนื้อลูกตา	Cranial nerve
มองบน และด้านนอกซ้ายขวา	Medial rectus Superior rectus Inferior rectus Inferior oblique	CN III (oculomotor)
มองข้างๆ ซ้ายขวา	Lateral rectus	CN VI (abducens)
มองลงพื้น และข้างจมูก	Superior oblique	CN IV (Trochlear)

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
➤ประเมินภาวะท้องผูก (Constipation) ซักประวัติได้ว่า ผู้ป่วยมีแบบแผนการขับถ่ายผิดปกติ ลักษณะของอุจจาระแห้ง แข็ง และผู้ป่วยจะบ่นว่าถ่ายยาก	กรณีที่พบผู้ป่วยมีท้องผูก ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการประเมินอุจจาระค้างแข็ง หากพบให้ล้างอุจจาระออกมาก่อน ☐ ให้ข้อมูล และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการกระตุ้น Gastrocolic reflex ด้วยการดื่มน้ำอุ่น 1-2 แก้วทันทีหลังจากตื่นนอน และนวดหน้าท้อง (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการป้องกันภาวะท้องผูกด้วยการดูแลการได้รับน้ำอย่างเพียงพอหากไม่มีข้อจำกัด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ☐ ในผู้ป่วยที่ขับถ่ายเองไม่ได้ ต้องรับประทานยาระบาย เพื่อดื่มน้ำเข้าสู่ลำไส้ ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มลงก่อนแล้วจึงกระตุ้นให้ถ่าย หรือทำการล้างอุจจาระ แต่ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ)
3)การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) กรณีที่รับประทานยาในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drugs) หรือยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) -ค่า INR (International Normalized Ratio) -ค่า PT (Prothrombin time)	ในกรณีที่รับประทานยาในกลุ่ม Anticoagulant และ/หรือ Antiplatelet ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
4)การตรวจพิเศษ (ถ้ามี) ติดตามผลการตรวจจากโรงพยาบาล -ผล CT scan -ผลการตรวจ MRI/MRA (ถ้ามี)	☐ ต้องติดตามผล CT scan และ/หรือ MRI/MRA (ถ้ามี) จากโรงพยาบาลในผู้ป่วยทุกรายเพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณาพยาธิสภาพของผู้ป่วย และวางแผนในการฟื้นฟูสภาพตามหลอดเลือดและให้การพยาบาลได้เหมาะสม

3. การให้การพยาบาลผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
Focus assessment ประเมินผู้ดูแลหลัก และผู้ช่วยผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว โครงสร้างครอบครัว และการช่วยเหลือจากหน่วยงาน หรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน	
1) การประเมินผู้ดูแล ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	กรณีพบว่า ไม่มีผู้ดูแล และ/หรือผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง หรือ มีผู้ดูแล แต่ผู้ดูแลต้องการการส่งเสริมทักษะในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ หรือ ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการฟื้นฟูในสถานบริการสุขภาพ หรือ ไม่เคยไปตรวจตามแพทย์นัด (ให้ผู้อื่นไปรับยาแทน) อย่างใดอย่างหนึ่ง ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
Focus assessment การประเมินสภาพแวดล้อม และนิเวศวิทยา	
2) การประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	กรณีพบว่า บ้านของผู้ป่วยตั้งอยู่ใน/นอกเขตเทศบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กรณีที่พบสภาพแวดล้อมที่บ้านต้องได้รับการปรับปรุง ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
Focus assessment ระบบประสาทสั่งการ และรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory system)	
3)การประเมินระบบประสาทสั่งการ และรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory system) ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	ประมวลการซักประวัติและตรวจร่างกาย ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
ประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1	กรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการแสดงหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
➤สังเกตอาการง่วงเหงาหาวนอนแต่บ่นนอนไม่หลับ, น้อย, ไม่อยากปฏิบัติกิจกรรม เพื่อประเมินภาวะ Fatigue	กรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้า (Fatigue), นอนไม่หลับ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับแก่ผู้ป่วย (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่นอนหลับได้สนิทจะลดภาวะทุพพลภาพ (Disability) ที่ระยะเวลา 1 เดือนได้

การประเมิน		การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม		
		อย่างมีนัยสำคัญและยังเพิ่มการฟื้นฟูตัวของระบบประสาทอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย ⁽²⁵⁾
➢แผลบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆของร่างกายโดยเฉพาะบริเวณ Coccyx และ Trochanteric ได้แก่ ขนาดของแผล, ลักษณะของแผล, และระดับของแผล เป็นต้น ระดับแผลกดทับ⁽²⁶⁾		กรณีที่พบแผลกดทับระดับที่ 1 ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ☐ ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการจัดอาหารเพิ่มโปรตีนให้แก่ผู้ป่วยหากไม่มีข้อห้าม กรณีที่พบแผลกดทับระดับที่ 2 ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ☐ ให้ข้อมูลในการรับประทานอาหารเพิ่มโปรตีน กรณีที่พบแผลกดทับระดับที่ 3 ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการทำแผลกดทับ และเลือกใช้วัสดุทำแผลให้เหมาะสม (การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ) ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ☐ ให้ข้อมูลในการรับประทานอาหารเพิ่มโปรตีน กรณีที่พบแผลกดทับระดับที่ 4 ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการทำแผลกดทับ และเลือกใช้วัสดุทำแผลให้เหมาะสม (คู่มือการฟื้นฟูสภาพ) ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ☐ ให้ข้อมูลในการรับประทานอาหารเพิ่มโปรตีน กรณีที่พบแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้
ระดับของแผล	ลักษณะของแผล	
Stage I Pressure injury	<u>แผลกดทับระดับที่ 1</u> ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เกิดรอยแดงเฉพาะที่ และกดไม่จาง อาจพบการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้สี และอุณหภูมิที่ผิวหนังบริเวณนี้	
Stage II Pressure injury: Partial-thickness skin loss with exposed dermis	<u>แผลกดทับระดับที่ 2</u> หนังกำพร้าถูกทำลายจนเห็นชั้นหนังแท้ พื้นแผลมีสีชมพูหรือแดง อาจพบตุ่มน้ำใส เนื้อเยื่อยยุ่ย อาจพบเนื้อตายแห้งแข็ง	
Stage III Pressure injury: Full-thickness skin loss	<u>แผลกดทับระดับที่ 3</u> ผิวหนังบริเวณแผลทั้งหมดฉีกขาด มองเห็นไขมัน โดยเฉพาะบริเวณที่ไขมันมากอาจจะพบแผลเป็นโพรง อาจเริ่มมองเห็นขอบแผลม้วนในระยะนี้ เนื้อแผลเป็นสีแดง แต่อย่างไรก็ดี อาจพบเนื้อตายและเนื้อตายแห้งแข็งได้	
Stage IV Pressure injury: Full-thickness skin loss and tissue loss	<u>แผลกดทับระดับที่ 4</u> ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณใต้ผิวหนังถูกทำลาย มองเห็นหรือสัมผัสเนื้อเยื่อพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในพื้นแผล ขอบแผลจะม้วน หรือมีโพรงอยู่ใต้ขอบแผล	
Unstageable Full-thickness Pressure injury: Obscured	<u>แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้</u>	

การประเมิน		การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม		
Full-thickness Skin and Tissue loss	ผิวหนัง และเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังบริเวณแผลจะถูกทำลายทั้งหมด ไม่สามารถระบุระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้ เนื่องจากมีเนื้อตายปกคลุมแผลทั้งหมด ไม่ควรตัด หรือลอกเนื้อตายดังกล่าวออก	และแผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาสถานพยาบาล
Deep tissue pressure injury: Persistent Non-blanchable Deep Red, Maroon or Purple discoloration	<u>แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก</u> ผิวหนังอาจจะยังไม่เกิดการฉีกขาด หรือฉีกขาดแล้ว มีสีน้ำตาลแดงคล้ำเฉพาะที่ และกดแล้วไม่จาง สีผิวเปลี่ยนเป็นน้ำตาลแดงคล้ำหรือม่วง มีเลือดซังอยู่ด้านในแผล	
➤ นอนไม่หลับ (Insomnia) สังเกตพบ ผู้ป่วยมีขอบตาดำคล้ำ ง่วงเหงาหาวนอนในเวลากลางวัน		กรณีพบ ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ขอบตาดำคล้ำ ง่วงนอนในเวลากลางวัน ควรปฏิบัติการพยาบาลดังต่อไปนี้ การดูแลผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ หรือนอนหลับยาก (27, 28) ☐ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบในเวลากลางคืน ☐ จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยปฏิบัติในเวลากลางวัน เช่น การกระตุ้นการฟื้นตัวของการทำงานที่ กระตุ้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการออกกำลังกายด้วยวิธีการต่างๆ ☐ หลีกเลี่ยงการงีบหลับในเวลากลางวัน หรือช่วงใกล้เวลานอนเนื่องจากอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับในเวลากลางคืน ☐ ลดปริมาณน้ำดื่มในเวลากลางคืนเพื่อลดการลุกมาปัสสาวะช่วงเวลานอนหลับ ☐ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เนื่องจากมีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาท ☐ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายก่อนถึงเวลาเข้านอน

การประเมิน		การพยาบาล																																				
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม																																						
		นอน 3 ชั่วโมง เนื่องจากจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนนอนหลับ ☐ สวดมนต์หรืออ่านหนังสือที่ผู้ป่วยชอบจะเป็นการส่งเสริมการนอนหลับที่ดีเนื่องจากเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด หรือการฟังเพลงก่อนนอนก็จะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย นอนหลับได้เร็วและดีขึ้น และหากเมื่อตื่นนอนในระหว่างกลางคืนก็จะสามารถหลับต่อได้อย่างต่อเนื่องจนถึงเช้า ☐ ในผู้ป่วยบางรายอาจพบปัญหาการบวมของมือและเท้าโดยเฉพาะด้านอ่อนแรง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดจนรบกวนการนอนหลับ ผู้ดูแลสามารถแก้ไขในเบื้องต้นได้ด้วยการใช้ผ้าห่ม หมอนข้าง หรือผ้าขนหนูหนุนอวัยวะที่บวมให้สูงขึ้น ☐ ใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งจะช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น ลดการตื่นกลางคืน และทำให้นอนหลับได้นานขึ้น																																				
➤สังเกตอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น มีร้องไห้ แยกตัว อารมณ์แปรปรวน และใช้แบบประเมิน PHQ9 เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า <table border="1"> <thead> <tr> <th>อาการแสดง</th> <th>ไม่มีเลย</th> <th>เป็นบางวัน 1-7 วัน</th> <th>เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน</th> <th>เป็นทุกวัน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>หลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>เหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิด</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		อาการแสดง	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน	เป็นทุกวัน	เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร					ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้					หลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป					เหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง					เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป					รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิด					กรณีพบผู้ป่วยร้องไห้ แยกตัว และคะแนน PHQ9 น้อยกว่า 7 ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ การป้องกันภาวะซึมเศร้า (Depression) ☐ การป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยอธิบายให้แก่ผู้ดูแลให้เข้าใจถึงสาเหตุ การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และความก้าวหน้าของโรคหลอดเลือดสมอง และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และลดความรู้สึกว่า ตนเองด้อยค่า ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมอยู่ตลอดเวลา ไม่มีเวลาอยู่ลำพัง นอกจากนั้นการปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวันจะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้สนิทในเวลากลางคืนให้การฟื้นฟูสภาพ 5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เป็น	
อาการแสดง	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน	เป็นทุกวัน																																		
เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร																																						
ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้																																						
หลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป																																						
เหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง																																						
เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป																																						
รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิด																																						

การประเมิน					การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม					
ว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเอง หรือครอบครัวผิดหวัง					เวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ จะทำให้อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าน้อยลงอย่างชัดเจน และทำให้สมองส่วนหน้าของผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.1 และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.5 นอกจากนั้นการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) จะกระตุ้นการเจริญของจุดเชื่อม (Synapse) ระหว่างใยประสาทนำเข้า (Dendrite) และแกนประสาทนำออก (Axon) ในบริเวณสมองกลีบหน้าส่วนหน้า (Prefrontal cortex) และสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งสัมพันธ์กับความบกพร่องทางอารมณ์ที่ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า⁽⁹⁾ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า และพบคะแนน PHQ9 ตั้งแต่ 7-18 ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการสังเกตอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการเหม่อลอย ไม่อยากอาหาร ไม่สนใจเสื้อผ้า และความสะอาดของร่างกาย และการแสดงความรู้สึกอยากทำร้ายตนเอง เป็นต้น ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมด้วยตนเอง และให้คำชมอย่างจริงใจเพื่อเสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้ป่วย ☐ ดูแลการได้รับยาต้านซึมเศร้าตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของการทำงานที่ (Functional recovery) ภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ
สมาธิไม่ดีเวลาทำ อะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงาน ที่ต้องใช้ความตั้งใจ					
พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจน คนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น					
คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไป คงจะดี					
< 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง					

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	ซึมเศร้า และพบคะแนน PHQ9 ตั้งแต่ 19 ควร ปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ รวบรวมข้อมูล และปรึกษาทีมในการส่งผู้ป่วย ปรึกษาจิตแพทย์ และ/หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
➤ ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยซึ่งน้ำหนัก (ถ้าทำได้) ประเมินความตึงตัวของผิวหนัง (Skin turgor) และ โดยใช้ เกณฑ์ดังต่อไปนี้ -เกณฑ์การใช้ส่วนสูง • น้ำหนักที่เหมาะสมของเพศหญิง= ส่วนสูง-110 • น้ำหนักที่เหมาะสมของเพศชาย= ส่วนสูง-100 หรือ -เกณฑ์การใช้เส้นรอบเอว ซึ่งเส้นรอบเอวจะเข้าบอก ปริมาณไขมันที่สะสมในร่างกาย อ้วนกลางลำตัวแบบ แอปเปิ้ล หรือไขมันที่สะสมบริเวณพุงจะมี ความสัมพันธ์กับโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิต สูง ส่วนผู้ที่ไขมันสะสมบริเวณสะโพก/ต้นขา หรือ ลักษณะการอ้วนบริเวณสะโพก ต้นขาแบบลูกแพร์หรือ ชมพู่จะมีความเสี่ยงน้อยกว่า โดยมีเกณฑ์ดังนี้ (เกณฑ์ ของ สสส.) • ชายชาวเอเชียควรมีเส้นรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว • หญิงชาวเอเชียควรมีเส้นรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้ว -การประเมินความตึงตัวของผิวหนัง (Skin turgor) • ถ้าผิวหนังแบนราบคืนตัวอย่างรวดเร็ว ถือว่า Good skin turgor • ถ้าดึงแล้วผิวหนังย้วยค้างอยู่ ถือว่า Poor skin turgor	กรณีพบผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการเกิน ควร ปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการจัดอาหารที่มี พลังงานเหมาะสมกับผู้ป่วย (คู่มือการฟื้นฟูสุขภาพ) ☐ ประมวลข้อมูล และปรึกษาทีมในการปรับ แผนการรับประทานอาหาร และปรึกษานัก โภชนาการในการกำหนดอาหาร และให้ความรู้กับ ผู้ดูแลและผู้ป่วย กรณีพบผู้ป่วยมีภาวะพร่องโภชนาการ ควร ปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลในการจัดอาหารที่มี พลังงานเหมาะสมกับผู้ป่วย (คู่มือการฟื้นฟูสุขภาพ) ☐ ประมวลข้อมูล และปรึกษาทีมในการปรับ แผนการรับประทานอาหาร และปรึกษานัก โภชนาการในการกำหนดอาหาร และให้ความรู้กับ ผู้ดูแลและผู้ป่วย กรณีพบผู้ป่วยมีผิวแห้ง ความตึงตัวของผิว ลดลง/ poor skin turgor มีอาการของการ ได้รับน้ำไม่เพียงพอ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ ☐ หากไม่มีข้อจำกัดด้านโรคร่วม ผู้ป่วยหลังเกิด โรคหลอดเลือดสมองควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว (แก้วขนาดปกติเท่ากับ 240 มิลลิลิตร) โดยกระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อยชั่วโมงละ 1 แก้ว

การประเมิน	การพยาบาล
ประเมินอย่างละเอียด (Focus Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาเพิ่มเติม	
	และลดปริมาณน้ำดื่มในเวลาเย็นจนถึงกลางคืนเพื่อป้องกันการรบกวนแบบแผนการนอนหลับ
➤ สังเกตจุดจ้ำเลือด รอยฟกช้ำตามตัวเพื่อประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือยาในกลุ่ม Anticoagulant และหรือยาในกลุ่ม Antiplatelet	กรณีพบว่า ผู้ป่วยมีจุดจ้ำเลือดตามตัว ให้ประวัติมีเลือดออกตามไรฟัน, ทางเดินปัสสาวะ ควรปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังนี้ ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการไปพบแพทย์เพื่อปรับขนาดยาในกลุ่ม Antiplatelet และ/หรือ Anticoagulants ☐ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ และสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติตามร่างกาย เช่น เลือดออกตามไรฟัน มีเลือดปนมากับอุจจาระ ปัสสาวะ
3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) กรณีที่รับประทานยาในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drugs) หรือยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) - ค่า INR (International Normalized Ratio) - ค่า PT (Prothrombin time)	ในกรณีที่รับประทานยาในกลุ่ม Anticoagulant และ/หรือ Antiplatelet ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
4) การตรวจพิเศษ (ถ้ามี) ติดตามผลการตรวจจากโรงพยาบาล - ผล CT scan - ผลการตรวจ MRI/MRA (ถ้ามี)	☐ ต้องติดตามผล CT scan และ/หรือ MRI/MRA (ถ้ามี) จากโรงพยาบาลในผู้ป่วยทุกรายเพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณาพยาธิสภาพของผู้ป่วย และวางแผนในการฟื้นฟูสภาพตามหลอดเลือดและให้การพยาบาลได้เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Young FB, Weir CJ, Lees KR. Comparison of the National Institutes of Health Stroke Scale With Disability Outcome Measures in Acute Stroke Trials. *Stroke*. 2005;36(10):2187-92.
2. Quinn TJ, Langhorne P, Stott DJ. Barthel Index for Stroke Trials. *Stroke*. 2011;42(4):1146-51.
3. Jorge LL, de Brito AMdN, Marchi FHG, Hara ACP, Battistella LR, Riberto M. New rehabilitation models for neurologic inpatients in Brazil. *Disability and Rehabilitation*. 2015;37(3):268-73.
4. Wang H, Camicia M, Terdiman J, Mannava MK, Sidney S, Sandel ME. Daily treatment time and functional gains of stroke patients during inpatient rehabilitation. *Pm r*. 2013;5(2):122-8.
5. Lee KB, Lim SH, Kim KH, Kim KJ, Kim YR, Chang WN, et al. Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2015;38(2):173-80.
6. Huang H-C, Huang Y-C, Lin M-F, Hou W-H, Shyu M-L, Chiu H-Y, et al. Effects of Home-Based Supportive Care on Improvements in Physical Function and Depressive Symptoms in Patients With Stroke: A Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2017;98(8):1666-77.e1.
7. Compston A. Aids to the Investigation of Peripheral Nerve Injuries. Medical Research Council: Nerve Injuries Research Committee. His Majesty's Stationery Office: 1942; pp. 48 (iii) and 74 figures and 7 diagrams; with Aids to the Examination of the Peripheral Nervous System. By Michael O'Brien for the Guarantors of Brain. Saunders Elsevier: 2010; pp. [8] 64 and 94 Figures. *Brain*. 2010;133(10):2838-44.
8. Elshafey MA, Abd-Elaziem A, Gouda RE. Functional Stretching Exercise Submitted for Spastic Diplegic Children: A Randomized Control Study. *Rehabilitation Research and Practice*. 2014;2014:814279.
9. Fang J, Cheng Q. Etiological mechanisms of post-stroke depression: a review. *Neurol Res*. 2009;31(9):904-9.
10. Hardwick RM, Rajan VA, Bastian AJ, Krakauer JW, Celnik PA. Motor Learning in Stroke: Trained Patients Are Not Equal to Untrained Patients With Less Impairment. *Neurorehabil Neural Repair*. 2017;31(2):178-89.

11. Pundik S, McCabe J, Skelly M, Tatsuoka C, Daly JJ. Association of spasticity and motor dysfunction in chronic stroke. *Ann Phys Rehabil Med*. 2018.
12. ชื่นชม ลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*. 2555;12(1):97-111.
13. Clark H. Therapeutic Exercise in Dysphagia Management: Philosophies, Practices, and Challenges. *SIG 13 Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*. 2005;14:24-7.
14. Huckabee M, Macrae P. Rethinking Rehab: Skill-Based Training for Swallowing Impairment. *SIG 13 Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*. 2014;23:46-53.
15. Dajpratham P. Dysphagia in Elderly. *J Thai Rehabil Med*. 2013;23(3).
16. Shaker R, Easterling C, Kern M, Nitschke T, Massey B, Daniels S, et al. Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterology*. 2002;122(5):1314-21.
17. Ney D, Weiss J, Kind A, Robbins J. Senescent Swallowing: Impact, Strategies and Interventions. *Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*. 2009;24(3):395-413.
18. American Dietetic Association. The National Dysphagia Diet: standardization for optimal care. Clayton J, editor. Chicago, IL 2002.
19. Thomas LH, Watkins CL, French B, Sutton C, Forshaw D, Cheater F, et al. Study protocol: ICONS: Identifying continence options after stroke: A randomised trial. *Trials*. 2011;12:131-.
20. O'Donnell PD. Behavioral modification for institutionalized individuals with urinary incontinence. *Urology*. 1998;51(2A Suppl):40-2.
21. Prasat Neurological Institute and Thai Neurological Nurse Society. Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke. กรุงเทพมหานคร 2007.
22. Dolscheid-Pommerich RC, Dolscheid S, Eichhorn L, Stoffel-Wagner B, Graeff I. Thrombolysis in stroke patients: Comparability of point-of-care versus central laboratory international normalized ratio. *PloS one*. 2018;13(1):e0190867-e.
23. Suwanmosi P, Kaspichayawattana J. THE EFFECT OF COGNITIVE STIMULATION PROGRAM ON MEMORY OF COMMUNITY-DWELLING OLDER PERSONS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT. *Journal of The Police Nurse*. 2016;8(2):45-57.

24. Trakulsithichoke S, Suwan A. Effects of a Cognitive Stimulation Program on the Cognitive Abilities and Ability to Perform the Activities of Daily Living in Elders Who are at Risk of or have Dementia. Thai Red Cross Nursing Journal. 2016;9(2):145-58.
25. Parra O, Sanchez-Armengol A, Bonnin M, Arboix A, Campos-Rodriguez F, Perez-Ronchel J, et al. Early treatment of obstructive apnoea and stroke outcome: a randomised controlled trial. Eur Respir J. 2011;37(5):1128-36.
26. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. 2016;43(6):585-97.
27. Prasat Neurological Institute. Clinical Practice Guidelines For Stroke Rehabilitation Bangkok2007.
28. ปราณี่ กาญจนวรรณวงศ์. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2550;1:24-34.

สำรวจ.

การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน



เรียบเรียงโดย

ศิริอร สิ้นธุ

ศันสนีย์ รุ่งรัตน์วัชชัย

ปทุมทิพย์ อุดุลวัฒน์ศิริ

พ.ศ. 2562

การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเล่มนี้ เป็นการให้การพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนบนพื้นฐานของการกระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาทโดยคำนึงถึงรอยโรคของโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Brain lesion) และภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสภาพที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันความพิการ และเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สภาพใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยใช้เวลา 5 วัน/สัปดาห์ วันละ 3 ชั่วโมง

ก่อนให้การฟื้นฟูสภาพ พยาบาลควรประเมินความพร้อมการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญต่างๆ ของร่างกายที่จะส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูสภาพที่ดี เช่น ระบบย่อยและการขับถ่าย พยาบาลประเมินภาวะโภชนาการ ผิวหนัง การทำงานของลำไส้ ระบบหัวใจ หลอดเลือดและการเผาผลาญ พยาบาลประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ การเต้นของหัวใจ และประเมินความพร้อมด้านจิตใจ การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ เป็นต้น เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ

การดูแลผู้ป่วยตามอาการแสดงหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยทั่วไป การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพทางระบบประสาท และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการเดินไม่ได้ (Complications of immobility) ⁽¹⁾ ตามรายละเอียดดังนี้

การดูแลสุขอนามัยทั่วไป

1. การดูแลสุขอนามัยทั่วไป

การดูแลสุขอนามัยทั่วไป เป็นการดูแลความสะอาดร่างกายโดยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองให้มากที่สุด นอกจากจะส่งเสริมการฟื้นตัวหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังเป็นการกระตุ้นให้มีกิจกรรมในเวลากลางวันซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหลับสนิท และ/หรือหลับได้ง่ายในเวลากลางคืนอีกด้วยเนื่องจากผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับในเวลากลางคืน ซึ่งการฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะเริ่มเมื่อผู้ป่วยสามารถทรงตัวในท่านั่งได้

การอาบน้ำ/ทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้ดูแลควรช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำ ความสะอาดร่างกายทั้งหมด สำหรับผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ผู้ดูแลควรช่วยเหลือผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นเพื่อฝึก

การเรียนรู้ในการใช้แขนขาต้านปกติมาดูแลตนเอง นอกจากนั้น ผู้ดูแลอาจจะดัดแปลงอุปกรณ์ช่วยในการทำความสะดวก ร่ากาย



วิธีการนั่งอาบน้ำ

การสวมใส่-ถอดเสื้อผ้า ถุงเท้า และรองเท้า ควรสวมจากด้านอ่อนแรงก่อน แล้วจึงสวมข้างปกติ ส่วนการถอดเสื้อผ้าให้ ถอดจากด้านปกติก่อน และถอดด้านอ่อนแรงสุดท้าย ส่วนการสวมเสื้อชั้นในสตรี ให้พาดเสื้อชั้นในรอบเอว โดยหมุนให้ ด้านที่มีตะขอติดอยู่ด้านหน้า และใช้มือข้างมีแรงกดตะขอให้เรียบร้อย ใช้มือข้างมีแรงดึงสายเสื้อชั้นในให้ขึ้นไปพาดไหล่ ใช้แขนข้างมีแรงสอดอยู่ใต้สายเสื้อชั้นใน ดึงสายเสื้อชั้นในจนถึงไหล่ และใช้แขนข้างมีแรงดึงสายเสื้อชั้นในด้าน อ่อนแรง จนถึงไหล่จัดให้อยู่ในสภาพเรียบร้อย

การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้บ้าง สามารถทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์พร้อมๆกับการอาบน้ำ

เพศหญิง ให้ทำความสะอาดจากด้านหน้าไปด้านหลัง ฟอกสบู่ และใช้น้ำสะอาดชำระบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จาก ด้านหน้าไปด้านหลังเช่นเดิม ซับให้แห้ง และสวมเสื้อผ้า

เพศชาย ชำระอวัยวะสืบพันธุ์โดยดึงหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศลงด้วยเสมอ ฟอกสบู่ ให้ทั่วทั้งอวัยวะสืบพันธุ์ และ ทวารหนัก จากนั้นใช้น้ำสะอาดชำระบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และทวารหนัก ซับให้แห้ง และสวมเสื้อผ้า

สำหรับผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ผู้ดูแลควรช่วยเหลือในการทำ ความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น

