



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง  
อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี : กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
EVALUATION OF HOME HEALTH CARE PROJECT OF KHLONG LUANG  
HOSPITAL, KHLONG LUANG DISTRICT, PATHUM THANI  
: STROKE PATIENTS

อัครรัตน์ วชิระเทวีชญ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
พ.ศ. 2559

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง  
จังหวัดปทุมธานี : กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
EVALUATION OF HOME HEALTH CARE PROJECT OF KHLONG LUANG HOSPITAL,  
KHLONG LUANG DISTRICT, PATHUM THANI : STROKE PATIENTS

อัครรัตน์ วชิระเทวีชญ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2559

ดร. พิระพล รัตน์

ดร. วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย

อาจารย์ ดร. พิระพล รัตน์

รองศาสตราจารย์ ดร. วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย

ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ดร. จริยาวัตร คมพัยค์

ดร. จริยาวัตร คมพัยค์

รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพัยค์

รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพัยค์

กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ดร. วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย

รองศาสตราจารย์ ดร. วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย

กรรมการ

กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม

ดร. ทวีศักดิ์ กสิผล

อาจารย์ ดร. กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทวีศักดิ์ กสิผล

กรรมการ

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ดร. อธิชา จันทร์วิทยานุชิต

ดร. วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย

รองศาสตราจารย์ อธิชา จันทร์วิทยานุชิต

รองศาสตราจารย์ ดร. วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

## การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง

### จังหวัดปทุมธานี : กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อัครารัตน์ วชิระเทวีชญ์ 544078

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วนิตา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

จริยาวัตร คมพยัคฆ์, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 44 คน ผู้ดูแล 44 คน และทีมสหวิชาชีพ 16 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีค่า IOC 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลวิจัย พบว่า บริบทของโครงการมี รพ.สต. เป็นเครือข่ายบริการ 12 แห่ง รับนโยบาย "หมอรอบครัว" มาจากกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเน้นให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีบุคลากรทางด้านสุขภาพทำงานร่วมกันเป็นทีม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 44 คน ได้รับการดูแลที่บ้านมีปัญหาระหว่างโรงพยาบาล และ รพ.สต. เครือข่ายจากการใช้โปรแกรมคนละครับแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการหาระบบร่วมที่เชื่อมโยงข้อมูลในองค์กร

ปัจจัยนำเข้า พบว่า บุคลากรในทีมสหวิชาชีพบางสาขาไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยและไม่สามารถปฏิบัติการเยี่ยมบ้านได้ เนื่องจากภาระงานปกติค่อนข้างมาก แต่พยายามหาวิธีปฏิบัติให้ได้ตามภาระงานที่รับมอบหมายบริหารจัดการโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ แต่งบประมาณวัสดุอุปกรณ์และสื่อบางส่วนไม่เพียงพอต้องขอสนับสนุนเพิ่มจากแม่ข่ายและท้องถิ่น พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลหลักในการบันทึก นำใช้และประสานคนไข้ข้อมูล

ด้านกระบวนการ แบ่งเป็นระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ระยะเยี่ยมบ้าน และระยะหลังเยี่ยมบ้าน แต่ละวิชาชีพได้ปฏิบัติตามบทบาทของตนก่อนเยี่ยมบ้าน มีการบันทึกข้อมูลลงแฟ้มครอบครัวผู้ป่วย มีการส่งต่อ ปัญหา คือ บางวิชาชีพไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนเยี่ยมบ้าน และเตรียมอุปกรณ์ขณะเยี่ยมบ้าน จะประเมินอาการ วินิจฉัยปัญหาาร่วมกัน ให้การดูแลและประสานการส่งต่อ หลังเยี่ยมบ้านจะบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ผลเยี่ยมบ้าน และวางแผนครั้งต่อไป

ด้านผลผลิต พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลตนเองระดับสูง มีการดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลาง มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจต่อโครงการระดับมากที่สุด ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลระดับปานกลาง มีความพึงพอใจต่อโครงการระดับมากที่สุด อัตราความครอบคลุมเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100 อัตราส่งต่อตามนัด ร้อยละ 95.4

การศึกษาข้อเสนอแนะให้ดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาข้อจำกัดที่พบและร่วมกันแก้ไข/พัฒนา

**คำสำคัญ:** การประเมินผลโครงการ โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

EVALUATION OF HOME HEALTH CARE PROJECT OF KHLONG LUANG HOSPITAL, KHLONG  
LUANG DISTRICT, PATHUM THANI : STROKE PATIENTS

ARCHARARAT WACHIRATAEWIT 544088

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: VANIDA DURONGRITICHAI, Dr.P.H. (PUBLIC HEALTH NURSING)

JARIYAWAT KOMPAYAK, Dr.P.H. (PUBLIC HEALTH NURSING)

ABSTRACT

The aim of the research evaluation is evaluate the input, the process and the result of home healthcare project by Klongluang hospital. For the 44 stroke patients, 44 caregivers and multidisciplinary team 16 person. The research instruments is an interview which have IOC 0.89 to evaluate statistics mean and standard deviation and content analysis

The researchers found that the context of the project have 12 hospitals network get the policy "family doctor" comes from the Ministry of Health which focus on home health care providers, with health personnel to work together as a team. 44 stroke patients who received home health care ,got the information problem because of network using have different system between hospital and hospital but a team can solved the problem by providing a system links together.

The input : multidisciplinary team found some sectors lack of profession ,compare with the number of cases so that they can not cover visit the patients at house, because of the insufficiency of medical equipments and media budget. Therefore the team would like to get support from local and network. Nurses are the primary person who record, use data and co-ordinate other person who use the data.

The process : pre and post home health care process. Each profession has fulfilled its role, recorded information but some professions can not visit patients at home, analyze health problem ,visit planning and prepare instrument for home health care team while visiting the team will evaluate, analyze and co-ordinate to referral ,after visiting the team will record , analyze and plan the next visit.

The result found that stroke patients almost have high knowledge and they can take care themselves in moderate level. and satisfaction of the highest level in this project. The caregivers have the moderate level of knowledge and high level satisfaction of home health care. Coverage rate home health care 100 percent and get appointment rate 95.4 percent

The study suggested that for the project continues. Considering the limitations and find common editing /development.

**Keywords:** The project evaluation, Home health care, Stroke patients

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยการได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ศุรงค์ฤทธิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้การช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางด้วยความปรารถนาดีอย่างสม่ำเสมอ ให้ความเมตตา รวมทั้งให้กำลังใจตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.พีระพล รัตนะ ผู้ทรงคุณวุฒิประธานกรรมการสอบ ป้องกันวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม กรรมการสอบ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นขอกราบ ขอบพระคุณแพทย์หญิงสิทธิธินา โตอ่อน อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และอาจารย์ ดร.พีระพล รัตนะ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวง และพยาบาลทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอกองหลวง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอกองหลวงทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ครอบครัวผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อ จ.ส.อ.วิเชียร คุณแม่ละออง พิศคล้าย ที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณนายชวลิต ประเสริฐสุด สาธารณสุขอำเภอกองหลวง และคุณชวิศา ทวีแสง หัวหน้างานที่ให้โอกาสในการศึกษา ครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือ เอื้ออาทร และให้กำลังใจด้วยดีตลอดการศึกษา ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด นอกจากนี้ยังมีผู้เกี่ยวข้องอีกหลายท่านที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ขอขอบคุณ ด้วยความรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

อัครรัตน์ วชิระเดวิชญ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
<b>บทที่ 1    บทนำ</b>	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามของการวิจัย	7
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	8
1.5 คำนิยามศัพท์	8
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
<b>บทที่ 2    แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
2.1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	10
2.2 โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	26
2.3 การประเมินผลโครงการโดยใช้ CIPP Model	32
2.4 บทบาทของสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	38
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	42
<b>บทที่ 3    ระเบียบวิธีการวิจัย</b>	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล	45
3.3 การทดสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	51
3.4 จริยธรรมในการวิจัย	53
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	54
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	55

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	
4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ญาติ/ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ภายใต้โครงการ	56
4.2 บริบทของโครงการ	61
4.3 ปัจจัยนำเข้าของโครงการ	63
4.4 กระบวนการในโครงการ	72
4.5 ผลผลิตของโครงการ	82
4.6 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	91
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	
5.1 สรุปผลการวิจัย	94
5.2 อภิปรายผล	99
5.3 ข้อเสนอแนะ	102
บรรณานุกรม	103
ภาคผนวก	108
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	109
ภาคผนวก ข เอกสารขอความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และแบบฟอร์ม การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	110
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	112
ภาคผนวก ง รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือวิจัย	134
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ค่าความตรงของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์	135
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเอกสารบันทึกข้อมูลของโครงการฯ ในโปรแกรม coc9.info ปทุมธานี	136
ประวัติผู้เขียน	142

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	44
2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	45
3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะทั่วไป (n = 44)	56
4 จำนวนและร้อยละของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะทั่วไป	59
5 จำนวนและร้อยละของทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะทั่วไป (n = 21)	60
6 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจำแนกในหน่วยงานในพื้นที่ ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	61
7 การวิเคราะห์กระบวนการในโครงการ	72
8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับความรู้หลัง ดำเนินโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	82
9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองหลังดำเนินโครงการ (n = 44)	83
10 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการดำเนินโครงการ	84
11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังดำเนินโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	85
12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต่อโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	86
13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต่อโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	87



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ของการตัดสินใจและประเภทของการประเมินแบบ CIPP Model	35
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	42



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เป็นกิจกรรมสำคัญของเวชปฏิบัติปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการเยี่ยมครอบครัวและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งสังคมที่อยู่รอบข้างอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมและใช้ “บ้าน” เป็นฐานแทนการใช้สถานพยาบาลซึ่งเป็นรูปแบบและวิธีการที่ถือว่าคุ้มค่า เพราะเน้นการช่วยเหลือกันเองในครอบครัวและชุมชนโดยมีบุคลากรสุขภาพให้ความช่วยเหลือ (กรมสุขภาพจิต. 2544 : 9 ; สภาการพยาบาล. 2551 : 11) ส่งผลให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมครบ 4 มิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งถือเป็นอัตลักษณ์และธำนาถบริการสุขภาพที่ดึงสู่ชุมชนผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) การดูแลสุขภาพที่บ้านจึงไม่ใช่การเยี่ยมเยียนทั่วไปแต่เป็นการเยี่ยมเพื่อจัดการสุขภาพที่บ้านและส่งเสริมบทบาทของครอบครัวต่อสมาชิก (วิโรจน์ วรรณภีระ. 2555 : 17)

นานาชาติให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น แคนาดา ดำเนินโครงการ “Seniors' Care (Primary Care Partnerships) Project” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เพื่อปรับโครงสร้างการดูแลสุขภาพที่บ้านและกระชับความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่กับประชาชนในชุมชนให้มากขึ้นผลพบว่าผู้เข้าโครงการพึงพอใจเกิดระบบบริการที่เหมาะสมและได้ข้อมูลย้อนกลับมาปรับบริการให้ดีขึ้น (Korabeket al. 2004 : ออนไลน์) ญี่ปุ่นศึกษาผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบปัจจัยที่มีผลต่อบริการ 3 ลักษณะ คือ การจัดการที่พอเพียง แผนการพยาบาลที่ดี (Care plan) และการติดตามประเมินผลการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ (Nakatani and Shimanouchi. 2004 : ออนไลน์)

ประเทศไทยใช้การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นมาตรการหนึ่งในการปรับปรุงระบบบริการเช่นเดียวกัน เนื่องจากโรงพยาบาลจำหน่ายผู้ใช้บริการออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ทำให้เกิดความจำเป็นของการดูแลตนเองอย่างถูกต้องทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อให้ออกจากโรค ชะลอความรุนแรงของโรค การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (สำนักการพยาบาล. 2556 : 20) โดยมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามความสามารถของผู้ใช้บริการในการควบคุมอาการและอาการแสดง การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือให้ครอบครัวร่วมวางแผนดูแลสุขภาพ (Patient - Family participation) จนผู้ใช้บริการและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ (กองการพยาบาลสาธารณสุข. 2555 : 42)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหนึ่งที่ต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างถูกต้องเนื่องจากเมื่อรักษาจนหายดีแล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ในระยะเวลา 1 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันประสาทวิทยา. 2551 : 18) เมื่อกลับไปอยู่บ้านมักมีความพิการลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่ไม่สามารถ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ทำบทรบาทตนเองไม่ได้หากต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ภาวะลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ข้อไหล่เคลื่อนปวดตามข้อและกล้ามเนื้อข้อผิดตั้งหรือข้อติดแข็ง ผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร อุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม ซึมเศร้า เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544 : 9 ; นิจศรี ชาญณรงค์. 2550 : 14) บางรายอาจมีภาวะรู้อุบัติเปลี่ยนแปลง ครอบครัวต้องรับภาระดูแลท้อทหายใจ ดูแลสมหะ สนับสนุนด้านอารมณ์ และต้องพาผู้ใช้บริการไปทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง (จินตนา สมนึก. 2540 : 18)

ผลกระทบดังกล่าวถือเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน จากรายงานพบว่าหากผู้ป่วยถูกจำหน่ายเร็วขึ้นจะเป็นภาระให้ครอบครัวต้องดูแลระยะยาวนานขึ้นและยังเป็นภาระแก่ชุมชนที่ต้องร่วมให้ความช่วยเหลือรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยคนละ 100,000 บาทต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในการบริการผู้ป่วยใน คนละ 53,429 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลที่บ้าน 151,428 บาทต่อปี (สถาบันประสาทวิทยา. 2552 : 21) นอกจากนี้จากอุบัติการณ์ ความชุกและอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดภาระโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องจัดการด้วยตนเองมากขึ้น และระบบบริการสุขภาพต้องรับภาระนี้มากขึ้นด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในการติดตามดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการที่บ้าน

จากปัญหาความต้องการและความจำเป็นดังกล่าวการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านอย่างถูกต้องควบคู่ไปกับการปรับบริการของบุคลากรสุขภาพให้ตอบสนองความต้องการมากที่สุดจึงถือว่ามี ความจำเป็น เพราะนอกจากจะช่วยลดการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลแล้ว (Cleman-Stone Eiasi and McGuire. 1995 : ออนไลน์) ยังเสริมสร้างการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติและบุคลากรสุขภาพ (วิโรจน์ วรรณภีระ. 255: 17) ซึ่ง จะเกิดการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้ในที่สุด

จากการทบทวนผลการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบประโยชน์อย่างมาก อาทิ อาคม รัฐวงษา (2555 : บทคัดย่อ) ศึกษาพบว่า แนวทางนี้ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยในชุมชนดูแลตนเอง สนับสนุนการตัดสินใจ และการออกแบบระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีเกณฑ์มาตรฐานเกิดการนำใช้นโยบายและทรัพยากรของชุมชนแบบครบวงจรทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพภายใต้การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยเกิดเครือข่ายเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน นางนุช เพ็ชรร่วง และคณะ (2556 : 29 - 31) ศึกษาพบว่า การดูแลที่บ้านช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองภายใต้การใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วย คู่มือการทำกายภาพบำบัด และปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน มีการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลที่บ้านที่เน้นการสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ มีให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ และ

มีการพัฒนาการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ นาดีนา และคณะ (Nadina et al. 2003 : ออนไลน์) พบว่า การดูแลที่บ้านสำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดสมองมากขึ้น เข้าใจวิธีช่วยดูแลความเครียด และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สอดคล้องกับ แฮมมอนด์ (Hammom. 1995 : ออนไลน์) ที่พบว่า การดูแลที่บ้านช่วยให้สมาชิก ครอบครัวอาบน้ำ ทำความสะอาดตา ปาก ฟัน และฟั้นพุงออกกำลังกายแขน ขาให้ผู้ป่วยอย่างมั่นใจ นอกจากนี้ สมิธ และคณะ (Smith et al. 2004 : ออนไลน์) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคนี้ที่บ้าน จะต้องส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลร่างกายโดย 1) ฝึกหายใจ ฝึกทักษะการสื่อสาร การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดปากและฟัน การขับถ่าย 2) ประดับประคองอารมณ์ 3) ฝึกจัดทำเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ฝึกใส่เสื้อผ้า ออกกำลังกล้ามเนื้อ และ 4) ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ การติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะและทางเดินหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรงข้อติด

การทบทวนผลการจัดบริการข้างต้นเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมความสำเร็จของโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งช่วยให้เข้าใจบริบทของหน่วยบริการ กระบวนการบริหารกิจกรรมในโครงการเงื่อนไขหรือปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบผลสำเร็จและหรือ สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้การดำเนินโครงการครั้งต่อไปดีขึ้น การทบทวนหรือประเมินผลโครงการ จึงนับว่าเป็นกระบวนการที่มีประโยชน์เพราะเป็นวิธีดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาข้อเท็จจริง หรือเกณฑ์ต่าง ๆ สำหรับตัดสินความสำเร็จของโครงการและพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อนำกลับมา ปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (เชาว์ อินโย. 2553 : 17) การประเมินผลจะช่วยให้ผู้จัดทำโครงการตระหนักถึงคุณภาพของกิจกรรมที่กำหนดขึ้นและทราบแนวทางปรับปรุง เปลี่ยนแปลงโครงการให้ถูกต้องเหมาะสม บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้มากยิ่งขึ้นซึ่งต้องอาศัยการวิจัย แบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือนำผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมาร่วมเรียนรู้ ตั้งแต่กำหนดสิ่งที่ต้องการประเมิน ร่วมประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ และหาข้อสรุป คือ สิ่งที่ควรปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงในโครงการนั้น ๆ (อเนกชิตเกสร และพรรณนุช ไชยปิ่นชนะ. 2556 : ออนไลน์)

การศึกษาของ บังอร สุภาเกตุ และนิภัทรา วโนยาโรจน์ (2557 : 2 - 4) ใช้แนวคิดนี้มา ประเมินผลโครงการการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2556 จำนวน 63 แห่ง พบว่า ช่วยให้เข้าใจบริบทที่เป็น ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล คือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนแนวโน้มโรคที่พบมากในคลินิกผู้ป่วยนอกแนวโน้มค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราราบปัญหาสุขภาพในชุมชนทำให้เข้าใจปัจจัยนำเข้าพบว่าประกอบด้วยนโยบาย แผนงานงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ โครงสร้างองค์การพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลและการกำกับติดตามการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพทราบกระบวนการซึ่งพบว่าประกอบด้วย การจัดการสถานที่ออกกำลังกายและวัสดุอุปกรณ์ สถานที่จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพสถานที่ปลอดบุหรี่และการจัดบรรยากาศการทำงานส่งเสริม

สุขภาพของบุคลากรด้วยการประเมินและจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราให้กลุ่มผู้ป่วยครอบครัวและญาติการส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชนมีการสร้างภาคีเครือข่ายร่วมในทุกกิจกรรมเข้าใจการประเมินผลผลิตว่า ประกอบด้วย การได้รับ บริการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจต่อบริการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2550 : 11) ที่ประเมินระบบดูแลผู้ป่วย เบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ช่วยให้เข้าใจความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อระบบการดูแลแล้วมีในระดับมาก ขณะที่ทราบว่าผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่งาน สาธารณสุขชุมชน พึงพอใจระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานทุกกระบวนการในระดับมาก

โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนดำเนินโครงการสุขภาพดี เริ่มที่บ้านในปี พ.ศ. 2553 - 2556 ร่วมกับ รพ.สต. เครือข่าย 12 แห่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ระบบการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่บ้านเข้าถึงบริการที่ดี อย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม/ผสมผสานมีการประสาน เชื่อมโยงส่งต่อที่เข้มแข็งและชุมชนมีส่วนร่วมอันเนื่องจาก รพ.คลองหลวงและเครือข่ายประสบปัญหา ผู้ใช้บริการขาดการรักษา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีการกำเริบของโรคจนต้องรับการรักษาซ้ำ โดย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งใน 5 กลุ่ม เนื่องจากแม้จะได้รับการเตรียมทั้งผู้ป่วย และญาติหลังจำหน่ายมักมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว แขนขาอ่อนแรง บางรายต้องใช้อุปกรณ์ ทางกายภาพบำบัดที่บ้านซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองด้วยตัวเองอย่างสมบูรณ์ในระยะแรก หลังจากนั้นเมื่ออาการเริ่มคงที่ทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น แต่มีปัญหาการเคลื่อนไหวยังคงอยู่ บางราย กลับปัสสาวะไม่ได้ ต้องใส่สายสวนปัสสาวะ สมองส่งงานช้า ความจำลดลงหรือจำไม่ได้ ขณะที่ ครอบครัวของผู้ป่วยมักเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้ทำให้สูญเสียแรงงานหลัก และสมาชิกอีก อย่างน้อย 1 คน ต้องมาเป็นผู้ดูแลสมาชิกทุกคนต้องปรับบทบาทใหม่ ในระยะแรกผู้ดูแลบางรายกลัว โรคที่ผู้ป่วยเป็น รู้สึกโกรธ หงุดหงิด เมื่อต้องอยู่กับผู้ป่วยนานๆและมองว่าเป็นภาระเบียดเบียน พร้อมกับ เครียดมากขึ้นจากรายได้ของครอบครัวคงที่หรือลดลงเพื่อนบ้านและคนในชุมชนต้องเข้ามาให้การช่วยเหลือ สถิติของโรงพยาบาลคลองหลวงในช่วงเวลาที่ดำเนินโครงการ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขึ้น ทะเบียนเพิ่มขึ้นจาก 87 ราย เป็น 99 ราย และ 121 ราย เนื่องจากโรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เร็วขึ้น ในจำนวนนี้เป็นโรคหลอดเลือดสมองประเภทเส้นเลือดตีตัน อุดตัน จำนวน 54 ราย และเส้นเลือดแตก จำนวน 67 ราย

กิจกรรมปกติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เครือข่ายก่อนดำเนินโครงการจะ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบ่อยครั้งด้วยการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองช่วยฝึก ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ฟื้นฟูร่างกายและจิตใจให้กลับสู่ปกติโดยเร็ว หลังจากนั้นจะเว้นระยะและติดตาม ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วย

ประสานการขึ้นทะเบียนและรับเบี้ยผู้พิการอบรมวิธีดูแลผู้ป่วยที่บ้านและกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง พร้อมกับบันทึกข้อมูลการเยี่ยมในแบบรายงานนอกจากนั้นยังขอความร่วมมือจากเพื่อนบ้านและผู้นำชุมชนในการให้กำลังใจและเสริมแรงเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเดิมเช่น การไปงานบุญประเพณีใส่บาตร ทำบุญที่วัด เป็นต้น

กิจกรรมในโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านประกอบด้วยการจัดทำและใช้คู่มือการเยี่ยมบ้าน การสำรวจและทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมการทำแผนและการออกเยี่ยมบ้านประมาณเดือนละ 2 ครั้ง การประชุมสรุปผลการเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพในโครงการ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. แต่ละฝ่ายมีบทบาทตามกรอบวิชาชีพ โดยแพทย์ประเมินอาการและอาการแสดงติดตามผลการรักษา ให้ความรู้เรื่องการฟื้นตัวจากโรค และวิธีป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พยาบาลวิชาชีพประเมินร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ เช่น ทำแผล แนะนำการทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ ค้นหาปัญหาใหม่ที่อาจเกิดขึ้น เภสัชกรดูแลการใช้ยาการเก็บรักษาและวันหมดอายุของยา นักกายภาพแนะนำการฟื้นฟู การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมบริเวณและในบ้านจัดบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ อสม. ให้คำแนะนำวิธีดูแลตนเองเบื้องต้นอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ และเป็นสื่อกลางประสานความต้องการรักษาระหว่างผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่

ระหว่างดำเนินโครงการมีการประเมินผลการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพเป็นระยะ ด้วยการสรุปปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ความก้าวหน้าในการรักษาและความช่วยเหลือที่ให้ ปรับปรุงการทำงานของแต่ละฝ่ายโดยนำปัญหามาเล่าสู่กันฟังและให้ผู้เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นกำหนดวิธีแก้ไขและวางแผนเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป ภายหลังกำหนดโครงการพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้มากขึ้น ฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น ยอมรับการเจ็บป่วยเข้าใจการดำเนินโรคที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ แผลกดทับ ข้อติดและการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะลดลง เก็บพัสสาวะได้ถูกต้องมากขึ้น ร่างกายฟื้นฟูเร็วขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ ครอบครัวช่วยผู้ป่วยทำกายภาพ พลิกตัว ทำความสะอาดร่างกาย ให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 54 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 5 ราย กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน ด้วยค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากติดเชื้อจากสายยางให้อาหารและสายสวนปัสสาวะ บางรายผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามที่ทีมสหวิชาชีพแนะนำ บางรายจัดที่พักให้ผู้ป่วยไม่เหมาะสมจากข้อจำกัดเรื่องเศรษฐกิจ (ศูนย์เยี่ยมบ้านโรงพยาบาลคลองหลวง. 2554 : 6)

จะเห็นว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แต่ยังคงพบผลที่ควรได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นการประเมินผลโครงการนี้เป็นระบบตั้งแต่สภาพแวดล้อมหรือบริบทปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรที่ใช้ผลการดำเนินงาน

ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยครอบครัว ชุมชนและระบบบริการสุขภาพและผลลัพธ์ในประเด็นอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราความพิการและอัตราการเสียชีวิตจากโรคจึงมีความสำคัญในการช่วยให้เข้าใจเงื่อนไขและปัจจัยต่าง ๆ ในโครงการอย่างรอบด้าน และลึกซึ้ง รวมทั้งมองเห็นบทเรียนเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการเยี่ยมบ้านหรือการดำเนินโครงการใด ๆ กับผู้ป่วยโรคนี้อีกต่อไป เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย (สำนักการพยาบาล. 2556 : 35) ระดับความสำเร็จ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ผลกระทบ อันจะนำมาซึ่งความยั่งยืนของการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลคลองหลวง และ รพ.สต.เครือข่าย ซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาหลักซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) (Stufflebeam. 2003 : ออนไลน์) กล่าวว่า การประเมินโครงการจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ระดับความสำเร็จของโครงการหรือนโยบายในการทำให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมายขั้นตอนประกอบด้วย การวิเคราะห์ตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต หรือผลลัพธ์ของโครงการ (Department of Justice Canada. 2004 : ออนไลน์) โดยบริบท หมายถึง สภาพแวดล้อมในการดำเนินโครงการ ปัจจัยนำเข้า คือ ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการรวมถึง คน เงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ กระบวนการ คือ วิธีการหรือกิจกรรมที่ทำในโครงการ ผลผลิตหรือผลลัพธ์ คือ สิ่งนี้ที่ตามมาจากการทำกิจกรรมในโครงการ

เนื่องจากทีมสหวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักของโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันไปตามที่มาตรฐานวิชาชีพกำหนด การประเมินโครงการด้วยแนวคิดของสตัฟเฟิลบีม จึงต้องนำมาปรับให้สอดคล้องกับลักษณะโครงการโดยเฉพาะในขั้นตอนของการประเมินกระบวนการของโครงการซึ่งในโครงการนี้ แพทย์จะทำหน้าที่ ตรวจรักษาผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน เภสัชกร ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและดูแลเรื่องยา นักกายภาพบำบัด ทำหน้าที่ประเมินภาวะสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ทำหน้าที่ดูแลสภาพแวดล้อม ทั้งบริเวณและในบ้าน พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ประสานข้อมูลผู้ป่วยกับสหวิชาชีพ ให้การพยาบาล สรุปผลการเยี่ยมบ้าน โดยมีจุดมุ่งหมายใกล้เคียงกัน คือ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้สามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งการประเมินโครงการที่วิเคราะห์ตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของโครงการ ซึ่งนอกจากจะทำให้เข้าใจความสำเร็จของโครงการแล้วยังช่วยให้เข้าใจการทำงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด และเนื่องจากทีมสหวิชาชีพมีมาตรฐานวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติแตกต่างกันไปการประเมินโครงการที่ดีโดยเฉพาะในขั้นตอนของกระบวนการจึงต้องวิเคราะห์โดยใช้มาตรฐานของแต่ละวิชาชีพเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งสมรรถนะที่สำคัญประการหนึ่งคือมีความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (สำนักการพยาบาล. 2556 : 52) และเป็นบุคลากรหลักในทีมงานเยี่ยมบ้าน จึงสนใจที่จะประเมินโครงการนี้ด้วยการวิเคราะห์ 3 ส่วน คือ การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการโครงการ การวิเคราะห์กระบวนการในโครงการ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การดูแลทั่วไป การดูแลเฉพาะทางตามวิชาชีพ การเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูล การส่งต่อและการประเมินผลการเยี่ยมบ้าน และการวิเคราะห์ผลผลิต ประกอบด้วย อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปโรงพยาบาลคลองหลวง ความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับโรคของตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมดูแลตนเอง และความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพอันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีและพัฒนาระบบงานเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีมาตรฐานของระบบงานที่มีความชัดเจนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## 1.2 คำถามของการวิจัย

การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินบริบทโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีประกอบด้วย เครือข่ายบริการ ภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้าน ระบบข้อมูลสารสนเทศ

2. เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้าโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีประกอบด้วย บุคลากรในการดูแลสุขภาพที่บ้าน งบประมาณ อุปกรณ์/เครื่องมือต่าง ๆ การบริหารจัดการโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. เพื่อประเมินกระบวนการโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีประกอบด้วย การวินิจฉัยปัญหา การดูแลทั่วไป การดูแลเฉพาะทางตามวิชาชีพ การเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูล การส่งต่อและการประเมินผลการเยี่ยมบ้าน



4. เพื่อประเมินผลผลิตของโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย อัตราความครอบคลุม การเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปโรงพยาบาลคลองหลวง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคของตนเอง มีความสามารถในการทำกิจกรรมดูแลตนเอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ

#### 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่ดำเนินการตั้งแต่ปี 2553 ถึงปัจจุบันเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองโดยศึกษา

1. บริบทหรือสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย เครือข่ายบริการภาวะสุขภาพผู้ป่วยนโยบายการดูแลที่บ้าน ระบบข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง
2. ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรที่ใช้ ประกอบด้วย บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ การบริหารจัดการโครงการ
3. กระบวนการประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การดูทั่วไป/การดูแลเฉพาะทางตามบทบาทแต่ละวิชาชีพ การบันทึกข้อมูล การส่งต่อและการประเมินผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน
4. ผลผลิตประกอบด้วย ลักษณะการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อบริการสุขภาพที่ได้รับความครอบคลุมอัตราการเยี่ยมบ้าน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2557 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2557

#### 1.5 คำนิยามศัพท์

โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี หมายถึง กระบวนการทำงานที่ประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ดำเนินการตามลำดับเพื่อให้การดูแลสุขภาพพหุเชิงหลังคลอด ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยประจำในพื้นที่อย่างต่อเนื่องการศึกษาครั้งนี้เน้นประเมินเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
**โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี** หมายถึง กระบวนการพิจารณา  
 ตัดสินคุณค่าโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลคลองหลวงที่ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553  
 ถึง พ.ศ. 2557 สนใจเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนิน  
 กิจกรรมของโครงการทั้งหมดอย่างเป็นระบบตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของ  
 โครงการ หลังจากนั้นตีค่าผลการดำเนินงานว่าบรรลุประสิทธิผล โดยใช้แนวคิดของ สตีฟเฟิลบีม  
 (เยาวดีรางชัยกุล วิบูลย์ศรี. 2542 : 27) เป็นแนวทางนิยามปฏิบัติการดังนี้

1. บริบท หมายถึง สภาพแวดล้อมของโครงการ ประกอบด้วย เครือข่ายบริการของ โรงพยาบาล  
 คลองหลวง คือ รพ. สต. ในความรับผิดชอบ 12 แห่ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลคลองหลวง  
 รับผิดชอบดูแล นโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้าน และระบบสารสนเทศที่ใช้บันทึกข้อมูลการให้บริการ  
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการและการบริหารจัดการโครงการการศึกษา  
 ครั้งนี้ หมายถึงสิ่งต่อไปนี้

บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด  
 นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน

งบประมาณ ได้แก่ อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน

การบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผนเยี่ยมบ้าน การออกเยี่ยมบ้าน การสรุปผลการเยี่ยมบ้าน

3. กระบวนการ หมายถึง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการของบุคลากรทีมสหวิชาชีพ  
 การศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การวินิจฉัยปัญหา การดูแลทั่วไป การดูแลเฉพาะทางตามขอบเขตวิชาชีพ  
 การเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูล การส่งต่อและการประเมินผลการเยี่ยมบ้าน

4. ผลผลิต หมายถึง สิ่งที่เป็นผลจากการทำกิจกรรมโครงการการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย  
 ความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความพึงพอใจของ  
 ผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อการดูแลสุขภาพที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ ลักษณะการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน อัตรา  
 ความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไป  
 โรงพยาบาลคลองหลวงหลังดำเนินโครงการเป็นระยะเวลา 1 ปี

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางพัฒนาหรือปรับปรุงระบบงานเยี่ยมบ้าน โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล  
 คลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

2. เป็นต้นแบบของการประเมินผลโครงการโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลคลองหลวง

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารวิชาการ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางดังนี้

- 2.1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- 2.2 โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี
- 2.3 การประเมินผลโครงการโดยใช้ CIPP Model
- 2.4 บทบาทของสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 2.1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

##### 2.1.1 โรคหลอดเลือดสมอง

###### 1) คำจำกัดความ

โรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดบริเวณสมองทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ของหลอดเลือดในสมอง ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมองตีบหรือภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดในสมองแตก (Intracranial hemorrhage) ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดของสมองจนเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตหรือเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทำให้เกิดความผิดปกติต่อสมอง และระบบประสาทได้ง่าย โรคหลอดเลือดในสมองมีชื่อเรียกที่เป็นภาษาอังกฤษอย่างอื่นคือ CerebroVascular Disease (CVD) ; Cerebro Vascular Accident (CVA) ; Brain attack โรคนี้เป็นสาเหตุการตายมากเป็นอันดับต้นของโลก โดยพบสูงถึง 1 ใน 6 ของคนทั้งโลกพบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง แต่เป็นโรคที่สามารถป้องกัน และรักษาได้

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือด หรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่นที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตก เช่น บาดเจ็บ เนื้องอก และการติดเชื้อในสมอง ทั้งนี้ไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และความบกพร่องทางระบบประสาทที่อาการจะเกิดขึ้นและหายไป 24 ชั่วโมง (องค์การอนามัยโลก. 2012 : ออนไลน์) และเป็นโรคที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดจากการตีบ แตก ของหลอดเลือดในสมอง จนเกิดการทำลายหรือการตายเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติ เป็นผลทำให้เกิดอาการตามตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ความรุนแรงขึ้นอยู่กับลักษณะการทำลายของเนื้อสมอง เช่น แขน ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซ หรือการทรงตัวไม่ดี ซึ่งจะเกิดอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง (สำนักโรคไม่ติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556 : ออนไลน์)

## 2) ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา. 2558 : ออนไลน์)

### 2.1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable risk factors)

- (1) อายุที่มากขึ้น
- (2) เพศชายพบมากกว่าเพศหญิง
- (3) ประวัติโรคเลือดบางอย่างในครอบครัว
- (4) ประวัติโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนในอดีต

### 2.2) ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors)

- (1) เป็นโรคความดันโลหิตสูง
- (2) เป็นโรคเบาหวาน
- (3) มีไขมันในเลือดสูง
- (4) เป็นโรคหัวใจ
- (5) เป็นโรคอ้วนหรือโรคเมตาบอลิก (Metabolic syndrome)
- (6) การสูบบุหรี่
- (7) เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว
- (8) ภาวะหลอดเลือดคอโรติคตีบโดยไม่มีอาการ
- (9) ภาวะที่มีค่าความผิดปกติบางอย่างในกระแสเลือด เช่น ภาวะไฟบริโนเจนมาก

ภาวะโฮโมซิสเตอีนมากกว่าปกติ ภาวะของกลุ่มอาการแอนตีฟอสโฟไลปิด เป็นต้น

## 3) พยาธิสภาพที่ตามมาหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ดังนี้ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2556 : ออนไลน์)

3.1) ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 80-90 แบ่งออกเป็น 4 ภาวะ ได้แก่

(1) หลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic stroke) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด ประมาณ ร้อยละ 40 ของกลุ่มสมองขาดเลือด อาการจะเกิดขึ้นช้า ๆ ส่วนใหญ่จะเกิดขณะนอนหลับ เมื่อตื่นขึ้นมาพบว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีก บางรายมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack : TIA) มาก่อน บริเวณเนื้อสมองที่ตายจากหลอดเลือดสมองตีบจะค่อนข้างกว้างเพราะเกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการแตกต่างกันค่อนข้างมาก

(2) หลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic stroke) อาจเกิดขึ้นค่อนข้างรวดเร็วทันทีจากการที่มี Emboli อุดตันในหลอดเลือดที่มีขนาดย่อมกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบและเกิดในคนอายุน้อยกว่า คือ อายุประมาณ 20-60 ปี กลุ่มนี้อาการดีขึ้นเร็ว ความพิการเหลืออยู่น้อย มักมี

อาการของโรคหัวใจปรากฏ เช่น โรคลิ้นหัวใจ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจรูมาติก โรคกล้ามเนื้อหัวใจรูมาติก โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ เป็นต้น

(3) หลอดเลือดlacunars (Lacunars stroke) เป็นโรคที่มักเกิดกับหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่อยู่ในชั้นลึก ๆ ของสมอง กลุ่มนี้มีพยาธิกรรมโรคที่ตี ร้อยละ 80 พื้นตัวได้ดี โอกาสฟื้นฟูสมรรถภาพของแขนและขาดีกว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมาก

(4) เส้นเลือดใหญ่อักเสบ (Venous infarct) สาเหตุเกิดจากผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นและขรุขระจากการหลุดของไขมัน การอักเสบและการทำลายของผนังหลอดเลือดหรือความผิดปกติของเลือดและการอักเสบของหลอดเลือด

3.2) โรคหลอดเลือดในสมองแตก (Intracranial hemorrhage หรือ Hemorrhagic stroke) สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอ่อนแอทำให้ฉีกขาดได้ง่าย เมื่อเกิดการฉีกขาดแล้วเลือดที่ออกมาจากการแตกของหลอดเลือดจะรวมตัวเป็นก้อนเลือด (Hematoma) เข้าไปเบียดแทนที่เนื้อสมองบริเวณที่มีการแตก ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกด เกิดการอักเสบ หากถูกกดและอักเสบเป็นระยะเวลา 3-6 ชั่วโมง จะเกิดภาวะเซลล์สมองขาดเลือด และเนื้อสมองตาย และปัญหาสำคัญ คือ ก้อนเลือดขนาดใหญ่ ที่กดเบียดเนื้อสมองจะทำให้มีภาวะสมองบวม (Brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าอาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองยื่น (Brain herniation) แต่ถ้าการแตกของหลอดเลือดสมองไม่มากนัก ก้อนเลือดที่กดเนื้อสมองจะค่อย ๆ ซึมเข้าสู่หลอดเลือดสมองจนหมดภายในระยะเวลา 2-6 เดือน ตำแหน่งของสมองที่เกิดภาวะเลือดออกได้บ่อย ได้แก่ ก้านสมอง (Basal ganglia) สมองส่วนกลาง (Thalamus) สมองส่วนหลัง (Cerebellum) และพอนส์ (Pons)

3.3) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง สาเหตุมักเกิดจากการได้รับบาดเจ็บ กระแทก อุบัติเหตุ ความดันโลหิตสูง หรือมีความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง

#### 4) อาการและอาการแสดง

ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่มีพยาธิสภาพ อาจมีอาการเตือน ได้แก่ สับสน วิงเวียนศีรษะ งุนงง ปวดศีรษะ พูดไม่ได้ แขนขาชา หรือเป็นอัมพาตชั่วคราว ส่วนอาการที่ผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาล คือ หมดสติ หรืออาการทางระบบประสาท เช่น อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีทันใดและมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน 2-3 นาที หรือชั่วโมง ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2556 : ออนไลน์)

4.1) ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง มักเกิดอัมพาตขึ้นทันที มีอาการหมดสติ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการทำงานของหัวใจและการหายใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของ

อวัยวะในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตไว้ อาการที่พบได้ในระยะนี้ ได้แก่ แขนขาอ่อนแรง หรือขาครึ่งซีก ข้างใดข้างหนึ่งทันที พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใด ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน วิงเวียนศีรษะ บ้านหมุน เดินเซ เสียการทรงตัว

4.2) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่โดยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ประเมินระดับความรู้สึก (Glasgow coma score) ได้ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ความดันซิสโตลิก 90-140 มิลลิเมตรปรอท หากสูงไม่ควรเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมง หรือนานกว่า ในระยะนี้มักมีปัญหาเรื่องการกลืนอาหาร การเคลื่อนไหว การพูด อาจปอดบวม ขาดสารอาหารจากปัญหาการพูดและการกลืน

4.3) ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการ ระยะนี้กล้ามเนื้อแขนขาที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อย ๆ เกร็งแข็งขึ้น

## 5) การรักษา

จุดมุ่งหมายสำคัญในการรักษา คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดซ้ำ ซึ่งต้องรักษาตามสาเหตุและโรคที่เกิดร่วมและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งแบ่งการรักษาได้ดังนี้ (กองการพยาบาลสาธารณสุข. 2554 : 5-8)

### 5.1) การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด

ถ้าสมองขาดเลือดชั่วคราว เนื้อสมองมีโอกาสที่จะกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้น ต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดด้วยวิธีการรักษาทางยาเพื่อรักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะ โดยให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ยากลุ่มต้านการเกาะตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelet) เพื่อช่วยป้องกันการเกาะตัวติดกันของเกล็ดเลือดเป็นไฟบริน หรือโคเลสเทอรอล เช่น อะซิทิลซาลิไซลิก แอซิด (Aspirin : ASA) ยานี้ยังช่วยลดอัตราการเกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราว และลดอัตราการเกิดซ้ำในผู้ป่วยที่เคยเกิดเนื้อสมองตายมาแล้ว ให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดสมอง เช่น วาฟาริน (Coumadin) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Heparin) ยาป้องกันการจับตัวของลิ่มเลือด (Fraxiparine) โดยให้ในรายที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวที่รักษาด้วยยากันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่มแล้วไม่ได้ผล ยังคงมีอาการอยู่ รายที่เกิดจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นไปอุดตัน รายที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองยังไม่สิ้นสุด อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ มีเลือดออกง่าย อาจเกิดก้อนเลือด (Hematoma) บริเวณที่ฉีดยา หรือให้ยาลดสมองบวม ที่นิยมใช้

คือ สเตียรอยด์ (Steroid) ซึ่งเชื่อว่าควรใช้ในระยะเวลาที่สมอบวม เมื่อรักษาด้วยยาไม่ได้ผลแพทย์จะพิจารณารักษาโดยการผ่าตัด

#### 5.2) การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดในสมองแตก

เน้นการรักษาด้วยยาเพื่อประคับประคองที่นิยมใช้ คือ ยาลดความดันโลหิต เนื่องจากผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ สมอบวม ความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง ความดันโลหิตสูง ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อสมอง ดังนั้น การรักษามุ่งหวังที่จะแก้ภาวะผิดปกติเหล่านี้ให้กลับสู่ปกติหรือไม่เพิ่มขึ้น สำหรับความดันโลหิตที่สูงมากจะต้องควบคุมความดันให้ต่ำลงภายในเกณฑ์ที่เลือดสามารถเข้าไปเลี้ยงสมองได้อย่างเหมาะสม เพียงพอ ไม่ปล่อยให้ความดันโลหิตสูงมากหรือลดลงต่ำมาก เพราะจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้ ถ้ามีภาวะมีน้ำในเนื้อสมอง ต้องใช้ยาขับปัสสาวะและจำกัดน้ำเข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้ยังต้องดูแลเกลือแร่ให้อยู่ในระดับปกติ หากรักษาไม่ได้ผลแพทย์จะพิจารณาผ่าตัดโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำก้อนเลือดออก หวังผลให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะลดลงกลับสู่ภาวะปกติ เกิดความเสียหายต่อเนื้อสมองน้อยที่สุด เช่น การผ่าตัดเอาหลอดเลือดที่ผิดปกติ (ArterioVenous Malformation : AVM) ที่อาจแตกออก การผ่าตัดมาตรฐาน ได้แก่ การทำผ่าตัดเปิดแล้วปิดกะโหลกศีรษะ (Craniotomy) การฉายรังสีจากภายนอก โดยใช้ลำรังสีขนาดเล็กหลายทิศทางในแนวพิกัดสามมิติเพื่อมุ่งตรงสู่เป้าหมายหรือรอยโรค (Stereotactic) เพื่อหยุดยาละลายลิ่มเลือดก่อนที่จะดูดเลือดออก

#### 6) ผลกระทบของโรค

โรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นโรคเรื้อรังเนื่องจากทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย เป็นโรคที่ถึงแม้จะสามารถรักษาให้อาการของโรคคงที่แล้ว แต่ก็ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดปัญหาและความบกพร่องได้หลายอย่างทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด ตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง และระยะเวลาที่สมองขาดเลือด รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคที่เกิดร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น อาการของโรคมึนงงที่อาจเลวลงเนื่องจากพยาธิสภาพ และความจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาและการปรับตัวหลายด้าน ดังนี้

##### 6.1) ผลกระทบด้านบุคคล (จรรยา สันตยากร. 2554 : 34)

(1) ปัญหาต่อระบบประสาทสั่งการ ผู้ป่วยโรคนี้โดยปกติจะพบปัญหาของระบบสั่งการ ซึ่งลักษณะทางคลินิกจะบอกให้ทราบถึงตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ส่วนความรุนแรงของอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับขนาดของรอยโรคและพยาธิสภาพในสมอง ในเรื่องความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบังคับร่างกายให้ทำงานตามที่ต้องการได้

(2) ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยมักมีปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งอาจจะมีปัญหาอ่อนแรงที่แขนหรือขา ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้ยาก อาจเดินไม่ได้ หยิบจับสิ่งของได้ยาก ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย

(3) ปัญหากล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (Spasticity) ลักษณะสำคัญ คือ กล้ามเนื้อตึงตัวมากผิดปกติ โดยเฉพาะถ้ามีการเหยียดยืดกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว ทำให้ไม่สามารถขยับข้อต่อได้อย่างคล่องแคล่วเนื่องจากกล้ามเนื้อทั้งกลุ่มเชื่อมต่อกับระบบประสาท (Agonist) และไม่เชื่อมต่อกับระบบประสาท (Antagonist) หดตัวพร้อม ๆ กัน หรือเกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อหลายกลุ่มที่ทำงานพร้อม ๆ กัน ที่เรียกว่าเป็นการเคลื่อนไหวของกลุ่มกล้ามเนื้อใหญ่ (Mass movement) หรือการเคลื่อนไหวแบบเป็นกลุ่มของกล้ามเนื้อ (Synergy movement) หรือมีการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถควบคุมได้ที่เรียกว่าอาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตามกัน (Synkinesia) หรือการเคลื่อนไหวแบบมีความสัมพันธ์กัน (Associated)

(4) ปัญหาภาวะการทำงานที่ประสานกัน (In-coordination) ในภาวะปกติการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายอาศัยการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ ที่ทำงานประสานกัน หากมีความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการจะทำให้เกิดความบกพร่องในการประสานการทำงานของกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ ลักษณะที่แสดงออก คือ การเคลื่อนไหวที่ดูงุ่มง่าม ขาดความคล่องแคล่วแม่นยำ และดูไม่สวยงาม

(5) ปัญหาการทรงตัว พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนสมองน้อย (Cerebellum) หรือมีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบการทรงตัว (Vestibular dysfunction) ทำให้สูญเสียการทรงตัวซึ่งจะมีผลต่อการยืนและการเดิน ทำให้เสี่ยงต่อการลื่นล้ม

(6) ภาวะความบกพร่องของสมอง (Apraxia) คือ ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้อย่างคล่องแคล่วและมีประสิทธิภาพ ทั้ง ๆ ที่ไม่มีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทสั่งการหรือความผิดปกติของการเคลื่อนไหวที่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ ผู้ป่วยจะไม่สามารถสั่งการให้ทำกิจกรรมได้ทั้ง ๆ ที่เข้าใจคำสั่งและกล้ามเนื้อมีกำลังพอ เช่น ผู้ป่วยเกาหน้าตัวเองได้เมื่อรู้สึกคัน แต่ถ้ามีการสั่งให้เกาผู้ป่วยจะทำได้ เนื่องจากไม่สามารถคิดขั้นตอนการกระทำได้

(7) ปัญหาด้านการสื่อสาร (Communication disorder) การติดต่อสื่อสารเป็นการทำงานที่สลับซับซ้อนของสมอง ซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้ (Reception) การประมวลข้อมูล (Central processing) และการส่งต่อข้อมูล ความผิดปกติของการสื่อสารแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความผิดปกติด้านการพูดหรือเสียง (Speech or articulation disorder) เป็นความบกพร่องที่เกิดจากการเปล่งเสียงผิดปกติ เช่น พูดไม่ชัด ออกเสียงผิด ขาดความคล่องตัวในการพูด และจังหวะการพูดผิดปกติ



ความผิดปกติด้านการสื่อภาษา (Language disorder) เป็นความบกพร่องในการรับรู้ เข้าใจ การแสดงออก หรือการใช้ภาษาที่ถูกต้องเหมาะสมในด้านการพูด การเขียน การอ่าน การแปลความหมายจากการได้ยิน

(8) ปัญหาด้านการกำหนดรู้ (Cognition) เป็นกระบวนการของการจำแนกข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ แล้วมีการแปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ การสูญเสียการรับรู้ข้อมูลจากอวัยวะรับความรู้สึกที่สำคัญ คือ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส และการทำงานของสมองต่อจากการรับสัมผัส ส่งผลให้เกิดปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ

(9) ปัญหาด้านการกลืน (Dysphagia) พบได้ ร้อยละ 30 – 50 เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก เช่น ริมฝีปาก ลิ้น เพดานปาก หลอดคอ กล่องเสียง และหลอดอาหาร ความผิดปกติของการกลืนจะทำให้มีอาการน้ำลายไหลยืด (Drooling) อาหารติดตามกระพุ้งแก้ม (Pocketing) และต้องกลืนอาหารหลายครั้งจึงจะหมดปาก นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักสิ่งต่าง ๆ ในหลอดลม (Aspiration pneumonia) ภาวะปอดอักเสบ รวมทั้งภาวะทุโภชนาการ

(10) ปัญหาด้านสติปัญญา (Intellectual function) ที่พบบ่อย คือ สติปัญญาถดถอย และในระยะยาวพบว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในอัตรา ร้อยละ 25-33 บางรายมีปัญหาความจำ การเรียนรู้ การรับรู้การแปลความหมาย ทำให้ขาดสมาธิ จำไม่ได้ และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟู

(11) ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ ส่วนใหญ่ คือ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urgency of urination) ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ส่วนการกลั้นอุจจาระไม่ได้ (Fecal incontinence) พบไม่บ่อย โดยจะพบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือลำไส้ใหญ่บีบตัวลดลง ร่วมกับการได้รับน้ำไม่เพียงพอ รับประทานอาหารกากใยน้อย ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้อุจจาระอุดตันในลำไส้ใหญ่นานเกินจนเกิดอุจจาระเล็ดราด

(12) ปัญหาเพศสัมพันธ์ พบปัญหานี้ได้ประมาณ ร้อยละ 58 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมทางเพศเลย และส่วนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์ลดลง

(13) ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด อาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อจิตใจ การงาน และสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปฏิกริยาตอบสนองอาจต่างกันไปในแต่ละคนขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เป็นและพยาธิสภาพของโรค มักพบอารมณ์เศร้าบ่อยสุด ร้อยละ 40 – 60 อาการนอนไม่หลับอาจบ่งถึงพยาธิสภาพที่เริ่มไม่ค่อยดี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละคนจะมีอาการด้านจิตใจต่างกันไปขึ้นกับโรคประจำตัวเดิม ตำแหน่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ดังนี้ (สุรางค์ เลิศคาธาร. 2558 : ออนไลน์)

(13.1) พื้นฐานบุคลิกภาพเดิม แต่ละคนมีปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยไม่เหมือนกัน แม้จะพบว่าตนเองเป็นโรคหลอดเลือดสมองเหมือนกัน ขึ้นกับพื้นฐานทางจิตใจตั้งแต่เด็ก การอบรมเลี้ยงดู และประสบการณ์การเรียนรู้ที่สะสมมาตั้งแต่เกิด ประสบการณ์ในชีวิตจะทำให้มีการรับรู้และรู้สึกไม่เหมือนกัน เช่น คนที่เคยมีญาติเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อตนเองเป็นโรคนี้อาจกังวลและกลัวว่าตนเองจะเสียชีวิตเช่นกัน

(13.2) ความเรื้อรังของโรคขึ้นกับโรคประจำตัวเดิมและตำแหน่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น หากเป็นเรื้อรังจะต้องการการปรับตัวยาวนาน การสูญเสียความสามารถทางร่างกายอาจมีผลต่อจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า อยากตาย บางรายสูญเสียระบบควบคุมต่างๆ สูญเสียความคิดและการปรับตัว ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ การรับรู้ผิดพลาด เกิดอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวงทำให้ไม่ร่วมมือต่อการรักษา

(13.3) อายุ โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดในผู้ใหญ่ถึงผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีปัญหาของการสร้างฐานะครอบครัว การปรับตัวเข้ากับโรค และอาจวิตกกังวลมากกับการถูกทอดทิ้ง

(13.4) ความเชื่อและทัศนคติ ซึ่งขึ้นกับอายุและประสบการณ์ในอดีต ผู้ป่วยบางคนเชื่อไสยศาสตร์ เชื้อโชคลางก็อาจปฏิเสธการรักษาได้

(13.5) ปฏิกิริยาของบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยอาจถูกมองเป็นคนผิดที่เจ็บป่วย เป็นสาเหตุของปัญหาภายในบ้าน หรือเป็นที่รังเกียจของคนอื่น ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อโรคหรือพฤติกรรมที่รบกวนการรักษาได้ ปฏิกิริยาทางจิตใจที่พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. อารมณ์วิตกกังวล อาจพบในระยะแรกของโรค เกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร สาเหตุจากอะไร ต้องรักษาอย่างไร เสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเท่าไร รักษาหายหรือไม่ ซึ่งอาจแสดงออกทางร่างกาย คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ พฤติกรรมถดถอยเหมือนเด็ก

2. อารมณ์เศร้า พบบ่อยที่สุดถึง ร้อยละ 40 อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นานและพยาธิสภาพในสมองทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ผิดหวัง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เบื่อกิจกรรมทุกอย่าง ซึมเศร้า ท้อแท้ อยากตาย ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองไม่มีโอกาส ไม่มีความหวังอีกต่อไป เป็นภาระของครอบครัว ทำให้ทุกคนลำบาก รู้สึกตนเองไม่มีค่า และมีความผิดที่เป็นแบบนี้

3. พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปหรือพฤติกรรมต่อต้าน ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ มักปฏิเสธการดูแลจากคนอื่น ไม่ยอมให้ช่วยเหลือ ไม่ยอมกินยาหรือฉีดยา พฤติกรรมถดถอย เรียกร้องความช่วยเหลือทั้ง ๆ ที่ตนเองทำได้ ควบคุมตัวเองไม่ได้ เอาแต่ใจ เรียกร้องให้ได้ดังใจ เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองทันทีก็เกิดความโกรธและก้าวร้าวต่อผู้รักษาหรือญาติพี่น้อง นอนไม่หลับ สับสนในตอนกลางคืน พฤติกรรมหลีกเลี่ยง เพราะเชื่อว่าจะทำให้โรคแย่ลง ไม่กล้าทำงาน ไม่กล้าเดินทาง ไม่กล้าไปไหนคนเดียว บางคนไม่อยากตกอยู่ในสภาพเจ็บป่วย เลยหลีกเลี่ยงไม่พบแพทย์

ตามนัด อาจเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ หรือมีพฤติกรรมทางเพศผิดปกติ เนื่องจากพยาธิสภาพสมอง บางรายบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น กลายเป็นคนที่ไม่ยึดหยุ่น เข้มงวด หรืออ่อนไหว ต่อคำพูดของคนอื่น กลายเป็นคนอ่อนแอ บุคลิกเก่าบางอย่างที่ซ่อนอยู่อาจปรากฏเด่นขึ้นหลังจากการป่วย

## 6.2) ผลกระทบด้านครอบครัว

เมื่อโรคทำให้บุคคลเกิดความพิการของร่างกาย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลายเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เช่น ต้องปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่บ้านเพื่อรองรับผู้ป่วย ต้องทำทางลาด หรือขยายประตูเพื่อให้ผู้ป่วยเดินรถเข็น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นสาเหตุให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด และส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว (Comprehensive Stroke Center. 2015 : ออนไลน์) ที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน

## 6.3) ผลกระทบด้านสังคม

เมื่อบุคคลต้องมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปจากเดิม เกิดความพิการทางร่างกายทำหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถเป็น บิดา มารดา สามี หรือภรรยา หรือหัวหน้าครอบครัวได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รวมทั้งไม่สามารถไปร่วมหรือมีกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติและจากความพิการทางกายอาจทำให้มีปฏิกิริยาจากสังคมในแง่ลบ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยหลบเลี่ยงจากสังคมมากขึ้น ความพิการยังถือว่าเป็นภาระของสังคม และสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของสังคมประเทศนั้น ๆ ซึ่งจัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในการดูแลโรคนี้น้อยคนละ 49,000 บาทต่อครั้ง โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในการดูแลที่บ้านคิดเป็น 151,428 บาทต่อปี (สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2555 : ออนไลน์) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยผู้ป่วยนอก 1,629 บาทต่อราย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยผู้ป่วยใน คนละ 29,571 บาทต่อราย และคิดเป็นค่ารักษาเฉลี่ย 2,973 ล้านบาทต่อปี (สถาบันประสาทวิทยา. 2555 : 21-23) ทำให้สังคมและประเทศต้องสูญเสียกำลังทรัพยากรบุคคลที่จะพัฒนาประเทศเนื่องจากความผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่แสดงให้เห็นได้ ทำให้ผู้ป่วยแยกตนเอง และห่างเหินจากสังคม เนื่องจากเกิดความอับอายต่อความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง (Self-esteem) รู้สึกหมดหวัง

### 2.1.2 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (กองการพยาบาลสาธารณสุข. 2554 : 16)

#### 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูสมรรถภาพมีตั้งแต่ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนกระทั่ง การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะแนวทางการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา. 2554 : 34)

1.1) หลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจำเป็นต้องติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านใน 4 สัปดาห์แรก ทุกสัปดาห์ กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

(1) การประเมินสภาพร่างกาย สภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้การตรวจสัญญาณชีพ อาการแสดงทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การประเมินด้านจิตสังคม การประเมินสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ

(2) การวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมสอนสาธิตและทบทวนเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองเรื่องการเคาะปอด การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกกลิ้งล้ม การให้ยา และฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด การแนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

(3) การให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ

(4) การบันทึกข้อมูลการดูแลสุขภาพลงในสมุดสุขภาพประจำวัน

(5) การนัดหมายการดูแลครั้งต่อไปหลังจากสัปดาห์ที่ 4 อาจยุติการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และส่งต่อไปยังเครือข่ายหรือสถานบริการใกล้บ้าน

1.2) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

จุดมุ่งหมายหลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ ต้องการให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งใคร อยู่ร่วมกับครอบครัวทั้งด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้สหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดนักแก้ไขการพูดหรือนักการรรถบำบัด วิชาชีพ กิจกรรมบำบัดนักสังคมสงเคราะห์และสาขาอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย) เพื่อให้ถึงจุดมุ่งหมายและควรเริ่มการฟื้นฟูทันทีตั้งแต่สัปดาห์แรกที่อยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า การเริ่มต้นเร็วจะเห็นผลได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับเริ่มหลังจากนั้น โดยลดการเกิดภาวะที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิต (Ministry of Science and Innovation. 2010 : 83)

ระดับของผู้ป่วยนอกที่สามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบ่งออกเป็น

(1) สถานฟื้นฟู คือ กลุ่มที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ก็จะอยู่ที่สถานฟื้นฟู เพื่อรับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้สะดวก

(2) Rehabilitation day hospital คือ กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถเดินทางมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลในช่วงเช้าและกลับบ้านในช่วงเย็น

ดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาาระดับกลางถึงระดับสูงและมีครอบครัว แต่เดินทางมารับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลลำบาก ฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะเห็นว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับ จิตลัดดา ประสานวงศ์ และคณะ (2555 : ออนไลน์) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า การให้คำแนะนำพัฒนาทักษะ การดูแล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ตลอดจนการส่งต่อการดูแลสู่ชุมชน ร่วมกับหน่วยงานในชุมชน ติดตามเยี่ยม เพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล ผลการดำเนินงานสามารถลดอัตราตายจาก ร้อยละ 5.87 เหลือ ร้อยละ 2.49 วันนอนเฉลี่ย ลดลงจาก 5.63 วัน เหลือ 2.08 วัน

1.3) การออกกำลังกายโดยมีคนอื่นช่วย (Passive exercise) เป็นการเคลื่อนไหวข้อต่อโดยผู้อื่นช่วยทำให้ทั้งหมด ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อและขยับแขนขาเองได้เลย เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่อต่าง ๆ และป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อ สามารถทำได้ทันทีไม่ว่าผู้ป่วยจะรับรู้หรือไม่รับรู้ก็ตาม รายที่เริ่มรู้สึกตัวมีสติดีขึ้นสามารถสอนให้ใช้แขนและขาข้างที่แข็งแรงมาช่วยยก ขยับแขนขาข้างที่อ่อนแรงโดยแบ่งการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

#### (1) การบริหารส่วนแขน

- การยกแขนขึ้นและลง มือผู้รักษาจับที่ข้อศอกและข้อมือยกแขนขึ้นไปทางศีรษะของผู้ป่วยถึงระดับใบหูหรือสุดช่วงการเคลื่อนไหว จากนั้นเอาแขนกลับสู่ท่าเดิม
- การกางแขนออกและหุบแขนเข้า มือผู้รักษาจับที่ข้อศอกและข้อมือ กางแขนในแนวราบขึ้นไปทางศีรษะของผู้ป่วยจนถึงใบหูหรือเท่าที่จะกางได้ จากนั้นกลับเข้าสู่ท่าเดิม
- การกางและหุบข้อไหล่ในแนวราบ มือผู้รักษาจับที่ข้อศอกและข้อมือ จับแขนกางออกจากลำตัวจากนั้นยกแขนขึ้นข้ามลำตัวไปด้านตรงข้ามและกลับสู่ท่าเดิม
- การหมุนข้อไหล่เข้าและออก มือผู้รักษาจับที่ข้อศอกและข้อมือ กางแขนที่ 90 องศา และงอข้อศอก 90 องศา หมุนแขนขึ้นไปทางศีรษะสลับกับหมุนแขนลงมาทางปลายเท้า
- การงอข้อศอกเข้าและเหยียดออก มือผู้รักษาจับที่ข้อศอกและข้อมือ จากนั้นพับแขนงอเข้าและเหยียดออกตรงสลับกัน
- การหยายและคว่ำแขนท่อนล่าง งอศอกผู้ป่วยที่มุม 90 องศา มือผู้รักษาจับที่ข้อศอกและข้อมือของผู้ป่วย หมุนข้อมือ
- การกระดกข้อมือขึ้นและลง มือผู้รักษาจับที่ข้อมือและนิ้วมือของผู้ป่วย จากนั้นพับข้อมือขึ้น-ลง สลับกันและเอียงไปทางด้านซ้าย-ขวา
- การกำนิ้วมือเข้า และเหยียดนิ้วมือออก งอพับและเหยียดนิ้วทุกข้อในลักษณะกำ-แบมือสลับกัน

#### (2) การบริหารส่วนขา

- การงอขาเข้าและเหยียดขาออกของข้อสะโพกและข้อเข่า มือผู้รักษาจับที่ใต้เข่าและส้นเท้าของผู้ป่วย งอเข่าและสะโพกพร้อมกันเข้าหาลำตัว จากนั้นเหยียดขากลับสู่ท่าเดิม
- การกางขาออกและหุบขาเข้าของข้อสะโพก มือผู้รักษาจับที่ใต้เข่าและข้อเท้า จากนั้นกางขาออกด้านข้างลำตัว และหุบเข้ามาชิดขาอีกด้านหนึ่งโดยทำสลับกัน

- การงอข้อสะโพกและยืดกล้ามเนื้อหลังต้นขา มือผู้รักษาจับด้านหน้าของเข่าและใต้ข้อเท้าของผู้ป่วย จากนั้นยกขาขึ้นตรง ๆ ประมาณ 70 องศา ยกค้างไว้ 1-10 แล้ววางลงกลับที่เดิมแล้วทำซ้ำใหม่

- การหมุนข้อสะโพกเข้าและหมุนข้อสะโพกออก มือผู้รักษาจับที่เข่าและส้นเท้าหรือสอดแขนไว้ใต้ขาที่น่องของผู้ป่วย หมุนขาเข้า-ออก สลับกัน โดยหมุนขาส่วนปลาย

- การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง มือผู้รักษาจับเท้าและข้อเท้าของผู้ป่วย จับข้อเท้ากระดกขึ้น-ลง สลับกัน

- การยืดกล้ามเนื้อน่อง มือผู้รักษาจับที่ส้นเท้าและท้องแขนแนบกับฝ่าเท้าของผู้ป่วย ส่วนอีกมือหนึ่งจับที่ข้อเท้า จากนั้นออกแรงมือที่จับบริเวณส้นเท้าให้ข้อเท้ากระดกขึ้น ยืดค้างไว้ นับ 1-10 แล้วทำซ้ำใหม่

- การงอและเหยียดนิ้วเท้า มือผู้รักษาจับที่เท้าและนิ้วเท้าองพับนิ้วเท้าขึ้น-ลง สลับกัน

1.4) การออกกำลังกายด้วยตนเอง (Active exercise) โดยส่วนใหญ่เป็นท่าที่ทำให้ผู้ป่วยใช้แขนและขาข้างที่ปกติช่วยออกกำลังกายข้างที่เป็นอัมพาต ในระยะแรกควรให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ทำทีละน้อยในท่าที่ถูกต้องและพักเป็นระยะ ๆ เพื่อไม่ให้เหนื่อยเกินไปและให้พยายามทำด้วยตนเองมากที่สุดอย่างน้อยวันละ 3 รอบ ๆ ละประมาณ 20 ครั้ง ในลักษณะการเคลื่อนไหวดังนี้

(1) การเคลื่อนไหวข้อไหล่ ได้แก่ การยกแขน โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายประสานมือข้างที่ติดกับข้างที่อ่อนแรง ให้นิ้วหัวแม่มือของข้างที่อ่อนแรงอยู่บนข้างที่ดี ยกแขนขึ้นและลงทำประมาณ 5-10 ครั้ง วันละ 1-2 รอบ

(2) การเคลื่อนไหวขาและลำตัว ได้แก่ การยกสะโพก ให้ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่าทั้งสองข้างขึ้นให้หัวเข่าแนบชิดกัน เท้าวางราบบนพื้นแขนเหยียดตรง มือคว่ำราบกับพื้นข้างลำตัว (ถ้าไม่สามารถตั้งขาได้ให้ผู้ดูแลช่วยจับให้อยู่นิ่ง) แล้วยกสะโพกขึ้นในระดับสูงพอสมควรและไม่ให้ส้นเท้าลอยพ้นพื้น หมุนลำตัวโดยนอนชันเข่าแล้วบิดลำตัวท่อนล่างให้เข่ามาชิดพื้นด้านหนึ่งโดยลำตัวท่อนบนอยู่กับที่ แล้วบิดกลับไปอีกด้าน

(3) การฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง เป็นการฝึกผู้ป่วยให้ช่วยตัวเองในการเปลี่ยนท่านอน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และยังเป็นกรออกกำลังกายโดยใช้การเคลื่อนไหวของแขน ขา และลำตัวอีกด้วย และเป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการลุกจากนอนมานั่ง ฝึกการทรงตัวขณะนั่ง และฝึกการเคลื่อนไหวย้าย การเคลื่อนไหวบนเตียงทำได้ดังนี้

- การเคลื่อนตัวในท่านอนหงาย โดยเคลื่อนย้ายไปยังหัวเตียง ข้างเตียง ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้ ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างปกติจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอกหรือประสานมือแล้วเหยียดแขนยกขึ้น แล้วเลื่อนสะโพกไปทางที่ต้องการ ใช้ขาข้างปกติชันเข่าของ

ขาข้างที่อ่อนแรงยกเคลื่อนไปตั้งขาข้างปกติขึ้นพร้อมกับใช้ข้อศอกข้างปกติออกแรงกดกับเบาะที่นอน ยกสะโพกเลื่อนไป เลื่อนศีรษะและไหล่ตามแล้วจัดลำตัวให้ตรง ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือ โดยผู้ดูแลอยู่ทางด้านอ่อนแรงของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยชันเข้าขึ้น ผู้ดูแลใช้มือซ้ายรองที่สะบัก ข้างที่อ่อนแรง มือขวาจับที่สะโพกแล้วช่วยยกตัวผู้ป่วยให้เคลื่อนไป