การส่งเสริมการกลืนและการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งจะมีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งจะทำให้สำลัก โดยที่อาการสำลักนี้เองที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลไม่กล้ารับประทานอาหารและดื่มน้ำ จึงเกิดภาวะขาดน้ำ ขาดอาหารทำให้เกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และทางเดินหายใจ รวมถึงคุณสมบัติการ ปรับตัวได้ของสมอง โดยเปลี่ยนแปลงยีนที่กระตุ้นให้สมองมีการปรับตัว (The plasticity-associated genes brain-

derived neurotrophic factor; BDNF) ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ไม่ดี รวมถึงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย ผู้ดูแลจึงควรส่งเสริมการกลืนและการรับประทานอาหารได้ดังต่อไปนี้

ลักษณะของอาหารที่เหมาะสมกับการฝึกกลืน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1. อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากปานกลางถึงมากซึ่งอาจเป็นผู้ที่เริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนน้ำ กลืนและเคี้ยวอาหาร ได้แก่ อาหารปั่นข้นให้เหนียวเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่มีน้ำ (Thick puree-no liquid) และไม่ต้องเคี้ยว ตัวอย่างเช่น โจ๊กข้นๆ เยลลี่ แยม ไข่ตุ๋น สังขยา ฟักทองบด ผักบด/ปั่นละเอียด เนื้อสัตว์ปั่นละเอียดมากๆ ซุปข้นปั่น เต้าหู้ เต้าฮวย โยเกิร์ตครีมข้น กล้วยขูด **งดซूपใสทุกชนิด**เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากจะไม่สามารถควบคุมก้อนอาหาร เมื่ออาหารผ่านเข้าช่องปากจะไหลลงสู่หลอดอาหารอย่างรวดเร็ว จนบางครั้งจะสำลักเนื่องจากอาหารเหลวไหลเข้าสู่หลอดลม แต่ในขณะที่อาหารที่มีความข้น หนืดจะไหลลงในหลอดอาหารช้ากว่า
2. อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากปานกลาง (Thick and thin puree) ซึ่งสามารถกลืนได้เล็กน้อย แต่ยังไม่สามารถกลืนซूपใสได้ ได้แก่ อาหารปั่นที่มีความข้นปานกลาง เนื่อนุ่มเป็นก้อน แต่เคี้ยวได้ (Semi-solid) ตัวอย่างเช่น ข้าวต้มปั่นละเอียด โจ๊ก มักกะโรนีปั่น ก๋วยเตี๋ยวปั่น ครีมซूपข้น ผลไม้ปั่น กล้วยขูด ไข่ลวก ไอศกรีม ซีเรียลผสมนม เป็นต้น
3. อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากเล็กน้อยซึ่งเป็นอาหารที่มีเนื้อหยาบเพิ่มขึ้น **น้ำซूपขลิกลักษณะนุ่ม** (Mechanical soft - thick liquids) เป็นอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย ตัวอย่างเช่น ข้าวต้มข้น มักกะโรนี ก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี สปาเกตตี ผลไม้กระป๋อง กล้วยเชื่อม ผลไม้ปั่นๆปอกเปลือก เช่น มะม่วงสุก ฝรั่งสุก ส้ม ไม่มีเยื่อหุ้ม ครีมซूप เนื้อสัตว์ตุ๋นเปื่อยๆ ขนมนิ่มๆ ผักใบเขียวต้ม/นึ่งนิ่มๆ มันต้ม/บด เผือกบด ฟักทองต้ม/บด น้ำมะเขือเทศ **งดอาหารประเภทเครื่องดื่มหลว** ใส ชา กาแฟ นม น้ำผลไม้ น้ำซूपใส ถั่ว ลูกอม ลูกกวาด
4. อาหารปกติ ในผู้ป่วยที่สามารถกลืนได้ดี และปลอดภัย (Mechanical soft diet - liquids as tolerated) รวมถึงใช้เวลาในการรับประทานอาหารในแต่ละมื้ออย่างเหมาะสม อาจให้รับประทานอาหารปกติ ได้แก่ ข้าวสวย นิ่มๆ ต้มจืดผักเปื่อยๆ น้ำซूप น้ำผลไม้ปั่น ขนมนิ่มๆ แต่**ควรเลี่ยงอาหารแข็ง** กลืนลำบาก ที่จะทำให้ผู้ป่วยไอหรือสำลัก เช่น อาหารทอดกรอบ ถั่วหรือเมล็ดพืช และขนมปังกรอบ เป็นต้น นอกจากผู้ดูแลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับการฝึกกลืนตามภาวะกลืนลำบากของผู้ป่วยแล้ว ควรคำนึงถึงภาวะโภชนาการ และปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย

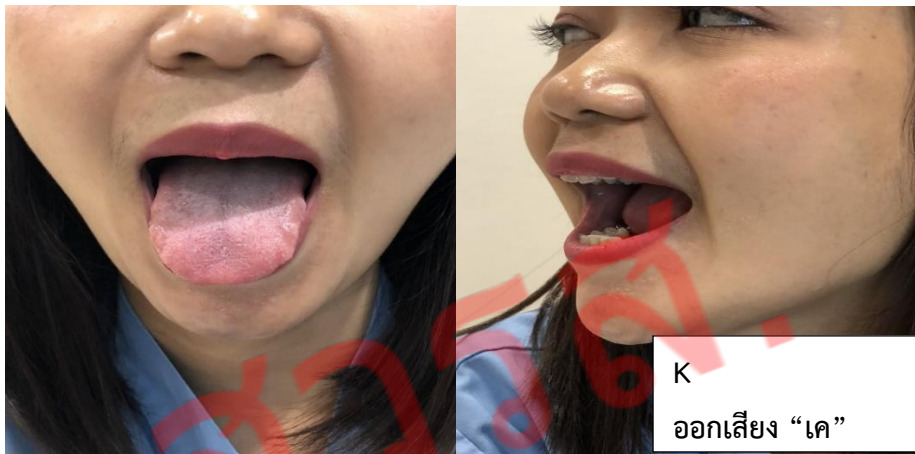
การบริหารลิ้น ริมฝีปาก และขากรรไกร โดยฝึกอย่างน้อย 10 ครั้ง/วัน ^(2, 3)

1. การบริหารลิ้น (Tongue exercises) ได้แก่ การบริหารลิ้นตามพิสัย (Range of Motion) และการฝึกแรงต้าน (Tongue resistance)

1.1.การบริหารลิ้นตามพิสัย (Range of Motion)

ท่าที่หนึ่ง: แลลิ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้และค้างไว้ นับในใจ 3 ถึง 5 วินาที ผ่อนคลายให้อยู่ในท่าปกติ ทำซ้ำอีก 5 รอบ

ท่าที่สอง ออกเสียง “เค” เพื่อให้ด้านหลังของลิ้นขึ้นไปแตะเพดานปาก ค้างไว้ นับในใจ 3 วินาที ผ่อนคลายให้อยู่ในท่าปกติ และทำซ้ำอีก 5 รอบ



ท่าที่สาม ทำซ้ำท่าที่หนึ่ง และท่าที่สอง จากนั้นผ่อนคลายให้อยู่ในท่าปกติ ทำซ้ำ 5 รอบ



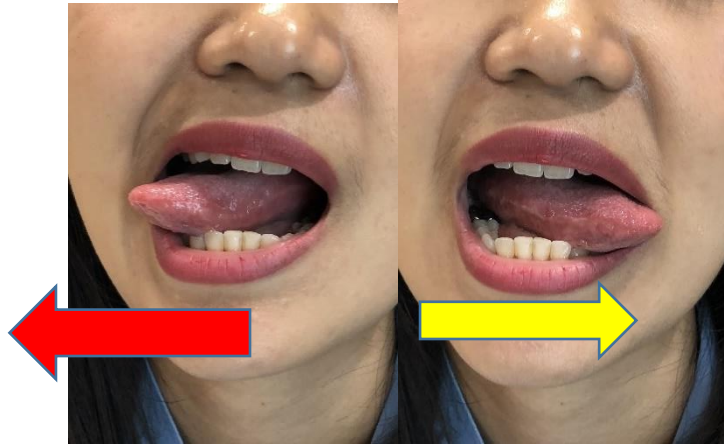
ท่าที่สี่ กระดกปลายลิ้นขึ้น แตะปุ่มเหงือกบริเวณด้านหลังของฟันหน้า หากไม่มีฟัน ให้ใช้ปลายลิ้นแตะบริเวณปุ่มเหงือกของฟันบน เปิดปากให้กว้างที่สุดเท่าที่จะทำได้ขณะที่ลิ้นยังแตะบริเวณปุ่มเหงือกค้างไว้ นับในใจ 3-5 วินาที ผ่อนคลายให้อยู่ในท่าปกติ และทำซ้ำ 5 รอบ



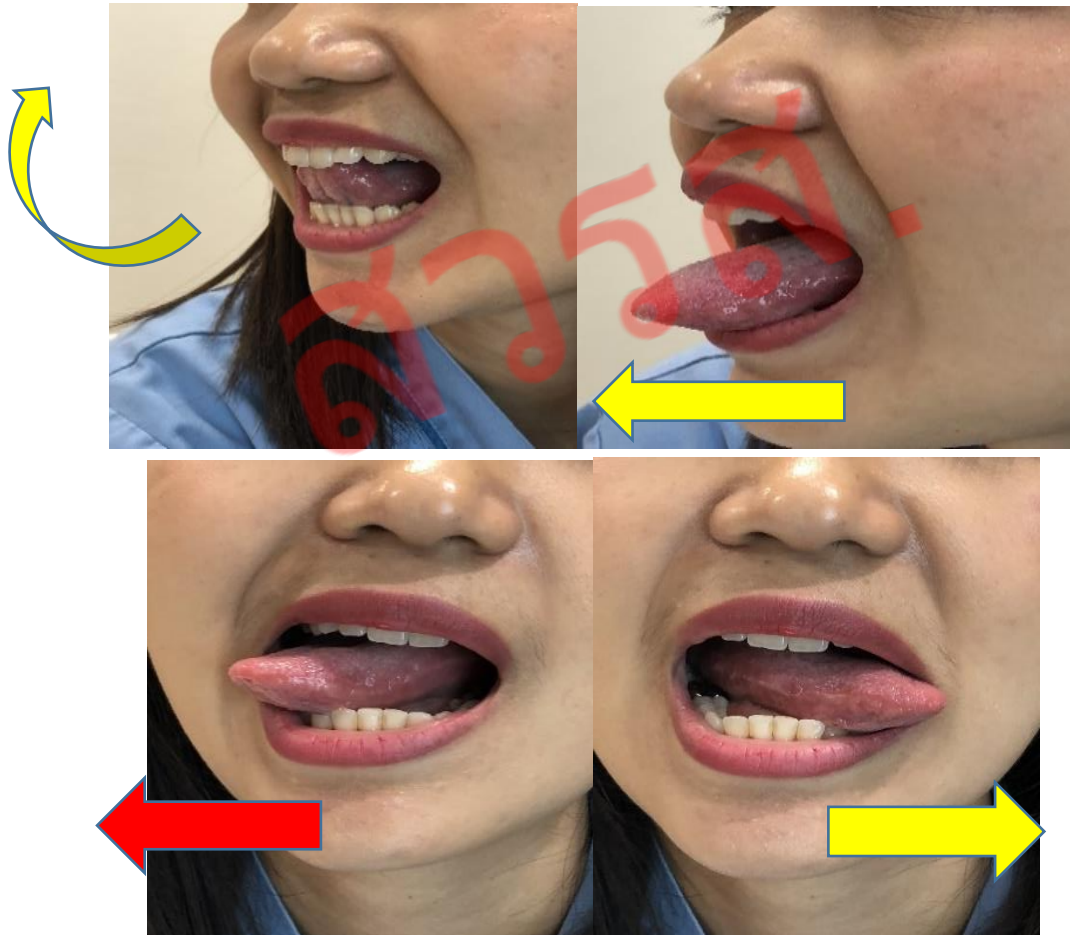
ท่าที่ห้า กระจกปลายลิ้นขึ้นไปแตะปุ่มเหงือกด้านหลังของฟันหน้า ขยับลิ้นไปมาหน้า-หลังในแนวนอนกับเพดานปาก ผ่อนคลายให้อยู่ในท่าปกติ ทำซ้ำ 5 รอบ



ท่าที่หก ขยับลิ้นไปยังมุมปากไปมาซ้ายขวา โดยค้างไว้แต่ละข้าง 3-5 วินาที จากนั้นผ่อนคลายให้อยู่ในท่าปกติ และทำซ้ำ 5-10 รอบ

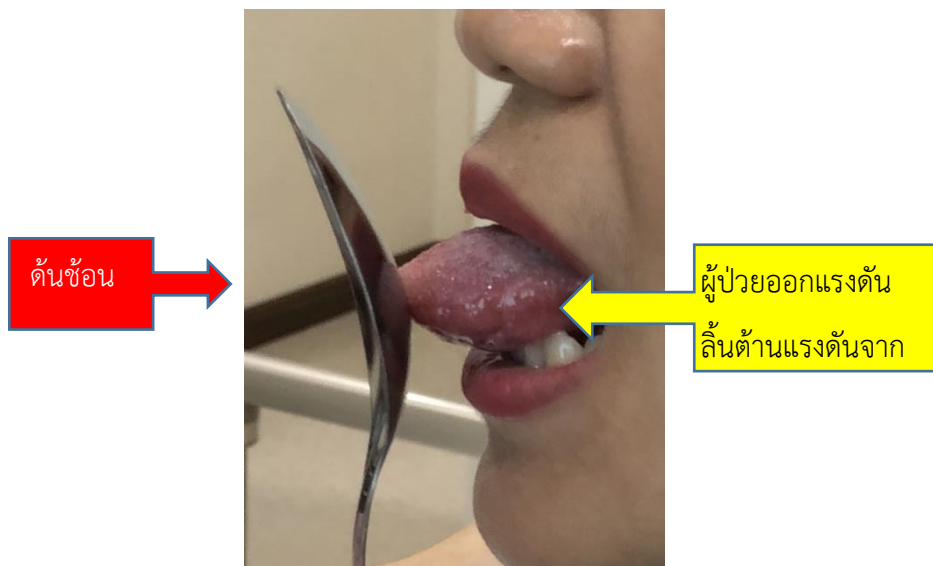


ท่าที่เจ็ด ทำซ้ำท่าที่สี่ ห้า หก โดยค้างไว้ท่าละ 3-5 วินาที จากนั้น ผ่อนคลายให้อยู่ในท่าปกติทำซ้ำ 5 รอบ



1.2.การฝึกแรงต้าน (Tongue resistance)

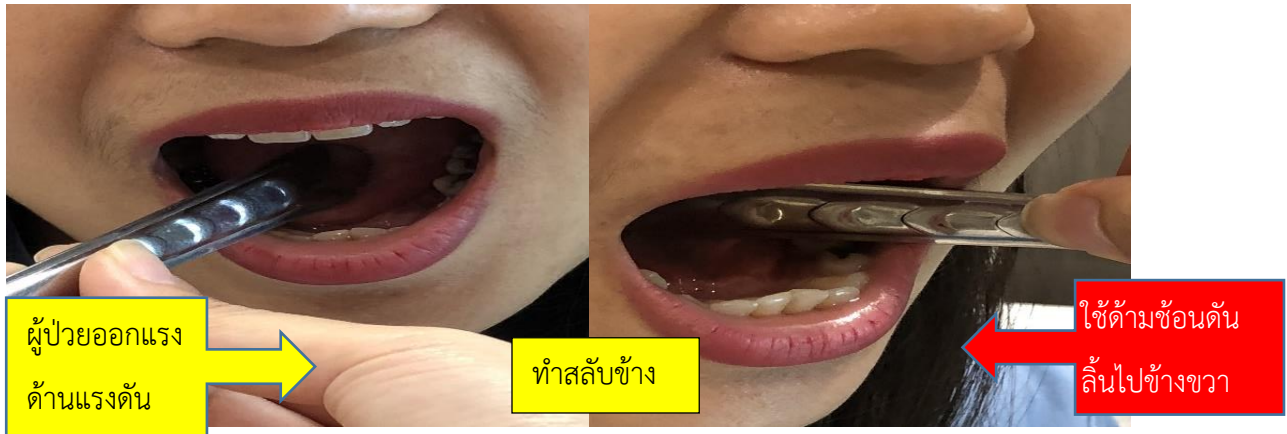
ท่าที่หนึ่ง แลบลิ้นออกไปและใช้ด้านหลังของซ้นดันปลายลิ้นไว้ และใช้ลิ้นดันต้านแรงของซ้นที่กด ทำค้างไว้ 1-2 วินาที ทำซ้ำ 5 รอบ



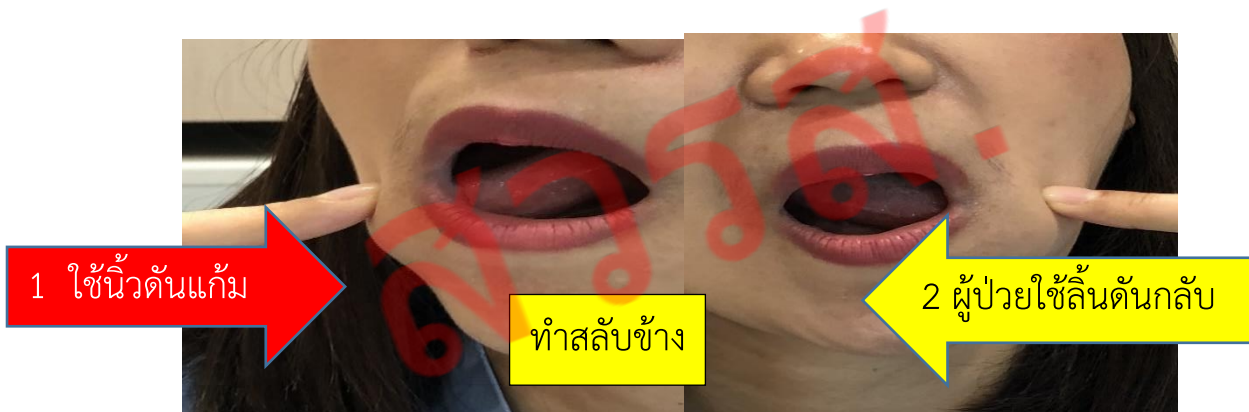
ท่าที่สอง แลบลิ้นออกมา ใช้ด้านหลังของซ็อนกดลิ้นลง และใช้ลิ้นดันต้านแรงของซ็อนที่กด ทำค้างไว้ 1 วินาที ทำซ้ำ 5 รอบ



ท่าที่สาม ใช้ด้ามซ็อนดันลิ้นไปกระพุ่มแก้มให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และใช้ลิ้นดันต้านแรงด้ามซ็อนค้างไว้ 1-3 วินาที ทำซ้ำแต่ละข้าง ซ้ำละ 5 รอบ



ท่าที่สี่ ใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้มด้านในต้านกับแรงดันที่ใช้นิ้วกดแก้มด้านนอก ต้านกันค้างไว้ 1-2 วินาที ผ่อนคลายให้อยู่ในท่าปกติ และทำซ้ำกับแก้มซ้าย สลับไปมาข้างละ 5 รอบ



1.3.การบริหารขากรรไกร (Jaw exercises) ได้แก่

ท่าที่หนึ่ง อ้าปากให้กว้างที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้จนกระทั่งรู้สึกว่ามีเสียงดัง แต่ไม่เจ็บ นับ 1-5 ในใจ ต่อมาผ่อนคลายเป็นปกติ ทำซ้ำ 5 รอบ



ท่าที่สอง ขยับขากรรไกรไปด้านข้างให้สุดค้างไว้ 5 วินาที จากนั้นผ่อนคลายเป็นปกติ ทำซ้ำด้านตรง ค้างไว้ 5 วินาที เช่นกัน จากนั้นผ่อนคลายเป็นปกติ ทำสลับซ้ายขวานับเป็น 1 รอบ ให้ทำครั้งละ 5 รอบ



ท่าที่สาม เคลื่อนไหวขากรรไกรเป็นวงกลมให้ครบรอบ แล้วผ่อนคลายเป็นปกติ ทำซ้ำโดยขยับไปด้านตรงข้าม ผ่อนคลาย จากนั้นทำซ้ำสลับซ้ายขวาข้างละ 5 รอบ



1.4.การบริหารริมฝีปาก (Lips exercises) ได้แก่ การบริหารริมฝีปากตามพิสัย (Range of Motion) และการเม้มริมฝีปาก (Lips closure) ยึดแบบปิดปากให้มากที่สุด ค้างไว้ 5 วินาที ผ่อนคลาย และทำซ้ำ 5 รอบ ทำปากจู๋ ค้างไว้ 5 วินาที ผ่อนคลาย และทำซ้ำ 5 รอบ ยึดและทำปากจู๋ให้ได้มากที่สุด ผ่อนคลาย และทำซ้ำ 5 รอบ



เม้มริมฝีปากเม้มริมฝีปาก กดให้แน่นนับ 1-5 ในใจ ผ่อนคลาย และทำซ้ำ 5 รอบ



เม้มริมฝีปาก คางไม่กดลิ้นหรือซ้อนไว้ และนับ 1-5 ในใจ ผ่อนคลาย และทำซ้ำ 5 รอบ



ทำแก้มป่องค้างไว้ ขยับกล้ามเนื้อบริเวณแก้มเพื่อให้แก้มป่องสลับกันซ้ายและขวา นับในใจ 1-5 ผ่อนคลาย และทำซ้ำ 5-10 รอบ



การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ช่วยการกลืนและหูดของหลอดอาหารส่วนต้น (Shaker exercise) ผู้ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบกับเตียงและให้ยกศีรษะโดยไม่ยกไหล่ขึ้นมองปลายเท้าตนเอง นับในใจค้างไว้ 1 นาที ทำ 3 ครั้งติดต่อกัน แล้วพัก 1 นาที นับเป็น 1 รอบ จากนั้นให้เริ่มต้นทำใหม่จนครบ 10 รอบ ⁽⁴⁾



การนอน และการจัดท่านอน นอกจากเป็นการจัดท่าให้สบายแล้ว ยังเป็นการจัดท่านอนเพื่อลดการหดเกร็งของแขนขาได้อีกด้วย โดยมีวิธีการจัดท่างต่อไปนี้

1. ท่านอนหงาย ⁽⁵⁾ ควรใช้หมอนใบเล็กๆหนุนศีรษะ ใต้ไหล่ ข้อ และปุ่มกระดูกต่างๆ กางไหล่ออก และม้วนผ้าขนาดหนาผืนเล็กๆสอดไว้ในฝ่ามือ



- ✓ ใช้ผ้าหรือหมอนบางๆรองใต้เข่าให้ข้อเข่างอเล็กน้อย หมุนบริเวณด้านนอกของต้นขาข้างอ่อนแรงด้วยหมอน หรือผ้า เพื่อป้องกันสะโพกบิดออกด้านนอก
- ✓ ใช้หมอนหรือผ้าหนาๆดันปลายเท้าไว้เพื่อป้องกันปลายเท้าตก

2. ท่านอนตะแคงทับด้านปกติ



- ✓ จัดให้ศีรษะโน้มไปข้างหน้าเล็กน้อย ใช้หมอนรองที่แขนด้านอ่อนแรง ม้วนผ้าขนหนูผืนเล็กๆ และสอดไว้ในมือข้างอ่อนแรง
- ✓ งอสะโพกและเข่าด้านอ่อนแรง ใช้หมอนหรือผ้าหนาๆ รองใต้ขาหนีบและเข่า

3. ท่านอนตะแคงด้านอ่อนแรง



- ✓ งอสะโพกและเข่าข้างดีเล็กน้อย ใช้หมอนหรือผ้าหนาๆ รองใต้ขาหนีบและเข่า แขนขาข้างอ่อนแรงเหยียดตรง
- ✓ หากผู้ป่วยมีภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อเป็นระยะเวลานาน อาจต้องปรึกษาแพทย์เพื่อรับประทานยา / การฉีดยาลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

4. การฝึกขยับตัวบนเตียง ให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างปกติช่วยในการพลิกตะแคงตัว โดยปฏิบัติดังนี้

- 4.1. ให้ผู้ป่วยหันไปด้านปกติ ใช้มือจับมือด้านอ่อนแรงไว้
- 4.2. ให้ผู้ป่วยงอขาขึ้น และผู้ดูแลช่วยประคองข้อสะโพกและข้อเข่าให้พลิกตะแคงตามไป
- 4.3. ผู้ดูแลช่วยขยับแขนขาด้านอ่อนแรงให้มาอยู่ด้านหน้าโดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่ากึ่งตะแคงกึ่งคว่ำ

- 4.4. ให้ผู้ดูแลหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย จับไหล่ด้านอ่อนแรงไว้ และค่อยๆใช้มือกดบริเวณสะโพก พยุงผู้ป่วยจากท่านอนขึ้นเป็นท่านั่ง
- 4.5. ให้ผู้ป่วยทรงตัวอยู่ในท่านั่งบนเตียงโดยผู้ดูแลต้องอยู่ด้วยตลอดเวลา
- 4.6. ศีรษะตั้งตรง บ่าทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน ลำตัวตั้งตรง
- 4.7. ทิ้งน้ำหนักให้เท่ากันทั้งสองข้าง
- 4.8. ใช้มือข้างปกติยันเตียงไว้
- 4.9. ใช้เท้ายันพื้นไว้ ทิ้งน้ำหนักเท่ากันทั้งสองข้าง

การฝึกเพื่อลดปัญหาจากภาวะปัสสาวะเล็ด / กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ⁽⁶⁾

1. ปัสสาวะคั่งค้าง

- 1.1. หากคาสายสวนปัสสาวะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ อย่างน้อย 2,000-3,000 ซีซีต่อวัน และเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ และเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 3-4 สัปดาห์ หมั่นสังเกตสี ความใสของน้ำปัสสาวะที่ฉีดไปจากเดิม หากพบให้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที
- 1.2. หากเริ่มปัสสาวะได้เอง ให้สวนปัสสาวะเป็นระยะๆ ทุก 4-6 ชั่วโมง และหากพบว่า มีน้ำปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะไม่เกิน 100 ซีซี จึงพิจารณาเลิกสวน

2. ปัสสาวะเล็ด

- 2.1. ควบคุมปริมาณน้ำดื่ม โดยลดการดื่มน้ำในเวลาเย็นจนถึงกลางคืน
- 2.2. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และหลีกเลี่ยงการใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล หรือน้ำตาลเทียมซึ่งจะมีฤทธิ์ในการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ
- 2.3. เพศชาย: การคาสายสวนแบบถ่วงยางอนามัย
- 2.4. เพศหญิง: ผ้าอ้อมสำเร็จรูป
- 2.5. การฝึกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Pelvic floor muscle training) หรือ Kegel exercise เพื่อสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานและการควบคุมกระเพาะปัสสาวะโดยอธิบายให้เข้าใจว่า ให้ฝึกจากการถ่ายปัสสาวะ โดยเริ่มถ่ายปัสสาวะจำนวนหนึ่ง และให้กลั้นปัสสาวะไว้ในระยะเวลาสั้นๆ จะรู้สึกว่ามีหลอดหรือท่อปัสสาวะ ทวารหนัก และกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานหดเกร็ง เรียกว่า ขมิบ หรือการฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ดังนั้น การฝึกการขมิบจะเริ่มต้นจากการทำเหมือนกลั้นปัสสาวะไว้ นับในใจ 1-10 จากนั้น ให้ค่อยๆคลายออกช้าๆ นับในใจ 1-10 เช่นกัน เรียกขั้นตอนทั้งหมดนี้ว่า 1 รอบขมิบ ควรขมิบวันละสองรอบ เข้า/เย็น โดยแต่ละ