- การพลิกตะแคงตัว สามารถพลิกตะแคงตัวได้ทั้ง 2 แบบ คือ 1) การพลิกตะแคงตัวไปทางด้านอ่อนแรง ผู้ช่วยเหลือช่วยกางแขนข้างอ่อนแรง เพื่อป้องกันการเจ็บไหล่จากการนอนทับ ให้ผู้ป่วยพยายามพลิกตะแคงตัวโดยยกแขนข้างปกติข้ามลำตัวมาอีกด้านหนึ่ง และ 2) การพลิกตะแคงตัวไปด้านปกติ ผู้ช่วยเหลือช่วยชันเข้าด้านอ่อนแรงขึ้น ผู้ป่วยใช้มือข้างปกติจับเข้าข้างอ่อนแรงเหวี่ยงไปด้านปกติ ผู้ช่วยเหลือช่วยพลิกตะแคงโดยใช้แรงที่ไหล่และสะโพก จากนั้นให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ท่าเดิม และฝึกทำใหม่หลายๆครั้ง

- การฝึกลุกนั่งห้อยขาข้างจากท่านอนตะแคง สามารถลุกขึ้นได้ทั้ง 2 แบบ คือ 1) การลุกนั่งข้างเดียวทางด้านปกติ พลิกตะแคงตัวมาทางด้านปกติโดยใช้ขาข้างปกติซ้อนขาข้างอ่อนแรงห้อยลงข้างเดียว พยายามยกศีรษะและลำตัวขึ้น ใช้แขนทั้งสองข้างยันตัวขึ้นนั่ง และ 2) การลุกนั่งข้างเดียวทางด้านอ่อนแรงด้วยตนเอง ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวมาทางด้านอ่อนแรง งอเข่าทั้ง 2 ข้าง ใช้ขาข้างปกติซ้อนขาข้างอ่อนแรงห้อยลงข้างเดียวใช้มือข้างปกติยันพื้นเตียงขึ้นนั่ง ผู้ช่วยเหลือช่วยให้แรงกดที่สะโพกและไหล่ข้างปกติลง เพื่อให้ผู้ป่วยลุกได้ง่ายขึ้น

(4) การเคลื่อนไหวข้อเท้า ผู้ป่วยนั่งไขว่ห้าง ให้ขาด้านอัมพาตอยู่ด้านบนขาข้างปกติ แล้วใช้มือข้างปกติเคลื่อนไหวข้อเท้าด้านอัมพาตในทิศทางต่าง ๆ ได้แก่ กระจกเท้าขึ้น ลง และหมุนเป็นวงกลม

(5) การนั่งลงน้ำหนักแขน ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเดียว ใช้มือข้างปกติจับมือข้างอัมพาตให้เหยียดออกวางราบกับพื้น แล้วเปลี่ยนมาควบคุมที่ข้อศอก ค่อย ๆ เอียงตัวมาลงน้ำหนัก ให้แขนข้างอัมพาตยันกับพื้น โดยพยายามให้ข้อไหล่ ข้อศอก และข้อมืออยู่ในแนวเดียวกัน

#### 1.5) การจัดทำทางที่ถูกต้อง

(1) ท่านอนหงาย หมอนไม่ควรให้สูงมาก ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง แขนเหยียดสบายวางข้างลำตัว ข้อมือตรงคว่ำมือหรือหงายมือก็ได้ นิ้วมือเหยียดออก ขาเหยียดตรงมีผ้าขนหนูรองใต้เข่า ให้เข่างอเล็กน้อย ปลายเท้าควรใช้ผ้าขนหนูเล็ก ๆ หรือถุงมือใส่เท้า รองด้านข้างของข้อเท้า เพื่อให้เท้าตั้งตรงกันแปลกดทับที่ตาตุ่ม

(2) ท่านอนตะแคงทับข้างดี ศีรษะโน้มเอียงไปทางด้านหน้าเล็กน้อย แขนของผู้ป่วยข้างที่อ่อนแรง ควรมีหมอนรองใต้แขนตั้งแต่ต้นแขนจนถึงปลายแขน โดยแขนของผู้ป่วยยื่นไปข้างหน้า ข้อศอกเหยียด มือคว่ำบนหมอน ข้อมือตรง นิ้วมือเหยียดออก สะโพกและเข่าข้างที่อ่อนแรงมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า จัดให้ข้อสะโพกและเข่าองประมาณ 30 องศา ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

(3) ทำนองตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย สะโพกและเข่าข้างดีมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า แขนข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า ข้อศอกตรง หายมือ ขาข้างที่อ่อนแรงเหยียดขา เข่างอเล็กน้อยข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

1.6) การนั่งข้างขอบเตียง ศีรษะตั้งตรง บ่าทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน ลำตัวตรง ทิ้งน้ำหนักให้เท่ากันทั้งสองข้าง มีอวางบนเตียง เท้าวางบนพื้น ทิ้งน้ำหนักเท่ากันทั้งสองข้าง

1.7) การเคลื่อนย้ายต้องเคลื่อนย้ายไปทางที่ดีเสมอ และต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของญาติจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง ดังนี้

(1) จัดรถเข็นหรือเก้าอี้ เท้าแขวนวางทแยงมุมกับเตียง หันหน้าเข้าชิดทางแขนขาข้างที่ดีล้อครรถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง

(2) โน้มตัวมาข้างหน้าใช้มือข้างที่ดียันขอบเตียง ดันตัวให้ลุกขึ้น ยื่นให้น้ำหนักอยู่บนขาข้างที่ดี

(3) เอื้อมแขนข้างที่ดี ใช้มือจับพนักเก้าอี้หรือขอบรถเข็นด้านนอก ค่อย ๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้เก้าอี้แล้วค่อยหย่อนตัวลงนั่งในเก้าอี้หรือรถเข็น ส่วนการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นหรือเก้าอี้มายังเตียงนอนมีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกัน

1.8) การเดิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องใช้เครื่องช่วยเดิน อาจเป็นไม้เท้าขาเดียว ไม้เท้าสามขา ไม้เท้าสี่ขา หรืออาจไม่ใช้เครื่องช่วยเดินก็ได้แล้วแต่ความมั่นคงของการเดินในแต่ละราย เริ่มจากทำยืนตรง โดยเฉลี่ยน้ำหนักลงขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน ก้าวขาข้างดีมาด้านหน้าก่อน นำไม้เท้าวางเฉียดด้านหน้าขาดีเล็กน้อย ก้าวขาข้างที่เป็นอัมพาตตามมาด้านหน้า

1.9) ขั้นตอนการขึ้น-ลงบันได การขึ้นบันไดก้าวขาข้างดีขึ้น การลงบันไดก้าวขาข้างที่เป็นอัมพาตลงก่อน

1.10) กิจกรรมประจำวัน (Activity of Daily Living - ADL)

(1) การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่มีปัญหาอ่อนแรงครึ่งซีกต้องมีอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวในการหยิบจับ และรับประทานอาหารได้โดยสะดวก ต้องมีการจัดท่าที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัย ป้องกันการสำลักที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยประเภทนี้

(2) การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว ผู้ป่วยที่มีปัญหาอ่อนแรงครึ่งซีกมักมีปัญหาด้านสุขอนามัยซึ่งเกิดจากอาการอ่อนแรงหรือความผิดปกติทางการรับรู้ เช่น การอาบน้ำถูตัวไม่ทั่วถึงเนื่องจากใช้มือข้างเดียวทำ หรือจับแปรงสีฟันไม่ถนัด ทำให้เกิดปัญหาช่องปากได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลและคอยเตือนเสมอ สำหรับอุปกรณ์ช่วยทำความสะอาดร่างกาย ควรดัดแปลงเป็นพิเศษ

(3) การแต่งตัวเมื่อสวมเสื้อ เริ่มด้วยการสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อน จัดเสื้อให้เข้าที่แล้วสอดแขนข้างปกติเข้าไปในแขนเสื้อ แล้วใช้แขนข้างนั้นสวมต่อจนเสร็จ สำหรับการ



สวมรองเท้าและถุงเท้า ใช้วิธีการแบบเดียวกัน คือใช้ขาข้างที่เสียขึ้นมา เพื่อที่จะเอื้อมถึงบริเวณเท้าได้สะดวก สวมข้างที่อ่อนแรงให้เสร็จก่อนแล้วสวมข้างปกติ ส่วนการถอดให้ถอดข้างที่อ่อนแรงทีหลัง

## 2) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการให้บริการเชิงรุกทั้งระดับบุคคล และครอบครัว ที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานที่ให้บริการ โดยทีมบุคลากรสุขภาพให้การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ/กลุ่มเป้าหมาย ทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในช่วงเวลาสั้น ๆ หรือต้องการการดูแลระยะยาว โดยมีเครือข่ายให้ผู้ป่วยและครอบครัวติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย

สำหรับการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Ministry of Science and Innovation. 2010 : 84) ทีมงานสาธารณสุขพื้นฐาน (Primary Health Care Team : PHCT) ควรวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยจัดตารางเยี่ยมผู้ป่วยซึ่ง PHCT ต้องรู้ข้อมูลภาวะผู้ป่วยของแต่ละคน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านั้นสามารถทำกิจกรรมหรือดำเนินชีวิต อาทิ ความไม่สมดุลของร่างกาย การขาดความสามารถในการทำงาน (ทุพพลภาพ) การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม โดยมีสเกลเพื่อประเมินผลการทดสอบ/การให้คำแนะนำจากทีมงานสาธารณสุขพื้นฐาน เช่น Barthel Index, Rankin Scale, FIM motor subscale

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีจุดมุ่งหมายแตกต่างจากการพยาบาลดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านทั่วไป คือ

- ส่งเสริม/พัฒนา ความสามารถของผู้ป่วย/ครอบครัวในการดูแลสุขภาพอนามัยได้ด้วยตนเอง
- ส่งเสริมผู้ป่วย/ครอบครัว ให้สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสมภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาล
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ครอบครัว มั่นใจมากขึ้นในการดูแลสุขภาพของตนเอง

การดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลหลักรับผิดชอบบริหารจัดการให้ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาล ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากการวางแผนจำหน่ายของโรงพยาบาลทุกระดับ ในแนวทางเดียวกัน พยาบาลจะติดตามเยี่ยมที่บ้าน และประเมินสภาพด้วยการตรวจร่างกาย สัมภาษณ์ เพื่อค้นหาปัญหามาจัดเตรียมบริการ และกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล โดยสร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย หรือประสานงานกับทีมสหสาขา/หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้ามาร่วมแก้ปัญหาสุขภาพในบางกรณี

## 3) ทีมให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทีมให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความหมายเช่นเดียวกับทีมให้การดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนกล่าวคือ หมายถึง กลุ่มสหวิชาชีพ

ผู้ร่วมทีมการรักษาที่บ้าน ตามความต้องการจำเป็นของแต่ละภาวะโรคจากการวินิจฉัยโรค พยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแลกับทีมสหสาขา เพื่อให้ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากทีมสหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัครซึ่งเป็นประชาชน บทบาทของสมาชิกทีมจึงไม่แตกต่างจากการดูแลสุขภาพที่โรงพยาบาลที่บ้าน ดังนี้

### 3.1) แพทย์

- ให้การวินิจฉัยโรคและให้การรักษา
- ให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ

### 3.2) พยาบาลวิชาชีพ

- ให้บริการพยาบาลโดยตรง ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาของผู้รับบริการ

- เป็นผู้นำทีมวางแผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- ประสานงานกับทีมสุขภาพและบุคลากรทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมให้บริการ
- ให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่ทีมพยาบาลเกี่ยวกับข้อมูล เพื่อให้เกิดการดูแล

ต่อเนื่อง ระหว่างสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับและการดูแลที่บ้าน/ที่ชุมชน

- นิเทศเจ้าหน้าที่ทีมพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- เป็นพี่เลี้ยง อสม. / ทีมแกนนำต่าง ๆ ที่เข้ามาร่วมในทีมเยี่ยมบ้าน

### 3.3) นักกายภาพบำบัด

- ประเมินการทำหน้าที่และความสามารถทางกายของผู้ป่วย
- ช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและป้องกันความพิการ
- ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ครอบครัว ในการปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกาย
- ประเมินสภาพแวดล้อม แนะนำการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพื่อความปลอดภัย

และอำนวยความสะดวก ในการประยุกต์ใช้เครื่องมือตามแนวการรักษา

- สอนการใช้อุปกรณ์ เช่น การใช้เครื่องพุง ฯลฯ

### 3.4) เภสัชกร

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อให้ได้รับยาที่ถูกต้อง
- แนะนำให้ทราบผลข้างเคียงของยา เพื่อสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ติดตาม ตรวจสอบความถูกต้อง การได้รับยาของผู้ป่วยที่บ้าน

### 3.5) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

- ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ครอบครัวในการดูแลสุขภาพ และการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน
- ช่วยเป็นพี่เลี้ยง อสม./ทีมแกนนำต่าง ๆ ที่เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

### 3.6) อสม.

- เป็นผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน คอยช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา รวมทั้งเร่งรัด/ติดตามให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด

- ช่วยวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด/ปัสสาวะ การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน อาจจัดทีมไปพร้อมกันหรืออาจแยกกันในการไปให้บริการที่บ้าน และอาจจัดเจ้าหน้าที่/บุคลากรปฏิบัติหน้าที่แทนกันได้ แต่ผู้ที่รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่แทนจะต้องมีความรู้ ทักษะบริการที่ช่วยให้เกิดผลดีในคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นหายตามกำหนดของการวางแผนจำหน่าย และแผนการรักษา พยาบาลผู้รับผิดชอบทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ต้องจำแนกปัญหาความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลอย่างเป็นระบบ ประสานให้ทีมสหสาขาเข้ามาร่วมให้บริการตามความต้องการจำเป็นของการบริการจากหลากหลายสาขาอาชีพ โดยกำหนดแผนดูแลร่วมกัน พยาบาลจึงต้องเข้าใจภาวะการณ์เจ็บป่วย และสามารถวิเคราะห์ ข้อมูลสถานการณ์ เพื่อหาแนวทางในการสร้างระบบพัฒนากระบวนการดูแลให้เกิดคุณภาพสูงสุด (นวลชนิษฐ์ ลิขิตฤชา และคณะ. 2556 : 32)

## 2.2 โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เกิดจากความต้องการของทีมสหวิชาชีพที่ต้องการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ของโรงพยาบาลคลองหลวง ที่พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย หญิงหลังคลอด ทารกแรกคลอด ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็น ผู้พิการ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่โครงการให้ความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักพบในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.คลองหลวง ปัญหาที่พบมากหลังจำหน่าย คือ แผลกดทับ ข้อติด ขณะเดียวกันการเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกราย รพ.สต. ในเครือข่ายทั้ง 12 แห่ง มีวิธีให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านแตกต่างกัน กล่าวคือ บางแห่งเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ ขณะที่บางแห่งเยี่ยมบ้านโดยเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและกำหนดครั้งที่เยี่ยมต่างกัน บางแห่งเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง บางแห่งอาจเยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง และลักษณะหรือกิจกรรมระหว่างการเยี่ยมหลากหลาย ทั้งวิธีการประเมินปัญหา การกำหนดและวินิจฉัยปัญหาการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับจำนวนบุคลากรที่ออกเยี่ยมในครั้งนั้น ๆ ในรายละเอียดของโครงการจะกล่าวถึงการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม โดยกล่าวถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในข้อบ่งชี้ของ

กลุ่มเป้าหมายส่วนรายละเอียดการดำเนินงานให้บุคลากรในทีมไปบริหารจัดการภายใต้ขั้นเตรียมการ  
ขั้นดำเนินงาน ชั้นประเมินผล ของแต่ละพื้นที่ ซึ่งรายละเอียดโครงการมีดังนี้

### 2.2.1 ความเป็นมาและความสำคัญของโครงการ

อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีพื้นที่ประมาณ 298.5 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครอง  
ออกเป็น 7 ตำบล มีหมู่บ้านในความรับผิดชอบ 106 หมู่บ้าน โรงพยาบาลคลองหลวงเป็นโรงพยาบาล  
ชุมชน ขนาด 30 เตียง และเป็นโรงพยาบาลของรัฐเพียงแห่งเดียวที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลักกับ  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับอำเภอ มีบทบาทในการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ  
และดูแลสุขภาพประชาชนในเขตอำเภอคลองหลวง โดยมีสถานีอนามัย จำนวน 11 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน  
ในโรงพยาบาล จำนวน 1 แห่ง เป็นเครือข่ายให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในลักษณะ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

จากข้อมูลผู้รับบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลคลองหลวงที่ผ่านมา พบว่า  
ผู้รับบริการบางรายเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก บางรายรับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล  
และจากข้อมูลที่ผ่านมายังพบอีกว่า ผู้รับบริการบางส่วนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือเป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็น  
ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลคลองหลวงนั้น  
ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ภายใต้ “โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home health  
care)” โดยให้บริการในกลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กและสตรี ซึ่งเป็นการให้บริการ  
สาธารณสุขพื้นฐาน (Basic health service) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล  
และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาว่าผู้รับบริการใน  
โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านบางส่วนมีการป่วยกลับซ้ำบ่อย บางรายญาติทอดทิ้ง บางรายขาดการรักษา  
จึงได้มีการทบทวนถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าวพบว่าเกิดจากปัจจัย 2 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย  
และ 2) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยบางคนที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน  
มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนต้องการความช่วยเหลือที่หลากหลาย ส่วนปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า  
ยังขาดความเชื่อมโยงของการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ยังไม่เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีคุณภาพ และเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องการการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย  
ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนที่บ้าน

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้จัดทำโครงการในฐานะบุคลากรสาธารณสุขและรับผิดชอบงาน  
เยี่ยมบ้าน มีแนวคิดว่าการจะจัดการกับสาเหตุและปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการดำเนินงานได้นั้น  
จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เกิด 1) การเข้าถึงบริการที่ดี  
(Accessibility) 2) การให้ บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) 3) การให้บริการที่เป็นองค์รวม/ผสมผสาน  
(Comprehensive cares/Holistic cares) 4) การประสานงานเชื่อมโยงส่งต่อที่ดี (Coordination) และ  
5) การเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community empowerment/Community

participation) จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน หน่วยคู่สัญญาหลัก โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ปี 2553 ขึ้น

### 2.2.2 วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ในลักษณะ Home Visit (HV)/Home Health Care (HHC)/Home Ward (HW) โดยการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยด้วยอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ผ่านโปรแกรม และการปรึกษาการดูแลผู้ป่วยด้วยอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ผ่าน Webcam หรือ E-mail address

### 2.2.3 ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

- 1) ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบการบริการต่อเนื่อง เช่น แผนHV/HHC/HW ตามเกณฑ์ จังหวัด/สปสข. ร้อยละ 100
- 2) ร้อยละของหน่วยบริการมีฐานข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล HV/ HHC/HW ร้อยละ 70
- 3) ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมหลังคลอดตามเกณฑ์ ร้อยละ 90
- 4) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลเยี่ยมและติดตามดูแลที่บ้าน (HHC) ร้อยละ 80

### 2.2.4 ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างเดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2557

### 2.2.5 กลุ่มเป้าหมาย

- 1) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยและโรงพยาบาล จำนวน 30 คน
- 2) อาสาสมัครในชุมชนที่ดำเนินการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แห่งละ 10 คน จำนวน 12 แห่ง รวมเป็น 120 คน
- 3) ผู้รับบริการ 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็ก และสตรี โดยมีเกณฑ์การแยกการดูแลดังนี้

HV ได้แก่

- มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ผู้พิการ

HHC/HW เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ที่มีข้อบ่งชี้ต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ

- มีประวัติขาดการรักษาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

- กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน /หรืออย่างน้อย 5 ครั้ง

ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา /หรืออย่างน้อย 2 ครั้งใน 1 ปี

- มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือคิดทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล

- มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวหรือญาติทอดทิ้ง
- มีแผลกดทับ /ใส่ท่อหายใจ /ใส่สายให้อาหาร /ใส่สายสวนปัสสาวะ
- มะเร็งระยะสุดท้าย
- มีข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ต้องจ่ายค่ารักษาเอง ขาดการรับรู้ระบบบริการสุขภาพ และมีความยากลำบากในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- ถูกทารุณกรรม (ด้านร่างกาย /ด้านจิตใจ /ทางเพศ)

## 2.2.6 วิธีดำเนินการ

### 1) ชั้นเตรียมการ

1.1) เสนอโครงการในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลคลองหลวง และ CUP Board โรงพยาบาลคลองหลวง เพื่อให้ผู้บริหารพิจารณาประกาศเป็นนโยบายและให้การสนับสนุน แจ้งให้ทุกหน่วยงานทราบและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เพราะเกี่ยวข้องกับการจัดสรรเวลาและทรัพยากรอื่น ๆ ซึ่งการจะบอกได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ คือ ความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ความร่วมมือของชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว

1.2) จัดประชุมเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของสถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงโครงการและดำเนินการดังต่อไปนี้

- (1) สร้างทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน
- (2) กำหนดผู้รับผิดชอบศูนย์เยี่ยมบ้านโรงพยาบาลคลองหลวง
- (3) กำหนดวิธีการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วย และแหล่งในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย
- (4) แจ้งช่องทางในการปรึกษาการดูแลผู้ป่วยด้วยอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Webcam หรือ E-mail address

Webcam หรือ E-mail address

(5) สรรวจข้อมูลเพื่อจัดทำฐานข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล HV/HHC/HW และจัดทำแผนHV/HHC/HW ในภาพรวมของ CUP

- (6) กำหนดทีมHV/HHC/HW
- (7) สร้างแบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

1.3) จัดตั้งช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากชุมชน จัดตั้งทีมงานรับผิดชอบช่องทางด่วนในโรงพยาบาล โดยมีบทบาทดังนี้

- จัดทำบัตร/คั่นบัตรไว้รอผู้ป่วย
- รอรับผู้ป่วย
- รับ ส่งข้อมูลระหว่าง แพทย์ ผู้ป่วย และญาติ

- จัดเก็บข้อมูลและส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.4) เขียนโครงการและเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติในหลักการ

## 2) ขั้นตอนการ

2.1) จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่อง Family medicine เป็นเวลา 1 วัน

2.2) จัดทำคู่มือปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครในชุมชน

2.3) ดำเนินการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยวิธีการดูแลแบบHV/HHC/HW โดยการประยุกต์ใช้อินเตอร์เน็ตและเทคโนโลยี ผ่าน Webcam หรือ E-mail address

2.4) จัดตั้งศูนย์เยี่ยมบ้านที่ประกอบด้วยวัสดุและอุปกรณ์พร้อมใช้งาน

2.5) จัดทำป้ายแสดงช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากชุมชน

2.6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชนที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยวิธีการดูแลแบบHV/HHC/HW ระหว่างสถานีอนามัยและโรงพยาบาล โดยการจัดเวียนความรู้ที่สถานีอนามัยในรูปแบบ Case conference

## 3) ชั้นประเมินผล

- ประชุมสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน

### 2.2.7 งบประมาณ

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 (สระบุรี)

### 2.2.8 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1) กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง

2) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยลดลง

3) ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

4) ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

5) ญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านได้

6) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

7) ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

### 2.2.9 การประเมินผล

1) ผลลัพธ์ยุทธศาสตร์ ประเมินจาก

- ทะเบียนจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย

- ประเภทและจำนวนของผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีการดูแลแบบ HV/HHC/HW

- ประเภทและจำนวนของผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีการดูแลแบบ HV/HHC/HW โดยการประยุกต์ใช้อินเตอร์เน็ตและเทคโนโลยี ผ่าน Webcam หรือ E-mail address

- แผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านด้วยวิธีการดูแลแบบHV/HHC/HW

### 2) ผลที่คาดว่าจะได้รับ ประเมินจาก

- แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล

- แบบประเมินความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและญาติต่อบริการที่ได้รับ

- ประเมินโดยติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนและ 6 เดือน หลังจาก

จำหน่ายจากโรงพยาบาล

- แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

- แบบประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครในชุมชนต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ที่บ้าน

### 3) ประชุมสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน

#### 2.2.10 ผลการดำเนินโครงการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการดำเนินโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า

1) ระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลคลองหลวง ให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามลักษณะและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเยี่ยม ทั้ง HV/HHC/HW ส่งฐานข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาล เยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ได้ครอบคลุมทุกรายแต่ยังล่าช้า มีการปรึกษาปัญหาผู้ป่วยผ่าน Webcam หรือ E-mail address มักพบปัญหาในวันที่ระบบอินเทอร์เน็ตขัดข้อง

2) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบ่งตามเกณฑ์การเยี่ยมที่ชัดเจน โดยเยี่ยม HV ในกลุ่มมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการ ออกเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับ อสม. เยี่ยม HHC/HW ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ที่มีข้อบ่งชี้ต่อไปอย่างน้อย 1 ข้อ

- มีประวัติขาดการรักษาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

- กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน / หรืออย่างน้อย 5 ครั้ง

ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา / หรืออย่างน้อย 2 ครั้งใน 1 ปี

- มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือคิดทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล

- มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวหรือญาติทอดทิ้ง

- มีแผลกดทับ / ใส่ท่อหายใจ / ใส่สายให้อาหาร / ใส่สายสวนปัสสาวะ



- มะเร็งระยะสุดท้าย

- มีข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องจ่ายค่ารักษาเอง ขาดการรับรู้ระบบบริการสุขภาพ และมีความยากลำบากในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ และในการเยี่ยมบ้านทุกครั้งมีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มอนามัยครอบครัว และบันทึกลงในอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ส่งข้อมูลการเยี่ยมเข้าไปศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลคลองหลวง

3) ระบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ผ่านโปรแกรม หลังจากไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านในแฟ้มครอบครัว แล้วนำข้อมูลการเยี่ยมบ้านมาบันทึกลงในโปรแกรมเพื่อให้ศูนย์เยี่ยมบ้านของอำเภอมีข้อมูลการเยี่ยมบ้านของแต่ละ รพ.สต. อย่างถูกต้อง ครบคลุม

4) ผลลัพธ์ของโครงการ พบว่าโรงพยาบาลคลองหลวงมีศูนย์เยี่ยมบ้านและมีการรับข้อมูลการเยี่ยมบ้านจากทุก รพ.สต. ผ่านอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย จำนวน 44 ราย (คิดเป็นร้อยละ 100) เมื่อมีปัญหา ข้อเสนอในการเยี่ยมบ้านแต่ละรายจะปรึกษาแพทย์ผ่าน Webcam หรือ E-mail address เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก

5) ผลกระทบของโครงการ จากการดำเนินโครงการทำให้ทีมสหวิชาชีพที่ประจำที่ รพ.สต. เยี่ยมบ้านได้ครอบคลุมทุกราย และเมื่อมีข้อสงสัยสามารถปรึกษาแพทย์ผ่านทาง Webcam หรือ E-mail address ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านที่ได้รับ อยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านได้ และ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเป็นผู้นำชุมชนหรือ อสม.ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และติดต่อประสาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

#### 2.2.11 หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- 1) โรงพยาบาลคลองหลวง
- 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง
- 3) สถานีอนามัยในเครือข่ายโรงพยาบาลคลองหลวงทุกแห่ง

### 2.3 การประเมินผลโครงการโดยใช้ CIPP Model

#### 2.3.1 ความหมาย

CIPP Model เป็นแบบจำลองที่ใช้ในการประเมินผลโครงการ ซึ่งการประเมินโครงการเป็นการหาคุณค่า ประโยชน์ หรือตีราคาโครงการที่ได้ทำไปแล้วด้วยการเปรียบเทียบระหว่างผลของโครงการ

กับวัตถุประสงค์ของโครงการนั้น ๆ ว่าสอดคล้องเป็นที่พอใจหรือไม่ หรือกล่าวได้ว่า การประเมินผลโครงการ เป็นการเปรียบเทียบระหว่างกิจกรรมที่โครงการดำเนินไปกับผลการทำงานภายหลังการดำเนินโครงการ (เยาวดีรางชัยกุล วิบูลย์ศรี. 2542 : 27)

แนวคิดและรูปแบบที่ใช้ในการประเมินผลโครงการนั้นมีหลากหลาย การศึกษาครั้งนี้ เลือกใช้แนวคิดและโมเดลการประเมินโครงการแบบชิปของ สตีฟเฟิลบีม เนื่องจากเป็นโมเดลที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบันว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารที่จะนำไปใช้ในการตัดสินใจ

### 2.3.1 ประเด็นการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model

สตีฟเฟิลบีม ได้กำหนดประเด็นการประเมินออกเป็น 4 ประเภท ตามอักษรภาษาอังกฤษ ตัวแรกของ “CIPP Model” ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (เยาวดี รางชัยกุล วิบูลย์ศรี. 2542 : 28)

#### 1) การประเมินสถานะแวดล้อม (Context evaluation : C)

เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการโครงการ เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการ ประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการ

#### 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation : I)

เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากร ที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน

#### 3) การประเมินกระบวนการ (Process evaluation : P)

เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไขปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบ กิจกรรม เวลาทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการโดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการนี้จะประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหา จุดเด่น หรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/ แผนงาน/โครงการซึ่งมักจะไม่สามารถศึกษาได้ภายหลัง จากสิ้นสุดโครงการแล้ว

#### 4) การประเมินผลผลิต (Product evaluation : P)

เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิกขยาย หรือปรับเปลี่ยน โครงการอย่างไรก็ตามการประเมินผล แบบ CIPP ไม่ได้ให้ความสนใจ ผลกระทบ (Impact) และ ผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย /แผนงาน /โครงการเท่าที่ควร แต่ให้ความสำคัญกับผลที่เกิดขึ้น 4 ระดับ คือ

4.1) ผลที่เกิดขึ้นโดยตรง มองผลการทำงานจากการจัดกิจกรรม คือ

(1) ประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ ทักษะที่จะเป็น  
ในการกระทำพฤติกรรม

(2) ประเมินประสิทธิผลโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเป้าหมายของโครงการ

(3) ประเมินความเพียงพอ เป็นการเปรียบเทียบผลจากการจัดทรัพยากร/  
วิชาการ/เทคโนโลยีกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขปรับปรุง

(4) ประเมินประสิทธิภาพ เป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์กับปัจจัยนำเข้า  
(ทรัพยากร เวลา เทคโนโลยี วิชาการ) ของโครงการ

4.2) การประเมินผลกระทบด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลง  
พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของแผนงาน/โครงการ

4.3) การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคล เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลง  
สถานะด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

4.4) การประเมินผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุข เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลง  
ของปัญหาสาธารณสุข เช่น ลดอัตราการเกิดโรค

การจัดระดับหรือประเภทของการประเมินดังกล่าว แสดงถึงการประเมินที่พยายาม  
ให้ครอบคลุมกระบวนการทำงานในทุก ๆ ขั้นตอน ตามแนวคิดของรูปแบบ CIPP และสิ่งที่ควบคู่กับ  
การประเมินทั้ง 4 ประเภท คือ

1. การตัดสินใจเพื่อการวางแผน เป็นการตัดสินใจที่อาศัยการประเมินสถานะ  
แวดล้อม มีบทบาทสำคัญคือ การกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการให้สอดคล้องกับแผนในการดำเนินงาน

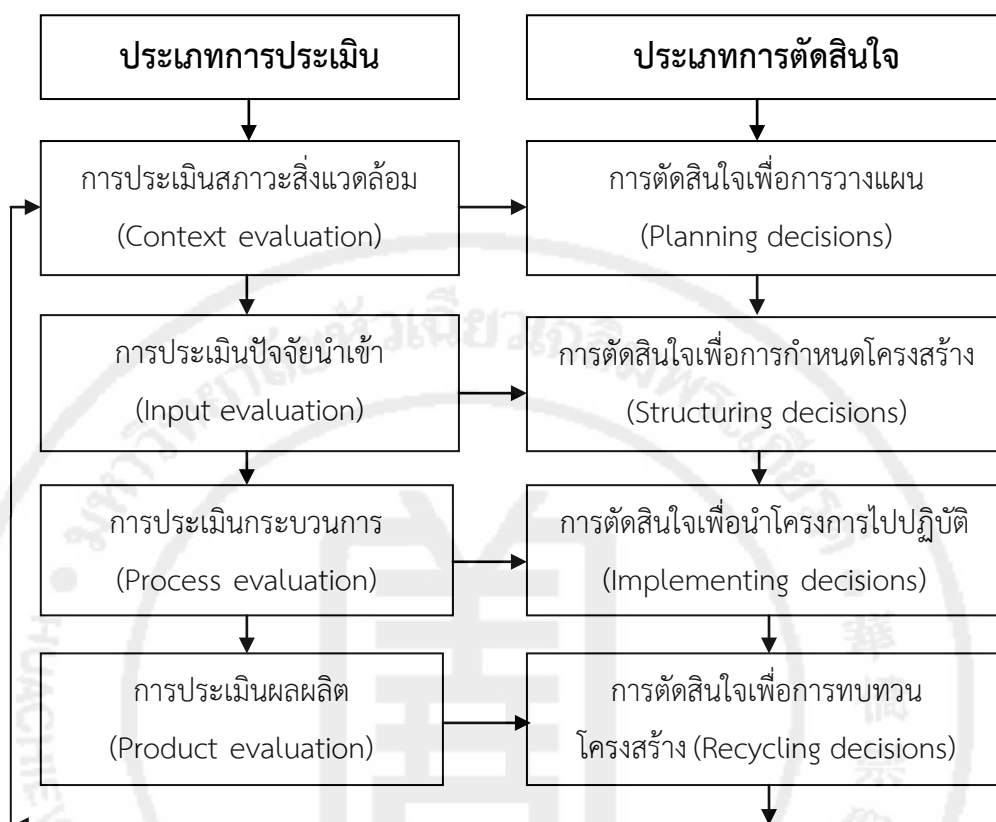
2. การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้างของโครงการ เป็นการตัดสินใจที่อาศัยการประเมิน  
ตัวบ่อนซึ่ง มีบทบาทสำคัญในการกำหนดโครงการของแผนงานและขั้นตอนการทำงานต่าง ๆ ของโครงการ

3. การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ เป็นการตัดสินใจที่อาศัยการประเมิน  
กระบวนการซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมการทำงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และเพื่อปรับปรุง  
แก้ไขแนวทางการทำงานให้ได้ผลที่ดีที่สุด

4. การตัดสินใจเพื่อการทบทวนโครงการ

แนวคิดและเป้าหมายของการประเมินตามทีสต์ฟิเลบิมได้เสนอไว้นั้น เอื้ออำนวยต่อ  
การตัดสินใจ ดังรูปแบบความสัมพันธ์ต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ของการตัดสินใจและประเภทของการประเมินแบบ CIPP Model



ที่มา: เขาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. 2542 : 58-61

### 2.3.3 เกณฑ์และตัวชี้วัดความสำเร็จ

การประเมินผลโครงการต้องมีเกณฑ์และตัวชี้วัด (Indicator) ระดับความสำเร็จของโครงการให้ทราบ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลโครงการ (วรเดช จันทรศร และไพโรจน์ ภัทรนรากุล. 2541 : 44 ) มีดังนี้

- 1) เกณฑ์ประสิทธิภาพ (Efficiency) มีตัวชี้วัด เช่น สัดส่วนของผลผลิตต่อค่าใช้จ่าย ผลิตภาพต่อหน่วยเวลาผลิตภาพต่อกำลังคน ระยะเวลาในการให้บริการ
- 2) เกณฑ์ประสิทธิผล (Effectiveness) มีตัวชี้วัดเช่น ระดับการบรรลุเป้าหมาย ระดับการบรรลุตามเกณฑ์มาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วม ระดับความเสี่ยงของโครงการ
- 3) เกณฑ์ความพอเพียง (Adequacy) มีตัวชี้วัดเช่น ระดับความพอเพียงของทรัพยากร
- 4) เกณฑ์ความพึงพอใจ (Satisfaction) มีตัวชี้วัดเช่น ระดับความพึงพอใจ
- 5) เกณฑ์ความเป็นธรรม (Equity) มีตัวชี้วัด คือ การให้โอกาสกับผู้ด้อยโอกาส ความเป็นธรรมระหว่างเพศ ระหว่างกลุ่มอาชีพ ฯลฯ

6) เกณฑ์ความก้าวหน้า (Progress) มีตัวชี้วัดเช่น ผลผลิตเปรียบเทียบกับเป้าหมายรวมกิจกรรมที่ทำแล้วเสร็จ ทรัพยากรและเวลาที่ใช้ไป

7) เกณฑ์ความยั่งยืน (Sustainability) ตัวชี้วัด เช่น ความอยู่รอดของโครงการด้านเศรษฐกิจ สมรรถนะด้านสถาบัน ความเป็นไปได้ในด้านการขยายผลของโครงการ

8) เกณฑ์ความเสียหายของโครงการ (Externalities) มีตัวชี้วัด เช่น ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น

สำหรับตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการนั้น หมายถึง ข้อความที่แสดงหรือระบุประเด็นที่ต้องการจะวัดหรือประเมิน หรือตัวแปรที่ต้องการจะศึกษา โดยจะมีการระบุลักษณะที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม ทั้งส่วนที่มีลักษณะเชิงปริมาณ และส่วนที่แสดงลักษณะเชิงคุณภาพ

### 2.3.4 ประโยชน์ของการประเมินผลโครงการ

การติดตามและประเมินผลโครงการมีความสำคัญหรือมีประโยชน์ต่อการบริหารโครงการ ดังนี้ (ฐาปนา ฉิ้นไพศาล และอัจฉรา ชีวะตระกูลกิจ. 2542 : 3-4)

1) ช่วยให้การกำหนดวัตถุประสงค์หรือมาตรฐานของการดำเนินงานมีความชัดเจน กล่าวคือ ก่อนที่โครงการจะได้รับการสนับสนุนให้เริ่มดำเนินงาน ควรได้รับการประเมินผลก่อน หากมีส่วนใดที่ขาดความชัดเจนจะได้ปรับปรุงให้ดีขึ้นเพื่อลดปัญหาเวลานำไปปฏิบัติ

2) ช่วยให้การใช้ทรัพยากรเกิดประโยชน์เต็มที่หรือเป็นไปอย่างคุ้มค่า เพราะในการประเมินผลโครงการต้องวิเคราะห์ทุกส่วน รวมถึงทรัพยากรทุกประเภทที่เชื่อว่ามีความจำเป็นหรือปริมาณที่เหมาะสมเพียงพอแก่การดำเนินงาน ทรัพยากรที่เกินความจำเป็นจะต้องตัดทอนลงไป ดังนั้นการประเมินโครงการจึงช่วยให้การใช้ทรัพยากรในโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3) ช่วยให้มีแผนงานบรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้เพราะการประเมินผลโครงการเป็นขั้นตอนหนึ่งในการวางแผนโครงการ อันประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การริเริ่มและจัดทำโครงการ การวิเคราะห์และประเมินโครงการ การนำโครงการไปปฏิบัติ และการประเมินผลโครงการ จะเห็นได้ว่าการประเมินผลโครงการเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ทำขึ้นเพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อให้โครงการบรรลุเป้าหมาย

4) ช่วยในการควบคุมคุณภาพของงาน เพราะการติดตามและประเมินผลโครงการจะตรวจสอบและควบคุมการดำเนินงานทุกส่วนของโครงการอย่างเป็นระบบ โดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ จะวิเคราะห์ถึงปัจจัยทุกชนิดที่ใช้ในการดำเนินงาน หรือที่เรียกว่าปัจจัยนำเข้า กระบวนการตลอดจนผลผลิต โดยจะติดตามและประเมินผลทุกขั้นตอน เพื่อไม่ให้งานในส่วนใดมีปัญหา หรือไม่มีคุณภาพ หรือเมื่อพบว่างานไม่มีคุณภาพจะต้องให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ให้ดำเนินงานใหม่จนกว่างานนั้นจะได้มาตรฐานตามต้องการ

5) ช่วยในการตัดสินใจบริหารโครงการ เพราะการติดตามและประเมินผลจะทำให้ผู้บริหารโครงการทราบปัญหา อุปสรรค ข้อดี ข้อเสีย ตลอดจนแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้ตัดสินใจว่าควรจะดำเนินต่อไปหรือยุติโครงการนั้นเสีย นอกจากนี้ผลของการประเมินโครงการยังสามารถ นำไปใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายขององค์กรได้อีกด้วย

### 2.3.5 ปัญหาในการประเมินผลโครงการ

ในการประเมินผลโครงการจะมีประเด็นปัญหาที่ต้องคำนึงถึงดังนี้ (ฐาปนา ฉินไพศาล และอัจฉรา ชีวะตระกูลกิจ. 2542 : 5-7)

1) ปัญหาด้านบทบาทของการประเมินผล การประเมินผลนับว่าเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารโครงการ โดยการศึกษาการปฏิบัติงานและเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจทั้งในด้านความสำเร็จและความล้มเหลวของโครงการ ซึ่งจะมีผลต่อการบริหารโครงการ แม้จะใช้เป็นเครื่องมือควบคุม และเร่งรัดผลงาน ตรวจสอบสมรรถภาพของผู้ปฏิบัติงานด้วยก็ตาม ทำให้มีลักษณะเป็นการจับผิดปัญหา จึงเป็นความขัดแย้งของบทบาทในทางบวกและทางลบของการประเมินผล

2) ลักษณะเฉพาะของการประเมินผล การประเมินผลเป็นการเสาะแสวงหาข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่นี้จะต้องทำงานด้วยความยากลำบาก เพราะจำเป็นจะต้องใช้ไหวพริบและความสามารถที่จะ เสาะหาสิ่งนี้จากสภาพที่เป็นอยู่ ทั้งภายในและภายนอกขอบเขตของโครงการ ยิ่งกว่านั้นสิ่งเหล่านี้อาจจะไม่เด่นชัดในความรู้สึกหรือในสายตาของบุคคลทั่วไป ผู้ประเมินผลจึงต้องมี “ประสาท” พิเศษในการค้นหาข้อเท็จจริงของการทำงานในโครงการ

3) การหาสถิติข้อมูลและวิเคราะห์ การประเมินผลอาจจะประสบปัญหาไม่มีข้อมูล ข้อมูลมีอยู่แต่ไม่ถูกต้องหรือไม่สามารถนำมาใช้ได้ และในการวิเคราะห์ ผู้ประเมินผลจำต้องเลือกใช้เทคนิควิเคราะห์ให้เหมาะสมกับข้อมูลที่อยู่ มิฉะนั้นแล้วการวิเคราะห์อาจจะผิดพลาดและทำให้ผลที่ได้ผิดพลาดหรือไร้ความหมาย

4) การกำหนดวัตถุประสงค์และเลือกวิธีการประเมินผล ผู้ประเมินผลอาจจะยังไม่มีความรู้หรือประสบการณ์ทางการประเมินผลเพียงพอ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจว่าควรประเมินวัตถุประสงค์และเป้าหมายใดจึงจะเหมาะสม และควรจะใช้วิธีการประเมินผลอย่างไรกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการจะประเมิน

5) การไม่เห็นความสำคัญของการประเมินผล ผู้บริหารองค์กรมักสนใจที่จำนวนผลงาน และไม่สนใจกับผลงานที่ผ่านไปจึงไม่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลมากนัก ยิ่งกว่านั้นผู้บริหารทั่วไปยังเห็นว่าการประเมินผลเป็นการจับผิดผู้ปฏิบัติงานและผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บริหารจึงไม่นิยมให้มีการประเมินผลหรือไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร ผลของการประเมินจึงมักไม่ได้รับการยอมรับและไม่ค่อยมีความหมายในการแก้ไขปัญหาการบริหารหรือไม่ถูกนำมาพิจารณาใช้อย่างจริงจัง

6) การไม่ได้รับความร่วมมือ ผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินผลโครงการมักประสบปัญหาไม่ได้รับความร่วมมือจากฝ่ายปฏิบัติ ซึ่งมักมองว่าการประเมินผลเป็นการจับผิดมากกว่าเป็นการติ เพื่อถ่วงน้ำหนักนี้ ผู้ปฏิบัติอาจไม่ยอมรับฟังเพราะคิดว่าตนเองรู้ปัญหาต่าง ๆ และเข้าใจวิธีปฏิบัติงานมากกว่าผู้ประเมินผล

7) การขาดความเที่ยงธรรมในการประเมินผล อาจเกิดขึ้นได้จากความลำเอียงหรือความเกรงใจฝ่ายปฏิบัติที่ทำให้การประเมินไม่ตรงไปตรงมา (Objectivity) ยิ่งกว่านั้นผู้ประเมินผลบางคนอาจใช้โอกาสหาผลประโยชน์และร่วมมือกับ ฝ่ายปฏิบัติปกปิดความผิดพลาดในการปฏิบัติก็ได้

8) การขาดความพร้อมในการประเมินผล เป็นผลจากการขาดการสนับสนุนของผู้บริหารทำให้เกิดปัญหาในการบริหารงานประเมินผล ผู้ประเมินบางคนไม่กระตือรือร้นและปฏิบัติงานไม่เต็มที่ ยิ่งกว่านั้นผู้ประเมินผลอาจเตรียมตัวไม่เพียงพอหรือหน่วยงานขาดประสบการณ์ในการประเมินผลอย่างจริงจัง การประเมินผลจึงไม่ถูกต้องตามหลักการหรือขั้นตอนที่เหมาะสมและทำให้เกิดปัญหา มากกว่าที่จะช่วยแก้ไขปรับปรุงงานขององค์กรให้ดีขึ้น

## 2.4 บทบาทของสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะประสบผลสำเร็จได้ต้องได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองในการออกให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มนี้ สหวิชาชีพโดยทั่วไป ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ สำหรับการศึกษาค้นคว้าจะให้ความสำคัญไปที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทและสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านดังนี้ (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2557 : 34-39)