รอบให้ฝึก 10-20 รอบขมิบ⁽⁷⁾ การกลั้นปัสสาวะจะเริ่มดีขึ้น/สามารถกลั้นได้นานขึ้นหากได้รับการฝึกตั้งแต่ 2 สัปดาห์เป็นต้นไป

- 2.6. สำหรับผู้ป่วยที่มีรอยโรคของสมองกลีบหน้า : ให้กระตุ้นการถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา (Timed voiding) หรือทำตารางเวลาที่จะไปถ่ายปัสสาวะทุกๆ 2 ชั่วโมง เว้นขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ^(7, 8) หรือขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่มีรู้สึกปวด (Prompt voiding) และค่อยๆขยายกำหนดเวลาถ่ายปัสสาวะออกไป⁽⁹⁾

การฟื้นฟูสภาพระบบประสาท

2. การฟื้นฟูสภาพระบบประสาท

อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทแบ่งตามตำแหน่งของการเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด โดยมีอาการแสดงที่เข้ากับรอยโรคของสมองที่หลอดเลือดต่างๆซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

- 2.1. การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในกลุ่มอาการที่หลอดเลือด Anterior Cerebral Artery ไปเลี้ยง ได้แก่ สมองส่วน Frontal และ Parietal ซึ่งมีกิจกรรมการฟื้นฟูระบบประสาทที่เหมาะสมในการกระตุ้นการฟื้นตัวดังต่อไปนี้

กิจกรรมการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation intervention) จากเครื่องมือกระตุ้นความสามารถในการรู้คิด (Cognitive abilities) ของปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอาทิตยา สุวรรณ ใช้เวลา 45-60 นาที วันละ 2 ครั้ง^(10, 11) โดยปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละหัวข้อต่อวันให้ครบทั้ง 12 หัวข้อ แล้วให้วนกลับไปเริ่มต้นที่หัวข้อที่ 1 ใหม่ จนครบ 1 เดือน

1. การรับรู้เกี่ยวกับร่างกาย/ อวัยวะ ต่าง ๆ (physical games) ได้แก่ กิจกรรมทายชื่อ อวัยวะจากการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น
2. การรับรู้เสียง (sound) ได้แก่ กิจกรรมทายเสียงที่ได้ยิน เช่น เสียงนกกร้อง เสียง คลื่น และเสียงจากรถยนต์ที่ผ่านไปมา
3. การรับรู้ช่วงชีวิตที่ผ่านมา เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ (childhood) ได้แก่ กิจกรรมเรียงลำดับเหตุการณ์ของภาพในแต่ละช่วงวัย และกิจกรรมเล่าความทรงจำที่ประทับใจในอดีต
4. การรับรู้รสชาติและการทำอาหาร ง่าย ๆ (food) ได้แก่ กิจกรรมชิม ดม สัมผัส
5. การรับรู้เหตุการณ์ปัจจุบัน (current affairs) ได้แก่ กิจกรรมทายความรู้รอบตัว เช่น ชื่อนายกรัฐมนตรีของประเทศไทยในปัจจุบัน สถานการณ์ปัจจุบัน ชื่อญาติ หรือบุคคลในครอบครัว
6. การใช้ภาษา (word association) ได้แก่ ลากเส้นต่อจุด และให้บอกว่าเป็นภาพอะไร มีหน้าที่อะไร หรือใช้ทำอะไร

7. อาหารจานโปรด โดยให้บอกชื่ออาหารที่ผู้ป่วยชอบมา 5 อย่าง และอธิบายส่วนประกอบของอาหารชนิดนั้นๆ
8. การจัดประเภทสิ่งของเครื่องใช้ใน ชีวิตประจำวัน สัตว์ หรือผลไม้(categorizing objects) ได้แก่ กิจกรรมจับคู่ประเภทสิ่งของให้ ถูกต้อง และกิจกรรมจัดหมวดหมู่ภาพเหมือนกัน อยู่ด้วยกัน
9. การรับรู้วัน/ เวลา/ สถานที่/ บุคคล (orientation) ได้แก่ กิจกรรมจำชื่อ ใบหน้าของสมาชิกในครอบครัว และกิจกรรมทายใบหน้าบุคคลสำคัญ
10. การใช้เงิน (using money) ได้แก่ กิจกรรมทอนเงินโดยคิดเลขในใจ และกิจกรรมเติมตัวเลขในช่องว่าง
11. กิจกรรมเล่าประวัติของตนเอง
12. เกมคำศัพท์ (word games) ได้แก่ กิจกรรมคิดคำตามคำสั่ง เช่น คิดชื่อดอกไม้ ชนิดต่าง ๆ สัตว์ คำกริยา คำคุณศัพท์ คำพังเพย และวลี ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

กิจกรรมการฝึกการรับรู้ความรู้สึกของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Proprioceptive training program) โดย **การออกกำลังกายตามพิสัยของข้อ (Range of Motion; ROM)** วันละ 1 ชั่วโมง (แบ่งทำ 2 ครั้ง นานครั้งละ 30 นาที) โดยใช้เวลา 5 วันต่อสัปดาห์⁽¹²⁾

เริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย 10 นาที หรือการประคบอุ่นตามข้อต่างๆ และ**การออกกำลังกายเพื่อรักษาพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (Passive Range Of Motion exercise [PROM] and/or Active-assisted Range Of Motion exercise)** วันละ 2 ครั้ง จำนวน 16 ข้อ (คอ, ไหล่, ศอก, ข้อมือ และข้อนิ้ว, ข้อสะโพก, ข้อเข่า, และข้อเท้า) ใช้ระยะเวลา 15-20 วินาที/การเคลื่อนไหวของแต่ละข้อ (ROM) และ**การฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ (Isometric exercise)** เป็นการบริหารกล้ามเนื้อแบบเกร็งอยู่กับที่ มีแรงต้านคงที่โดยไม่มีการเคลื่อนไหวข้อ ประกอบด้วย การเกร็งกล้ามเนื้อ biceps, triceps, quadriceps gluteus maximus กล้ามเนื้ออกและหลังเพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การดันกำแพง การกำหมัดและเกร็งค้างไว้ การใช้มือสองข้างดันเก้าอี้และยกกันลอยตัวค้างไว้ ออกแรงเกร็งกระดกข้อเท้าขึ้นเต็มกำลัง นับ 1-5 พัก 2-3 วินาที ทำให้ครบ 10 ครั้งสลับกับออกแรงเกร็งกระดกข้อเท้าลงเต็มกำลังนับ 1-5 พัก 2-3 วินาที ทำให้ครบ 10 ครั้ง นับเป็น 1 เซต ยกน้ำหนัก/ขวดน้ำ (500-1,000 มิลลิลิตร เพิ่มขึ้นตามกำลัง) หมัดถุงทรายไว้ที่เท้าแล้วยกขาขึ้น-ลงค้างไว้ เป็นต้น ทุกท่าควรเกร็งค้างไว้ 5-10 วินาที พัก 10 วินาที ทำ 10 ครั้ง/รอบ ทำ 1-3 รอบ/วัน ช่วยในการควบคุมท่าทาง และการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ รวมถึงลดภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (Spasticity) อีกด้วย⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นคุณสมบัติการปรับตัวได้ของสมอง (Neuroplasticity) ด้วยวิธีการออกกำลังกายโดยผสมผสานการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) ร่วมกับการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) จะกระตุ้นการเจริญของจุดเชื่อม (Synapse) ระหว่างใยประสาทนำเข้า (Dendrite) และแกนประสาทนำออก (Axon) ของเซลล์สมอง⁽¹⁴⁾

กิจกรรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน (Global strengthening) เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strength) โดยเกร็งกล้ามเนื้อคางไว้(Isometric contraction of elbow flexor) นาน 5-10 วินาที โดยให้ไหล่กาง 45 องศา และศอกทำมุม 90 องศากับลำตัว จำนวน 10 ครั้ง/รอบ ทำ 3-5 รอบ ในแต่ละรอบพัก 1 นาที เพื่อป้องกันการล้าของกล้ามเนื้อ โดยใช้เวลาฝึกอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง⁽¹⁵⁾

2.2. การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในกลุ่มอาการที่หลอดเลือด Middle Cerebral Artery ไปเลี้ยง ได้แก่ สมองส่วน Frontal, Parietal และ Temporal ซึ่งมีกิจกรรมการฟื้นฟูระบบประสาทที่เหมาะสมในการกระตุ้นการฟื้นตัวดังต่อไปนี้

กิจกรรมการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation intervention) จากเครื่องมือกระตุ้นความสามารถในการรู้คิด (Cognitive abilities) ของปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอาทิตยา สุวรรณ ใช้เวลา 45-60 นาที วันละ 2 ครั้ง ^(10, 11) โดยปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละหัวข้อต่อวันให้ครบทั้ง 12 หัวข้อ แล้วให้วนกลับไปเริ่มต้นที่หัวข้อที่ 1 ใหม่ จนครบ 1 เดือน

13. การรับรู้เกี่ยวกับร่างกาย/ อวัยวะ ต่าง ๆ (physical games) ได้แก่ กิจกรรมทายชื่อ อวัยวะจากการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น
14. การรับรู้เสียง (sound) ได้แก่ กิจกรรมทายเสียงที่ได้ยิน เช่น เสียงนกร้อง เสียง คลื่น และเสียงจากรบนาทองถนน
15. การรับรู้ช่วงชีวิตที่ผ่านมา เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ (childhood) ได้แก่ กิจกรรมเรียงลำดับเหตุการณ์ของภาพในแต่ละช่วงวัย และกิจกรรมเล่าความทรงจำที่ประทับใจในอดีต
16. การรับรู้รสชาติและการทำอาหาร ง่าย ๆ (food) ได้แก่ กิจกรรมชิม ต้ม สัมผัส
17. การรับรู้เหตุการณ์ปัจจุบัน (current affairs) ได้แก่ กิจกรรมทายความรู้รอบตัว เช่น ชื่อนายกรัฐมนตรีของประเทศไทยในปัจจุบัน สถานการณ์ปัจจุบัน ชื่อญาติ หรือบุคคลในครอบครัว
18. การใช้ภาษา (word association) ได้แก่ ลากเส้นต่อจุด และให้บอกว่าเป็นภาพอะไร มีหน้าที่อะไร หรือใช้ทำอะไร
19. อาหารจานโปรด โดยให้บอกชื่ออาหารที่ผู้ป่วยชอบมา 5 อย่าง และอธิบายส่วนประกอบของอาหารชนิดนั้นๆ
20. การจัดประเภทสิ่งของเครื่องใช้ใน ชีวิตประจำวัน สัตว์ หรือผลไม้(categorizing objects) ได้แก่ กิจกรรมจับคู่ประเภทสิ่งของให้ ถูกต้อง และกิจกรรมจัดหมวดหมู่ภาพเหมือนกัน อยู่ด้วยกัน
21. การรับรู้วัน/ เวลา/ สถานที่/ บุคคล (orientation) ได้แก่ กิจกรรมจำชื่อ ใบหน้าของสมาชิกในครอบครัว และกิจกรรมทายใบหน้าบุคคลสำคัญ

22. การใช้เงิน (using money) ได้แก่ กิจกรรมทอนเงินโดยคิดเลขในใจ และกิจกรรมเติมตัวเลขในช่องว่าง
23. กิจกรรมเล่าประวัติของตนเอง
24. เกมคำศัพท์ (word games) ได้แก่ กิจกรรมคิดคำตามคำสั่ง เช่น คิดชื่อดอกไม้ ชนิดต่าง ๆ สัตว์ คำกริยา คำคุณศัพท์ คำพังเพย และวลี ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

กิจกรรมการฝึกการรับรู้ความรู้สึกของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Proprioceptive training program) โดย **การออกกำลังกายตามพิสัยของข้อ (Range of Motion; ROM)** วันละ 1 ชั่วโมง (แบ่งทำ 2 ครั้ง นานครั้งละ 30 นาที) โดยใช้เวลา 5 วันต่อสัปดาห์ ⁽¹²⁾ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเช่นเดียวกับกลุ่มอาการที่หลอดเลือด Anterior Cerebral Artery (หน้า 19)

กิจกรรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน (Global strengthening) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเช่นเดียวกับกลุ่มอาการที่หลอดเลือด Anterior Cerebral Artery (หน้า 20)

กิจกรรม Music therapy การทำดนตรีบำบัดโดยให้ผู้ป่วยฟัง และ/หรือร้องเพลงที่คุ้นเคย หรือชอบนาน 15-30 นาที วันละ 1 ครั้ง ซึ่งจะกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมการได้ยิน และความสามารถด้านภาษาในการจดจำคำศัพท์จากเนื้อเพลง รวมถึงเป็นการฝึกการหายใจ ฝึกจังหวะแบ่งวรรคตอนในการพูด การออกเสียงสูงต่ำตามทำนองดนตรีอีกด้วย

- 2.3. การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในกลุ่มอาการที่หลอดเลือด Posterior Cerebral Artery ไปเลี้ยง ได้แก่ สมองส่วน Temporal และ Occipital ซึ่งมีกิจกรรมการฟื้นฟูระบบประสาทที่เหมาะสมในการกระตุ้นการฟื้นตัวดังต่อไปนี้

กิจกรรม Music therapy ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเช่นเดียวกับกลุ่มอาการที่หลอดเลือด Middle Cerebral Artery (หน้า 23)

กิจกรรมการฝึกให้ผู้ป่วยมองหาวัตถุ หรือบุคคล (Visual scanning therapy) เช่น การมองหาวัตถุสีต่างๆ และการมองหาบุคคลในครอบครัว การเล่นเกมเขาวงกต เกมหาอักษรที่ผิด เป็นต้น โดยใช้เวลาในการฝึกครั้งละ 45-60 นาที

- 2.4. การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในกลุ่มอาการที่หลอดเลือด Posterior Inferior Cerebellar Artery ไปเลี้ยง ได้แก่ สมองส่วน ซึ่งมีกิจกรรมการฟื้นฟูระบบประสาทที่เหมาะสมในการกระตุ้นการฟื้นตัวดังต่อไปนี้

กิจกรรมการฝึกการรับรู้ความรู้สึกของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Proprioceptive training program) โดย การออกกำลังกายตามพิสัยของข้อ (Range of Motion; ROM) วันละ 1 ชั่วโมง (แบ่งทำ 2 ครั้ง นานครั้งละ 30 นาที) โดยใช้เวลา 5 วันต่อสัปดาห์ ⁽¹²⁾ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเช่นเดียวกับกลุ่มอาการที่หลอดเลือด Anterior Cerebral Artery (หน้า 19)

กิจกรรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน (Global strengthening) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเช่นเดียวกับกลุ่มอาการที่หลอดเลือด Anterior Cerebral Artery (หน้า 20)

กิจกรรม Music therapy ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเช่นเดียวกับกลุ่มอาการที่หลอดเลือด Middle Cerebral Artery (หน้า 23)

กิจกรรมการฝึกการทรงตัว และการฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง เพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกยืน เดินต่อไปเป็นลำดับแล้ว ยังป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม และการป้องกันแผลกดทับได้อีกด้วย **โดยฝึกให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ตามภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ได้แก่**

1. การฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถนั่งได้ หรือผู้ป่วยที่หัดนั่งใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบนเตียงเพิ่มการเคลื่อนไหวให้ถูกต้องป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพิ่มการมีกิจกรรม เพิ่มการหมุนเวียนของเลือด ให้ปอดขยายตัว และขับเสมหะได้สะดวก
2. การลุกนั่งบนเตียง กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และสื่อสารได้จะเริ่มสอนให้ผู้ป่วยใช้แขนและขาข้างที่ไม่อ่อนแรงช่วยในการพลิกตะแคงตัว จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งซึ่งควรพึงหัวเตียง หรือมีผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะ Orthostatic hypotension

3. การฝึกการทรงตัว (Balance exercise)⁽¹⁶⁾

3.1. การถ่ายน้ำหนักตัวระหว่างด้านซ้าย และด้านขวา (Weight shift side to side)

นั่งข้างเตียง หรือเก้าอี้ยาว วางเท้าราบลงกับพื้นได้ เอียงตัวไปมาซ้ายขวาสลับกันสองด้านโดยใช้มือดันไว้



โดยเมื่อทำครบซ้ายและขวาให้นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำ 10-15 ครั้งต่อรอบ

3.2. การถ่ายน้ำหนักตัวไปด้านหน้า และด้านหลัง (Weight Shift Forward and Back)

ผู้ป่วยนั่งใช้มือช่วยดันตัว และยืดตัวขึ้น แอนหน้าอกไปด้านหน้าให้หลังตรงให้มากที่สุด จากนั้น ให้ทิ้งน้ำหนักตัวลงมาด้านหลังซึ่งจะทำให้ดูเหมือนคนนั่งหลังอ นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำ 10-15 ครั้งต่อรอบ



3.3. นั่งเท้าศอก (Leaning down with elbow)

ผู้ป่วยนั่ง แล้วเอียงตัวไปด้านที่ไม่อ่อนแรง โดยให้แขนท่อนล่างเท่ากับเก้าอี้ยาว หรือเตียงนอน แล้วดันตัวขึ้น นั่งในท่าลำตัวตรง ทำซ้ำไปอีกด้าน สลับกันไปมา ครบสองด้านให้นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำ 10 ครั้งต่อรอบ



3.4. เอื้อมมือไปข้างหน้า (Reaching Toward Weak Side)

ผู้ป่วยนั่งเอื้อมมือไปข้างหน้าโดยดันไปด้านตรงข้ามให้สุดเอื้อมเหมือนลักษณะกำลังเอี้ยวตัวจากนั้นให้ดึงมือกลับมาอยู่ในท่าตั้งตามปกติ ทำซ้ำโดยสลับข้าง หากผู้ป่วยไม่มีแรงยกแขนข้างอ่อนแรง ให้ครอบครัวผู้ดูแลช่วยเหลือ



เมื่อทำครบทั้งสองข้างให้นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำ 5-10 ครั้งต่อรอบ

การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเดินไม่ได้

3. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเดินไม่ได้ (Complications of immobility)

3.1. การป้องกันแผลกดทับ (Pressure sore)⁽¹⁷⁾

1. หากผู้ป่วยเคลื่อนไหวไม่ได้ ให้หมั่นพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุกๆ 2 ชั่วโมง แต่หากเคลื่อนไหวได้ให้ช่วย และเคลื่อนไหว เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ และเมื่อเปลี่ยนท่านอนแล้วพบว่า รอยแดงบริเวณปุ่มกระดูกกดทับนั้นไม่หายไปภายใน 30 นาที ให้เปลี่ยนท่านอนให้บ่อยกว่า 2 ชั่วโมง
2. ใช้ผ้านุ่มๆหรือหมอนใบเล็กหนุนบริเวณปุ่มกระดูก
 - 2.1. การจัดท่านอนหงาย ควรจัดให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อย มีหมอนรองใต้เข่า และน่องเพื่อให้เส้นเท้าคลายพ้นพื้น
 - 2.2. การจัดท่านอนตะแคง ควรจัดให้อยู่ในท่านอนตะแคงกึ่งหงาย ใช้หมอนข้างยาวรองบริเวณหลัง ลำตัวตลอดจนขา ใช้หมอนสอดระหว่างเข่า ใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณปุ่มกระดูก
3. จัดให้ผ้าปูที่นอนเรียบตึง แห้ง สะอาดอยู่เสมอเพื่อลดแรงเสียดทาน และแรงกดทับ
4. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้วิธีการยกตัวผู้ป่วย ห้ามดึง ลากไปกับที่นอนเนื่องจากจะทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้สูงถึง 11.2-32.568 ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾
5. ดูแลผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณก้นกบให้แห้ง สะอาดอยู่เสมอ ทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่าย เนื่องจากพบว่า ผู้ที่มีความชื้นของผิวหนังตลอดเวลาเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดแผลกดทับเป็น 5.529 เท่า ⁽¹⁹⁾
6. ในผู้ป่วยที่มีผิวแห้ง หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่นเช็ดตัว และทาโลชั่น 3-4 ครั้ง/วัน
7. ในผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ให้ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนักทุกครั้งหลังขับถ่าย และทาครีมบริเวณรอบๆทวารหนักและแก้มก้นทั้งสองข้างด้วยวาสลีนเพื่อป้องกันความเปียกชื้น
8. จัดเว็การนวด หรือใช้สบูทำความสะอาดผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกที่เกิดรอยแดงและรอยนั้นไม่หายไปภายใน 30 นาทีหลังจากเปลี่ยนท่านอนแล้ว
9. จัดการประคบร้อนบริเวณผิวหนังที่รับรู้สัสึกได้ไม่ดี หรือแขนขาอ่อนแอ
10. ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่ควรอยู่ในท่านั่งนานเกิน 1 ชั่วโมง

3.2. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะมือบวม

1. ให้ยกแขนข้างที่มีอาการบวมขึ้นสูงกว่าระดับหัวใจเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงได้สะดวกขึ้น
2. เลี่ยงท่าที่ข้อมือกระดกลงเนื่องจากเลือดดำจะไหลเวียนลำบาก และมีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อยึดติด โดยจัดให้ข้อมือกระดกขึ้นประมาณ 30 องศา

3. บริหารข้อมือและข้อนิ้วโดยเน้นให้ผู้ป่วยออกแรงเองเพราะกล้ามเนื้อที่มีการหดและคลายตัวจะกระตุ้นให้น้ำเหลืองไหลเวียนได้ดี หากผู้ป่วยทำไม่ได้ ให้ครอบครัวผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย

3.3. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูก ⁽⁹⁾

1. จัดให้รับประทานอาหารที่มีกากใย และดื่มน้ำ 2,000-3,000 ซีซี ในเวลากลางวัน และลดปริมาณน้ำดื่มในเวลากลางคืนเพื่อป้องกันการรบกวนแบบแผนการนอนหลับ
2. ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น
3. กดนวดหน้าท้องจากกระดุกเชิงกรานด้านขวาสูงขึ้นจนถึงชายโครง จากนั้นนวดตามแนวขวางใต้กระดุกซี่โครงจนถึงชายโครงด้านซ้าย และไล่ลงมาจนถึงกระดุกเชิงกรานด้านซ้ายเพื่อ กระตุ้นการทำงานของลำไส้ส่วนล่างโดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

การนวดท้องแบบสวิตซ์ ประกอบด้วย 10 ท่า ⁽²⁰⁾ ดังนี้

- 3.1. ท่าที่ 1 ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง เริ่มนวดจากท้องส่วนล่าง เลื่อนมือขึ้นไปที่ด้านบนจนชิดกระบังลม แล้วเลื่อนมือไปด้านข้างลำตัว กลับมาพักที่สันกระดุกเชิงกราน ทำ 10 ครั้ง
- 3.2. ท่าที่ 2 ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง ด้านใกล้และไกลตัว ขยับมือนวดสลับไปมาโดยนวดให้ถึงกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ใกล้กับกระดุกสันหลัง 10 ครั้ง จากนั้นสลับมานวดด้านตรงข้ามทำการนวดแบบเดิม 10 ครั้ง
- 3.3. ท่าที่ 3 ใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างกดและคลึงเป็นวงกลมคล้ายสว่าน นับ 1-2-3 รอบ โดยรอบสุดท้ายให้ลากไปตามแนวลำไส้ใหญ่ ให้ทั่วแนวลำไส้ใหญ่ ทำ 3 รอบ
- 3.4. ท่าที่ 4 วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง
- 3.5. ท่าที่ 5 ใช้สันมือข้างที่ถนัดวางบนหน้าท้องตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ แล้วออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลง (สับ) 4 จุด จุดละ 10 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือ บริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย จากนั้นใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลงให้ทั่วลำไส้เล็ก นาน 1 นาที
- 3.6. ท่าที่ 6 (ท่าซ้ำท่าที่ 4) วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง
- 3.7. ท่าที่ 7 ใช้ฝ่ามือวางบนหน้าท้องผู้ป่วยแล้วใช้มืออีกข้างกำเป็นกำปั้นทุบลงบนหลังมือผู้ดูแลเพื่อไม่ให้เกิดแรงกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง ทุบไปตามแนวของลำไส้ 4 จุด จุดละ 10 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่

1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย นาน 1 นาที

- 3.8. ท่าที่ 8 (ท่าซ้าท่าที่ 3) ใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างกดและคลึงเป็นวงกลมคล้ายสว่าน นับ 1-2-3 รอบ โดยรอบสุดท้ายให้ลากไปตามแนวลำไส้ใหญ่ ให้ทั่วแนวลำไส้ใหญ่ ทำ 3 รอบ
- 3.9. ท่าที่ 9 (ท่าซ้าท่าที่ 5) ใช้สันมือข้างที่ถนัดวางบนหน้าท้องตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ แล้วออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลง (สับ) 4 จุด จุดละ 10 ครั้ง แต่ครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือ บริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย จากนั้นใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลงให้ทั่วลำไส้เล็ก นาน 1 นาที
- 3.10. ท่าที่ 10 (ท่าซ้าท่าที่ 4) วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง
4. หากผู้ป่วยสามารถนั่งได้ ให้ผู้ป่วยนั่งบนชักโครกและโน้มตัวไปข้างหน้าเพื่อเพิ่มแรงดันในช่องท้อง แต่หากการทรงตัวไม่ดี จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยนอนถ่าย
5. หากผู้ป่วยไม่สามารถนั่งได้ กระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระด้วยการให้หมอนหนุนหลังอาหารเข้าอย่างน้อยวันละ 30 นาที
6. การช่วยล้างอุจจาระในรายที่ไม่สามารถเบ่งถ่ายได้เอง หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยเหน็บยาในตอนเช้า 15 นาทีถึงครึ่งชั่วโมงก่อนล้างอุจจาระ
7. หากต้องการสวนอุจจาระ ให้ใช้การสวนด้วยน้ำอุ่น หรือน้ำเกลือ (Isotonic saline enema)
8. **การสอดยาเหน็บ หรือการสวนทวาร** การสอดยาเหน็บ หรือสวนทวารควรทำในเวลาเช้า 15-30 นาทีก่อนล้างอุจจาระ หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระจัดทำให้นอนตะแคงซ้าย ขาขวาเอียงไปข้างหน้า และผู้ดูแลสอดยาสวน หรือเม็ดยาแบบเบามือเข้าไปให้สุด

หมายเหตุ: ระหว่างการสอดยาเข้าไปในทวารหนัก ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกปวดเบ่งถ่าย บอกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆแล้วผ่อนออกทางปากช้าๆ จะช่วยบรรเทาอาการปวดเบ่งถ่าย

3.4. กรณีที่พบผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้า, นอนไม่หลับ ควรปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ
2. จัดให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวัน
3. ลดปริมาณน้ำดื่มตั้งแต่ช่วงเย็นจนถึงก่อนนอน
4. จัดบริหารร่างกายในช่วงก่อนนอน 3 ชั่วโมง
5. สวดมนต์/ ฟังเพลงที่ชอบก่อนนอน

6. ใช้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ (ถ้ามี)

การนอนหลับเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถของสมองในการปรับตัวได้ของสมอง (Neuroplasticity) ⁽²¹⁾ ในการเรียนรู้ (Leaning) ⁽²²⁾ และพฤติกรรม ตลอดจนความทรงจำของผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของการทำงานที่ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ⁽²³⁻²⁶⁾ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่นอนหลับได้สนิทจะลดภาวะทุพพลภาพที่ระยะเวลา 1 เดือน และยังเพิ่มการฟื้นตัวของระบบประสาท ⁽²¹⁾ การนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสัมพันธ์กับการฟื้นตัวที่ช้าลงทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพถึง 3.6 เท่าและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ถึง 6.75 เท่า ⁽²⁷⁾

3.5. การดูแลผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ หรือนอนหลับยาก ^(28, 29)

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบในเวลากลางคืน
2. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยปฏิบัติในเวลากลางวัน เช่น การกระตุ้นการฟื้นตัวของการทำหน้าที่ กระตุ้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการออกกำลังกายด้วยวิธีการต่างๆ
3. ลดปริมาณน้ำดื่มในเวลากลางคืนเพื่อลดการลุกมาปัสสาวะช่วงเวลานอนหลับ
4. หลีกเลี่ยงการงีบหลับในเวลากลางวัน หรือช่วงใกล้เวลานอนเนื่องจากอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับในเวลากลางคืน
5. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เนื่องจากมีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาท
6. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายก่อนถึงเวลาเข้านอน 3 ชั่วโมง เนื่องจากจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนนอนหลับ
7. สวดมนต์หรืออ่านหนังสือที่ผู้ป่วยชอบจะเป็นการส่งเสริมการนอนหลับที่ดีเนื่องจากการผ่อนคลายความตึงเครียด หรือการฟังเพลงก่อนนอนก็จะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย นอนหลับได้เร็วและได้ดีขึ้น และหากเมื่อตื่นนอนในระหว่างกลางคืนก็จะสามารถหลับต่อได้อย่างต่อเนื่องจนถึงเช้า
8. ในผู้ป่วยบางรายอาจพบปัญหาการบวมของมือและเท้าโดยเฉพาะด้านอ่อนแรง ซึ่งผู้ดูแลสามารถแก้ไขในเบื้องต้นได้ด้วยการใช้ผ้าห่ม หมอนข้าง หรือผ้าขนหนูหนุนอวัยวะที่บวมให้สูงขึ้น
9. ใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งจะช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น ลดการตื่นกลางคืน และทำให้นอนหลับได้นานขึ้น

3.6. ปัญหาภาวะซึมเศร้า (Depression) แบ่งออกเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้า และการดูแลหลังเกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว โดยควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

การป้องกันภาวะซึมเศร้า

1. ผู้ดูแลควรอธิบายสาเหตุ การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และความก้าวหน้าของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และลดความรู้สึกว่า ตนเองด้อยค่า
2. 1 ร่วมกับผู้ป่วยในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมอยู่ตลอดเวลา ไม่มีเวลาอยู่ลำพัง นอกจากนั้นการปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวันจะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้สนิทในเวลากลางคืน
3. 2 ให้การฟื้นฟูสภาพ 5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ จะทำให้อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าน้อยลงอย่างชัดเจน และทำให้สมองส่วนหน้าของผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.1 และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.5
4. 3 จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยตามความสนใจ เช่น ถ้าผู้ป่วยชอบร้องเพลง ให้เปิดเพลงให้ฟัง ชวนผู้ป่วยร่วมร้องเพลง ถ้าผู้ป่วยชอบธรรมชาติ ควรจัดให้ได้ฟัง หรืออ่านหนังสือธรรมชาติ หรือพาไปวัด เป็นต้น
5. อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บนเตียงนอนตลอดเวลา

การดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

1. สังเกตอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการเหม่อลอย ไม่อยากอาหาร ไม่สนใจเสื้อผ้า และความสะอาดของร่างกาย และการแสดงความรู้สึกอยากทำร้ายตนเอง เป็นต้น
2. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำอยู่เสมอ อย่าปล่อยให้มีความว่างหรือถูกทิ้งให้อยู่ลำพังคนเดียว
3. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่า เขาไม่ได้อยู่คนเดียว ไม่ได้โดดเดี่ยว เช่น บอกว่า “ผม/หนู/ฉันจะอยู่ด้วยเสมอ” หรือ “เรา/ครอบครัวต้องการคุณนะ”
4. ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ วันละ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4-8 สัปดาห์
5. ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมด้วยตนเอง และให้คำชมอย่างจริงใจเพื่อเสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้ป่วย
6. ดูแลการได้รับยาต้านซึมเศร้าตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของการทำหน้าที่ (Functional recovery) ภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3.7. กรณีพบผู้ป่วยน้ำหนักลด ผิวแห้ง ปากแห้ง ควรปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้

ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้น้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยควรเพิ่ม

ปริมาณโปรตีนให้มากกว่าคนปกติ หากผู้ป่วยไม่มีข้อห้าม ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับอาหารปกติร่วมกับอาหารเสริมที่ผสมโปรตีน 2 ช้อนต้อมือ ภายใน 1 เดือน ผู้ป่วยจะกลับมามีภาวะโภชนาการที่ปกติร้อยละ 77 และมีภาวะทุพพลภาพลดลงกว่าที่รับประทานอาหารปกติ

1. ปรงอาหารโดยใช้เกลือแกงน้อยกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน (1 ช้อนชาพูนเท่ากับเกลือ 2,400 กรัม)

2. เพิ่มกากใยลงในอาหารที่รับประทาน 2-3 ทับพีต่อมื้อ เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับอาหารปั่น ควรผสมผักสด ผลไม้สด เป็นประจำทุกวันนอกจากจะได้เกลือแร่และวิตามินแล้ว ยังช่วยในการขับถ่ายอีกด้วย
3. ใช้เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร
4. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
5. เลือกใช้น้ำมันที่มีไขมันไม่อิ่มตัวจากพืชในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันเมล็ดข้าวโพด เป็นต้น
6. ถ้าดื่มน้ำผลไม้ควรงดเว้นการเติมเกลือลงในเครื่องดื่ม และหากต้องการดื่มนม ให้เลือกดื่มนมพร่องมันเนยนอกจากนั้น ควรจัดอาหารโดยคำนึงถึงความชอบของผู้ป่วย นิสัยการบริโภค ศาสนา อีกด้วย

การดื่มน้ำ หากไม่มีข้อจำกัดด้านโรคร่วม ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว (แก้วขนาดปกติเท่ากับ 240 มิลลิลิตร) โดยกระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อยชั่วโมงละ 1 แก้ว และลดปริมาณน้ำดื่มในเวลาเย็น จนถึงกลางคืนเพื่อป้องกันการรบกวนแบบแผนการนอนหลับ

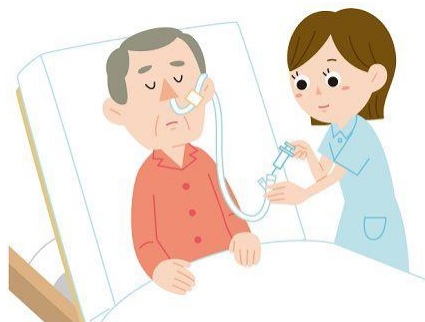
สรุป.

เอกสารอ้างอิง

1. Rohweder G, Ellekjaer H, Salvesen O, Naalsund E. Functional Outcome After Common Poststroke Complications Occurring in the First 90 days. *Stroke*. 2015;46:65-70.
2. Clark H. Therapeutic Exercise in Dysphagia Management: Philosophies, Practices, and Challenges. *SIG 13 Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*. 2005;14:24-7.
3. Huckabee M, Macrae P. Rethinking Rehab: Skill-Based Training for Swallowing Impairment. *SIG 13 Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*. 2014;23:46-53.
4. Shaker R, Easterling C, Kern M, Nitschke T, Massey B, Daniels S, et al. Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterology*. 2002;122(5):1314-21.
5. ชื่นชม ลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*. 2555;12(1):97-111.
6. Tan C, C. *Nursing Management of Patients with Urinary Incontinence* Singapore: Ministry of Health; 2003.
7. Thomas LH, Watkins CL, French B, Sutton C, Forshaw D, Cheater F, et al. Study protocol: ICONS: Identifying continence options after stroke: A randomised trial. *Trials*. 2011;12:131-.
8. O'Donnell PD. Behavioral modification for institutionalized individuals with urinary incontinence. *Urology*. 1998;51(2A Suppl):40-2.
9. Prasat Neurological Institute and Thai Neurological Nurse Society. *Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke*. กรุงเทพมหานคร 2007.
10. Suwanmosi P, Kaspichayawattana J. THE EFFECT OF COGNITIVE STIMULATION PROGRAM ON MEMORY OF COMMUNITY-DWELLING OLDER PERSONS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT. *Journal of The Police Nurse*. 2016;8(2):45-57.
11. Trakulsithichoke S, Suwan A. Effects of a Cognitive Stimulation Program on the Cognitive Abilities and Ability to Perform the Activities of Daily Living in Elders Who are at Risk of or have Dementia. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2016;9(2):145-58.
12. Kiper P, Baba A, Agostini M, Turolla A. Proprioceptive Based Training for stroke recovery. Proposal of new treatment modality for rehabilitation of upper limb in neurological diseases. *Archives of Physiotherapy*. 2015;5(1):6.
13. Elshafey MA, Abd-Elaziem A, Gouda RE. Functional Stretching Exercise Submitted for Spastic Diplegic Children: A Randomized Control Study. *Rehabilitation Research and Practice*. 2014;2014:814279.
14. Fang J, Cheng Q. Etiological mechanisms of post-stroke depression: a review. *Neurol Res*. 2009;31(9):904-9.
15. Hardwick RM, Rajan VA, Bastian AJ, Krakauer JW, Celnik PA. Motor Learning in Stroke: Trained Patients Are Not Equal to Untrained Patients With Less Impairment. *Neurorehabil Neural Repair*. 2017;31(2):178-89.
16. Wilson CM, Mitchell CL, Hebert KM. Cerebellar Stroke Occupational Therapy and Physical Therapy Management from Intensive Care Unit to Outpatient: A Case Report. *Cureus*. 2017;9(12):e1949.
17. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

18. Suttipong C, Sinduh S. Factors Predicting Developmant of Pressure Ulcer in non-Diabetic Elderly Stroke Patients. *Journal of Nursing Science* (วารสารพยาบาลศาสตร์); Vol 29, No 3 (2011): Supplement 2 :JOURNAL OF NURSING SCIENCE (วารสารพยาบาลศาสตร์). 2012.
19. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [Internet]. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย. 2545.
20. วันวิสาข์ ปัทมาวิไล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ปาณัฐ ตันติโกสุม. ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดห้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย* 2558;14(3):180-90.
21. Parra O, Sanchez-Armengol A, Bonnin M, Arboix A, Campos-Rodriguez F, Perez-Ronchel J, et al. Early treatment of obstructive apnoea and stroke outcome: a randomised controlled trial. *Eur Respir J*. 2011;37(5):1128-36.
22. Duss SB, Seiler A, Schmidt MH, Pace M, Adamantidis A, Müri RM, et al. The role of sleep in recovery following ischemic stroke: A review of human and animal data. *Neurobiology of Sleep and Circadian Rhythms*. 2017;2(Supplement C):94-105.
23. Johnson KG, Johnson DC. Frequency of sleep apnea in stroke and TIA patients: a meta-analysis. *J Clin Sleep Med*. 2010;6(2):131-7.
24. Medeiros CA, de Bruin PF, Paiva TR, Coutinho WM, Ponte RP, de Bruin VM. Clinical outcome after acute ischaemic stroke: the influence of restless legs syndrome. *Eur J Neurol*. 2011;18(1):144-9.
25. Tang WK, Grace Lau C, Mok V, Ungvari GS, Wong KS. Insomnia and health-related quality of life in stroke. *Top Stroke Rehabil*. 2015;22(3):201-7.
26. Xie L, Kang H, Xu Q, Chen MJ, Liao Y, Thiyagarajan M, et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science*. 2013;342(6156):373-7.
27. Glozier N, Moullaali TJ, Sivertsen B, Kim D, Mead G, Jan S, et al. The Course and Impact of Poststroke Insomnia in Stroke Survivors Aged 18 to 65 Years: Results from the Psychosocial Outcomes In Stroke (POISE) Study. *Cerebrovascular Diseases Extra*. 2017;7(1):9-20.
28. Prasat Neurological Institute. Clinical Practice Guidelines For Stroke Rehabilitation Bangkok 2007.
29. ปราณี กาญจนวรวงศ์. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2550;1:24-34.

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน



เรียบเรียงโดย

ศิริอร สีนสุ

คันสนีย์ รุ่งรัตน์วัชชัย

ปทุมทิพย์ อุดุลวัฒนศิริ

พ.ศ. 2562

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

บทนำ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นผู้ป่วยภายหลังผ่านพ้นวิกฤติภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้เซลล์ประสาทหยุดทำงาน และตาย (Infarction) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะต่างๆที่ถูกควบคุมโดยสมองส่วนนั้นๆ เช่น อ่อนแรงของแขนขาด้านใดด้านหนึ่ง พูดไม่ชัด เป็นต้น ความผิดปกติดังกล่าวจะเกิดที่อวัยวะใด และความรุนแรงในระดับใดนั้น จะขึ้นอยู่กับส่วนของเนื้อสมองที่เกิดรอยโรค (Location of lesion), ขนาดของรอยโรค (Area of lesion), และการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดที่แตกแขนงมาเพื่อไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือด (Collateral branch) ^(1, 2) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ได้แก่ ภาวะโรคร่วม (Co-morbidity disease) ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความดันโลหิตสูง (Hypertension), ไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia), เบาหวาน (Diabetes mellitus), สูบบุหรี่ (Smoking), ดื่มสุรา (Drinking), ภาวะเครียด (Stress) รวมถึงปัจจัยแวดล้อม (Environment factors) ได้แก่ ผู้ดูแล (Caregiver), สภาพแวดล้อมที่บ้าน และสังคม (Home environment and social) รวมถึงระบบบริการสุขภาพที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuing care)

หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการคงที่ และจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว ชุมชน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีการแสดงต่างๆ จากการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่งผลกระทบต่อจิตใจ การดำรงตนในสังคม รวมถึงการปรับเปลี่ยนสถานะ บทบาททางสังคม สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ซึ่งไม่แค่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อถึงครอบครัวและชุมชนแวดล้อมอีกด้วย ดังนั้น ผู้ป่วย และครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลช่วยเหลือจากอาการและอาการแสดงที่ยังหลงเหลืออยู่และภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสามารถแบ่งตามระยะเวลาของการเกิดอาการแสดงได้ดังนี้

อาการแสดงที่ยังหลงเหลืออยู่ภายใน 1-2 สัปดาห์

อ่อนแรงของแขนขาด้านใดด้านหนึ่งที่ยังหลงเหลืออยู่ พบได้ร้อยละ 15-30 ⁽³⁻⁶⁾ ภายหลังจากเนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ร่างกายจะคงเหลืออาการอ่อนแรงของแขนขาตรงข้ามกับด้านที่เกิดการขาดเลือด สาเหตุ 1) เกิดจากการสร้าง Collateral branch เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงเซลล์ประสาท (ทั้ง Gray และ White matter) บริเวณ Primary motor area ของ Frontal lobe, lateral surface ของ temporal, และ parietal lobe ซึ่งเป็นจุดรับส่งกระแสประสาทสั่งการ ทำหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายตรงข้ามที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ 2) การได้รับ Early rehabilitation in 24 hours หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ/หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ 3) การได้รับยาในกลุ่ม antiplatelets กลไก ของสาเหตุที่ 1) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากการขาดเลือด ร่างกายจะพยายามปรับตัวด้วยการ

สร้างหลอดเลือดใหม่เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองส่วนที่ขาดเลือดด้วยกระบวนการ Angiogenesis ทำให้เกิด Collateral branch นำเลือดไปเลี้ยงเซลล์ประสาท (Gray และ White matter) ^(7, 8) บริเวณ Primary motor area ของ Frontal lobe, lateral surface ของ temporal และ parietal lobe ทำให้เซลล์ประสาทส่วนที่เหลืออยู่ทำงานได้บ้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการแขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง โดยขาจะอ่อนแรงน้อยกว่าแขน โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ และผู้ป่วยมีการสูญเสียด้านการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือปฏิบัติได้น้อย 2) การให้การฟื้นฟูสภาพจะกระตุ้นการฟื้นตัวของโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของเซลล์ประสาทที่อยู่บริเวณที่ขอบของเนื้อสมองที่ตายด้วยการงอก dendrite และ axon ทำให้เกิดการแตกแขนง เชื่อมต่อ และสร้างเครือข่ายแขนงประสาทใหม่ กระตุ้นให้เกิดความไวที่จุดรับส่งสัญญาณ (Synapse) และปรับเปลี่ยนหน้าที่ รวมถึงการขยายหน้าที่ของการทำงานของสมองส่วนอื่นให้มาทำหน้าที่ใหม่ในการควบคุมการทำงานของร่างกาย กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้เรียกว่า Neuroplasticity ^(6, 9) 3) หลังจากขาดเลือดไปเลี้ยง เนื้อสมองบริเวณใจกลางของส่วนที่ตายจะค่อยๆสลายตัว ส่วนบริเวณขอบ (Ischemic penumbra zone) จะเกิดปฏิกิริยาการอักเสบ ทำให้มีการสร้างเอนไซม์ Cyclooxygenase ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นการสร้าง Thromboxane A2 ที่ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ดังนั้น การให้ยาในกลุ่ม antiplatelets จะทำหน้าที่ยับยั้งเอนไซม์ Cyclooxygenase และลดการสร้าง Thromboxane A2 ทำให้เลือดไม่เกาะกลุ่มอุดตันการไหลเวียนของเลือด ^(10, 11)

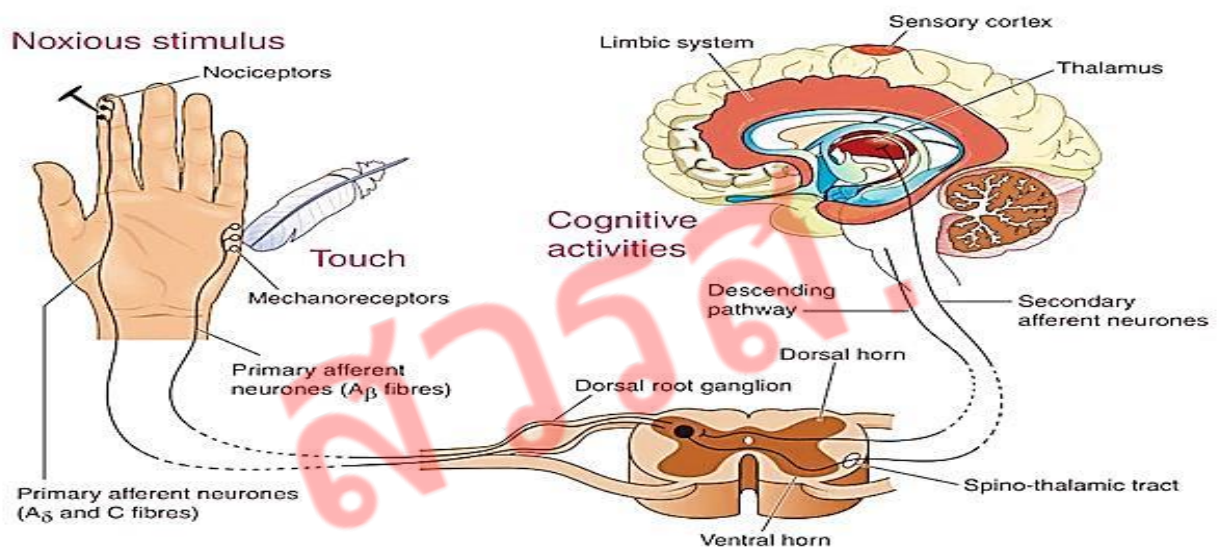
ไม่สามารถทรงตัวได้ เดินแล้วปลายเท้าปิด หรือแกว่งไปด้านใดด้านหนึ่ง สั่น (Tremor) ปวดศีรษะ มึนงง โดยพบได้ทั้งกลุ่มผู้ป่วยขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมอง (Ischemic stroke) เกิดขึ้น ร้อยละ 2-3.4 ^(12, 13) ในขณะที่เกิดภาวะเลือดออกของสมองส่วน Cerebellar ร้อยละ 10 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ⁽¹³⁾ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในการประสานงานกันของกล้ามเนื้อ, การทรงตัวที่ผิดปกติ และเดินเซ (gait ataxia) ⁽²⁾

สาเหตุ 1) เกิดจากการสร้าง Collateral branch เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงเซลล์ประสาท (ทั้ง Gray และ White matter) ที่บริเวณสมองส่วน Thalamus, Basal ganglia, The deep portion of cerebral hemisphere, Lateral medulla และ Inferior Cerebellum ซึ่งทำหน้าที่ในการประสานงานกันของกล้ามเนื้อ 2) มวล/ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ลดลง

กลไก ของสาเหตุที่ 1) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากการขาดเลือด ร่างกายจะพยายามปรับตัวด้วยการสร้างหลอดเลือดใหม่เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองส่วนที่ขาดเลือดด้วยกระบวนการ Angiogenesis ทำให้เกิด Collateral branch นำเลือดไปเลี้ยงเซลล์ประสาท (Gray และ White matter) ^(7, 8) บริเวณ Thalamus, Basal ganglia, The deep portion of cerebral hemisphere, Lateral medulla และ Inferior Cerebellum ทำให้เซลล์ประสาทส่วนที่เหลืออยู่ทำงานได้บ้าง 2) การให้การฟื้นฟูสภาพจะกระตุ้นการฟื้นตัวของโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของเซลล์ประสาทที่อยู่บริเวณที่ขอบของเนื้อสมองที่ตายด้วยการงอก dendrite และ axon ทำให้เกิดการแตกแขนง เชื่อมต่อ และสร้างเครือข่ายแขนงประสาทใหม่ กระตุ้นให้เกิดความไวที่จุดรับส่งสัญญาณ (Synapse) และปรับเปลี่ยนหน้าที่ รวมถึงการขยายหน้าที่ของการทำงานของสมองส่วนอื่นให้มาทำหน้าที่ใหม่ในการควบคุมการทำงานของร่างกาย กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นี้เรียกว่า Neuroplasticity ซึ่งจะทำให้ร่างกายสามารถปรับตัวกับกิจกรรมต่างๆได้เพิ่มขึ้น^(6, 9) 3) หลังจากขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณใจกลางของส่วนที่ตายจะค่อยๆสลายตัว ส่วนบริเวณขอบ (Ischemic penumbra zone) จะเกิดปฏิกิริยาการอักเสบ ทำให้มีการสร้างเอนไซม์ Cyclooxygenase ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นการสร้าง Thromboxane A2 ที่ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ดังนั้น การให้ยาในกลุ่ม antiplatelets จะทำหน้าที่ยับยั้งเอนไซม์ Cyclooxygenase และลดการสร้าง Thromboxane A2 ทำให้เลือดไม่เกาะกลุ่มอุดตันการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อสมอง^(10, 11)

ปวด เลี้ยวแปลบคล้ายไฟช็อต บางรายอาจรู้สึกเหมือนถูกเข็มแทง หรือรู้สึกคันยิบๆ ซึ่งเกิดได้ทั่วร่างกาย หรืออาจเกิดเฉพาะจุด พบได้ร้อยละ 23.9-57^(1, 14-20) ผู้ป่วยจะบอกว่า เจ็บมาก ทั้งที่สัมผัสเบาๆ (Central post stroke pain) จะพบภาวะนี้ราว 1 ใน 3 ของอาการปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^(21, 22)



From <http://pathologies.lexmedicus.com.au/pathologies/complex-regional-syndrome>

อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วประมาณ 1 สัปดาห์ไปจนถึง 6 เดือน โดยพบว่า มีอาการปวดได้ร้อยละ 20 และ 23 ที่ 1 และ 6 เดือนตามลำดับ⁽¹⁹⁾ สาเหตุ เกิดจากสมองส่วน Thalamus, spinothalamic tract, และสมองส่วนที่ควบคุมการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (Primary Somatosensory area) ที่อยู่บริเวณ Posterior central gyrus ของสมอง Frontal lobe ทำหน้าที่รับรู้ความรู้สึกต่างๆจากร่างกายด้านตรงข้าม^(15, 17) กลไก เซลประสาทที่Thalamus, spinothalamic tract, และ Primary somatosensory area ทำให้การแปลความรู้สึกจากร่างกายด้านตรงข้ามผิดไป⁽²²⁾

ปวดข้อไหล่ขณะพัก และปวดมากเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในท่าหมุนแขนออกด้านนอกซ้ำๆ อาการปวดจะเกิดขึ้นเมื่อหมุนข้อไหล่เฉลี่ย 82.2-77.9 องศา ประกอบกับผู้ป่วยมีอาการสะดุ้งและต้านเมื่อเคลื่อนไหว ⁽²³⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบอาการปวดตามข้อต่างๆได้ถึงร้อยละ 85 ^{(16, 24) (25)} สาเหตุเกิดจาก 1) กางไหล่ไม่ถูกต้อง 2) เซลประสาทบริเวณสมองส่วน Thalamus, spinothalamic tract, และสมองส่วนที่ควบคุมการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (Primary Somatosensory area) ที่อยู่บริเวณ Posterior central gyrus ของสมองกลีบหน้า (Frontal lobe) ซึ่งทำหน้าที่รับรู้ความรู้สึกต่างๆจากร่างกายด้านตรงข้ามสร้าง collateral branch ^(15, 17) 3) ข้อไหล่เสื่อมในกรณีผู้ป่วยสูงอายุ และเยื่อหุ้มข้อไหล่อักเสบ ซึ่งพบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ 4) ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเพื่อการฟื้นฟูภายใน 2 สัปดาห์หลังจากที่ออกจากโรงพยาบาล **กลไก** 1) เมื่อกางไหล่ไม่ถูกต้องทำให้เอ็นกล้ามเนื้อ Rotator cuff ถูกกดเบียดอยู่ระหว่างกระดูก Humerus และ Coraco-acromial arch ในขณะยกไหล่มาด้านหลัง หรือกางไหล่ไม่ถูกต้องซึ่งสามารถเกิดได้ทั้งระยะอัมพาตแบบปวกเปียก (Flaccid paralysis) และแบบเกร็งกระตุก (Spasticity) ในระยะอัมพาตแบบ Flaccid มักเกิดการบาดเจ็บในท่อน้ำหรือเอ็นซึ่งน้ำหนักร่างกายจะรั้งให้ Coraco-acromial arch ของด้านอ่อนแรงเอียงลงล่าง เมื่อถูกกางแขนมากกว่า 90 องศาโดยยกขึ้นตรงๆทำให้เกิดอาการปวดได้ ส่วนในระยะเกร็งกระตุก (Spasticity) นั้น พบว่า กล้ามเนื้อ Levator scapulae, Rhomboid, และ Latissimus dorsi จะเกร็งยึดกระดูกสะบักไว้ ทำให้ Coraco-acromial arch เอียงลงล่าง เนื้อเยื่ออ่อนจึงถูกกดเบียดระหว่างกางไหล่ 2) เซลประสาทที่ Thalamus, spinothalamic tract, และ Primary somatosensory area ตาย (Infarction) ทำให้การแปลความรู้สึกจากร่างกายด้านตรงข้ามผิดไป ⁽²²⁾ 3) เนื่องจากความเสื่อมของข้อต่อ และเอ็นรอบข้อของผู้สูงอายุ ร่วมกับการมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้การเคลื่อนไหวข้อไหล่เปลี่ยนแปลงจึงทำให้เกิดการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่ออ่อน และมีอาการปวดไหล่อตามมาได้ง่าย ส่วนการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีเยื่อหุ้มข้อไหล่อักเสบยังไม่ทราบกลไก

แขนข้างที่อ่อนแรงยาวกว่าแขนข้างที่ไม่อ่อนแรง กล้ามเนื้อ Deltoid จะแบนราบลง ผู้ป่วยจะบ่นปวดข้อไหล่ เป็นอาการแสดงของข้อไหล่หลุด พบร้อยละ 23.5-37 ^(25, 26) และจะพบได้บ่อยที่สุดในระยะ 2 สัปดาห์หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ/หรือระยะที่เป็นอัมพาตแบบ Flaccid ^(25, 27) สาเหตุมาจากกล้ามเนื้อรอบๆข้อไหล่อ่อนแรง ความตึงตัวลดลง ประกอบกับเบ้ากระดูกสะบัก (Scapular) ตื้น ทำให้กระดูกต้นแขนมีแนวโน้มที่จะเลื่อนออกจากเบ้ากระดูกสะบัก มักจะพบในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้ายเนื่องจากผู้ป่วยมักจะละเลย/ ไม่สนใจร่างกายด้านที่อ่อนแรงทำให้เกิดไหล่หลุดได้ง่าย **กลไก** กล้ามเนื้อรอบๆข้อไหล่ ได้แก่ Supraspinatus, Infraspinatus, subscapularis และ Teres minor รวมถึง Biceps brachii อ่อนแรงทำให้เกิดช่องว่างระหว่าง Acromial process กับหัวกระดูก Humerus ส่งผลให้หัวกระดูก Humerus แยกตัวออกจากเบ้า Glenoid ทำให้เกิดมุมระหว่างกระดูก Scapular และกระดูกสันหลังกว้างขึ้น เบ้า Glenoid เอียงลง ข้อไหล่จึงหลุดได้ง่าย

ปลายมือปลายเท้าบวมเฉพาะด้านที่อ่อนแรงแรงร่วมกับมีอาการปวดเมื่อยขยับมือ (Dependent edema) เมื่อสัมผัสพบว่า มือและแขนเย็น พบได้ประมาณร้อยละ 15^(28, 29) **สาเหตุ** กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกจึงไม่มีการหดตัว (Contraction) **กลไก** กล้ามเนื้อด้านที่อ่อนแรงแรงทำให้ไม่มีการหดตัว (Contraction) เพื่อบีบไล่เลือดดำ และน้ำเหลืองกลับคืนสู่หัวใจเป็นระยะ จึงทำให้มือบวมได้ และหากมือตกห้อยจะยิ่งทำให้การบวมเกิดได้มากขึ้น

อ่อนแรงของแขนขาเพิ่มขึ้น โดยอาจเป็นข้างเดียวกัน หรือเป็นคนละข้างกับข้างที่อ่อนแรงแรงเดิมก็ได้ มีนงง สับสน อาเจียน ปากเปื่อยและ/หรือพูดไม่ชัดมากขึ้น เกิดได้ร้อยละ 11.3-25 โดยพบได้ตั้งแต่พ้น 24 ชั่วโมงแรกไปจนถึง 3 เดือน⁽³⁰⁾ **สาเหตุ** การสร้าง Collateral blood vessel เพื่อไปเลี้ยงเนื้อสมองทดแทนเส้นเลือดที่อุดตันล้มเหลว **กลไก** ของสาเหตุที่ 1) เมื่อเนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ร่างกายจะมีการปรับตัวในการสร้างหลอดเลือดคู่ขนาน (Collateral branch) intrinsic factors โดยกระบวนการ Angiogenesis เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงเซลล์ประสาทบริเวณใกล้เคียงบริเวณที่มีการขาดเลือดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง แต่หากกระบวนการ Angiogenesis ล้มเหลวจะทำให้บริเวณเนื้อสมองที่ขาดเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น จึงมีอาการแสดงทางระบบประสาทเพิ่มขึ้น

ข้อติดแข็งด้านที่อ่อนแรงแรง ข้อหมุนได้น้อยกว่าการหมุนตามปกติ เช่น องศาการหมุนของข้อศอกโดยปกติจะสามารถกางได้ถึง 180 องศา แต่หากมีข้อติดแข็งการเคลื่อนไหวของข้อจะไม่สามารถทำได้จนถึง 180 องศา การเคลื่อนไหวน้อย หรือไม่เคลื่อนไหวทำให้ข้อตื้อยึดติดซึ่งพบตั้งแต่ 1 สัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าข้อที่จะเกิดภาวะข้อติดแข็งเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ข้อไหล่ซึ่งจะติดในท่าหุบแขนและบิดเข้าด้านใน (Adduction and internal rotation), ข้อศอกจะติดในท่างอ (Flexion) แขนส่วนปลายจะติดในท่าคว่ำมือ (Pronation) , ข้อมือ และข้อนิ้วมือติดในท่างอ (Flexion), ข้อเท้าซึ่งมักจะติดในท่าหงายเท้าเข้าด้านในและกระดูกฝ่าเท้าลง (Inversion and plantar flexion), ข้อเข่าติดในท่างอเข่า (Flexion) และข้อสะโพกจะพบว่า ติดในท่างอและบิดออกด้านนอก (Flexion and external rotation)⁽³¹⁾ **สาเหตุ** ไม่ได้เคลื่อนไหวข้อต่อภายใน 1 สัปดาห์ **กลไก** 1) เมื่อไม่มีการฟื้นฟูสภาพขยับข้อจะทำให้ Loose areolar connective tissue ที่เรียงตัวกันอย่างหลวมๆ ในข้อถูกแทนที่ด้วย Dense connective tissue และพบว่า หากข้อนั้นบาดเจ็บ เช่น ถูกกระแทก มีเลือดออกในข้อจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดข้อติดได้เร็วขึ้น ต่อมากล้ามเนื้อรอบๆ ข้อหดสั้นลงจากการดึงรั้งของ connective tissue ดังกล่าว นอกจากนั้นเมื่อไม่ได้เคลื่อนไหวข้อ จึงไม่มีแรงยืดจากกล้ามเนื้อ และข้อ ทำให้ Ligament และ Tendon มี collagen ลดลง ความแข็งแรงของ Ligament และ Tendon ก็จะลดลงด้วย 2) เมื่อไม่เคลื่อนไหวข้อต่อ เลือดจะไหลเวียนมาเลี้ยงบริเวณข้อลดลงทำให้ผิวของกระดูกอ่อนด้านที่สัมผัสกับผิวข้อต่อด้านตรงข้ามตายและกร่อนออก เยื่อบุผิวด้านในข้อฝ่อและมีการเสื่อมของกระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อน

แขนขาข้างที่อ่อนแรงแรงแข็งเกร็ง กล้ามเนื้อกระตุก (Spasticity) เคลื่อนไหวไม่ได้ พบร้อยละ 4-38^(32, 33) **สาเหตุ** เซลล์ประสาทที่ Upper Motor Neuron (UMN) พั่นตัวจากปิดกั้นสัญญาณประสาทจากสมองไปยังแขนและขา

กลไก มีการสร้าง Collateral blood vessel ไปเลี้ยงเซลล์ประสาทที่ Upper Motor Neuron ซึ่งตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีการส่งกระแสประสาทจาก descending inhibitory pathway (Reticulospinal tracts) ไปยับยั้ง motor neuron activity ได้ ส่งผลให้กล้ามเนื้อในกลุ่มที่ทำงานต้านกัน/ตรงกันข้ามกัน (Agonist และ Antagonist) ทำงานพร้อมๆกันโดยเป็นการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Associated reaction) ส่งผลให้ข้อต่างๆไม่สามารถขยับได้ ส่งผลให้เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อในลักษณะด้านแรงโน้มถ่วงของโลก ส่วนใหญ่มักพบว่า ผู้ป่วยจะอยู่ในท่าอแขน และขา⁽³⁴⁾ ซึ่งการเกร็ง กระตุกของกล้ามเนื้อเป็นปัญหาที่พบบ่อย มักจะทำให้เกิดข้อติด การฟื้นฟูสภาพทำได้ไม่เต็มที่ และจะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพต่อไปในที่สุด

ไม่สนใจแขนขาข้างที่อ่อนแรง หันหน้ามาด้านตรงข้ามกับแขนขาข้างที่อ่อนแรงเสมอ ไม่สนใจวัตถุที่อยู่ด้านอ่อนแรง ตักอาหารรับประทานเฉพาะด้านที่ไม่อ่อนแรงโดยไม่สนใจอาหารที่อยู่ด้านอ่อนแรง เดินชนคน หรือวัตถุที่อยู่ด้านอ่อนแรงอยู่เสมอ (Neglect syndrome) และมักจะพบอาการเหล่านี้ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคของโรคหลอดเลือดสมองด้านขวามากกว่าด้านซ้าย สาเหตุ การพื้นที่ตัวของเซลล์ประสาทบริเวณ Parietal lobe, หรือ temporal lobe frontal lobe และ/หรือ Basal ganglia และ Thalamus⁽³⁵⁾ กลไก การสร้าง Collateral blood vessel ไปเลี้ยงเซลล์ประสาทบริเวณ Parietal lobe, หรือ frontal lobe และ temporal lobe /หรือ Basal ganglia และ Thalamus ทำให้เซลล์ประสาทบริเวณดังกล่าวรวบรวม และสังเคราะห์การรับรู้สิ่งจากสิ่งเร้าจากประสาทสัมผัสต่างๆได้ รวมถึงการควบคุม เชื่อมโยงการเคลื่อนไหวกับทิศทาง (Visual-spatial analysis)⁽³⁶⁾ เมื่อสมองส่วนนี้เสียการทำงานที่ไป ผู้ป่วยจึงละเลย ไม่สนใจดูแลร่างกายด้านอ่อนแรง

พูดตะกุกตะกัก นึกคำพูดไม่ออก แต่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูด (Broca's aphasia/Motor aphasia), พูดเป็นวลียาวๆ แต่ไม่ได้ความหมาย พูดตามไม่ได้ อ่าน และเขียนไม่ได้ (Wernicke's aphasia), พูดไม่ได้ ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด พูดตามไม่ได้ (Global aphasia) ไม่สามารถพูดตามได้เมื่อตั้งใจจะพูด แต่จะพูดเองตามความเคยชิน (Apraxia of Speech) ปัญหาด้านการพูดพบได้ประมาณร้อยละ 50⁽³⁷⁻⁴¹⁾ สาเหตุ 1) เซลล์ประสาทในสมองส่วน Inferior posterior frontal gyrus (Broca's area) ตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Infarction) ของ 2) เซลล์ประสาทในสมองส่วน posterior two-thirds of superior temporal lobe ตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Infarction) 3) เซลล์ประสาทในสมองส่วน Frontal (Broca's area) และ Temporal (Wernicke's area) ตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Infarction) 4) เซลล์ประสาทในสมองส่วน Anterior corpus collosum ตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง กลไกของสาเหตุที่ 1) หลอดเลือด Middle Cerebral Artery ส่วนต้น (Proximal division) อุดกั้นหรือแตกทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง จนทำให้เซลล์ประสาทบริเวณ inferior posterior frontal gyrus/ Broca's area ตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งจะส่งผลให้กล้ามเนื้อรอบริมฝีปาก ลิ้นและหลอดคอด้านตรงข้ามกับด้านที่ขาดเลือดไปเลี้ยงอ่อนแรง⁽⁴²⁾ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความเข้าใจภาษาแต่พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด 2) หลอดเลือด Middle Cerebral Artery ส่วนปลาย (Lower division) อุดกั้นหรือ

แตกทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณ posterior two-thirds of superior temporal lobe /Wernicke's area ซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้ยิน และการมองเห็นทำให้แปลภาษาออกมาได้ ดังนั้น เมื่อเซลล์ประสาทบริเวณดังกล่าวตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจภาษา ⁽⁴³⁾ 3) หลอดเลือด Middle Cerebral Artery อุดกั้นหรือแตกทั้งเส้นทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน Broca's area และ Wernicke's area จนทำให้เซลล์ประสาทบริเวณนั้นตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Infarction) ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียทั้งความเข้าใจภาษา และการพูด 4) หลอดเลือด Anterior Cerebral Artery อุดกั้นหรือแตกทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน Anterior corpus callosum จนทำให้เซลล์ประสาทตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Infarction) จึงขาดการส่งกระแสประสาทระหว่าง Prefrontal area ของสมองด้านที่ไม่เด่น (ส่วนใหญ่เป็นสมองด้านขวา) และ Broca's area ที่อยู่สมองด้านที่เด่น ผู้ป่วยจึงมีอาการพูดตะกุกตะกักเมื่อตั้งใจที่จะพูดคล้าย Broca's aphasia

กลืนอาหาร หรือน้ำลำบากหรือไม่ได้เลย และสำคัญ พบได้ประมาณร้อยละ 50 ⁽³⁷⁾ โดยสามารถพบได้ตั้งแต่ภายใน 1 สัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีผู้ป่วยร้อยละ 11-13 มีภาวะกลืนลำบากไปจนถึง 6 เดือน ⁽⁴⁴⁾ **สาเหตุ** 1) เซลล์ประสาทบริเวณ Periventricular white matter ซึ่งอยู่ระหว่างกลีบสมองทั้งหมดตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 2) เซลล์ประสาทที่อยู่บริเวณก้านสมองส่วน Medulla ซึ่งมีศูนย์ควบคุมการกลืน และเส้นประสาทสมองที่ควบคุมการกลืนได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5,7,9, 10 และ 12 ตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Infarction) **กลไก**ของสาเหตุที่ 1) รอยโรคที่เกิดขึ้นบริเวณ Periventricular white matter ทำให้อาหารอยู่ในช่องปาก และหลอดคอด้านขึ้น กล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคี้ยว และกล้ามเนื้อลิ้นทำงานไม่ประสานกัน ใช้เวลานานกว่าจะกลืนอาหารหมดคำและอาจมีสาเหตุจากการ delay ของการยกของเพดานอ่อนไปปิด Nasopharynx, การยกของลิ้นเพื่อปิด Oropharynx และกระดุก Epiglottis ปิดกล่องเสียง 2) การขาดเลือดไปเลี้ยงจะทำให้ศูนย์ควบคุมการกลืนที่อยู่ใน Medulla oblongata และ Lower Motor Neuron ของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5,7,9, 10 และ 12 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด, การหายใจได้จะมีระยะเวลาการกลืนที่นานขึ้น หรือบางรายพบว่า ไม่มีการกลืนเลย รวมถึงสูญเสียกลไกที่ใช้ในการป้องกันหายใจขณะกลืนไปด้วย ซึ่งมักจะพบว่า ผู้ป่วยจะมีสำลักน้ำ และอาหารร่วมด้วย (ร้อยละ 26.5-50) ^(45, 46) ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด (ร้อยละ 20) เกิดอาการไข้ ไอ หอบ ⁽⁴⁶⁾ นอกจากนั้น จะพบว่า ผู้ป่วยบางรายอาจมีปากแห้ง ลิ้นแตก น้ำหนักตัวลดลงเนื่องจากไม่กลัดื่มหรือรับประทานอาหารเนื่องจากกลัว/กังวลเกี่ยวกับอาการสำคัญของตน ⁽⁴⁷⁾

ปัสสาวะเล็ด (Incontinence) ปัสสาวะซึม ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ถ่ายปัสสาวะไม่ได้ พบได้ร้อยละ 37-79 ⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾ เกิดได้ตั้งแต่ภายในสัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองไปจนถึง 8 สัปดาห์ ⁽⁵¹⁾ แต่อย่างไรก็ดี ยังพบได้ว่าผู้ป่วยร้อยละ 14-19 อาจจะมีภาวะปัสสาวะเล็ดไปจนถึง 6 เดือน ⁽⁴⁸⁾ **สาเหตุ** 1) ขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน Frontoparietal area และ internal capsule 2) ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณก้านสมอง **กลไก** 1) การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน Frontoparietal area และ internal capsule ทำให้กล้ามเนื้อ Detrusor ไวต่อการตอบสนองมากกว่าปกติ

และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม External sphincter ได้ ผู้ป่วยจึงมีปัสสาวะเล็ด นอกจากนั้น การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน Frontal เป็นสมองส่วนที่ควบคุมการคิด (Cognitive) ร่วมกับกล้ามเนื้อแขนขาที่อ่อนแรง ผู้ป่วยจึงปัสสาวะได้ไม่สุดจึงมีปัสสาวะค้างคั่งเป็นโอกาสให้เกิดการสะสมของเชื้อแบคทีเรียจนอาจนำไปสู่การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ 2) ก้านสมองส่วน Pons จะมี Pontine Micturition Center ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาท sympathetic, parasympathetic (Pudendal nerve; ระดับไขสันหลังส่วน S₂-S₄) และ somatic nerve ที่ไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อ Detrusor เมื่อก้านสมองส่วน Pons ได้รับบาดเจ็บจากการขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้กล้ามเนื้อ Detrusor คลายตัว และ External sphincter หดรั้งตัวผู้ป่วยจึงไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง

อุจจาระเล็ดราด (Feces incontinence) โดยพบได้ตั้งแต่ภายใน 1 สัปดาห์หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 30 ไปจนถึง 3 ปี ร้อยละ 15 และพบว่า ผู้ป่วยที่ยังคงมีอุจจาระเล็ดราดเมื่อ 3 เดือน จะทำให้มีภาวะนี้ไปจนถึง 1 ปี⁽⁵²⁾ **สาเหตุ** 1) เซลประสาทของสมองส่วน Frontal ตายจากขาดเลือดไปเลี้ยง 2) ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ **กลไก** ของสาเหตุที่ 1) เมื่อมีพยาธิสภาพที่สมองส่วน Frontal ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมการรู้คิด (Cognitive) จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้เนื่องจากขาดการยับยั้งจากสมองไปยัง External sphincter 2) ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้ทำให้เดินไปห้องน้ำไม่ได้ รวมถึงใส่ และถอดเสื้อผ้าไม่ทันจากแขนขาอ่อนแรงทำให้ผู้ป่วยมีอุจจาระเล็ดราด

มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37 องศาเซลเซียส พบว่า ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40-61 จะมีภาวะไข้ซึ่งสามารถพบได้ภายใน 1-2 สัปดาห์แรก หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^(53, 54) **สาเหตุ**ของการมีไข้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดได้จาก 2 สาเหตุ ได้แก่ 1) การติดเชื้อ เกิดขึ้นร้อยละ 57.6 ในผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมาจากการสำลักอาหาร หรือน้ำดื่ม ซึ่งทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ร้อยละ 9-22 และปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะซึม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะไม่ออกซึ่งทำให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 15.4-24^(55, 56) 2) การขาดน้ำ (Dehydration) **กลไก**ของสาเหตุที่ 1) ผู้ป่วยสำลักน้ำและอาหาร ทำให้เศษอาหารตกไปค้างอยู่บริเวณ Pharynx ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อของทางเดินหายใจ และผู้ป่วยที่มีปัสสาวะเล็ด หรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือถ่ายปัสสาวะไม่ออกทำให้เกิดการหมักหมมของเชื้อโรค ซึ่ง Toxin จากเชื้อโรค หรือสารก่อให้เกิดไข้ (Pyrogens) จะกระตุ้นสมองส่วน Hypothalamus ให้เพิ่ม set point ของอุณหภูมิร่างกายแกนกลาง (Core temperature) จาก 37 องศาเซลเซียส ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่า ไข้ที่เกิดจากการติดเชื้อมักจะสูงเกินกว่า 38 องศาเซลเซียส⁽⁵⁷⁾ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 53 มีภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ร่วมด้วยเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะมีภาวะกลืนลำบากทำให้สำลักน้ำ และอาหาร ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยยอมดื่มน้ำเนื่องจากกลัวการสำลัก⁽³⁹⁾ เมื่อร่างกายขาดน้ำ จะทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากน้ำเป็นส่วนหนึ่งการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย โดยพบว่า อุณหภูมิในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำจะมากกว่า 38.3 แต่จะไม่เกิน 39.4 องศาเซลเซียส^(14, 58)

อาการแสดงที่ยังหลงเหลืออยู่ภายใน 4 สัปดาห์

อาการแขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง แขนขาลีบ พบว่า กล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนติดเตียงจะลีบลงหลังจากที่อยู่นิ่งๆ เพียง 1 วัน โดยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลงประมาณร้อยละ 10-15 ของความแข็งแรงเดิมต่อสัปดาห์ หรือร้อยละ 1-3 ต่อวัน ⁽⁵⁹⁾ **สาเหตุ** 1) นอนติดเตียงไม่เคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพของโรค 2) ไม่มีผู้ดูแล และ/หรือผู้ดูแลไม่ได้อยู่ดูแลตลอดเวลา **กลไก**ของสาเหตุที่ 1) กล้ามเนื้อที่ไม่ได้เคลื่อนไหวจะมีการเปลี่ยนแปลงของกระแสประสาทในกล้ามเนื้อ และศักย์ไฟฟ้าบริเวณ myoneural junction โดยความแข็งแรงของ myotendinous junction ลดลง กล้ามเนื้อจึงลีบเล็กลง 2) การเปลี่ยนแปลงขนาดของครอบครัวทำให้ในปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว, นิยมมีบุตรน้อยลง, เศรษฐฐานะของครอบครัวไม่ดีทำให้ไม่มีผู้ดูแลเนื่องจากผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งไม่ได้เคลื่อนไหว ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจึงไม่มีการฟื้นตัว และทำให้กล้ามเนื้อลีบลง

ไม่สามารถคิดวิเคราะห์และวางแผนเป็นขั้นตอนได้ ไม่มีสมาธิจดจ่อ บอกรวัน เวลา สถานที่ไม่ได้ ไม่สามารถจดจำสิ่งใหม่ๆได้ ไม่สามารถบอกเกี่ยวกับสิ่งที่ป็นนามธรรมได้ ขาดจินตนาการ ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม พบได้ระหว่างร้อยละ 77 ^(60, 61) **สาเหตุ:** เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง Frontal lobe ในส่วน anterior cingulate gyrus **กลไก** เมื่อขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน Prefrontal cortex จะทำให้ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลจากสมองทั้งสองซีก (cerebral hemispheres) ผ่าน corpus callosum นอกจากนั้น ยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประมวลผล, วิเคราะห์ข้อมูล, วางแผนเป็นลำดับขั้นตอน และ/หรือใช้ความคิดที่ซับซ้อน เพื่อปรับเปลี่ยนการกระทำและพฤติกรรม การแสดงออกให้เหมาะสมได้ รวมถึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำ มีสมาธิเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้อีกด้วย

ขาบวม แดง ร้อน ปวด กดเจ็บ (Deep Vein Thrombosis) พบได้ร้อยละ 1-5 ⁽⁵⁶⁾ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ร้อยละ 80) จะมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำที่ขา (Deep vein thrombosis) ⁽⁶²⁾ **สาเหตุ** เกิดจากผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวมากกว่า 4 วัน โดยเฉพาะ 3 สัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ^(63, 64) **กลไก** เกิดจากการที่มีเกล็ดเลือดรวมตัวกันบริเวณเหนือลิ้นของหลอดเลือดดำ ร่วมกับการไม่เคลื่อนไหวเนื่องจากพยาธิสภาพ และความกลัวของผู้ป่วยทำให้เกิดลิ่มเลือดเกิดขึ้น แม้ว่าตามปกติแล้ว ร่างกายมีกระบวนการสลายลิ่มเลือด แต่กระบวนการผลิตลิ่มเลือดเกิดขึ้นด้วยอัตราที่เร็วกว่าดังนั้นจึงเกิดลิ่มเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดดำที่ขา ซึ่งจะทำให้เกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายที่ขาอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนของภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำที่ขาที่อันตรายที่สุด คือ การที่ลิ่มเลือดหลุดออกจากตำแหน่งที่อุดตันไปยังหลอดเลือดที่ปอด (Pulmonary embolism) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หอบ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด

บอกลี และ/หรือลักษณะของสิ่งที่มองเห็นไม่ได้ (Visual anosia) มองเห็นครึ่งซีก (Contralateral homonymous hemianopsia) พบได้ร้อยละ 30-60 ^(36, 65, 66) สาเหตุ 1) เซลประสาทบริเวณ Visual association area (Brodmann area ที่ 18, 19) ตายเนื่องจากขาดเลือด (Infarction) ⁽⁴³⁾ 2) เซลประสาทบริเวณ Primary visual area (Brodmann area ที่ 17) ตายเนื่องจากขาดเลือด (Infarction) กลไกของสาเหตุที่ 1) บริเวณ Visual association area (Brodmann area ที่ 18, 19) จะมีเซลล์ประสาททำหน้าที่บอกลี ลักษณะ ขนาดของสิ่งที่มองเห็น เมื่อเกิดพยาธิสภาพเซลล์ประสาทส่วนนี้ตายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกลี ขนาด และลักษณะของสิ่งที่มองเห็นได้ (Visual anosia) 2) บริเวณ Primary visual area (Brodmann area ที่ 17) เป็นบริเวณที่มีเซลล์ประสาททำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น ถ้ามีพยาธิสภาพจะทำให้มีตาบอดด้านตรงข้ามครึ่งซีก (Contralateral homonymous hemianopsia) ^(65, 67)

ท้องผูก (Constipation) พบได้ร้อยละ 48 ถึงร้อยละ 86.7 ^(68, 69) สาเหตุ 1) การเพิ่มขึ้นของ Adrenergic activity 2) การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย 3) ดื่มน้ำน้อย รับประทานอาหารน้อย กลไกของสาเหตุที่ 1) การที่สมองมีพยาธิสภาพจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้การทำงานของ Adrenergic เพิ่มขึ้นเนื่องจากเกิดการอักเสบของเซลล์ประสาท (Neuroinflammatory) จึงตอบสนองด้วยการหลั่ง epinephrine และ Nor-epinephrine เพิ่มขึ้นไปยับยั้งการทำงานของลำไส้ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง sphincter หดตัว ผู้ป่วยจึงมีอาการท้องผูก ⁽⁷⁰⁾ 2) เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ลำไส้จึงไม่ค่อยเคลื่อนไหว นอกจากนั้น การนอนขยับถ่ายอุจจาระทำให้ถ่ายอุจจาระลำบากจนผู้ป่วยไม่อยากถ่าย 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการกลืนลำบาก สำลักระหว่างดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหาร ดังนั้น จึงไม่ค่อยอยากรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำจึงทำให้เกิดท้องผูก ⁽⁶⁸⁾