**แพทย์** ที่เกี่ยวข้องมักได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ที่มีความสนใจในงานบริการระดับปฐมภูมิ หน้าที่หลัก เป็นหัวหน้าทีม ให้บริการครบวงจรแก่ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านและทำงานเชิงรุกในชุมชนโดยประยุกต์หลักการ และวิธีการเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเต็มรูปแบบบนการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน สามารถให้การดูแล รักษาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่สำคัญ คือ แพทย์และทีมงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องมีความรู้ทางการแพทย์ (Biomedicine) ที่ลึกและสามารถตัดตอนมาประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี เข้าใจความละเอียดของความเป็นมนุษย์ สามารถให้บริการขั้นพื้นฐาน แก่ปัญหาที่ไม่ซับซ้อนด้านเทคนิค แต่ซับซ้อนด้านกาย จิต สังคม (Difficult cases) ได้ สามารถเป็นผู้ถ่ายทอดวิชาความรู้ทางการแพทย์และความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวแก่บุคลากร ทุกสาขา เช่น ฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายปัญหาผู้ป่วย (Case conference) เป็นต้น เป็นผู้นำและที่ปรึกษาแก่ทีมงาน ให้บริการปฐมภูมิแก่ชุมชนในทาง

การแพทย์ทั้งในส่วนของการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและการเยี่ยมบ้านของ สหวิชาชีพ มีการนำปัญหาของผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านมาอภิปรายแลกเปลี่ยน และร่วมกันหาทางออกให้แก่ผู้ป่วย ช่วยชี้แนะและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดรวมถึงสามารถออกแบบช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์กับทีมงานอย่างชัดเจน เป็นนักจัดการเครือข่ายปฐมภูมิด้วยการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน วางแผน ดำเนินการ ประเมินโครงการ และสรุปบทเรียนร่วมกับทีมในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั้งระดับอำเภอ รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่องตามวงจร “Plan-Do-Check-Act” เพื่อเสริมความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิในการแก้ไข และป้องกันปัญหาสุขภาพในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

**เภสัชกร** สามารถทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ระดับอำเภอ และตำบล ดังนี้

1. จัดการปัญหา การเข้าถึงยาของผู้ป่วย แก้ปัญหา Poly pharmacy หรือออกแบบวิธีบริหารยาเฉพาะรายที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล และสนับสนุนวิชาการแก่สหวิชาชีพ
2. สนับสนุนให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการใช้ยา ระหว่างทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ ทบทวนและประเมินการใช้ยา การเฝ้าระวังการคัดกรอง การส่งมอบยา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ผลการรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย
4. ดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคลและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม ได้แก่ การทบทวนและค้นหาปัญหาการใช้ยา การให้ความรู้ การเสริมพลังด้านยาและสุขภาพ การวางแผนร่วมกันในการดูแลแก้ไขด้านสุขภาพ การออกแบบการบริหารยาเฉพาะรายที่บ้านร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ
5. ให้ความรู้ หนุนแรงค์ และเป็นพี่ปรึกษาให้แก่ชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Empowerment)
6. ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพ

**นักกายภาพบำบัด** เป็นวิชาชีพทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน รักษา และจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ที่เกิดขึ้นจากสภาพและภาวะของโรค ที่เกิดขึ้นในทุกช่วงของชีวิต ซึ่งจะต้องเป็นผู้ให้บริการและร่วมเป็นทีมสหวิชาชีพ ทำงานร่วมกับผู้ดูแลในการจัดการผู้ป่วย ติดตามประเมินผลการให้บริการ และติดตามการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ประเมินการทำงานของผู้ดูแลโดยมีบทบาทหน้าที่การให้บริการจำแนกได้ดังนี้ (สำนักวิชาสหเวชศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. 2554 : ออนไลน์)

1. ตรวจประเมินความผิดปกติทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วย
2. วิเคราะห์และวางแผนการรักษาทางกายภาพบำบัด
3. เลือกและให้การรักษาด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดที่เหมาะสม
4. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง
5. ส่งต่อผู้ป่วยแก่บุคลากรข้างเคียงที่สามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้
6. ค้นคว้าวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนหรือประยุกต์วิธีการรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



## พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่โดยทั่วไปในการให้การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา การแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กระทบต่อร่างกาย และจิตใจของบุคคล การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อเยียวยาและแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรค การฟื้นฟูสภาพ กระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค และช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. 2553 : 32)

ส่วนพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นสาขาหนึ่งของพยาบาลผู้ปฏิบัติขั้นสูง ที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ อีกทั้งให้การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. 2553 : 32)

พยาบาลวิชาชีพซึ่งรวมถึงพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงเป็นผู้รับผิดชอบหลักและเป็นผู้ประสานงานสหวิชาชีพอื่น ๆ ในการให้บริการตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย สำหรับหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้ (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. 2555: 37)

1. พัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลให้บุคคล กลุ่มคน ครอบครัวและชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค (Care management) โดยบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (พยาธิสรีระวิทยา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และผลงานวิจัย ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ศึกษากระบวนการบริการของโรงพยาบาลแล้วนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแล โดยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องที่จำเป็น

2. พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยให้ความรู้และคำแนะนำ การสอนสาธิต ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ การปรึกษาตลอดจนแนวทางการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์

3. ให้ความรู้และเสริมสร้างพลังอำนาจ ฝึก (Coaching) และเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring) ที่ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าใจ และเห็นความสำคัญของโรคที่เป็นอยู่ ตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้โรครุนแรงมากขึ้น ส่งเสริมให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ใช้บริการใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่มาสะท้อนคิดว่าตนเองสามารถฟื้นฟูสภาพและห่างไกลจากภาวะแทรกซ้อนได้ ติดตามและช่วยแก้ไขเมื่อผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตน ใช้ทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการฟังอย่างตั้งใจที่จะสอน และฝึกผู้ป่วยและครอบครัวโดยให้สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่จนกว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ด้วยตนเอง

4. สร้างการรับรู้ปัญหา หาแนวทางแก้ไข ดำเนินการปฏิบัติ และประเมินผลจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบนทักษะการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกทีมสุขภาพ จัดให้มีผู้จัดการเฉพาะราย (case/care/disease manager) เพื่อประสานทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยและทบทวนทะเบียนเพื่อประเมินการจัดบริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและภาพรวมเป็นระยะ ให้บริการที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้บริการดูแลที่เข้มข้น และลงรายละเอียดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำการดูแลรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต จัดระบบนัดหมาย จัดระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับต่าง ๆ และประสานติดตามผลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับส่งต่ออย่างสม่ำเสมอ

5. บันทึกกิจกรรมการให้บริการ สรุปปัญหาที่พบรวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือและแผนการดูแลสุขภาพครั้งต่อไปในแบบบันทึกการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและเก็บในแฟ้มครอบครัว (Family folder)

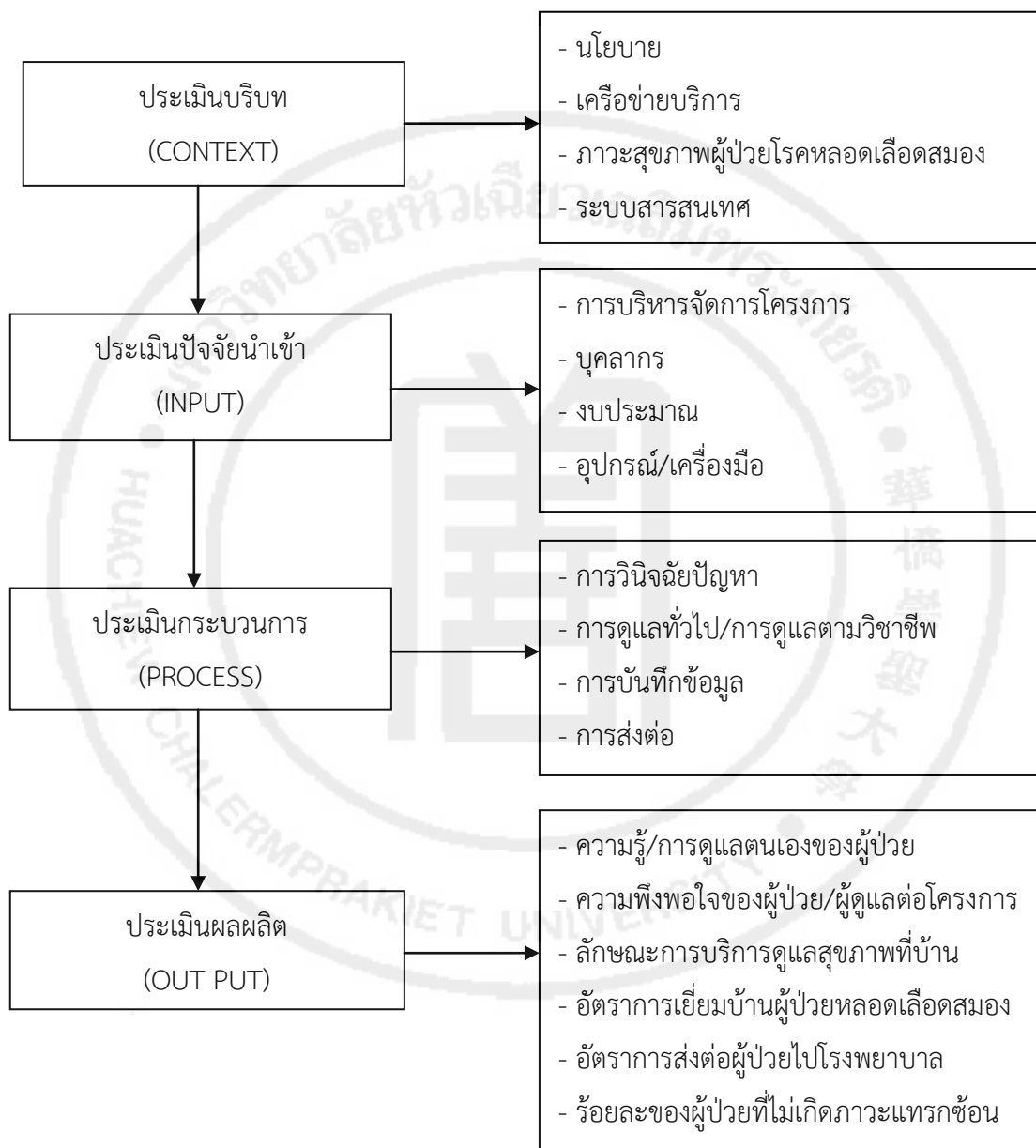
6. จัดทำทะเบียนการดูแลสุขภาพที่บ้าน

นอกจากนี้ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านพยาบาลยังควรมีคุณสมบัติที่สำคัญเพิ่มเติมดังต่อไปนี้ (สำนักการพยาบาล. 2556 : 46-47)

- 1) มีการตัดสินใจที่ดี เหมาะสมกับสถานการณ์
- 2) มีความสุขและเต็มใจที่ได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดอยู่กับคนในชุมชน
- 3) มีความรู้ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น มีการพัฒนาตัวเองให้มีความรู้เพิ่มพูนตามประสบการณ์การทำงานและสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดบริการพยาบาลที่บ้านได้
- 4) มีความชำนาญทางคลินิกหรือมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลอายุรกรรมและศัลยกรรม เพื่อเป็นพื้นฐานการพยาบาลที่บ้าน
- 5) พัฒนาทักษะด้านการบริหาร มีวิสัยทัศน์ และเป้าหมายของการดูแลครอบครัวและชุมชน ด้วยกลยุทธ์การเยี่ยมบ้าน
- 6) มีทักษะในการสื่อสารกับคนในชุมชนได้ทุกระดับ สามารถพูดให้ผู้ป่วย ครอบครัวเข้าใจได้ และร่วมมือปฏิบัติตามได้ถูกต้อง
- 7) มีภาวะผู้นำ กล้าแสดงความคิดเห็น มีวิสัยทัศน์ เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน ประสานงานกับชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องได้
- 8) มีความเข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น เข้าใจวิถีปฏิบัติตนของชาวบ้านตามความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และนำมาปรับใช้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้
- 9) สามารถใช้คอมพิวเตอร์และระบบสารสนเทศได้ เพื่อใช้ในการจัดเก็บข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์แก้ปัญหาในชุมชน การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการสืบค้นข้อมูลในการพัฒนาตนเอง และการรับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย
- 10) มีทักษะการสื่อสารสาธารณะและจัดทำข้อมูลนำเสนอ/ทำสื่อเผยแพร่ได้

## 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีโดยมีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.1.1 ประชากร ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
- 2) ผู้บริหารโรงพยาบาลคลองหลวง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
- 3) ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว/ชุมชน นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน
- 4) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ประกอบด้วยญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อสม. ผู้นำชุมชน

##### 3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี คัดเลือกผู้ป่วยจากทุกตำบลตามคุณสมบัติดังนี้

- 1) เกณฑ์การคัดเลือก
  - 1.1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบ หรืออุดตัน ทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่จำกัดระยะเวลาการป่วย
  - 1.2) มีภูมิลำเนา หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี อย่างน้อย 6 เดือน
  - 1.3) สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้
  - 1.4) สามารถเข้าใจการสื่อสารด้วยวจนภาษาได้
  - 1.5) สนใจเข้าร่วมในการศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัย
- 2) เกณฑ์การคัดออก
  - 2.1) เสียชีวิตในขณะดำเนินการวิจัย
  - 2.2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต้องเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้
  - 2.3) ย้ายออกจากพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

จากเกณฑ์การคัดเลือกข้างต้น มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดังนี้

**ตารางที่ 1** จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

หน่วยงานในพื้นที่	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (คน)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหนึ่ง	15
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหนึ่ง หมู่ 13	3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสอง	2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสอง หมู่ 13	2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสาม	10
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสาม หมู่ 8	3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่	0
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ 13	2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า	1
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า หมู่ 13	2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก	2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองเจ็ด	2
<b>รวม</b>	<b>44</b>

3) ผู้บริหารโรงพยาบาลคลองหลวง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกองหลวง เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ทำหน้าที่บริหารในหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลคลองหลวง และสาธารณสุขอำเภอกองหลวง โดยอยู่ในพื้นที่ตั้งแต่เริ่มโครงการและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง จากความหมายข้างต้นผู้บริหารที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- 3.1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน
- 3.2) สาธารณสุขอำเภอ 1 คน
- 3.3) แพทย์ประจำคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน
- 3.4) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน
- 3.5) หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน

4) ทีมสหวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยอยู่ในพื้นที่ตั้งแต่เริ่มโครงการและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

จากความหมายข้างต้นทีมสหวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- |                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| 4.1) แพทย์                        | 1 คน  |
| 4.2) พยาบาลเวชปฏิบัติ             | 12 คน |
| 4.3) นักกายภาพบำบัด               | 1 คน  |
| 4.4) เภสัชกร                      | 1 คน  |
| 4.5) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน | 1 คน  |

5) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในฐานะสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. หรือผู้นำชุมชน หรือบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย อยู่ในพื้นที่ตั้งแต่เริ่มโครงการและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

จากความหมายข้างต้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- |                     |       |
|---------------------|-------|
| 5.1) ญาติผู้ป่วย    | 32 คน |
| 5.2) ผู้ดูแลผู้ป่วย | 3 คน  |
| 5.3) อสม.           | 8 คน  |
| 5.4) ผู้นำชุมชน     | 1 คน  |

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งตามแนวคิดในการประเมินผลโครงการ รายละเอียดตามปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเมินผลโครงการ	สิ่งที่ต้องประเมิน	เครื่องมือที่ใช้
1. บริบทโครงการ	เครือข่ายบริการ	ทะเบียนสถานบริการเครือข่าย*
	นโยบาย	นโยบาย CUP คลองหลวง*
	การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	แบบรวบรวมการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**
	ระบบสารสนเทศ	รายงานข้อมูลการให้บริการ*

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประเมินผลโครงการ	สิ่งที่ต้องประเมิน	เครื่องมือที่ใช้
2. ปัจจัยนำเข้าโครงการ	บุคลากร	แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น**
	งบประมาณโครงการ	แบบสรุปโครงการ*
	อุปกรณ์ / เครื่องมือ	แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น**
3. กระบวนการโครงการ	การวินิจฉัยปัญหา	แบบประเมิน ADL ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*
	การดูแลทั่วไป และตามวิชาชีพ	แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง*
	การบันทึกข้อมูล	แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง*
	การส่งต่อ	ทะเบียนส่งต่อ รพ.สต./รพ.คลองหลวง*
	การประเมินผล	แบบสรุปการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง*
4. ผลผลิตของโครงการ	ลักษณะการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*
	ความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง*
	ความพึงพอใจของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต่อโครงการ	แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง*
	ความรู้ความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	แบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในชุมชน*
	ความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแล/ อสม./ผู้นำชุมชน ต่อโครงการ	แบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในชุมชน*
	อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*
	อัตราการส่งต่อไปโรงพยาบาล	แบบบันทึกการส่งต่อ รพ.คลองหลวง*
	ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน	แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง*

หมายเหตุ \* รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ง

\*\* ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

### 1) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา สาเหตุการเกิดโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นคำถามปลายเปิด และแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 การประเมินผลผลิต ประกอบด้วย

2.1) ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ แบบ 3 ตัวเลือก และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

กำหนดแปลความหมายคะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom. 1979 : 129) ดังนี้

คะแนน 8 – 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

คะแนน 6 – 7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนน 0 – 5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

2.2) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีความหมายของแต่ละระดับดังนี้

ปฏิบัติประจำ 3 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5-7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1-4 วันต่อสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 0-1 วันต่อสัปดาห์

แปลความหมายคะแนนตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best. 1977 : 89) โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{ระดับที่ต้องกา} \\ &= (3-1) / 3 = 0.66 \end{aligned}$$

ดังนั้นจึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย คือ

ช่วงคะแนน 1.00-1.66 คะแนน หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 1.67-2.33 คะแนน หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 2.34-3.00 คะแนน หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับสูง



2.3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The Barthel Index of Activities of Daily living : ADL) (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547 : 45) โดยมีคะแนนระหว่าง 0-100 คะแนน และมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังนี้

0 – 20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย

25 – 45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย

50 – 70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง

75 – 95 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก

100 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ความพึงพอใจมากที่สุด หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

ความพึงพอใจมาก หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ความพึงพอใจปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

ความพึงพอใจน้อย หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ความพึงพอใจน้อยที่สุด หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

แปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ของ เบส (Best. 1981 : 89) แบ่งคะแนนออกเป็น

5 ระดับ ดังนี้

พิสัยของช่วงคะแนน = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / ระดับที่ต้องการ

$$= (5-1) / 5 = 0.80$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย คือ

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

## 2) แบบสัมภาษณ์ ญาติ/ผู้ดูแล

แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายได้ เป็นคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ โดยประยุกต์จากการวัดระดับคะแนน ความรู้ของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ (Bloom. 1979 : 129) ดังนี้

คะแนน 8 – 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

คะแนน 6 – 7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนน 0 – 5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

ตอนที่ 3 กิจกรรมการดูแลสุขภาพต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นข้อคำถามแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีความหมายของแต่ละระดับดังนี้

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร ใช้เกณฑ์ของเบสต์ (Best. 1977 : 89) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{ระดับที่ต้องการ} \\ &= (3-1) / 3 = 0.66 \end{aligned}$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00–1.66 คะแนน หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน 1.67–2.33 คะแนน หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 2.34–3.00 คะแนน หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดี

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแบ่งระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ความพึงพอใจมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

ความพึงพอใจมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ความพึงพอใจปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

ความพึงพอใจน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ความพึงพอใจน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

การแปลค่าคะแนน การวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจหาค่าเฉลี่ยของคะแนน แต่ละด้าน โดยใช้เกณฑ์ของ เบสต์ (Best. 1981 : 89) ดังนี้

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง ระดับความพอใจมาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

### 3) แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร

แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพวุฒิการศึกษา อายุราชการ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งที่ปฏิบัติราชการ แบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการดังนี้

2.1) บริบท เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็น

- (1) นโยบายการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- (2) ความสอดคล้องกับแผนงานโครงการทุกระดับ
- (3) เครือข่ายบริการของอำเภอคลองหลวง
- (4) ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ

2.2) ปัจจัยนำเข้าเป็นคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด เพื่อแสดงความคิดเห็น

- (1) จำนวนบุคลากรสาธารณสุข
- (2) การสนับสนุนงบประมาณ
- (3) การสนับสนุนยานพาหนะ วัสดุ อุปกรณ์
- (4) การสนับสนุนด้านวิชาการ

2.3) กระบวนการ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด เพื่อแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

2.4) ผลผลิต ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการดำเนินการโครงการ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### 4) แบบสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ

แบบสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพวุฒิการศึกษา อายุราชการ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งที่ปฏิบัติราชการ เป็นแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการดังนี้

2.1) บริบท เป็นคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด เพื่อแสดงความคิดเห็น ประกอบด้วย

- (1) นโยบายการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- (2) ความสอดคล้องกับแผนงานโครงการทุกระดับ
- (3) เครือข่ายบริการของอำเภอคลองหลวง
- (4) ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ

2.2) ปัจจัยนำเข้าซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด เพื่อแสดงความคิดเห็น ประกอบด้วย

- (1) จำนวนบุคลากรสาธารณสุข
- (2) การสนับสนุนงบประมาณ
- (3) การสนับสนุนยานพาหนะ วัสดุ อุปกรณ์
- (4) การสนับสนุนวิชาการ

2.3) กระบวนการซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด เพื่อแสดงความคิดเห็น ประกอบด้วย

- (1) ประเมินภาวะสุขภาพ
- (2) การวินิจฉัยปัญหา
- (3) การดูแลทั่วไป/การดูแลเฉพาะทางตามวิชาชีพ
- (4) การบันทึกข้อมูล
- (5) การส่งต่อ
- (6) การประเมินผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน

## 5) ผลผลิตโครงการ

การประเมินผลผลิตโครงการ จากแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### 3.3 การทดสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์ญาติ/ผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและแบบสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ ที่พัฒนาขึ้นไป ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน ต่อจากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence : IOC)

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	IOC เท่ากับ 1.0
แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแล	IOC เท่ากับ 0.89
แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร	IOC เท่ากับ 0.90
แบบสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ	IOC เท่ากับ 0.90

2. ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลคลองหนึ่ง อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญธรรมกิจปริดาภิรุตติ. 2549 : 55) ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right\}$$

เมื่อ  $\alpha$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

$n$  คือ จำนวนข้อของแบบทดสอบ

$s_i^2$  คือ ความแปรปรวนของแบบทดสอบรายข้อ

$s_t^2$  คือ ความแปรปรวนของแบบทดสอบทั้งฉบับ

แทนค่า 
$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left\{ 1 - \frac{7.6023}{22.64} \right\}$$

$$= 0.74$$

ค่าความเชื่อมั่นความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.74

แทนค่า 
$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left\{ 1 - \frac{8.392}{22.64} \right\}$$

$$= 0.70$$

ค่าความเชื่อมั่นการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 0.70

แทนค่า 
$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left\{ 1 - \frac{7.144}{22.64} \right\}$$

$$= 0.77$$

ค่าความเชื่อมั่นบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย เท่ากับ 0.77

แทนค่า 
$$\alpha = \frac{30}{30-1} \left\{ 1 - \frac{8.041}{29.9} \right\}$$

$$= 0.76$$

ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.76

### 3.4 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการจริยธรรมการวิจัยดังนี้

1. หัวข้อการวิจัยและโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากกรรมการพิจารณาหัวข้อและจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เอกสารอ้างอิงหมายเลข อ.229/2557 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2557

2. ทำหนังสือถึงโรงพยาบาลคลองหลวงเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้างานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคลองหลวง ที่มีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมตามโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

3. ทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง เพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอคลองหลวง พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

4. ทำหนังสือถึงผู้นำชุมชน เพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแลสม. ผู้นำชุมชน ที่อยู่ในโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

5. เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแล สม. ผู้นำชุมชน ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและแจ้งสิทธิในการปฏิเสธหรือยอมรับการเข้าร่วมวิจัยว่าขึ้นอยู่กับความสมัครใจ (ภาคผนวก ข) โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลหรืออื่น ๆ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมผู้วิจัยจึงจะสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยหรือยกเลิกข้อมูลที่ให้ หรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัยและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยและนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

6. เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและแจ้งสิทธิในการปฏิเสธหรือยอมรับการเข้าร่วมวิจัยว่าขึ้นอยู่กับความสมัครใจหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ข) ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยหรือยกเลิกข้อมูลที่ให้ หรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัยและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยและนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้

3.5.1 ผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง ทีมสหวิชาชีพตามโครงการ

1) นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2) ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอคลองหลวงเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดต่าง ๆ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดกับผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

3) ขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพทีละคนโดยอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ หลังจากนั้นจึงถามผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพทีละข้อ หากมีข้อสงสัยในข้อคำถามผู้วิจัยจะอธิบายคำถามแต่ละข้อและรอจนกว่าจะตอบคำถามแล้วเสร็จจึงจะถามคำถามข้อต่อไป

4) ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลกรณีไม่ครบถ้วนจะสอบถามอีกครั้งเพื่อให้ได้คำตอบจนครบถ้วน

3.5.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์และให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง โดยอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วบันทึกข้อมูลตามที่ผู้ป่วยตอบ กรณีผู้ป่วยต้องการตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองผู้วิจัยจะรอและตอบคำถามเมื่อมีข้อสงสัยจนแล้วเสร็จ

3) หลังจากสัมภาษณ์เสร็จหรือผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลกรณีไม่ครบถ้วนจะสอบถามผู้ป่วยซ้ำอีกครั้ง

3.5.3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน คือ ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. หรือผู้นำชุมชน

1) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์และให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนด้วยตนเอง โดยอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วบันทึกข้อมูลตามที่ผู้ป่วยตอบ กรณีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนต้องการตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองผู้วิจัยจะรอและตอบคำถามเมื่อมีข้อสงสัยจนแล้วเสร็จ

3) หลังจากสัมภาษณ์เสร็จหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนตอบแบบสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลกรณีไม่ครบถ้วนจะสอบถามผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนซ้ำอีกครั้ง

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการรวบรวมข้อมูล จัดหมวดหมู่ข้อมูล และสังเคราะห์ข้อความ
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)





## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเสนอผลการศึกษาดังต่อไปนี้

- 4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ญาติ/ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพภายใต้โครงการ
- 4.2 บริบทของโครงการ
- 4.3 ปัจจัยนำเข้าของโครงการ
- 4.4 กระบวนการในโครงการ
- 4.5 ผลผลิตของโครงการ
- 4.6 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

### 4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ญาติ/ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพภายใต้โครงการ

#### 4.1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 38.6 อายุเฉลี่ย 58.52 ปี โดยมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.1 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน ร้อยละ 59.1 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 88.6 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเส้นเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 52.3 ระยะเวลาป่วย 1 – 5 ปี ร้อยละ 68.2 สภาพร่างกายปัจจุบันเป็นอัมพาตครึ่งซีก ร้อยละ 90.9 มียากินในปัจจุบัน ร้อยละ 95.5 คู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 50.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะทั่วไป (n = 44)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
40 – 49 ปี	10	22.7
50 – 59 ปี	17	38.6
60 – 69 ปี	9	20.5
70 – 79 ปี	7	15.9
80 ปีขึ้นไป	1	2.3
อายุเฉลี่ย 58.52 ปี S.D. = 10.75 Min = 45 ปี Max = 90 ปี		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	25	56.8
หญิง	19	43.2
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	26	59.1
หม้าย/หย่า/แยก	14	31.8
โสด	4	9.1
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	22	50.0
มัธยมศึกษา	18	41.0
อนุปริญญา	2	4.5
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	4.5
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน	26	59.1
รับจ้าง	11	25.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	9.1
เกษตรกรรวม	3	6.8
<b>สิทธิการรักษา</b>		
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	39	88.6
สิทธิข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	6.9
สิทธิประกันสังคม	2	4.5
<b>การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุ</b>		
เส้นเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน	23	52.3
เส้นเลือดสมองแตก	21	47.7

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่ป่วย</b>		
1-5 ปี	30	68.2
6-10 ปี	10	22.7
มากกว่า 10 ปี	4	9.1
ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 5.29 ปี S.D. = 5.18 Min = 1 ปี Max = 20 ปี		
<b>สภาพปัจจุบันของผู้ป่วย</b>		
อัมพาตครึ่งซีก	40	90.0
อัมพาตทั้งตัว	4	9.1
<b>มีารับประทานในปัจจุบัน</b>		
มี	42	95.5
ไม่มี	2	4.5
<b>บุคคลในครอบครัวที่เป็นหลักในการดูแล</b>		
คู่สมรส	22	50.0
ลูก / หลาน	14	31.9
บิดา/มารดา	3	6.8
จ้างคนดูแล	3	6.8
ญาติ	2	4.5

#### 4.1.2 ลักษณะทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.3 อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 34.10 อายุเฉลี่ย 49.90 ปี โดยมากสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.1 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 38.6 รายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.3 รายได้เฉลี่ย 10,568.18 บาท (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะทั่วไป

(n = 44)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	34	77.3
ชาย	10	22.7
<b>อายุ (ปี)</b>		
น้อยกว่า 30	6	13.6
30 – 39	8	18.2
40 – 49	3	6.8
50 – 59	15	34.1
60 ปีขึ้นไป	12	27.3
อายุเฉลี่ย 49.90 ปี S.D. = 16.0 Min = 18 ปี Max = 83 ปี		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	32	72.8
หม้าย /หย่า	6	13.6
โสด	6	13.6
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	22	50.0
มัธยมศึกษา	16	36.4
อนุปริญญา	4	9.1
ปริญญาตรี	2	4.5
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน	8	18.2
เกษตรกรกรรม	5	11.4
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	17	38.6
รับจ้าง	12	27.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	4.5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	8	18.2
5,000 – 10,000 บาท	23	52.3
10,001 – 20,000 บาท	13	29.5
รายได้เฉลี่ย 10,568.18 บาท S.D. = 5591.30 Min = 4,000 บาท Max = 20,000 บาท		

#### 4.1.3 ลักษณะทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ

ทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.2 อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 57.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 57.1 และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลคลองหลวง ร้อยละ 57.1 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (n = 21)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	20	95.2
ชาย	1	4.8
<b>อายุ</b>		
น้อยกว่า 40 ปี	3	14.3
40 – 49 ปี	12	57.1
50 – 59 ปี	6	28.6
อายุเฉลี่ย 43.00 ปี S.D. = 9.64 Min = 22 ปี Max = 52 ปี		
<b>สถานภาพ</b>		
คู่	15	71.4
โสด	6	28.6

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	12	57.1
ปริญญาโท	9	42.9
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>		
โรงพยาบาลคลองหลวง	12	57.1
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	6	28.6
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง	3	14.3

#### 4.2 บริบทโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

##### 4.2.1 การทำงานของโรงพยาบาลคลองหลวงและเครือข่ายบริการ

โรงพยาบาลคลองหลวงเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอคลองหลวง ขนาด 30 เตียง มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ประกอบด้วย รพ.สต. ในเครือข่าย จำนวน 12 แห่ง แต่ละแห่งมีพยาบาลวิชาชีพแต่ละ 2 คน มีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน แห่งละ 1 คน สำหรับการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะมีการรับส่งต่อโดยเริ่มต้นจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 44 คน เมื่อแยกตามพื้นที่อาศัย พบว่า เป็นผู้ป่วยในตำบลคลองหนึ่งมากที่สุด รองลงมา คือ คลองสาม การเยี่ยมบ้านดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลคลองหลวงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจำแนกในหน่วยงานในพื้นที่ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

หน่วยงานในพื้นที่	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (คน)	
	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม (คน)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหนึ่ง	15	15
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหนึ่ง หมู่ 13	3	3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสอง	2	2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสอง หมู่ 13	2	2

ตารางที่ 6 (ต่อ)

หน่วยงานในพื้นที่	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (คน)	
	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม (คน)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสาม	10	10
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสาม หมู่ 8	3	3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่	0	0
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสี่ หมู่ 13	2	2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า	1	1
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า หมู่ 13	2	2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก	2	2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองเจ็ด	2	2
<b>รวม</b>	<b>44</b>	<b>44</b>

#### 4.2.2 ลักษณะและความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งหมด 54 คน เข้าร่วมโครงการ 44 คน จำแนกเป็น ผู้ป่วยแยกตามสาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 34 คน จากการแตกของเส้นเลือด 10 คน ลักษณะโดยทั่วไปจากผู้ป่วย พบว่า มีภาวะแทรกซ้อน 4 คน ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ แผลกดทับ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

#### 4.2.3 การรับนโยบายหมอบรรณครีวของกระทรวงสาธารณสุขมาดำเนินงานในเครือข่าย

โรงพยาบาลคลองหลวง และโรงพยาบาลเครือข่ายดำเนินการนโยบายของที่กำหนดให้ “ทีมหมอบรรณครีว (Family Care Team)” (กระทรวงสาธารณสุข. 2557 : บทนำ) เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือนทั่วประเทศทั้งในเขตเมืองและชนบทโดยให้มีบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทำงานร่วมกันเป็นทีมตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัดโดยจะมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นเจ้าของครอบครัว ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพให้คำปรึกษา ประสานการให้บริการสุขภาพที่บ้านและประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลโดยมีแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) เป็นที่ปรึกษา มีทีมงานดูแลสุขภาพของ รพช. รพศ. และ รพท. เข้ามาทำงานร่วมกันกับโรงพยาบาลระดับชุมชน เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพรวมถึงกำหนดให้มีทีมงานระดับชุมชน เช่น นักบริบาลชุมชน อสม. อปท. เป็นต้น เข้ามาทำงานร่วมกันในการสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

และครอบครัวซึ่งเป็นการทำงานที่ไม่ได้มุ่งเพียงการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลเท่านั้นแต่มุ่งส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมในทุกมิติแบบองค์รวมจากความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่ายเพื่อการดูแลประชาชนในครอบครัวที่ตนเองรับผิดชอบ

#### 4.2.4 ระบบสารสนเทศ

โรงพยาบาลคลองหลวง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป HOSxP ในการบันทึกและเรียกใช้ข้อมูลพื้นฐานของประชากร ตามเกณฑ์มาตรฐาน 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข และบันทึกข้อมูลการให้บริการสุขภาพ ส่วน รพ.สต. เครือข่ายใช้โปรแกรม JHCIS ในการบันทึกและเรียกใช้เดียวกัน ซึ่งฐานข้อมูลทั้ง 2 ระบบ ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ และโรงพยาบาลคลองหลวงแก้ปัญหาด้วยการใช้โปรแกรม cocr9.info ปทุมธานี บันทึกข้อมูลแทนแต่ก็ยังพบข้อขัดข้องของการใช้โปรแกรม คือ

1) เนื่องจากโปรแกรมอยู่ในระหว่างทดลองใช้ทำให้การเชื่อมต่อข้อมูลของ HOSxP กับโปรแกรม cocr9.info ปทุมธานี ยังไม่เสถียร ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบยังอยู่ระหว่างการเรียนรู้โปรแกรม cocr9.info ปทุมธานี ทำให้ยังไม่สามารถอธิบายวิธีประมวลผลและใช้ประโยชน์ข้อมูลวิเคราะห์ที่วิเคราะห์ออกมาจากโปรแกรม cocr9.info ปทุมธานี ให้ทีมเยี่ยมบ้านเข้าใจได้ และส่งผลให้การบันทึกข้อมูลลงในระบบล่าช้า

### 4.3 ปัจจัยนำเข้าของโครงการ

#### 4.3.1 ด้านบุคลากร

ด้านบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการสามารถวิเคราะห์ได้ 2 ประเด็น ดังนี้

**ประเด็นที่ 1** จำนวนบุคลากรทีมสหวิชาชีพไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลคลองหลวง และจาก รพ.สต. เครือข่าย รพ.สต. ละ 1 คน รวม 12 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน และเภสัชกร จำนวน 1 คน การเยี่ยมแต่ละครั้งจะประกอบด้วย บุคลากรประมาณ 5 คน ซึ่งเป็นบุคลากรเกือบทั้งหมดของโรงพยาบาลคลองหลวง และ รพ.เครือข่าย ทีมสหวิชาชีพนี้ให้การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองด้วยการไปเยี่ยมบ้านจำนวน 44 คน จากทั้งหมด 54 คน คิดเป็นร้อยละ 74.5 ซึ่งไม่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์โครงการที่ตั้งไว้

การเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพจะออกให้บริการร่วมกันเดือนละ 1-2 ครั้ง โดยจัดลำดับก่อนหลังตามความจำเป็นของผู้ป่วยและระยะเวลาที่ต้องใช้เดินทางจากตำบลหนึ่งไปอีกตำบลหนึ่ง การออกเยี่ยมแต่ละครั้งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข



หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โดยแพทย์และเภสัชกรจะออกเยี่ยมร่วมกับทีมบ่อยครั้งมาก เหตุที่ร่วมเยี่ยมแต่ละครั้งไม่ครบทีมเนื่องจากสมาชิกในทีม ติดเดินทางไปราชการ ติดประชุม ติดอบรม มุ่งงานที่ต้องจัดการให้แล้วเสร็จในวันออกเยี่ยม ต้องรวบรวมและส่งรายงาน ซึ่งแก้ไขปัญหา การไม่ครบถ้วนของทีมเยี่ยมบ้านด้วยการจัดอบรมให้แก่ อสม. และญาติของผู้ป่วยรวมทั้งแกนนำในชุมชน แต่กำหนดให้บุคคลหลักที่ต้องเยี่ยมบ้านเป็นประจำสม่ำเสมอคือพยาบาลวิชาชีพ ดังข้อมูลที่ว่า

“...บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์ เนื่องจากแพทย์เวชปฏิบัติครอบคลุมมีจำนวนน้อยและต้องให้บริการตรวจคนไข้บนโรงพยาบาลด้วย ทำให้แพทย์ออกเยี่ยมบ้านได้น้อย เพียงปีละครั้ง ถ้าเป็นเภสัชกรยิ่งแล้ว ไม่เคยมีเภสัชกรออกเยี่ยมบ้านด้วยเลยทีมอำเภอเราจึงแก้ปัญหาโดยถ้ามีข้อสงสัยเรื่องยา ก็โทรปรึกษาเภสัชกร นักกายภาพบำบัดมีจำนวนน้อยและต้องให้บริการผู้ป่วยที่โรงพยาบาลด้วยและการให้บริการผู้ป่วยต้องใช้เวลาทำให้การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งใช้เวลานาน พยาบาลวิชาชีพต้องจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมอย่างเหมาะสม จึงต้องหาอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในชุมชนมาจาก อสม. แล้วจัดอบรมให้ความรู้ให้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรื่องการทำกายภาพบำบัด การดูแลแผล และสร้างภาคีเครือข่ายช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน...” | 01-210757 ผู้บริหาร

“...บุคลากรน้อย และอสม.ในพื้นที่มีจำนวนจำกัดในบางพื้นที่ที่เป็นเขตชุมชนเมือง เช่น ตำบลคลองหนึ่ง ตำบลคลองสอง และตำบลคลองสาม ญาติผู้ป่วยถือเป็นบุคคลสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นอกจากการอบรม อสม. แล้ว ยังต้องอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นที่เล็งในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ อสม. ...” | 03-220757 สหวิชาชีพ

“...ต้องหาหรือสร้างแกนนำสุขภาพในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้การดูแล โดยมีการอบรมให้ความรู้ให้กับแกนนำโดยทีมสหวิชาชีพเป็นวิทยากรอบรม พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นที่เล็งในการเยี่ยมบ้าน...” | 02-220757 สหวิชาชีพ

“...ทีมสุขภาพบางคนต้องไปประชุม อบรม จนท. ที่จะไปออกเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านแทนต้องทำงานประจำ รพ.สต. ทำให้ต้องเลื่อน

การเยี่ยมกับผู้ป่วยบ่อยครั้ง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงไม่ได้เยี่ยมครบทุกคน และบางครั้งก็ไปได้ไม่พร้อมกันแต่เจ้าหน้าที่หลัก ๆ ที่ต้องออกเยี่ยม คือ พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด ต้องออกให้บริการเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องและใช้เวลาในการออกเยี่ยมค่อนข้างนาน แต่ถ้าวันไหนมีความจำเป็นจริง ๆ ไม่สามารถออกเยี่ยมได้ต้องอาศัย อสม. ในการลงไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านแทน พร้อมกับแจ้งข่าวในการเลื่อนวันนัดครั้งใหม่ของทีมสุขภาพ ทำให้ดำเนินงานไม่ตรงไปตามแผนที่ได้วางไว้...” I 04-220757 ผู้บริหาร

“... บางครั้งทีมสุขภาพบางคนติดภารกิจหรือลาทำให้จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอพยาบาลวิชาชีพเจ้าของพื้นที่ต้องประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่ยังว่าง และประสานองค์การบริการส่วนท้องถิ่น ในหน่วยงานของกองสาธารณสุข เพื่อลงไปเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในรายที่มีปัญหาด้านสุขภาพเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ครบทุกราย...” I 07-220757 สหวิชาชีพ

**ประเด็นที่ 2** การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในโครงการไม่เต็มที่แต่พยายามหาวิธีปฏิบัติให้ได้ตามภาระงานที่ได้รับมอบหมาย

ทีมสหวิชาชีพทุกคนในโครงการ มีภาระงานปกติค่อนข้างมาก ทำให้ไม่สามารถร่วมเยี่ยมบ้านได้ตามที่กำหนดไว้ แต่ทุกคนพยายามทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองด้วยการปรับกระบวนการให้ยืดหยุ่นแต่บรรลุวัตถุประสงค์ให้ได้มากที่สุด ด้วยการให้พยาบาลวิชาชีพคัดเลือกผู้ป่วยไว้ในเบื้องต้น โดยรายงานอาการของผู้ป่วยทุกรายให้แพทย์ทราบล่วงหน้า เพื่อกำหนดแผนการรักษาและแผนการดูแล พยาบาลวิชาชีพจะบันทึกข้อมูลผลการเยี่ยมลงในแฟ้มอนามัยครอบครัว โดยเขียนหมายเหตุว่าปรึกษาแพทย์ ดังข้อมูลที่ว่า

“...แพทย์ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมน้อยมาก เพียงปีละ 1 ครั้งเท่านั้น และแพทย์จะออกเยี่ยมผู้ป่วยตามที่พยาบาลวิชาชีพเจ้าของพื้นที่คัดเลือกให้โดยทีมจะมีแผนการออกเยี่ยมสำหรับแพทย์ในแต่ละ รพ.สต. ให้แพทย์ได้ออกเยี่ยมทุก รพ.สต. จนครบ 12 แห่ง แต่ถ้าแพทย์ไม่ได้เยี่ยมทีมสหวิชาชีพก็จะปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์แทน...” I 01 - 27072557 สหวิชาชีพ

“...แพทย์มีจำนวนน้อย โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ไม่ได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกคนแต่แพทย์ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในทุก รพ.สต. ทั้ง 12 แห่ง ถ้าวันไหนถ้าแพทย์ไม่ได้เยี่ยมบ้าน

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา ทีมสหวิชาชีพที่ออกเยี่ยมจะปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์ โดยรายงานอาการให้แพทย์ทราบและแพทย์ order การรักษา พยาบาลวิชาชีพลงบันทึกในแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยหมายเหตุว่าปรึกษาแพทย์ และให้การรักษาผู้ป่วยตามแพทย์สั่ง...”

I 06-22072557 ผู้บริหาร

เภสัชกรมีข้อจำกัดในการเยี่ยมบ้านเช่นเดียวกับแพทย์ โดยปฏิบัติได้เพียงให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ทีมสหวิชาชีพที่ไม่แน่ใจคำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเพราะต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งมีจำนวนมากในแต่ละวัน ซึ่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว

“...เภสัชกรจะร่วมวางแผนก่อนจำหน่ายที่หอผู้ป่วยในแล้วร่วมเยี่ยมบ้านในกรณี Case ที่มีความจำเป็นต้องติดตามเรื่องยาที่บ้าน แต่ส่วนมากก็จะให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในรายที่มีปัญหาที่ต้องรีบให้การดูแล/แก้ไข เรื่องยาซึ่งพยาบาลจะเป็นคนบันทึกลงในแฟ้มอนามัยครอบครัวว่าปรึกษาเภสัชกร...” I 14-22072557 ผู้บริหาร

“...ยังไม่เคยมีเภสัชกรร่วมลงเยี่ยมบ้าน แต่ถ้าบางตัวที่เรา (สมาชิกในทีม)ไม่เข้าใจหรือไม่แน่ใจ ว่าโรงพยาบาลมีหรือไม่หรือไม่แน่ใจเรื่องการใช้หรือไม่แน่ใจเรื่องอาการข้างเคียง ก็จะไปสอบถามเภสัชกรผ่านทางโทรศัพท์...” I 08-22072557 สหวิชาชีพ

นักร่างกายบำบัดสามารถออกเยี่ยมบ้านได้ค่อนข้างสม่ำเสมอ กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำคือตรวจความแข็งแรงของแขนขา สอนวิธียืดเหยียดกล้ามเนื้อแขนขาให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล แนะนำการจัดบ้านให้เอื้อต่อการทำกายภาพ ประเมินความเข้าใจหลังการสอนแล้วลงบันทึกในแฟ้มอนามัยครอบครัวอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

“...ร่วมวางแผนก่อนจำหน่ายที่หอผู้ป่วยใน ให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพ ตรวจร่างกายผู้ป่วยว่าต้องทำกายภาพแบบไหน สอนให้ผู้ป่วยและญาติทำกายภาพที่บ้าน เยี่ยมบ้านแล้วแนะนำการจัดบ้านให้เอื้อต่อการทำกายภาพแก่ผู้ป่วย ออกติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/เดือน พร้อมบันทึกผลการเยี่ยม แบ่งเขตรับผิดชอบชัดเจน แต่ละ Case จะได้รับการดูแลจากนักร่างกายบำบัดคนเดิมต่อเนื่อง...” I 05-21072557 สหวิชาชีพ

“...นักร่างกายบำบัดบาทหลักในการดูแล/ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเนื่องจากในระยะแรก ถ้ามีการทำกายภาพได้เร็วและต่อเนื่องก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูได้เร็วมากขึ้น ซึ่งนักร่างกาย

ก็ทำหน้าที่อย่างเต็มที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง  
พร้อมบันทึกผลการเยี่ยมลงในแฟ้มอนามัยครอบครัวผู้ป่วย...”

I 08-22072557 สหวิชาชีพ

“...นักกายภาพมีความสำคัญในการเยี่ยมบ้านมาก แต่นักกายภาพ  
มีน้อยจึงเลือก Case ที่จำเป็นเร่งด่วนก่อน และต้องมีการประเมิน  
Case ก่อน โดยนักกายภาพร่วมวางแผนเยี่ยมกับทีมสหวิชาชีพ ให้  
ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ...” I 06-22072557 ผู้บริหาร

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจะออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมทุกครั้ง ทำหน้าที่เตรียม  
อุปกรณ์และแฟ้มอนามัยครอบครัว ได้รับมอบหมายให้ช่วยเยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่ยังไม่มี  
ภาวะแทรกซ้อนแทนพยาบาลวิชาชีพในกรณีพยาบาลวิชาชีพติดภารกิจ กิจกรรมระหว่างเยี่ยมบ้านจะ  
เน้นผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลให้จัดสภาพแวดล้อมทั้งบริเวณบ้าน และภายในบ้าน อย่างถูกต้องหลัก  
สุขาภิบาลและป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย ดังข้อมูลที่ว่า

“...เจ้าพนักงานสาธารณสุขสามารถเรียนรู้จากพยาบาลวิชาชีพกับ  
นักกายภาพ และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแทน  
พยาบาลวิชาชีพในกรณีพยาบาลวิชาชีพไม่อยู่ ในกรณีพยาบาล  
วิชาชีพอยู่ก็ทำหน้าที่เสริมเรื่องเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการเยี่ยมบ้าน  
เตรียมแฟ้มอนามัยครอบครัว ทำหน้าที่ประสาน อสม. และญาติ  
ผู้ป่วย ดูแลเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมภายนอกและภายในบ้าน  
ผู้ป่วย...” I 06-22072557 สหวิชาชีพ

“...เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจะร่วมเยี่ยมในทีมสหวิชาชีพ  
และเยี่ยมในทีม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในผู้ป่วยที่มี  
ความรุนแรงระดับ 1 ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน การเยี่ยมในทีมสหวิชาชีพ  
จะทำหน้าที่ช่วยเตรียมอุปกรณ์การเยี่ยมบ้าน ประสานญาติผู้ป่วย  
กับทีมสหวิชาชีพ ดูแลสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ้าน...” I 05-  
21072557 สหวิชาชีพ

พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคคลหลักของการเยี่ยมบ้านโดยช่วยประสานการปฏิบัติตามบทบาท  
ของสหวิชาชีพอื่น กล่าวคือ ช่วยแพทย์ด้วยการคัดเลือกผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า เตรียมผู้ป่วย รายงานอาการ  
ให้แพทย์ทราบเบื้องต้น ช่วยเภสัชกร ด้วยการสำรวจยาที่ผู้ป่วยใช้ แจ้งข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับถ่ายทอด  
ความรู้การใช้ยาจากเภสัชกรสู่ผู้ป่วย กรณีที่พยาบาลออกเยี่ยมบ้านแทน และช่วยนักกายภาพบำบัด  
ด้วยการเตรียมผู้ป่วยเพื่อพร้อมรับการถ่ายภาพบำบัดและทำกายภาพแทน กรณีนักกายภาพบำบัด  
ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้

ส่วนบทบาทเฉพาะที่พยาบาลวิชาชีพดำเนินการ คือ ทบทวนทะเบียนเพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและภาพรวมทุกรอบ 3-4 เดือน และรอบ 1 ปี วางแผนประเมินข้อมูลของผู้ป่วยแจ้งให้โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทราบรายละเอียดที่ตรงกันโดยเฉพาะรายที่มีภาวะแทรกซ้อนให้คำแนะนำในลักษณะที่มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตจัดระบบนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งติดตามผลทางโทรศัพท์หรือไปรษณีย์จัดระบบติดตามและทำงานร่วมกับศูนย์ประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการรับส่งต่ออย่างสม่ำเสมอ เตรียมแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มอนามัยครอบครัว เตรียมอุปกรณ์การเยี่ยม เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดทำแผล เป็นต้น ประสานวัน เวลา เข้าเยี่ยมกับ อสม. ผู้ป่วยและญาติ อุปกรณ์เจาะเลือดกรณีมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ชุดสวนปัสสาวะ และชุดให้อาหารทางสายยางในรายที่ครบกำหนดเปลี่ยนสาย ฟิกญาติ/ผู้ดูแลเตรียมและให้อาหารตามสภาพของผู้ป่วย ประสานสวัสดิการกับเทศบาลหรือผู้นำชุมชน เช่น เบี้ยผู้พิการ รถเข็น รถรับส่งไปโรงพยาบาล ประเมินสุขภาพผู้ป่วยด้วยการตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ และความดันโลหิตพร้อมบันทึกผล สอนสาธิต ฟิกทักษะญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เรื่องต่าง ๆ ให้คำปรึกษาถึงวิธีดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ดังข้อมูลที่ว่า

“...พยาบาลวิชาชีพเป็นหลักของการเยี่ยมบ้าน ทำหน้าที่ประสานกับทีมสหวิชาชีพ ประสานกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน นับตั้งแต่ อสม. ไปจนถึงนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่วางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม เตรียมแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มอนามัยครอบครัว หรือสมุดเยี่ยมบ้าน เตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้เยี่ยมบ้าน ประสานญาติ ประสาน อสม. ให้การพยาบาลในผู้ป่วยบางราย เช่น ล้างแผล เปลี่ยนสายสวน สายยางให้อาหาร ลงบันทึกรายงานให้ชัดเจนหลังการพยาบาลเรียบร้อยแล้วและเป็นผู้จัดการในการออกเยี่ยมบ้านด้วย...” | 06-22072557 สหวิชาชีพ

“...เป็นบทบาทหลักและร่วมเยี่ยมกับพยาบาลที่โรงพยาบาลทุกครั้ง ซึ่งทำหน้าที่อย่างเต็มที่ ทีมสหวิชาชีพจะไม่ขาดพยาบาลวิชาชีพ เพราะจะเป็นคนเตรียมอุปกรณ์การเยี่ยมบ้าน เตรียมแฟ้มอนามัยครอบครัว วางแผนการเยี่ยมกับทีม เมื่อออกเยี่ยม ทำหน้าที่ให้การพยาบาลในบางราย เช่น ล้างแผล ฉีดยา เปลี่ยนสายอาหาร และสายสวนปัสสาวะหากครบเวลา ประสานญาติ และทีม มีการพูดคุยปรึกษาหารือกันในทุก case ทั้งในเรื่องวิชาการ การพยาบาล หรือสวัสดิการต่าง ๆ ของผู้ป่วย...” | 11-22072557 สหวิชาชีพ

“...พยาบาลวิชาชีพเป็นหลักในทีมสหวิชาชีพ ทำหน้าที่รอบด้าน โดยประสานตั้งแต่ระดับล่างคือ ผู้ป่วย อสม. ผู้นำ ไปถึงสหวิชาชีพ อื่น ๆ ในทีม ผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุข อำเภอ และหน่วยงานในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประสานงานแล้วก็มาวางแผนการเชื่อมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เตรียม อุปกรณ์การเยี่ยม เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดล้างแผล เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด แล้วแต่ผู้ป่วย เตรียมแพ้มอนามัย ครอบครัวยุ้ยบ้านที่การเยี่ยมบ้าน เวลาออกเยี่ยมก็ทำหน้าที่ให้การพยาบาล ตามแพทย์สั่งและตามอาการผู้ป่วย ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลการพยาบาล ผู้ป่วย...” | 10-22072557สหวิชาชีพ

#### 4.3.2 ด้านการบริหารจัดการโครงการ

ด้านบริหารจัดการวิเคราะห์ได้ 2 ประเด็น ดังนี้

**ประเด็นที่ 1** วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจัดอยู่ในกลุ่มผู้พิการซึ่งเป็น 2 ใน 5 กลุ่มเป้าหมายหลักของทีมหมอครอบครัวที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ในพื้นที่รับผิดชอบมีแนวโน้มสูงขึ้น ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น และมีปัญหาสุขภาพ

กิจกรรมในโครงการเน้นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 5 กลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มผู้พิการ เริ่มดำเนินการด้วยการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน ประชุมชี้แจง ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและเห็นความสำคัญของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกันวัตถุประสงค์ โดยมุ่งหวังที่จะฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อนเดิมและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใหม่ขึ้น ดังข้อมูลที่ว่า

“...CUP โรงพยาบาลคลองหลวงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย หลอดเลือดสมองและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านตามสภาพ ของผู้ป่วย เช่น หญิงหลังคลอด ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองจึงได้จัดทำโครงการสุขภาพเริ่มที่บ้านโรงพยาบาล คลองหลวงขึ้น ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ด้อยโอกาส จำเป็นต้องมีโครงการเพื่อดูแลในเชิงรุก ...” | 101-21072557 ผู้บริหาร

“...เป็นนโยบายที่ดีทำให้มีโครงการที่ดี สอดคล้องกับนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันและเน้นการให้บริการเชิงรุก ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ช่วยในการวางแผนการรักษาในครั้งต่อไป...” I 02-21072557 สหวิชาชีพ

“...เป็นนโยบายที่ดีจึงทำให้มีโครงการที่เหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบัน ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาตัวที่บ้านจำนวนมากซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเดินได้หรือเดินไม่สะดวกมีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล...”

I 06-22072557 สหวิชาชีพ

**ประเด็นที่ 2** งบประมาณ วัสดุการแพทย์ และสื่อต่าง ๆ บางส่วนเพียงพอขณะที่บางส่วนไม่เพียงพอ ต้องขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

งบประมาณโครงการที่ได้จัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใช้ได้เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ เช่น คู่มือการดูแลผู้ป่วย สื่อสอนสุขศึกษา โดยไม่สามารถซื้อครุภัณฑ์ การแพทย์ เช่น เตียงลม ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะซึ่งสิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องใช้เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีแผลกดทับบางรายเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ บางรายมีปัญหาระบบทางเดินหายใจหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ขณะที่บางครั้งจำเป็นต้องใช้รถในการรับส่งผู้ป่วย แต่ไม่สามารถจัดบริการนี้ให้ได้ รวมทั้งไม่สามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณความรู้และทักษะของทีมสหวิชาชีพ เมื่อได้รับสนับสนุนไม่เพียงพอทำให้ต้องขอรับสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลคลองหลวง ดังข้อมูลที่ว่า

“...ได้รับงบประมาณจาก สปสช. แต่ไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่องในการสนับสนุนเรื่องยานพาหนะทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง ไม่มีงบประมาณสำหรับพัฒนาบุคลากร เช่น จัดประชุมวิชาการ ศึกษาดูงาน และไม่มียกงบประมาณในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เช่น เตียง ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ สำหรับผู้ป่วยที่บ้านต้องรอการบริจาคหรือญาติผู้ป่วยต้องจัดหาเอง บางครั้งเจ้าหน้าที่ต้องประสานแหล่งสนับสนุนจากเครือข่ายที่เป็นญาติผู้ป่วยหรือองค์การบริหารส่วนตำบลเทศบาลให้...” I 05-21072557 สหวิชาชีพ

คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้ในโครงการไม่ได้สร้างขึ้นใหม่แต่ใช้คู่มือที่มีอยู่ของโรงพยาบาลคลองหลวงเนื่องจากใช้ได้ดีและเข้าใจง่ายสำหรับทั้งผู้ป่วยและญาติ ดังข้อมูลที่ว่า

“...โรงพยาบาลคลองหลวงสนับสนุนคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเกิดอัมพาตครึ่งซีก

จากโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีแจกให้ครบทุกครอบครัวที่มีผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถเปิดคู่มือดูได้ถ้าไม่แน่ใจ...” | 05-21072557 สหวิชาชีพ

“...คู่มือและแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วย และญาติได้รับมาจากโรงพยาบาลคลองหลวงซึ่งทีมแพทย์ร่วมกับ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานจัดทำขึ้นเพื่อแจกให้แก่ละ รพ.สต. ใช้แจกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติในพื้นที่รับผิดชอบ พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่นำไปแจกเป็นคน แนะนำการใช้คู่มือ...” | 07-21072557 สหวิชาชีพ

แผ่นพับ/สื่อสุขศึกษาที่ใช้ในโครงการ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซึ่งไม่ได้สร้างขึ้นใหม่ แต่เป็นสื่อเดิมที่ โรงพยาบาลคลองหลวงมีอยู่ใช้ได้ดีเฉพาะในผู้ป่วยที่มีญาติหรือสมาชิกในครอบครัวอ่านหนังสือได้เท่านั้น

• เครื่องวัดความดันโลหิต/เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด/อุปกรณ์ทำแผลและอุปกรณ์อื่น ๆ เช่น สายยางสวนปัสสาวะ สายสวนให้อาหาร เป็นสิ่งที่ได้จากการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งเพียงพอสำหรับผู้ป่วยทุกรายโดย รพ.สต. จะรับผิดชอบ เตรียมเครื่องวัดความดันโลหิตขณะที่ โรงพยาบาลคลองหลวงรับผิดชอบเตรียมเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด ชุดทำแผล สายสวนปัสสาวะและสายยางให้อาหาร

“...ในกรณีที่แพทย์มีคำสั่งให้ผู้ป่วยต้องวัดความดันโลหิตทุกวันหรือ ทุกสัปดาห์ ทาง รพ.สต. จะนำเครื่องวัดความดันโลหิตไปไว้ที่บ้าน ของผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยที่ต้องทำแผลต่อเนื่องจะนำชุดทำแผลไว้ให้ และสอนวิธีการนึ่งฆ่าเชื้อและวิธีการทำแผล ในส่วนสายสวน/สาย NG ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเตรียมไปให้...” | 08-22072557 สหวิชาชีพ

“...การเตรียมอุปกรณ์ออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จะมีการเตรียม เครื่องวัดความดันโลหิต /เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด/อุปกรณ์ทำแผล ไปด้วยทุกครั้งที่ออกเยี่ยม แต่หากผู้ป่วยคนนั้น ๆ ต้องวัดความดันบ่อย ล้างแผลทุกวัน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะเป็นคนเตรียมอุปกรณ์ไปให้ ผู้ป่วยทุกวันแทน...” | 07-22072557 สหวิชาชีพ

**ประเด็นที่ 3** บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (การรักษา การพยาบาลและการทำ กายภาพบำบัด) ลงแบบบันทึกในแฟ้มอนามัยครอบครัว และทีมสหวิชาชีพใช้ข้อมูลที่บันทึกในการดูแล ผู้ป่วยร่วมกัน



ในโครงการไม่ได้ระบุลักษณะของข้อมูลการให้บริการเยี่ยมบ้านที่ต้องบันทึก แต่ผู้ปฏิบัติงานในโครงการจะบันทึกผลการเยี่ยมบ้านลงในแบบบันทึกต่าง ๆ ของ รพ.สต. ที่มีอยู่เดิม เช่น ในแฟ้มอนามัยครอบครัว และโปรแกรม JHCIS สิ่งที่บันทึกในแฟ้มครอบครัว คือ สัญญาณชีพ อาการสำคัญ การวินิจฉัย การพยาบาล ยาที่ใช้ การให้บริการที่บ้าน หัตถการที่ให้บริการ ผู้บันทึก คือ พยาบาลวิชาชีพ บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มอนามัยครอบครัว และโปรแกรม JHCIS ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกรายงานไปยังจังหวัดทุกเดือน ดังข้อมูลที่ว่า

“...มีการใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวเหมือนโรคเรื้อรังอื่น ๆ ไม่ได้บันทึกอะไรเพิ่มเติมเป็นพิเศษ แต่จะแยกแฟ้มผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้านออกจากแฟ้มครอบครัวปกติ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงข้อมูลหลังจากออกเยี่ยมบ้านให้สมบูรณ์ทุกครั้ง แฟ้มมีข้อมูลที่ครบถ้วนทั้งแผนที่เดินดิน ข้อมูลพื้นฐานครอบครัว แบบบันทึกผู้ป่วยเรื้อรัง (ถ้ามี) แฟ้มครอบครัว แบบบันทึกการตรวจรักษา แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน จำนวนเพียงพอทุกหลังคาเรือน...” | 06-22072557 สหวิชาชีพ

“...นอกจากลงบันทึกแฟ้มแล้วพยาบาลต้องลงบันทึกโปรแกรมการให้บริการในคอมพิวเตอร์ด้วย เพราะถ้าเยี่ยมแล้วไม่ลงโปรแกรมก็เท่ากับไม่ทำงาน...” | 08-22072557 สหวิชาชีพ

#### 4.4 กระบวนการในโครงการ

การวิเคราะห์กระบวนการในโครงการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ระยะระหว่างการเยี่ยม และระยะหลังเยี่ยมบ้าน ดังนี้

##### ตารางที่ 7 การวิเคราะห์กระบวนการในโครงการ

กระบวนการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
ระยะที่ 1 ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน	<p><b>ประเด็นที่ 1</b> วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้ป่วย โดยค้นหาประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม โดยดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เตรียมข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยทั้งข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม</li> <li>เตรียมแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มอนามัยครอบครัว สมุดเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยแต่ละราย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ทำให้ทราบประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัวที่ชัดเจนมากขึ้นและใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ</li> <li>การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสะดวกมากขึ้นเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น</li> </ol>

ตารางที่ 7 (ต่อ)

กระบวนการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
	<p>2. ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อนำข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายมาวิเคราะห์และกำหนดแผนการดูแล</p> <p>3. นำข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยทั้งหมดมาจัดลำดับความสำคัญการเยี่ยมก่อนหลังและความถี่ของการเยี่ยม ตามระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย</p>	<p>3. ทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยร่วมกันและใช้แนวทางเดียวกัน</p> <p>4. ทำให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวเชิงลึกตรงตามความเป็นจริง</p>
	<p><b>ประเด็นที่ 2</b> วางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ข้อมูล โดยให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและปัญหาของแต่ละคน ดำเนินการดังนี้</p> <p>1. กำหนดแผนการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน และประสานวัน เวลา เข้าเยี่ยมกับ อสม. ผู้ป่วยและญาติแผนการเยี่ยมผู้ป่วยปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ของแต่ละวัน เช่น วันที่ผู้ป่วยมีไข้เตรียมยาลดไข้และอุปกรณ์เช็ดตัวลดไข้ กรณีรพ.โรงพยาบาลไม่อยู่ ใช้รพ. รพ.สต. ออกเยี่ยมแทน</p> <p>2. จัดลำดับการเยี่ยมบ้าน โดย เลือกเยี่ยมรายที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและเยี่ยมวันละ 2-3 ราย ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและระยะของการเดินทาง</p>	<p>2. ทำให้แต่ละวิชาชีพมีเป้าหมาย แบบแผน แนวทางวิธีปฏิบัติร่วมและเฉพาะที่ชัดเจนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในแต่ละครั้งและในแต่ละรายที่ชัดเจนขึ้น</p>
	<p><b>ประเด็นที่ 3</b> เตรียมอุปกรณ์การเยี่ยมบ้านพร้อมให้บริการตามสภาพปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย ดำเนินการดังนี้</p> <p>1. จัดเตรียมอุปกรณ์/เครื่องใช้ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ประเมินได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดทำแผล อุปกรณ์เจาะเลือดกรณีมีโรคเบาหวานร่วมด้วย อุปกรณ์ให้อาหารทางสายยาง อุปกรณ์ในการสวนปัสสาวะ เป็นต้น</p>	<p>3. ทำให้เกิดการจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ที่พร้อมรองรับการเยี่ยมผู้ป่วยรายบุคคล</p>

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

กระบวนการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
	2. ตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์ และสภาพอุปกรณ์ให้พร้อมใช้	
<p>ระยะที่ 2</p> <p>ระยะระหว่างเยี่ยมบ้าน</p>	<p><b>ประเด็นที่ 1</b> ประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอาการสำคัญอาการที่เปลี่ยนแปลง ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาและให้การช่วยเหลือแต่ละวิชาชีพและช่วยเหลือแบบร่วมทีม</p> <p>ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พยาบาลวิชาชีพประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับการพึ่งพา 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือ กระโถน การอาบน้ำ เช็ดตัว การเดิน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ</li> <li>2. แพทย์ ประเมินความก้าวหน้าของการรักษา การใช้ยา และการเกิดภาวะแทรกซ้อน</li> <li>3. เภสัชกร ประเมิน ความสามารถในการใช้ยา ผลข้างเคียงจากยา</li> <li>4. นักกายภาพบำบัด ประเมินความแข็งแรงและการทำหน้าที่ของสมรรถภาพร่างกาย</li> <li>5. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ประเมินการจัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้านที่ตอบสนองเงื่อนไขร่างกายของผู้ป่วย</li> <li>6. อสม. ประเมินสุขภาพและความต้องการทั่วไปของผู้ป่วย</li> </ol>	<p>1. ทำให้ทราบข้อมูลสำคัญและความก้าวหน้าของผู้ป่วยแต่ละราย ในภาพรวมทั้งรายที่มีปัญหาสุขภาพ หรือแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาเพิ่มเติมรวมทั้งโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรวดเร็วและทันเวลา</p>

ตารางที่ 7 (ต่อ)

กระบวนการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
	<p><b>ประเด็นที่ 2</b> วินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ แต่ปฏิบัติงานตามผลการวินิจฉัยที่พบร่วมกัน ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แพทย์วินิจฉัยความก้าวหน้าในการรักษาจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติ ผู้ป่วยและสอบถามจากญาติ</li> <li>2. เกสัชกรวินิจฉัยผลการใช้ยาจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติ และตรวจสอบจำนวนยาที่เหลือ</li> <li>3. พยาบาลวิชาชีพวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลจากการตรวจร่างกาย การสอบถามผู้ป่วยหรือตามแบบประเมินการสังเกตอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อม และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว</li> <li>4. กายภาพบำบัดวินิจฉัยปัญหาการฟื้นฟูร่างกายจากการตรวจร่างกาย และ สภาพแวดล้อมที่รองรับการฟื้นฟู</li> <li>5. แต่ละวิชาชีพกำหนดแผนการรักษา และการดูแลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยที่พบตามแผนของตนและหรือร่วมกับวิชาชีพอื่นในแผนการรักษาที่เกี่ยวข้องกัน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. เกิดการวินิจฉัยปัญหาของแต่ละวิชาชีพที่ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย</li> <li>โรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายและนำผลการวินิจฉัยที่ได้ไปสู่การวางแผนกิจกรรมที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพในการเยี่ยมครั้งนั้นและในการเยี่ยมครั้งต่อไป</li> <li>3. เกิดการปรึกษาหารือผลการวินิจฉัยของแต่ละวิชาชีพที่นำมาสู่การวางแผนการทำงานร่วมกัน</li> </ol>
	<p><b>ประเด็นที่ 3</b> ร่วมกันให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แพทย์ สั่งการให้ยาคงเดิมหรือเพิ่มยาให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่จะตอบสนองการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามสภาวะสุขภาพของแต่ละรายตามหลักวิชาชีพตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และไม่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้น</li> </