อาการแสดงที่ยังหลงเหลืออยู่ภายใน 3 เดือน

อ่อนล้า (Fatigue) ไม่สนใจอยากทำกิจกรรม ไม่อยากรับประทานอาหาร เฉื่อยเฉื่อย เชื่องช้า เป็นอาการที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นถึงแม้ว่าจะได้รับการพักฟื้นแล้วก็ตาม พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 29-77⁽⁷¹⁻⁷³⁾ ซึ่งพบได้ตั้งแต่ 2 สัปดาห์แรกและเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนานเป็นปี⁽⁷²⁾ สาเหตุ เนื่องจากอาการอ่อนล้าเป็นอาการที่มีความซับซ้อนมีหลายมิติเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงพอจะสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอ่อนล้าได้ดังนี้ 1) Stroke type, side และ location 2) Motor recovery และ Residual disability **กลไก** 1) มีบางการศึกษาพบว่าอาการอ่อนล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบใน Ischemic stroke มากกว่า Hemorrhagic stroke และมักจะพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ Basal ganglia และ Internal capsule นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือด Posterior Cerebral Artery ซึ่งทำให้เกิดโรคที่ Brain stem, Thalamus เป็นต้น จะมีโอกาสเกิดอาการอ่อนล้ามากกว่าหลอดเลือดอื่นๆ^(72, 74) 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้จะพบว่ามีอาการอ่อนล้ามากกว่าผู้ป่วยที่สามารถประกอบกิจกรรมได้ด้วยตัวเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การทำกิจกรรมจะกระตุ้น Pre-frontal cortex, Insular และ Anterior singular cortex ซึ่งเนื้อสมองเหล่านี้จะไปลดอาการอ่อนล้า (Fatigue)⁽⁷⁵⁾ แต่หากผู้ป่วยเคลื่อนไหวลำบาก ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเองไม่ได้ มีภาวะพึ่งพา เหล่านี้จะไปลดการกระตุ้น Pre-frontal cortex, Insular และ Anterior singular จึงทำให้อาการอ่อนล้า (Fatigue) ในที่สุด 3) Time course of fatigue พบว่า ในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจะมีอาการอ่อนล้า (Fatigue) ลดลงภายใน 3 เดือนแรกนับจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนล้า (Fatigue) มักจะมีอาการเหล่านี้ต่อเนื่องไปจนถึงสองปี^(74, 76)

แผลบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆในร่างกาย หรือแผลกดทับ (Pressure sore) มักพบแผลกดทับบริเวณกระเบนเหน็บมากที่สุด ร้อยละ 29.6 รองลงมาได้แก่ สะโพก ร้อยละ 27.4 และบริเวณก้นกบ ร้อยละ 10.7 จากอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีกทำให้ผู้ป่วยนอนหงายน้ำหนักลงข้างที่อ่อนแรงเป็นเวลานาน หากมีรอยโรคที่สมองซีกขวา มักพบแผลกดทับที่สะโพกด้านซ้าย ขณะที่แผลกดทับบริเวณกระเบนเหน็บ และบริเวณก้นกบ มักเกิดจากผู้ป่วยใช้แขนข้างที่มีกำลังปกติเหนี่ยวตัวเพื่อพยุงร่างกาย เช่น ขยับตัวขึ้นหัวเตียง ขยับเพื่อตะแคงตัว^(20, 77) สาเหตุเกิดจาก 1) แรงเสียดสีและแรงเฉือน ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายต้องนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน และมีความต้องการการช่วยเหลือในการยกตัว พลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนท่า และการเคลื่อนย้าย ทำให้ผิวหนังจึงได้รับแรงเสียดสีและแรงเฉือนตลอดเวลาทำให้ผิวหนังบริเวณดังกล่าวถูกกดทับ หรือถลอกเป็นแผลได้ง่าย 2) ภาวะพร่องโภชนาการ จากปัญหาการกลืน การใส่สายให้อาหารเป็นเวลานาน กระบวนการเผาผลาญที่เพิ่มขึ้นในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ไม่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการอย่างเพียงพอต่อวันส่งผลต่อการสลายโปรตีนและไขมันในกล้ามเนื้อในระยะยาว และได้รับน้ำ สารอาหารโดยเฉพาะโปรตีน วิตามิน แร่ธาตุไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรือได้รับอาหารไม่ครบทุกมื้อ ทำให้ผิวหนังขาดความยืดหยุ่นเกิดแผลได้ง่ายและหายช้า ภาวะพร่องโภชนาการสามารถประเมินได้ระหว่าง 22-44 วัน ภายหลังเกิดโรค ร่วมกับพบ

ระดับ serum albumin น้อยกว่า 3.5 g/L ⁽⁷⁸⁾ 3) กลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ จากเซลล์ประสาทสมองบริเวณก้านสมอง หรือเนื้อระดับส่วนก้านสมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเซลล์ประสาทสมองตาย ได้แก่ frontal lobe, internal capsule, basal ganglia, pons และ cerebellum ทำให้สูญเสียกลไกการทำงานของระบบประสาท parasympathetic ที่ทำให้ กล้ามเนื้อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ระบบประสาท sympathetic ที่ทำให้กล้ามเนื้อควบคุมการขับถ่ายคลายตัวและ ระบบประสาท somatic มีเซลล์อยู่ที่ไขสันหลังระดับ S2-S4 ส่งกระแสประสาทไปสั่งงานกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอก ทำให้ ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะบ่อยและกลืนไม่ได้ ผิวน้ำจึงเปียกชื้นตลอดเวลาเกิดการระคายเคืองจากอุจจาระและผิวน้ำเปียกจาก ปัสสาวะ ⁽⁷⁹⁾

นอนไม่หลับ (Insomnia) ขอบตาคำคล้ำ ง่วงเหงาหาวนอนในเวลากลางวัน หรือนอนหลับกลางวัน การนอนไม่หลับทำให้การฟื้นตัวที่ช้าลงทำให้เกิดทุพพลภาพได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับถึง 3.6 เท่า และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ถึง 6.75 เท่า ⁽⁸⁰⁾ นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนไม่หลับมักจะมีโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) ⁽⁸¹⁾ **สาเหตุ** 1) การขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณ Medulla และ/หรือบริเวณ Thalamus 2) ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยฉับพลัน **กลไกของสาเหตุที่ 1)** โดยปกติ Ascending reticular activation system (ARAS) ซึ่งทอดจาก Medulla ไปยังสมองทำหน้าที่ในการยับยั้งการนอนหลับ เมื่อ Ascending reticular activation system ตาย จะทำให้ผู้ป่วยตื่นอยู่ตลอดเวลา นอนไม่หลับ, ส่วนการกระตุ้น Forebrain cholinergic system จะทำให้ผู้ป่วยง่วงนอน และนอนหลับ เมื่อ Forebrain cholinergic system ตายจะทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ, ส่วน Thalamus ทำหน้าที่สร้างคลื่นสมองที่พบในช่วงการนอนหลับระยะที่ 2 (Non-REM) ทำให้คนหลับลึก เมื่อสมองส่วนนี้ขาดเลือดมาเลี้ยงทำให้ช่วงการนอนหลับลึกลดลง ⁽⁸²⁾ 2) เมื่อมีความเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่ทำให้มีปัญหาในการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดจนอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะกระตุ้นให้มีการหลั่ง epinephrine และ Nor-epinephrine จากต่อมหมวกไตชั้นใน รวมถึง Cortisol จากต่อมหมวกไตชั้นนอกทำให้ อัตราการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

ร้องไห้ แยกตัว อารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิดง่าย อยากรู้อาหารมากกว่าปกติ หรือน้อยกว่าปกติ ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าโดยพบอาการดังกล่าวหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 16.9-52 จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ⁽⁸³⁻⁸⁸⁾ ส่วนการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบได้ระหว่างร้อยละ 30-37 และส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ⁽⁸⁰⁾ **สาเหตุ** 1) การขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมอง Frontal lobe ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40 ซึ่งต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ⁽⁸⁹⁾ โดยร้อยละ 51.9 ของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีรอยโรคที่สมองกลีบหน้าซ้าย (Left frontal lobe) ^(89, 90) 2) การเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกันและการอักเสบภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) การเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หากยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากเท่าไร จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัว นอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวนได้ง่ายมากเท่านั้น ^(86, 91) **กลไกของสาเหตุที่ 1)**

ในสภาวะปกติ เซลประสาท Noradrenergic และ serotonergic จะส่งกระแสประสาทจากก้านสมองไปยัง Frontal cortex เมื่อเกิดภาวะขาดเลือดจะทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถกระแสประสาท และนำสารสื่อประสาทกลุ่ม Monoamine ได้แก่ Norepinephrine และ serotonin ไปใช้ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแปรปรวน ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดี, ความอยากอาหารมากหรือน้อยเกินกว่าปกติ, แยกตัว เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด 2) เมื่อเกิดเซลล์ประสาทตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ระบบภูมิคุ้มกันจะสร้างสาร cytokine เพิ่มขึ้น เช่น Interleukin, Tumor necrotic factor, และ Interferon เพิ่มขึ้นซึ่งจะไปลดปริมาณ Serotonin จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3) เหตุการณ์ความสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และถูกลดบทบาทต้องการเป็นคนเจ็บป่วย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ร่วมกับการไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และ/หรือไม่สามารถคิดวิเคราะห์ วางแผนเป็นขั้นตอน และเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ และ/หรือพูดตะกุกตะกัก หรือพูดไม่ได้ทำให้ไม่สามารถออกไปทำงาน หรือทำกิจกรรมในสังคมได้ เกิดการถอยหนีจากสังคม และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด⁽⁹²⁾

ไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำได้นาน ขาดสมาธิและความจำเปลี่ยนแปลง โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะมีรอยโรคที่ใดก็มักจะไม่สามารถจดจ่อกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้นาน ถูกหันเหความสนใจได้ง่ายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่สมองส่วน Frontal ร้อยละ 46-92⁽⁹³⁾ ส่วนปัญหาด้านความจำพบได้น้อยกว่าผู้ป่วยทางสมองประเภทอื่น เช่น ได้รับความเจ็บที่ศีรษะ, dementia เป็นต้น **สาเหตุ** 1) มีรอยโรคที่สมองส่วน Frontal ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุม Cognitive 2) มีรอยโรคที่สมองส่วน Medial temporal **กลไก** 1) ตามปกติสมองส่วน Frontal จะทำหน้าที่ควบคุม Cognitive ความมีสมาธิ การที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาด้านความทรงจำ (Memory) การรู้คิด (Cognition) ความสนใจ จดจ่อ (Attention) ซึ่งพบได้ระหว่างร้อยละ 77 ถึง 80.9^(60, 61) 2) การมีรอยโรคที่สมองส่วน Medial temporal ถ้าเกิดในสมองซีกเด่น (ส่วนใหญ่จะเป็นด้านซ้าย) ผู้ป่วยจะจำข้อมูลที่เป็นคำพูดไม่ได้ แต่หากเกิดในสมองซีกที่ไม่เด่นจะทำให้ผู้ป่วยจำข้อมูลจากการอ่าน การมองไม่ได้

น้ำหนักลด ผิวแห้ง ปากแห้ง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะขาดน้ำและอาหารได้ร้อยละ 8-61^(94, 95) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 53 มีภาวะขาดน้ำ(Dehydration) **สาเหตุ** 1) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร และ/หรือดื่มน้ำเนื่องจากกลัวการสำลัก⁽³⁹⁾ 2) ไม่มีผู้ดูแล **กลไก**ของสาเหตุที่ 1) ผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนลำบาก หรือกลืนอาหาร / น้ำแล้วเกิดอาการสำลัก มักจะพบว่า ผู้ป่วยจะมีภาวะขาดน้ำและสารอาหารร่วมด้วยเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่ยอมกลืนอาหาร/ น้ำเลยเนื่องจากกลัวการสำลัก 2) ด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจฐานะของครอบครัวทำให้ ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งไว้บ้านลำพัง ไม่มีผู้ดูแลเนื่องจากผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

มีจ้ำเลือดตามแขนขา ปัสสาวะมีเลือดปน ถ่ายดำ ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของการได้รับยาหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง **สาเหตุ** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะได้รับยา 2 กลุ่มได้แก่ ยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Antiplatelet) ตัวอย่างเช่น Aspirin และยากลุ่มต้านการเกิดลิ่มเลือด (Anticoagulants) ตัวอย่างเช่น Warfarin ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกได้ง่าย จะพบว่า ผู้ป่วยจะมีจ้ำเลือดตามแขนขา บางรายอาจจะพบว่า ปัสสาวะมีเลือดปน หรือถ่ายดำ **กลไก** หลังจากผู้ป่วยได้รับยาดังกล่าว จะมีปฏิกิริยาดังต่อไปนี้ 1) ยาในกลุ่ม Antiplatelet ทำให้การเกาะตัวของเกล็ดเลือดลดลง (Platelet aggregation) จึงทำให้เลือดออกง่าย 2) ยาในกลุ่ม Anticoagulants จะยับยั้งเอนไซม์ vitamin K quinine reductase และ vitamin K epoxide reductase ซึ่งวิตามินเคจำเป็นต่อการสังเคราะห์ clotting factor บางชนิดที่ตับเพื่อจะนำไปกระตุ้นการสร้าง Prothrombin เมื่อได้รับ warfarin ทำให้ Prothrombin ลดลง เลือดจึงแข็งตัวช้าลงไปด้วย

พลัดตกหกล้ม (Fall) พบได้ร้อยละ 2-29 **สาเหตุ** 1) เคลื่อนไหวลำบาก และอายุมากกว่า 55 ปี ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลำบาก การคิดและการตัดสินใจในการเคลื่อนไหวลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ 2) ภาวะไม่สนใจ/ ละเลยด้านที่อ่อนแรง (Neglect syndrome) **กลไก**ของสาเหตุที่ 1) การมีรอยโรคที่สมองส่วน Primary motor area และส่วนที่ทำหน้าที่ประสานงานในการเคลื่อนไหว เช่น Cerebellum ทำให้ผู้ป่วยมีเคลื่อนไหวลำบากมีความเสี่ยงที่จะเกิดหกล้ม และเมื่ออายุมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีกระบวนการคิดและการตัดสินใจในการเคลื่อนไหวลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติจึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดพลัดตกหกล้มได้ง่าย ^(55, 56, 96) 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะไม่สนใจ/ ละเลยด้านที่อ่อนแรง (Neglect syndrome) จะไม่สามารถรวบรวม และสังเคราะห์การรับรู้ความรู้สึกจากสิ่งเร้าจากประสาทสัมผัสต่างๆได้ รวมถึงการควบคุม เชื่อมโยงการเคลื่อนไหวกับทิศทาง (Visual-spatial analysis) ⁽³⁶⁾ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงเกิดพลัดตกหกล้มได้ง่าย

อาการแสดงที่ยังหลงเหลืออยู่ภายใน 6 เดือน

หากผู้ป่วยฟื้นตัวไม่ดี หรือไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ จะทำให้ระบบต่างๆในร่างกายอยู่ในภาวะเสื่อมถอยซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพ ดังต่อไปนี้

กล้ามเนื้ออ่อนแรง และลีบเล็กจากการไม่ได้ใช้งานทั้งข้างอ่อนแรง และข้างปกติ (Muscle weakness and atrophy due to disuse) แขนขาไม่มีกำลัง ซึ่งสามารถเกิดได้ในกล้ามเนื้อของแขนขาข้างอ่อนแรง และกล้ามเนื้อของแขนขาข้างปกติโดยเฉพาะกล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆจะมีแนวโน้มที่อ่อนแรง และลีบมากกว่ากล้ามเนื้อมัดเล็กๆ **สาเหตุ** การฟื้นตัวไม่ดี และ/หรือ ไม่เคลื่อนไหว และ/หรือ ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ **กลไก** เมื่อกล้ามเนื้อที่ไม่ได้เคลื่อนไหวจะมีการเปลี่ยนแปลงของกระแสนประสาทในกล้ามเนื้อ และศักย์ไฟฟ้าบริเวณ myoneural junction โดยความแข็งแรงของ myotendinous junction ลดลง กล้ามเนื้อจึงลีบเล็กลง

เคลื่อนไหวข้อไม่ได้เต็มที่ ข้อยึดติด (Joint contraction) เกิดข้อยึดติดในแขนขาข้างที่อ่อนแรง อาจตรวจพบอาการข้อบวม ผู้ป่วยอาจบ่นเจ็บบริเวณข้อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัมพาตของร่างกายครึ่งซีก ไม่สามารถขยับข้อต่อของร่างกายซีกนั้นได้เต็มที่ตามพิสัยของการเคลื่อนไหวของข้อ ทำให้เกิดข้อต่อยึดติดซึ่งพบว่า หากข้อต่อไม่มีการขยับเคลื่อนไหวใน 1 สัปดาห์จะทำให้เกิดข้อติดแข็ง⁽⁹⁷⁾ และมักจะพบในข้อที่เคยมีการอักเสบ บวมซึ่งมักจะเกิดในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก **สาเหตุ** 1)มีการอักเสบอย่างต่อเนื่องของข้อตั้งแต่ช่วง 1-2 สัปดาห์แรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การฟื้นตัวไม่ดี และ/หรือ ไม่เคลื่อนไหว และ/หรือ ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ **กลไก**ของสาเหตุที่ 1) เอ็นกล้ามเนื้อ (Tendon) และเอ็นข้อ (Ligament) จะเรียงตัวในแนวยาวซึ่งเมื่อมีแรงดึงรั้งจากการยึดเหยียดข้อต่อจะทำให้ Type A collagen fibers ซึ่งเป็นเส้นใยหลักเรียงตัวได้เป็นระเบียบ แต่หากแรงดึงรั้งหายไปจากการที่ข้อไม่ได้ยึดเหยียด เนื้อเยื่อ Collagen จะมีความแข็งแรงลดลงจากการที่เส้นใยเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ นอกจากนั้น ยังทำให้เนื้อเยื่อ Collagen ลดจำนวนลง ขาดความยืดหยุ่น ความแข็งแรงระหว่างรอยต่อของ Collagen กับกระดูกลดลง นอกจากนั้นยังทำให้กระดูกที่ยึดเกาะของเอ็นข้อต่อบางลงอีกด้วย 2)เมื่อข้อต่อไม่มีการเคลื่อนไหว น้ำในข้อเคลื่อนไหวลดลง กระดูกอ่อนที่บุผิวข้อขาดสารอาหารจากน้ำในข้อ (Synovial fluid)ทำให้ผิวของกระดูกอ่อนที่สัมผัสกับผิวกระดูกอ่อนด้านตรงข้ามจะตายเป็นหย่อมๆ และกร่อนไป

ผู้ป่วยอาจบ่นปวดกระดูก ร่วมกับการนอนติดเตียงอย่างน้อย 7 เดือนขึ้นไป ควรนึกถึงภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) โดยส่วนใหญ่จะพบว่า มักไม่มีอาการแสดง ส่วนอาการปวดจะพบได้ต่อเมื่อมีกระดูกบาง (Osteopenia) มาเป็นเวลานาน และจะปวดมากยิ่งขึ้นเมื่อกระดูกยุบตัว/หัก นอกจากนั้นแล้วมักไม่ปรากฏอาการแสดงอื่น ตามปกติกลไกการสร้าง (Bone formation)และการทำลายกระดูก (Bone reabsorption) จะเกิดขึ้นตลอดเวลา⁽⁹⁸⁾

โดยอัตราการสร้างและทำลายขึ้นอยู่กับน้ำหนักที่ตกลงบนกระดูก ถ้าแรงกดที่กระทำต่อกระดูกลดลง หรือหายไปจะทำให้การทำลายกระดูก (Bone reabsorption) เกิดขึ้นมากกว่าการสร้างกระดูก (Bone formation) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่นอนติดต่อกัน 30-36 สัปดาห์จะมีการสูญเสียมวลกระดูกร้อยละ 25-45^(99, 100) สาเหตุ ไม่มีแรงกดกระทำต่อกระดูก และ/หรือผู้ป่วยนอนติดเตียงตลอดเวลา กลไก ตามปกติเซลล์กระดูกจะแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ Osteoblast ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างกระดูก, Osteoclast ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสลายกระดูกเพื่อปรับแต่งรูปร่างกระดูก เมื่อไม่ได้ใช้งานนานๆ/การนอนนานๆ จะทำให้แรงกดทับที่กระทำต่อกระดูกลดลง ซึ่งจะไปเพิ่มการทำงานของ Osteoclast ในการทำลายกระดูก (Bone reabsorption) เพิ่มขึ้น ทำให้ระยะแรกๆจะมีการสูญเสียแคลเซียมโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกยาว ด้วยกระบวนการทำลายกระดูกซึ่งใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ในขณะที่กระบวนการสร้างกระดูก (Bone formation) จะเกิดตามมาโดยใช้เวลาประมาณ 3-6 เดือน ส่วนที่สูญเสียเนื้อกระดูกมากที่สุดคือ ส่วนของร่างกายที่ขยับได้น้อยที่สุด⁽¹⁰¹⁾

ท้องอืด น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย ผู้ป่วยบ่นว่าไม่พยายาลม ตรวจร่างกายเคาะท้องแล้วได้เสียงโปร่งในท้อง ฟัง Bowels sound ได้ลดลง ผู้ป่วยที่นอนติดเตียงมาเป็นเวลานานมักจะขาดสารอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกโปรตีน เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ดังนี้ สาเหตุ 1) การเคลื่อนไหว/ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ 2) ท่าทางในขณะรับประทานอาหาร/ feed อาหารในผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหาร 3)ภาวะซึมเศร้า กลไก 1)การไม่เคลื่อนไหวร่างกายนอกจากจะทำให้ อวัยวะในระบบย่อยอาหารเคลื่อนไหวลดลงแล้ว ยังทำให้การไหลเวียนโลหิตในระบบไหลเวียนลดลง ร่วมกับการดื่มน้ำลดลงทำให้อัตราการย่อย และการดูดซึมสารอาหารลดลงด้วย 2) การรับประทานอาหารในท่านอนทำให้การไหลของอาหารจากกระเพาะอาหารไปสู่ลำไส้ลดลง อาหารจึงค้างอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น ทำให้อย่อยได้ไม่ดี 3) การเพิ่มขึ้นของ adrenergic activity ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงส่งผลให้การดูดซึมสารอาหารลดลง

กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะกระปริดกระปรอย ปัสสาวะขุ่น อาจพบมีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียสจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ สาเหตุ 1)ไม่ได้รับการกระตุ้นให้มีการขับถ่ายที่เหมาะสม 2)การถ่ายปัสสาวะในท่านอนหงาย กลไก 1) เมื่อขาดกระตุ้นการขับถ่ายที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมากจนทนออกมา เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้จากปัสสาวะล้น (Overflow incontinence) ซึ่งเกิดจากการลดลงของรีเฟล็กซ์การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (Micturition reflex) ต่อมาเมื่อรีเฟล็กซ์กลับคืนมา ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้เมื่อปวดปัสสาวะ (Uninhibited bladder) ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยของระบบทางเดินปัสสาวะนานๆจะเป็นสาเหตุที่ทำให้การติดเชื้อเกิดขึ้น 2)การถ่ายปัสสาวะในท่านอนหงายจะทำให้มีปัสสาวะค้างค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะหลังแบ่งถ่ายซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรืออาจเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะจากการที่แคลเซียมถูกขับออกมา มากกว่าปกติได้อีกด้วย

ผิวหนังซีด อาจพบรอยแดง ผู้ป่วยอาจบ่นว่า คัน อาจพบแผลบริเวณปุ่มกระดูก หรือบริเวณที่ถูกกดทับ

ผิวหนังซีด พบรอยแดง ผู้ป่วยอาจบ่นว่า คัน อาจพบแผลบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่ถูกกดทับ สาเหตุ การกดทับผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกอยู่เป็นเวลานาน **กลไก** การที่ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวได้น้อย เลือดจะไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆได้ไม่ดีโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก โดยหากส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายจะพบมีแผลกดทับที่กระเบนเหน็บ (Sacrum) หากอยู่ในท่านอนตะแคงจะพบว่า แผลกดทับจะอยู่บริเวณข้างสะโพก (Trochanteric) หากร่วมกับการมีอุจจาระ ปัสสาวะราดจะทำให้ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกดังกล่าว เปื่อยยุ่ย ถลอกได้ง่าย และหายช้าเนื่องจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณดังกล่าวได้ไม่ดี ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อในที่สุด

ไอ มีเสมหะ ผู้ป่วยบ่นหายใจไม่อิ่ม ตรวจร่างกายพบ เสียงหายใจลดลง (Decrease breath sound) สาเหตุ

1)การอยู่ในท่านอนหงายเป็นเวลานาน 2)เสมหะคั่งอยู่ในทางเดินหายใจ **กลไก** ของสาเหตุที่ 1)ในท่านอนหงาย Diaphragm และ Intercostal muscle จะขยายตัวได้น้อยทำให้อากาศเข้าสู่ปอดได้ไม่เต็มที่ ทำให้คาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องหายใจเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงบ่นว่า หายใจไม่อิ่ม 2)สารคัดหลั่งในปอดจะคั่งค้างมากขึ้น ประกอบกับการเคลื่อนไหวของกระบังลมได้ไม่เต็มที่ และกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแรงทำให้ผู้ป่วยขับสารคัดหลั่งออกได้ยาก สารคัดหลั่งจึงไปสะสมอยู่ที่ส่วนล่างของปอด ทำให้ Cilia ช่วยในการขับเสมหะลดลง จนนำไปสู่ภาวะปอดติดเชื้อ และ/หรืออาจทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจจนเกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) ตามมาได้

ผู้ป่วยอาจบ่นเหนื่อย แต่ไม่มีอาการไอ มีเสมหะ และตรวจร่างกายไม่พบ Crepitation ประกอบกับการขาด

การเคลื่อนไหวอย่างน้อย 3-5 วัน เป็นต้นไป ควรนึกถึงภาวะเสื่อมถอยของสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac deconditioning) สาเหตุ หัวใจสูบฉีดเลือดลดลง และขนาดของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่ลดลง **กลไก** ผู้ที่ไม่ได้เคลื่อนไหวหรือนอนนิ่งๆติดต่อกันเป็นเวลานาน อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักจะเพิ่มขึ้น 0.5 ครั้งต่อนาทีในผู้ที่นอนติดเตียงนาน 3-4 สัปดาห์ ซึ่งทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในการบีบตัว 1 ครั้ง (Stroke volume) ลดลง ในขณะที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) อย่างชัดเจน ^(102, 103) นอกจากนี้ ยังทำให้เสียสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ⁽¹⁰⁴⁾ ซึ่งส่งผลต่อการบีบตัวของหัวใจ และทำให้ขนาดของใยกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้ขนาดของหัวใจในขณะพักลดลงร้อยละ 11 ⁽¹⁰³⁾

เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม บ้านหมุน และเมื่อตรวจร่างกายจะพบว่า ความดันเลือดเปลี่ยนแปลงเมื่อ

เปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) ภาวะนี้ มักจะพบในผู้ป่วยที่นอนติดต่อกันอย่างน้อย 4-7 วัน **สาเหตุ** การเปลี่ยนแปลงท่าทางของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เช่น ท่านอนมาเป็นท่านั่ง หรือจากท่านั่งมาเป็นท่านยืน **กลไก** ในผู้ป่วยที่นอนติดเตียงหลายวัน เมื่อเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็วจะทำให้การตอบสนองต่อระบบประสาท Sympathetic ลดลงอย่างรุนแรง หลอดเลือดหดตัวไม่เพียงพอที่จะทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น เลือดจะไหลกลับสู่หัวใจลดลง ประกอบกับการที่หัวใจเต้น

เร็วจากการเริ่มมีกิจกรรมทำให้เลือดไหลเข้าสู่หัวใจห้องล่าง (Ventricular filling) ลดลง, stroke volume ลดลง ทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองลดลง

การคัดกรองอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อาการแสดงที่พบได้บ่อยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1. อ่อนแรงของแขนขาด้านใดด้านหนึ่ง
2. ไม่สามารถทรงตัวได้ เดินแล้วปลายเท้าปัด หรือแกว่งไปด้านใดด้านหนึ่ง สั่น (Tremor)
3. พูดตะกุกตะกัก นึกคำพูดไม่ออก แต่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูด
4. พูดและฟังไม่เข้าใจ (Global aphasia), พูดได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย (Wernicke's aphasia)
5. กลืนอาหาร หรือน้ำลำบากหรือไม่ได้เลย
6. ละเลยหรือไม่สนใจด้านที่อ่อนแรง (Neglected syndrome)
7. ปัสสาวะเล็ดราด ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ อุจจาระเล็ดราด
8. ถ่ายปัสสาวะไม่ออก (Bladder retention)
9. ไม่สามารถคิดวิเคราะห์วางแผนเป็นขั้นตอนได้ ไม่มีสมาธิจดจ่อ จดจำเหตุการณ์ใหม่ๆ ไม่ได้
10. มองเห็นครึ่งซีก, บอกลี หรือลักษณะของสิ่งของที่มองเห็นไม่ได้

กลุ่มอาการแสดงที่เป็นปัญหาหลักของหลอดเลือด

Anterior cerebral artery และ Posterior inferior cerebral artery

- อาการแสดงที่เป็นปัญหาหลักและ
ยังหลงเหลืออยู่ภายใน 1-2 สัปดาห์



กลุ่มอาการแสดงที่เป็นปัญหาหลักของหลอดเลือด
Middle Cerebral Artery และ Posterior Cerebral Artery

- อาการแสดงที่เป็นปัญหาหลักและ
ยังหลงเหลืออยู่ภายใน 1-2 สัปดาห์



- อาการแสดงที่เป็นปัญหาหลักและ
ยังหลงเหลืออยู่ภายใน 4 สัปดาห์



กลุ่มอาการแสดงที่เป็นปัญหาหลักและยังหลงเหลืออยู่ภายใน 3 เดือน



เอกสารอ้างอิง

1. Rohweder G, Ellekjaer H, Salvesen O, Naalsund E. Functional Outcome After Common Poststroke Complications Occurring in the First 90 days. *Stroke*. 2015;46:65-70.
2. Nora I, Osemene RPh. The Neurologic Complications of Ischemic stroke. *US Pharmacist*. 2013;38(1):HS1-HS5.
3. Alawieh A, Zhao J, Feng W. Factors affecting post-stroke motor recovery: Implications on neurotherapy after brain injury. *Behavioural brain research*. 2018;340:94-101.
4. Darling WG, Pizzimenti MA, Morecraft RJ. Functional recovery following motor cortex lesions in non-human primates: experimental implications for human stroke patients. *J Integr Neurosci*. 2011;10(3):353-84.
5. De Wit L, Putman K, Schuback B, Komárek A, Angst F, Baert I, et al. Motor and Functional Recovery After Stroke. *Stroke*. 2007;38(7):2101.
6. Dimyan MA, Cohen LG. Neuroplasticity in the context of motor rehabilitation after stroke. *Nat Rev Neurol*. 2011;7.
7. Cassidy JM, Cramer SC. Spontaneous and Therapeutic-Induced Mechanisms of Functional Recovery After Stroke. *Transl Stroke Res*. 2017;8(1):33-46.
8. Hara Y. Brain plasticity and rehabilitation in stroke patients. *J Nippon Med Sch*. 2015;82(1):4-13.
9. Bowden MG, Woodbury ML, Duncan PW. Promoting neuroplasticity and recovery after stroke: future directions for rehabilitation clinical trials. *Curr Opin Neurol*. 2013;26(1):37-42.
10. Sandercock PA, Counsell C, Gubitz GJ, Tseng MC. Antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(3):Cd000029.
11. Hackam DG, Spence JD. Antiplatelet Therapy in Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack. *Stroke*. 2019;50(3):773-8.
12. Caplan LR. Ataxia in patients with brain infarcts and hemorrhages. *Handbook of clinical neurology*. 2012;103:147-60.
13. Venti M. Cerebellar infarcts and hemorrhages. *Frontiers of neurology and neuroscience*. 2012;30:171-5.
14. Indredavik B, Rohweder G, Naalsund E, Lydersen S. Medical Complications in a Comprehensive Stroke Unit and an Early Supported Discharge Service. *Stroke*. 2008;39(2):414.
15. Gamble GE, Barberan E, Laasch H-U, Bowsher D, Tyrrell PJ, Jones AKP. Poststroke shoulder pain: a prospective study of the association and risk factors in 152 patients from a consecutive cohort of 205 patients presenting with stroke. *European Journal of Pain*. 2002;6(6):467-74.
16. Gould R, Barnes SS, Talavera F, Foye PM. Shoulder Pain in Hemiplegia *Physical Medicine and Rehabilitation*. 2017.
17. Harrison RA, Field TS. Post Stroke Pain: Identification, Assessment, and Therapy. *Cerebrovascular Diseases*. 2015;39(3-4):190-201.
18. Lindgren I, Jönsson A-C, Norrving B, Lindgren A. Shoulder Pain After Stroke. *Stroke*. 2007;38(2):343.
19. Ratnasabapathy Y, Broad J, Baskett J, Pledger M, Marshall J, Bonita R. Shoulder pain in people with a stroke: a population-based study. *Clinical Rehabilitation*. 2003;17(3):304-11.

20. Sackley C, Brittle N, Patel S, Ellins J, Scott M, Wright C, et al. The Prevalence of Joint Contractures, Pressure Sores, Painful Shoulder, Other Pain, Falls, and Depression in the Year After a Severely Disabling Stroke. *Stroke*. 2008;39(12):3329.
21. Widar M, Samuelsson L, Karlsson-Tivenius S, Ahlstrom G. Long-term pain conditions after a stroke. *Journal of rehabilitation medicine*. 2002;34(4):165-70.
22. Klit H, Finnerup NB, Andersen G, Jensen TS. Central poststroke pain: a population-based study. *Pain*. 2011;152(4):818-24.
23. ทรงพร พุฒจีบ, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, ปิยะภัทร เดชพระธรรม. ผลของโปรแกรมการป้องกันอาการปวดไหล่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2553;28(4):95-105.
24. Walsh K. Management of shoulder pain in patients with stroke. *Postgraduate Medical Journal*. 2001;77(912):645.
25. Suethanapornkul S, Kuptniratsaikul PS, Kuptniratsaikul V, Uthensut P, Dajpratha P, Wongwisethkarn J. Post stroke shoulder subluxation and shoulder pain: a cohort multicenter study. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*. 2008;91(12):1885-92.
26. Pop T. Subluxation of the shoulder joint in stroke patients and the influence of selected factors on the incidence of instability. *Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja*. 2013;15(3):259-67.
27. Pramodhyakul N. Physical therapy management in stroke patients shoulder pain. *JOURNAL OF MEDICAL TECHNOLOGY AND PHYSICAL THERAPY*. 2010;22(3):219-29.
28. Gebruers N, Truijen S, Engelborghs S, De Deyn PP. Incidence of upper limb oedema in patients with acute hemiparetic stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2011;33(19-20):1791-6.
29. Giang TA, Ong AWG, Krishnamurthy K, Fong KNK. Rehabilitation Interventions for Poststroke Hand Oedema: A Systematic Review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 2016;27:7-17.
30. Weimar C, Mieck T, Buchthal J, Ehrenfeld CE, Schmid E, Diener H-C, et al. Neurologic Worsening During the Acute Phase of Ischemic Stroke. *JAMA Neurology*. 2005;62(3):393-7.
31. Fergusson D, Hutton B, Drodge A. The Epidemiology of Major Joint Contractures. *Clinical orthopaedics and related research*. 2007;456:22-9.
32. Watkins C, Leathley M, M Gregson J, Moore AP, L Smith T, Sharma A. Prevalence of spasticity post stroke 2002. 515-22 p.
33. Wissel J, Manack A, Brainin M. Toward an epidemiology of poststroke spasticity. *Neurology*. 2013;80(3 Suppl 2):S13-9.
34. Ferrarello F, Baccini M, Rinaldi LA, Cavallini MC, Mossello E, Masotti G, et al. Efficacy of physiotherapy interventions late after stroke: a meta-analysis. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2011;82(2):136-43.
35. Bartolomeo P, Thiebaut de Schotten M, Doricchi F. Left Unilateral Neglect as a Disconnection Syndrome. *Cerebral Cortex*. 2007;17(11):2479-90.
36. Grunda T, Marsalek P, Sykorova P. Homonymous hemianopia and related visual defects: Restoration of vision after a stroke. *Acta neurobiologiae experimentalis*. 2013;73(2):237-49.
37. Hamdy S. Role of Neurostimulation and Neuroplasticity in the Rehabilitation of Dysphagia After Stroke. *SIG 13 Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*. 2010;19(1):3-9.

38. Stroke rehabilitation. Long-term rehabilitation after stroke. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2013.
39. Crary MA, Humphrey JL, Carnaby-Mann G, Sambandam R, Miller L, Silliman S. Dysphagia, nutrition, and hydration in ischemic stroke patients at admission and discharge from acute care. *Dysphagia*. 2013;28(1):69-76.
40. Daniels SK, Brailey K, Foundas AL. Lingual discoordination and dysphagia following acute stroke: Analyses of lesion localization. *Dysphagia*. 1999;14(2):85-92.
41. Gaziano JE. Eating & swallowing issues- dysphagia 2 0 1 1 [Available from: <http://www.Oralcancerfoundation.org>.
42. Dehaghani SE, Yadegari F, Asgari A, Chitsaz A, Karami M. Brain regions involved in swallowing: Evidence from stroke patients in a cross-sectional study. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2016;21:45.
43. Hine T. Anatomy of Brain 2016 [updated Feb, 2016. Available from: <https://www.mayfieldclinic.com/PE-AnatBrain.htm>.
44. González-Fernández M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB. Dysphagia after Stroke: an Overview. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2013;1(3):187-96.
45. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, Bosi M, Carpinteri F, Zingarelli A, et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*. 2009;18(5):329-35.
46. Shaker R, Geenen JE. Management of Dysphagia in Stroke Patients. *Gastroenterology & Hepatology*. 2011;7(5):308-32.
47. Dragga A. The Role of Speech-Language Pathologists in Stroke Rehabilitation. *R I Med J (2 0 1 3)*. 2015;98(12):20-2.
48. Williams MP, Srikanth V, Bird M, Thrift AG. Urinary symptoms and natural history of urinary continence after first-ever stroke--a longitudinal population-based study. *Age Ageing*. 2012;41(3):371-6.
49. van Kuijk AA, van der Linde H, van Limbeek J. Urinary incontinence in stroke patients after admission to a postacute inpatient rehabilitation program. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2001;82(10):1407-11.
50. Kolominsky-Rabas PL, Hilz MJ, Neundoerfer B, Heuschmann PU. Impact of urinary incontinence after stroke: results from a prospective population-based stroke register. *Neurourol Urodyn*. 2003;22(4):322-7.
51. Thomas LH, Cross S, Barrett J, French B, Leathley M, Sutton CJ, et al. Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;2008(1):CD004462-CD.
52. Harari D, Coshall C, Rudd AG, Wolfe CDA. New-Onset Fecal Incontinence After Stroke. *Stroke*. 2003;34(1):144-50.
53. Wrotek SE, Kozak WE, Hess DC, Fagan SC. Treatment of fever after stroke: conflicting evidence. *Pharmacotherapy*. 2011;31(11):1085-91.
54. Rabinstein AA, Sandhu K. Non-infectious fever in the neurological intensive care unit: incidence, causes and predictors. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2007;78(11):1278-80.
55. Ingeman A, Andersen G, Hundborg HH, Svendsen ML, Johnsen SP. In-hospital medical complications, length of stay, and mortality among stroke unit patients. *Stroke*. 2011;42(11):3214-8.
56. Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, MacDonald J, Jones L, McAlpine C, et al. Medical complications after stroke - Multicenter study. *Stroke*. 2000;31(6):1223-9.

57. Bovim MR, Askim T, Lydersen S, Fjærtøft H, Indredavik B. Complications in the first week after stroke: a 10-year comparison. *BMC Neurol.* 2016;16(1):133-.
58. Meier K, Lee K. Neurogenic Fever: Review of Pathophysiology, Evaluation, and Management. *Journal of Intensive Care Medicine.* 2017;32(2):124-9.
59. Pundik S, McCabe J, Skelly M, Tatsuoka C, Daly JJ. Association of spasticity and motor dysfunction in chronic stroke. *Annals of physical and rehabilitation medicine.* 2018.
60. Garcia PY, Roussel M, Bugnicourt JM, Lamy C, Canaple S, Peltier J, et al. Cognitive impairment and dementia after intracerebral hemorrhage: a cross-sectional study of a hospital-based series. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2013;22(1):80-6.
61. Qu Y, Zhuo L, Li N, Hu Y, Chen W, Zhou Y, et al. Prevalence of post-stroke cognitive impairment in china: a community-based, cross-sectional study. *PLoS One.* 2015;10(4):e0122864.
62. Andre C, de Freitas GR, Fukujima MM. Prevention of deep venous thrombosis and pulmonary embolism following stroke: a systematic review of published articles. *Eur J Neurol.* 2007;14(1):21-32.
63. Bustamante A, García-Berrocso T, Rodríguez N, Llombart V, Ribó M, Molina C, et al. Ischemic stroke outcome: A review of the influence of post-stroke complications within the different scenarios of stroke care. *European Journal of Internal Medicine.* 2016;29:9-21.
64. Vergouwen MD, Roos YB, Kamphuisen PW. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with acute stroke and traumatic brain injury. *Curr Opin Crit Care.* 2008;14(2):149-55.
65. Sand KM, Midelfart A, Thomassen L, Melms A, Wilhelm H, Hoff JM. Visual impairment in stroke patients--a review. *Acta Neurol Scand Suppl.* 2013(196):52-6.
66. Hepworth L, Rowe F, Walker M, Rockliffe J, Noonan C, Howard C, et al. Post-stroke visual impairment: a systematic literature review of types and recovery of visual conditions. *Ophthalmology Research: An International Journal.* 2016;5(1):2321-7227.
67. Rowe F. Visual effects and rehabilitation after stroke. *Community Eye Health.* 2016;29(96):75-6.
68. Lin CJ, Hung JW, Cho CY, Tseng CY, Chen HY, Lin FC, et al. Poststroke constipation in the rehabilitation ward: incidence, clinical course and associated factors. *Singapore Med J.* 2013;54(11):624-9.
69. Li J, Yuan M, Lui Y, Zhao Y, Wang J, Guo W. Incidence of constipation in stroke patients. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(25):1-6.
70. Lechtenberg KJ, Meyer ST, Doyle JB, Peterson TC, Buckwalter MS. Augmented β_2 -adrenergic signaling dampens the neuroinflammatory response following ischemic stroke and increases stroke size. *J Neuroinflammation.* 2019;16(1):112-.
71. Glader EL, Stegmayr B, Asplund K. Poststroke fatigue: a 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke.* 2002;33(5):1327-33.
72. Schepers VP, Visser-Meily AM, Ketelaar M, Lindeman E. Poststroke fatigue: course and its relation to personal and stroke-related factors. *Archives of physical medicine and rehabilitation.* 2006;87(2):184-8.
73. Lerdal A, Bakken LN, Kouwenhoven SE, Pedersen G, Kirkevold M, Finset A, et al. Poststroke fatigue--a review. *Journal of pain and symptom management.* 2009;38(6):928-49.
74. Christensen D, Johnsen SP, Watt T, Harder I, Kirkevold M, Andersen G. Dimensions of post-stroke fatigue: a two-year follow-up study. *Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland).* 2008;26(2):134-41.

75. Manes F, Paradiso S, Robinson RG. Neuropsychiatric effects of insular stroke. *The Journal of nervous and mental disease*. 1999;187(12):707-12.
76. Acciarresi M, Bogousslavsky J, Paciaroni M. Post-Stroke Fatigue: Epidemiology, Clinical Characteristics and Treatment. *European Neurology*. 2014;72(5-6):255-61.
77. Suttipong C, Sinduh S. Factors Predicting Developmant of Pressure Ulcer in non-Diabetic Elderly Stroke Patients. *Journal of Nursing Science (วารสารพยาบาลศาสตร์)*; Vol 29, No 3 (2011): Supplement 2 :JOURNAL OF NURSING SCIENCE (วารสารพยาบาลศาสตร์). 2012.
78. Teasell R, Hillel F. Nutritional Interventions Following Stroke 2018 [Available from: <http://www.ebrsr.com>.
79. กิ่งแก้ว ปาจริย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง In: กิ่งแก้ว ปาจริย์, editor. *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เอ็น.ที.เพรส; 2550. p. 1-33.
80. Glozier N, Moullaali TJ, Sivertsen B, Kim D, Mead G, Jan S, et al. The Course and Impact of Poststroke Insomnia in Stroke Survivors Aged 18 to 65 Years: Results from the Psychosocial Outcomes In Stroke (POISE) Study. *Cerebrovascular Diseases Extra*. 2017;7(1):9-20.
81. Johnson KG, Johnson DC. Frequency of sleep apnea in stroke and TIA patients: a meta-analysis. *J Clin Sleep Med*. 2010;6(2):131-7.
82. Steriade M, Jones E, Llinas R. *Thalamic Oscillations and Signaling*. New York: John Wiley & Sons; 1990.
83. Fedoroff JP, Starkstein SE, Parikh RM, Price TR, Robinson RG. Are depressive symptoms nonspecific in patients with acute stroke? *Am J Psychiatry*. 1991;148(9):1172-6.
84. Paolucci S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4(1):145-54.
85. Berg A, Palomaki H, Lehtihalmes M, Lonnqvist J, Kaste M. Poststroke depression in acute phase after stroke. *Cerebrovasc Dis*. 2001;12(1):14-20.
86. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):14-21.
87. Metoki N, Sugawara N, Hagii J, Saito S, Shioto H, Tomita T, et al. Relationship between the lesion location of acute ischemic stroke and early depressive symptoms in Japanese patients. *Annals of General Psychiatry*. 2016;15(1):12.
88. Hackett ML, Pickles K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*. 2014;9(8):1017-25.
89. Yang SR, Hua P, Shang XY, Hu R, Mo XE, Pan XP. Predictors of early post ischemic stroke apathy and depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:164.
90. Hama S, Yamashita H, Shigenobu M, Watanabe A, Kurisu K, Yamawaki S, et al. Post-stroke affective or apathetic depression and lesion location: left frontal lobe and bilateral basal ganglia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257(3):149-52.
91. Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review. *American Journal of Psychiatry*. 2015;173(3):221-31.
92. Aniwattanapong D. Post stroke Depression. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2018;63(4):383-418.
93. Hyndman D, Pickering RM, Ashburn A. The influence of attention deficits on functional recovery post stroke during the first 12 months after discharge from hospital. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2008;79(6):656-63.

94. FOOD Trial Collaboration. Poor nutritional status on admission predicts poor outcomes after stroke: observational data from the FOOD trial. *Stroke*. 2003;34(6):1450-6.
95. Chai J, Chu F C S, Chow T W, Shum N C. Prevalence of malnutrition and its risk factors in stroke patients residing in an infirmary. *Singapore Med J*. 2008;49(4):290-6.
96. Verheyden G, S., Weerdesteyn V, Pickering RM, Kunkel D, Lennon S, Geurts AC, et al. Interventions for preventing falls in people after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;5:1-43.
97. Çelik D, Kaya Mutlu E. Does adding mobilization to stretching improve outcomes for people with frozen shoulder? A randomized controlled clinical trial. *Clinical rehabilitation*. 2016;30(8):786-94.
98. Appelman-Dijkstra NM, Papapoulos SE. Modulating Bone Resorption and Bone Formation in Opposite Directions in the Treatment of Postmenopausal Osteoporosis. *Drugs*. 2015;75(10):1049-58.
99. Parry SM, Puthuchery ZA. The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extreme Physiology & Medicine*. 2015;4(1):16.
100. Donaldson CL, Hulley SB, Vogel JM, Hattner RS, Bayers JH, McMillan DE. Effect of prolonged bed rest on bone mineral. *Metabolism - Clinical and Experimental*. 1970;19(12):1071-84.
101. Ohshima H. [Secondary osteoporosis UPDATE. Bone loss due to bed rest and human space flight study]. *Clin Calcium*. 2010;20(5):709-16.
102. Martin WH, Coyle EF, Bloomfield SA, Ehsani AA. Effects of physical deconditioning after Intense endurance training on left ventricular dimensions and stroke volume. *Journal of the American College of Cardiology*. 1986;7(5):982-9.
103. Nystoriak MA, Bhatnagar A. Cardiovascular Effects and Benefits of Exercise. *Frontiers in cardiovascular medicine*. 2018;5:135-.
104. Coupe M, Fortrat JO, Larina I, Gauquelin-Koch G, Gharib C, Custaud MA. Cardiovascular deconditioning: From autonomic nervous system to microvascular dysfunctions. *Respir Physiol Neurobiol*. 2009;169(1):18.

Number.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และ/ หรือใส่เครื่องหมายถูก ☒ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และโปรดตอบคำถามทุกข้อ หากท่านไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามนี้ โปรดแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยจะอ่านให้ท่านฟัง และใส่คำตอบให้ตรงกับข้อความนั้นๆ

ผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย (โปรดระบุ).....(ผู้ป่วย, คู่สมรส, บุตร, ผู้ดูแล)

1. อายุ ปี ส่วนของผู้วิจัย [] 18-64 ปี [] มากกว่า 65 ปี

2. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

3. ระดับการศึกษา

- | | |
|--|---|
| ☐ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ | ☐ 2) ประถมศึกษา |
| ☐ 3) มัธยมศึกษาตอนต้น | ☐ 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวท./ ปวช. |
| ☐ 5) ปวส. / อนุปริญญา | ☐ 6) ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า |
| ☐ 7) สูงกว่าปริญญาตรี | |

4. สถานะการประกอบอาชีพหลังเจ็บป่วย

- ☐ 1) เกษียณ
- ☐ 2) ประกอบอาชีพ
- ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ☐ 2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- ☐ 3) มีความบกพร่องทางร่างกายหลงเหลืออยู่จนยังไม่สามารถประกอบอาชีพได้

5. รายได้ต่อเดือน

- | | |
|---|---|
| ☐ 1) น้อยกว่า 5,000 บาท | ☐ 2) 5,001 – 10,000 บาท |
| ☐ 3) 10,001 – 15,000 บาท | ☐ 4) 15,001 – 20,000 บาท |
| ☐ 5) มากกว่า 20,000 บาท | |

6. ที่พักอาศัย

- | | |
|---|--|
| ☐ 1) บ้านเช่า | ☐ 2) บ้านตนเอง |
| ☐ 3) บ้านพักสวัสดิการ / แพลต อาศัยอยู่ชั้นที่..... | ☐ 4) อะพาร์ตเมนต์ / คอนโด อาศัยอยู่ชั้นที่..... |

7. ท่านพักอาศัยอยู่ในเขตใด

☐ กรุงเทพมหานคร

(เขตพระนคร ดุสิต ป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์ ดินแดง ห้วยขวาง พญาไท
ราชเทวี และวังทองหลาง)

☐ กรุงเทพมหานคร

(เขตปทุมวัน บางรัก สาทร บางคอแหลม ยานนาวา คลองเตย วัฒนา พระโขนง สวนหลวง และ
บางนา)

☐ กรุงเทพมหานคร

(เขตจตุจักร บางซื่อ ลาดพร้าว หลักสี่ ดอนเมือง สายไหม และบางเขน)

☐ กรุงเทพมหานคร (เขตบางกะปิ สะพานสูง บึงกุ่ม คันนายาว ลาดกระบัง มีนบุรี หนองจอก

คลองสามวา และประเวศ)

☐ กรุงเทพมหานคร (เขตธนบุรี คลองสาน จอมทอง บางกอกใหญ่ บางกอกน้อย บางพลัด ตลิ่งชันและ

ทวีวัฒนา)

☐ กรุงเทพมหานคร (เขตภาษีเจริญ บางแค หนองแขม บางขุนเทียน บางบอน ราษฎร์บูรณะและทุ่งครุ)

8. ลักษณะของครอบครัว

ส่วนของผู้วิจัย [] ครอบครัวเดี่ยว

☐ 1) ครอบครัวเดี่ยว (พ่อ แม่ และ/หรือลูก)

[] ครอบครัวขยาย

☐ 2) ครอบครัวเดี่ยว (อยู่คนเดียวกับผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด)

[] อื่นๆ

☐ 3) ครอบครัวขยาย (ปู่ย่า/ตายาย ลูก และหลาน)

☐ 4) ครอบครัวข้ามรุ่น (ปู่ย่า/ตายาย และหลาน)

9. รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

☐ 1) ผู้ดูแลหลักมีเฉพาะบุตรเท่านั้น

☐ 2) ผู้ดูแลหลักมีเฉพาะคู่สมรสเท่านั้น

☐ 3) ผู้ดูแลหลัก ว่าจ้างคนมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

☐ 4) ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป สลับสับเปลี่ยนกันมาดูแล

☐ 5) ผู้ดูแลไม่ใช่ญาติหรือคนในครอบครัว เช่น เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน จิตอาสาในชุมชน

10. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ สามเณร/ภรรยา ☐ บุตร
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ (เช่น หลาน พี่น้องในครอบครัว, เพื่อน, เพื่อนบ้าน เป็นต้น)

.....

11. จำนวนของผู้ดูแล.....คน

หน้าที่ของผู้ดูแลแต่ละคน

คนที่ 1.....ดูแลวันละ.....ชั่วโมง/วัน

- ☐ ช่วงกลางวัน ☐ ช่วงกลางคืน

คนที่ 2.....ดูแลวันละ.....ชั่วโมง/วัน

- ☐ ช่วงกลางวัน ☐ ช่วงกลางคืน

คนที่ 3.....ดูแลวันละ.....ชั่วโมง/วัน

- ☐ ช่วงกลางวัน ☐ ช่วงกลางคืน

คนที่ 4.....ดูแลวันละ.....ชั่วโมง/วัน

- ☐ ช่วงกลางวัน ☐ ช่วงกลางคืน

คนที่ 5.....ดูแลวันละ.....ชั่วโมง/วัน

- ☐ ช่วงกลางวัน ☐ ช่วงกลางคืน

คนที่ 6.....ดูแลวันละ.....ชั่วโมง/วัน

- ☐ ช่วงกลางวัน ☐ ช่วงกลางคืน

12. ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย.....ปี

ส่วนของผู้วิจัย [] 1-3

[] 3-6 เดือน [] 6-12 เดือน

[] 12-18 เดือน [] 18-24 เดือน

สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยเก็บข้อมูล

Clinical characteristic

1. การวินิจฉัย

☐ 1) Ischemic stroke

☐ 2) Hemorrhagic stroke

2. ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี

ส่วนของผู้วิจัย [] 1-3 เดือน

[] 3-6 เดือน [] 6-12 เดือน

[] 12-18 เดือน [] 18-24 เดือน

3. กิจกรรมการดูแลพิเศษ

☐ ไม่มี

☐ มี (โปรดระบุ)

☐ 1) ทำแผล

☐ 2) ใส่สายสวนปัสสาวะ

☐ 3) ให้อาหารทางสายยาง

☐ 4) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว

☐ 1) ความดันโลหิตสูง

ส่วนของผู้วิจัย

☐ 2) เบาหวาน

[] 1โรค [] 2 โรค

☐ 3) ไขมันในเลือดสูง

[] ≥ 3 โรค

☐ 4) โรคหัวใจ

☐ 5) เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการสนับสนุนกิจกรรมการดูแลต่างๆ จากสมาชิกในชุมชนหรือองค์กรท้องถิ่นในชุมชน กรุณาเลือกข้อคำตอบโดยการทำเครื่องหมายถูก ☒ ที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด หากคุณไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามนี้ โปรดแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยจะอ่านให้คุณฟัง และใส่คำตอบให้ตรงกับข้อความนั้นๆ โดยผู้ดูแลสามารถช่วยตอบแบบสอบถามได้

1. ภายหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ท่านเคยได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลจากคนชุมชนหรือไม่

- ☐ ไม่เคย ส่วนของผู้วิจัย [จำนวน.....คน]
- ☐ เคย (โปรดระบุ)
- ☐ เพื่อนบ้าน
 - ☐ ผู้นำชุมชน/ ผู้ใหญ่บ้าน
 - ☐ อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.)
 - ☐ กลุ่มจิตอาสาในชุมชน/ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน
 - ☐ แพทย์ทางเลือก เช่น ประคบสมุนไพร นวดแผนไทย ฝังเข็ม
 - ☐ พระ/ ผู้นำทางศาสนา
 - ☐ อื่นๆ.....

2. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในชุมชน เพื่อนบ้านหรือผู้นำในชุมชน บ่อยแค่ไหน

- ☐ 1) ไม่เคยเลย
- ☐ 2) นานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อเดือน)
- ☐ 3) เป็นบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์)
- ☐ 4) เป็นประจำเกือบทุกวัน (5-7 วันต่อสัปดาห์)

3. กิจกรรมการดูแลที่ท่านได้รับมีการจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทนหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี จำนวนเงินที่จ่าย.....บาท/ครั้ง
- ☐ ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว
 - ☐ พามาสถานบริการพยาบาล/คลินิก/โรงพยาบาล
 - ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

4. กิจกรรมการช่วยเหลือที่ท่านได้รับหรือเคยได้รับจากสมาชิกในชุมชน เพื่อนบ้านหรือกลุ่มจิตอาสา

☐ ไม่มี

☐ มี (โปรดระบุ)

☐ ออกกำลังกาย/นวด ประคบ

☐ ตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก

☐ พามาตรวจที่โรงพยาบาล หรือ มารับยาที่สถานบริการพยาบาล/โรงพยาบาล

☐ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น ป้อนข้าว ให้อาหารทางสายยาง อาบน้ำ

☐ ช่วยเหลือเมื่อท่านร้องขอ เช่น ซื้ออาหาร โทรศัพท์ติดต่อครอบครัว

☐ ประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รอกออกกำลังกาย ราวจับในห้องน้ำ

☐ จัดซื้ออุปกรณ์หรือบริจาคอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น รถเข็น ไม้เท้า ที่นั่งขับถ่าย ที่นอนลม

☐ อื่นๆ.....

5. ท่านสามารถกลับไปทำกิจกรรมนอกบ้านหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชนหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่

☐ ไม่ได้เลย

☐ ได้ (โปรดระบุ)

☐ กลับมาทำงานเล็กๆ น้อยๆ เช่น รับจ้างทั่วไป ขายของในชุมชน

☐ ไปร่วมงานบุญ เช่น ถวายพระ งานทำบุญ ตักบาตร

☐ ร่วมงานของเพื่อนบ้าน เช่น งานแต่ง งานบวช ขึ้นบ้านใหม่

☐ มีกิจกรรมนอกบ้าน เช่น พุดคุยกับเพื่อนบ้าน/เพื่อนๆ/ชมรมที่เคยเป็นสมาชิก/ศาลากาแฟ

☐ อื่นๆ.....

แบบสอบถามรูปแบบบริการและกระบวนการจัดบริการการดูแลที่ได้จากบุคลากรสุขภาพทั้งในสถานบริการและชุมชน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับกระบวนการดูแลต่างๆ จากบุคลากรสุขภาพ กรุณาเลือกข้อคำตอบโดยการทำเครื่องหมายถูก ☒ ที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด หากคุณไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามนี้ โปรดแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยจะอ่านให้คุณฟัง และใส่คำตอบให้ตรงกับข้อความนั้นๆ โดยผู้ดูแลสามารถช่วยตอบแบบสอบถามได้

1. หลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมาได้รับการรักษาและได้รับการดูแลแบบใดบ้าง โปรดใส่เครื่องหมายถูก ☒ ตามการดูแลรักษาที่ท่านได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กิจกรรม		กิจกรรม	
1.	☐ มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก	☐	ไม่เคยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก
2.	☐ มีหน่วยบริการสุขภาพหรือบุคลากรสุขภาพมาเยี่ยมท่านที่บ้าน	☐	ไม่เคยมีหน่วยบริการสุขภาพหรือบุคลากรสุขภาพมาเยี่ยมท่านที่บ้าน
3.	☐ เข้ารับการถ่ายภาพกายภาพบำบัดที่ตึกผู้ป่วยนอก	☐	ไม่เคยเข้ารับการถ่ายภาพกายภาพบำบัดที่ตึกผู้ป่วยนอก
4.	☐ อยู่โรงพยาบาลเพื่อถ่ายภาพกายภาพบำบัดหรือแบบผู้ป่วยใน (IPD)	☐	ไม่เคยอยู่โรงพยาบาลเพื่อถ่ายภาพกายภาพบำบัดหรือแบบผู้ป่วยใน (IPD)
5.	☐ ได้รับการดูแลจาก Nursing Home (ศูนย์รับดูแลผู้ป่วย)	☐	ไม่เคยเข้ารับการดูแลจาก Nursing Home (ศูนย์รับดูแลผู้ป่วย)

2. หากท่านเคยอยู่โรงพยาบาลเพื่อถ่ายภาพกายภาพบำบัดหรือได้รับการถ่ายภาพกายภาพบำบัดที่ตึกผู้ป่วยนอกหรือได้รับการดูแลจาก Nursing Home โปรดตอบคำถามข้อ 2-4 (หากไม่เคยโปรดข้ามไปตอบข้อ 5)

☐ ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 5)

☐ เคย

ท่านได้รับกิจกรรมการดูแลจากบุคลากรสุขภาพใดบ้าง

ส่วนของผู้วิจัย

☐ แพทย์

☐ แพทย์แผนไทย

[รวม.....คน]

☐ พยาบาลวิชาชีพ

☐ นักสังคมสงเคราะห์

☐ นักกายภาพบำบัด

☐ นักกิจกรรมบำบัด

☐ นักฝึกพูด

☐ นักโภชนาการ

☐ นักสังคมสงเคราะห์

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3. กิจกรรมการทำกายภาพบำบัดที่ท่านได้รับ

☐ อยู่โรงพยาบาลเพื่อทำกายภาพบำบัด (แบบผู้ป่วยใน)	☐ ทำกายภาพบำบัดที่ตึกผู้ป่วยนอกหรือ คลินิกกายภาพบำบัดภายนอกโรงพยาบาล
ระยะเวลาที่ท่านเข้ารับการทำการกายภาพบำบัด.....วัน/เดือน	ระยะเวลาที่ท่านเข้ารับการทำการกายภาพบำบัด.....วัน/เดือน
ความถี่ในการทำการกายภาพบำบัดสัปดาห์ละ.....ครั้ง	ความถี่ในการทำการกายภาพบำบัดสัปดาห์ละ.....ครั้ง
ระยะเวลาในการทำการกายภาพบำบัดนาน.....นาทิตั้ง	ระยะเวลาในการทำการกายภาพบำบัดนาน.....นาทิตั้ง

4. กิจกรรมกายภาพบำบัดที่ท่านได้รับเมื่ออยู่โรงพยาบาลหรือเมื่อไปทำการกายภาพบำบัดที่ตึกผู้ป่วยนอก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การบริหารข้อต่างๆ เช่น ข้อมือ นิ้วมือ ข้อไหล่ กล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่น
- ☐ ออกกำลังกายแขนและขา ทั้งข้างที่อ่อนแรงและไม่อ่อนแรง
- ☐ ฝึกการทรงตัวและการเคลื่อนไหว เช่น นั่ง ยืน เดิน
- ☐ ฝึกการเคลื่อนย้ายและเปลี่ยนอิริยาบถ
- ☐ ฝึกช่วยเหลือตนเอง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว
- ☐ ฝึกใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น หยิบลูกปัด ร้อยห่วง
- ☐ ฝึกการคิดการคำนวณ เช่น การเขียนคำนวณตัวเลขบนกระดาน
- ☐ ฝึกทักษะการรับรู้ที่หายไป
- ☐ อื่นๆ.....

5. หากท่านไม่เคยเข้ารับการทำการกายภาพบำบัด ผู้ที่ช่วยท่านทำการกายภาพบำบัดที่บ้านคือใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ท่านออกกำลังกายด้วยตัวเอง
- ☐ ครอบครัว (คู่สมรส, บุตร หลาน, ญาติ)
- ☐ เพื่อน/เพื่อนบ้าน
- ☐ อาสาสมัครในชุมชน
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ เช่น ไม่ทำการกายภาพบำบัดแล้ว).....

6. ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา บุคลากรที่ติดตามเยี่ยมท่านที่บ้านตั้งแต่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ แพทย์ทั่วไป

จำนวนครั้งที่เยี่ยม.....

ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....นาทิต/ครั้ง

☐ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

จำนวนครั้งที่เยี่ยม.....

ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....นาทิต/ครั้ง

☐ แพทย์แผนไทย

จำนวนครั้งที่เยี่ยม.....

ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....นาทิต/ครั้ง

☐ พยาบาลวิชาชีพ

จำนวนครั้งที่เยี่ยม.....

ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....นาทิต/ครั้ง

☐ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี/พยาบาลเฉพาะทาง

จำนวนครั้งที่เยี่ยม.....

ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....นาทิต/ครั้ง

☐ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

จำนวนครั้งที่เยี่ยม.....

ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....นาทิต/ครั้ง

☐ นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด

จำนวนครั้งที่เยี่ยม.....

ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....นาทิต/ครั้ง

☐ นักโภชนาการ

จำนวนครั้งที่เยี่ยม.....

ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....นาทิต/ครั้ง

☐ นักสังคมสงเคราะห์

จำนวนครั้งที่เยี่ยม.....

ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....นาทิต/ครั้ง

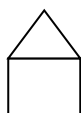
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

จำนวนครั้งที่เยี่ยม.....

ระยะเวลาที่ให้การดูแล.....นาทิต/ครั้ง

แบบทดสอบการรู้คิด (TMSE)

คำชี้แจง ให้ผู้ทดสอบลงคะแนนระดับความสามารถตามที่ถูกทดสอบ (ผู้ป่วย) ตอบได้และปฏิบัติตามคำสั่งได้ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงในแต่ละข้อ

1. Orientation (6 คะแนน)	คะแนน
[4] วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน (เช้า สาย บ่าย เย็น)	
[1] ที่ไหน	
[1] ใคร (คนในภาพ)	
	
2. Registration (3 คะแนน) บอกของ 3 อย่างแล้วให้พูดตาม และจะกลับมาถามใหม่	
[3] ต้นไม้ รถยนต์ มือ	
3. Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันย้อนหลัง วันอาทิตย์ วันเสาร์	
[5] ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์	
4. Calculation (3 คะแนน) 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง	
[3] 100 93 86 79	
5. Language (10 คะแนน)	
[2] ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า)	
[1] ให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”	
ทำตามคำ (3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อมๆ กัน)	
[1] หยิบกระดาษด้วยมือขวา	
[1] พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	
[1] แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ	
[1] อ่านข้อความแล้วทำตาม “หลับตา”	
[2] วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง	
[1] กลัวยกับส้มเหมือนกันคือ..... (เป็นผลไม้)	
แมวกับหมาเหมือนกันคือ..... (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)	
	
6. Recall (3 คะแนน) ถามของ 3 อย่างที่ให้จำตามข้อ 2	
[3] ต้นไม้ รถยนต์ มือ	

คะแนนรวม.....

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน กรุณาเลือกข้อคำตอบโดยการทำเครื่องหมายถูก ☒ ที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด หากคุณไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามนี้ โปรดแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยจะอ่านให้คุณฟัง และใส่คำตอบให้ตรงกับข้อความนั้นๆ

คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน	เป็นบ่อย	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ห่อเหี่ยว	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
คะแนนรวม				

ส่วนของผู้วิจัย

คะแนนรวม

- 1) [] < 7
- 2) [] 7-12
- 3) [] 13-18
- 4) [] ≥ 19

แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินระดับความบกพร่องของร่างกายที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลและประเมินระดับคะแนนลงใน ☒ ตามความเป็นจริง ณ ปัจจุบัน

(1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว

- ☐0 คะแนน ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้
- ☐1 คะแนน ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- ☐2 คะแนน ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

(2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- ☐0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
- ☐1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

(3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- ☐0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
- ☐1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- ☐2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐3 คะแนน ทำได้เอง

(4) การใช้ห้องน้ำ

- ☐0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้
- ☐1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- ☐2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ทำความสะอาดได้เรียบร้อยแล้ว หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อยแล้ว)

(5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- ☐0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ☐1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- ☐2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

- ☐3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
- (6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- ☐0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- ☐1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิปได้)
- (7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- ☐0 คะแนน ไม่สามารถทำได้
- ☐1 คะแนน ต้องการคนช่วย
- ☐2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
- (8) การอาบน้ำ
- ☐0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- ☐1 คะแนน อาบน้ำได้เอง
- (9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- ☐0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ
- (10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- ☐0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
- ☐2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL	แปลผล
(เต็ม) 20 คะแนน	
☐ 0 – 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
☐ 5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
☐ 9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
☐ 12 - 20	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home
คะแนนรวม.....	

แบบประเมินการฟื้นตัวทางกาย (modified Rankin Scale: mRS) ณ ปัจจุบัน

คะแนน		ลักษณะความบกพร่อง
☐	1	มีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่มีความพิการ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรได้เท่ากับก่อนป่วย
☐	2	มีความพิการเพียงเล็กน้อยไม่สามารถทำงานหรือกิจวัตรได้ทั้งหมดเท่ากับก่อนป่วยแต่ผู้ป่วยสามารถดูแลเองได้ ไม่ต้องการความช่วยเหลือ
☐	3	มีความพิการปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือบ้างแต่ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ เช่น ใช้อุปกรณ์ช่วยโดยไม่ต้องมีคนพยุง
☐	4	มีความพิการปานกลางหรือรุนแรงไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ช่วยเหลือและไม่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ
☐	5	มีความพิการรุนแรง นอนติดเตียง เดินไม่ได้เลย ต้องการการดูแลทุกด้าน

แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินสิ่งที่ท่านได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองจากผู้ให้บริการทางสุขภาพหรือบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทีละข้อ และกรุณาเลือกข้อคำตอบโดยการทำเครื่องหมายถูก ☒ ที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด โดยแต่ละข้อเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว หากคุณไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามนี้ โปรดแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยจะอ่านให้คุณฟัง และใส่คำตอบให้ตรงกับข้อความนั้นๆ โดยผู้ดูแลหลักสามารถช่วยตอบแบบสอบถามได้

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เคยเลย สักครั้ง	ไม่กี่ครั้ง	เป็น บางครั้ง	ส่วนใหญ่	ทุกครั้ง
การมีส่วนร่วมในการรักษา					
1.ฉันมีส่วนร่วมกับการแพทย์หรือพยาบาลในการแสดงความคิดเห็นกับการดูแลรักษา	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2.บุคลากรทางการแพทย์ให้ทางเลือกเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษา	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3.ฉันได้รับการสอบถามหรือพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาหรือผลของการใช้ยา	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
กิจกรรมของการบริการสุขภาพ					
4.ฉันได้เขียนหรือบอกรายการที่ฉันต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5.ฉันพึงพอใจกับการดูแลที่ดีของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6.ฉันได้รับคำอธิบายว่าควรดูแลตัวเองในเรื่องใดบ้างที่อาจเป็นผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
การตั้งเป้าหมายสุขภาพ					
7.ฉันสอบถามเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพ	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8.ฉันได้รับการช่วยเหลือในการตั้งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงด้านอาหารและการออกกำลังกาย	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เคยเลย สักครั้ง	ไม่กี่ครั้ง	เป็น บางครั้ง	ส่วนใหญ่	ทุกครั้ง
9.ฉันได้รับเอกสาร/สำเนาเอกสาร หรือสมุด สุขภาพเรื่องแผนการดูแลรักษาจากแพทย์ หรือพยาบาล	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10.ฉันได้รับการกระตุ้นให้เข้ากลุ่มหรือ พบปะผู้ป่วยด้วยกันเพื่อเรียนรู้การจัดการ ปัญหาสุขภาพ	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11.ฉันเคยได้รับการสอบถามโดยตรงหรือ การสำรวจเกี่ยวกับอุปนิสัยด้านสุขภาพจาก แพทย์หรือพยาบาล	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
ทักษะการแก้ไขปัญหาสุขภาพ					
12.ฉันมั่นใจว่าแพทย์หรือพยาบาลจะให้ คำแนะนำในการดูแลรักษาสุขภาพโดย คำนึงถึงการให้คุณค่า วัฒนธรรมและความ เชื่อ	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13.ฉันได้รับการช่วยเหลือในการวางแผนการดูแลรักษาที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ในชีวิตประจำวันหรือในสถานการณ์จริงที่ กำลังเผชิญ	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
14.แพทย์หรือพยาบาลช่วยฉันวางแผนการ ดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพในช่วงเวลาที่ ยากลำบาก	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
15.ฉันได้รับการสอบถามเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
การติดตาม/ประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง					
16.ฉันได้รับการติดต่อกลับจากพยาบาล ภายหลังมาเยี่ยมเพื่อติดตามสิ่งที่เกิดขึ้น	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
17.ฉันได้รับการกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชนที่ช่วยด้านสุขภาพ	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เคยเลย สักครั้ง	ไม่กี่ครั้ง	เป็น บางครั้ง	ส่วนใหญ่	ทุกครั้ง
18.ฉันได้รับการส่งต่อปัญหาสุขภาพหรือ คำแนะนำให้ไปพบนักโภชนาบำบัด นักสุข ศึกษา หรือผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอื่นๆ	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
19.ฉันได้รับการประสานส่งต่อให้บุคลากร เฉพาะทางด้านอื่นๆ นอกจากแพทย์ เช่น นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ทันตกรรม มาช่วยดูแลรักษา สุขภาพ	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
20.ฉันได้รับการสอบถามเกี่ยวกับผลการไป พบแพทย์หรือการไปรับการรักษาอื่นๆ เช่น การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของท่านภายหลังเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แต่ละข้อเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยผู้ดูแลหลักสามารถช่วยตอบแบบสอบถามได้

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
1. ท่านต้องให้คนช่วยอาบน้ำหรือไม่	ช่วยทั้งหมด	ช่วยเป็นส่วนใหญ่	ช่วยเป็นบางครั้ง	ช่วยเพียงเล็กน้อย	ทำได้ด้วยตนเอง
2. ท่านต้องหยุดและพักบ่อยขณะเดินหรือใช้รถเข็นใช้ไหม	ใช้อย่างยิ่ง	ใช้ปานกลาง	เฉยๆ	ใช้เป็นบางครั้ง	ไม่ใช่เลย
3. ท่านติดกระดุมเสื้อลำบากใช้ไหม	ทำไม่ได้เลย	มีปัญหามาก	ค่อนข้างมีปัญหา	มีปัญหาเล็กน้อย	ไม่มีปัญหาเลย
4. ท่านต้องพูดซ้ำ คนอื่นจึงจะเข้าใจท่านใช้ไหม	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยๆ	บางครั้ง	ไม่มีเลย
5. ท่านมองเห็นทีวีลำบากหรือไม่ชัด ทำให้ดูรายการทีวีไม่สนุกใช้ไหม	ใช้อย่างยิ่ง	ใช้ปานกลาง	เฉยๆ	ใช้เป็นบางครั้ง	ไม่ใช่เลย
6. ท่านทำกิจวัตรประจำวันลำบากใช้ไหม	ทำไม่ได้เลย	มีปัญหามาก	ค่อนข้างมีปัญหา	มีปัญหาเล็กน้อย	ไม่มีปัญหาเลย
7. ท่านมีความยากลำบากในการจำ	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยๆ	บางครั้ง	ไม่มีเลย
8. ท่านรู้สึกวุ่นวายท่านเป็นภาระของครอบครัว	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยๆ	บางครั้ง	ไม่มีเลย
9. ภาวะร่างกายของท่านรบกวนการเข้าสังคม	มีผลมากๆ	มีผลค่อนข้างมาก	มีผลปานกลาง	มีผลเล็กน้อย	ไม่มีผลเลย
10. บุคลิกภาพของท่านเปลี่ยนแปลงไป	ใช้อย่างยิ่ง	ใช้ปานกลาง	เฉยๆ	ใช้เป็นบางครั้ง	ไม่ใช่เลย
11. ท่านท้อใจกับอนาคต	ใช้อย่างยิ่ง	ใช้ปานกลาง	เฉยๆ	ใช้เป็นบางครั้ง	ไม่ใช่เลย
12. ท่านเหนื่อยเกินกว่าจะทำในสิ่งที่อยากทำ	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยๆ	บางครั้ง	ไม่มีเลย

แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นความคิดเห็นของท่านต่อบริการสุขภาพที่ได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการ ขอให้ท่านตอบคำถามแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- 5= เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านอย่างมาก
- 4= เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับปานกลาง
- 3= เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับน้อย
- 2= ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านเลย
- 1= ไม่แน่ใจ/ไม่มีข้อมูล หมายถึง ท่านไม่มีข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจว่าท่านรู้สึกอย่างไรต่อข้อความนั้น

ข้อคำถาม	เห็นด้วย มาก (5)	เห็นด้วย ปาน กลาง (4)	เห็นด้วย น้อย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ/ ไม่มี ข้อมูล (1)
1. ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของฉันด้วยความห่วงใยเหมือนหนึ่งเป็นญาติมิตร					
2. ผู้ให้บริการแสดงความเข้าใจในปัญหาของฉัน					
3. ผู้ให้บริการแสดงความพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือทันทีที่ฉันต้องการ					
4. ผู้ให้บริการแสดงให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพของฉันสำคัญที่สุด					
5. ฉันสามารถบอกเล่าปัญหาสุขภาพที่ฉันต้องการได้					
6. ฉันมีเวลาพูดคุยกับผู้ให้บริการเกี่ยวกับปัญหาของฉัน					
7. ผู้ให้บริการให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของฉัน					
8. ฉันได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนก่อนที่จะได้รับการดูแลสุขภาพ					

ข้อความ	เห็นด้วย มาก (5)	เห็นด้วย ปาน กลาง (4)	เห็นด้วย น้อย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ/ ไม่มี ข้อมูล (1)
9.คำแนะนำที่ได้รับสามารถนำไปปฏิบัติได้					
10.ถ้าต้องการการดูแลสุขภาพฉันต้องการการบริการเช่นที่ได้รับในครั้งนี					
11.ฉันได้รับคำแนะนำให้รู้จักสังเกตอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วย					
12.ผู้ให้บริการบอกให้ฉันทราบว่าอาการเจ็บป่วยของฉันเกิดจากอะไรและต้องปฏิบัติตัวอย่างไร					
13.ฉันได้รับคำอธิบายให้รู้จักสังเกตความผิดปกติที่จะเกิดจากการใช้ยา					
14.ฉันได้รับคำอธิบายในเรื่องที่ต้องการรู้					
15.ค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลเหมาะสม					
16.ฉันมั่นใจว่าการดูแลสุขภาพที่ได้รับจะทำให้ฉันมีสุขภาพของฉันดี ไม่เจ็บป่วยบ่อย					
17.การปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้ฉันทำภารกิจประจำวันได้					
18.ฉันได้รับการรักษาที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ					
19.ฉันมั่นใจว่าจะได้รับบริการสุขภาพที่ดีทั้งที่บ้านและสถานพยาบาล					
20.ผู้ให้บริการแต่ละคนเข้าใจและสามารถส่งต่อปัญหาความเจ็บป่วยของฉัน					

ความพึงพอใจบริการในภาพรวม

(โปรดวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

ไม่พึงพอใจ

พึงพอใจปานกลาง

พึงพอใจมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลโครงสร้างการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามคือ **ผู้ให้บริการสุขภาพ** กรุณาใส่เครื่องหมาย ☒ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลในหน่วยงานของท่านมากที่สุด

1. บุคลากรในหน่วยของท่านที่ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านหรือที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

- | | |
|--|-----------------|
| ☐ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว | ส่วนของผู้วิจัย |
| ☐ แพทย์แผนไทย | [รวม.....คน] |
| ☐ แพทย์ทั่วไป | |
| ☐ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี/พยาบาลเฉพาะทาง | |
| ☐ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน | |
| ☐ พยาบาลวิชาชีพ | |
| ☐ นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด | |
| ☐ นักสังคมสงเคราะห์ | |
| ☐ นักโภชนาการ | |
| ☐ เภสัชกร | |
| ☐ นักศึกษา | |
| ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)..... | |

2. รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

รูปแบบ	รายละเอียด
☐ Home visit	เป็นบริการเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ตามสถานการณ์จริงที่บ้านและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเป็นรายบุคคล เริ่มเยี่ยมบ้านภายใน 3-5 วัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ ในโรงพยาบาล
☐ Home health care	เป็นบริการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่บ้าน โดยมีการจัดกิจกรรมการดูแลที่จำเป็นตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาร่วมกับครอบครัว นำทีมโดยพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ ที่มีอยู่ในหน่วยบริการหรือประสานความร่วมมือภายในโรงพยาบาล

รูปแบบ	รายละเอียด
☐ Home ward	เป็นบริการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงโรคหลงเหลืออยู่มากหรือเหมือนการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยในที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดกิจกรรมการดูแลที่จำเป็นตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาที่บ้านร่วมกับครอบครัวและจิตอาสาในชุมชน (CG: Caregiver) นำทีมโดยพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ ที่มีอยู่ในหน่วยบริการ เช่น นักวิชาการ สาธารณสุข ทันตภิบาลฯ เป็นต้น โดยรับการส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร
☐ Telephone visit/Telephone support	เป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายกลับบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม ปัญหาสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพ และช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการวางแผนการจำหน่ายให้เกิดผลลัพธ์การบริการตามที่ตั้งเป้าหมายไว้
☐ Nursing home/ Home health agencies	เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยภาคเอกชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สภาวะโรคคงที่แต่ต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิดหรือมีความถดถอยกิจกรรมทางกาย ต้องอาศัยทักษะทั้งการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพที่ครอบครัวไม่มีความพร้อมในการดูแลเพียงลำพัง หรือเป็นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยแพทย์ต้องลงเยี่ยมผู้ป่วย 1 ครั้งใน 30 วัน และต้องไม่เกินภายใน 90 วัน หลังเข้ารับบริการ
☐ Institutional care	เป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้พักค้างคืนในโรงพยาบาล 28-30 วัน ภายใต้การดูแลของแพทย์ มีทีมพยาบาลคอยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และมีแพทย์เฉพาะทางมาตรวจเยี่ยมและประเมินอาการ ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การฝึกพูด การเตรียมพร้อมกลับสู่สังคม เช่น ฝึกทักษะในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ (การจัดสรรเรื่องการเงิน เวลา, การดูแลสุขภาพอนามัย การเตรียมและปรุงอาหาร เป็นต้น)
☐ อื่นๆ	(โปรดระบุรายละเอียดรูปแบบ ลักษณะกิจกรรมบริการ)

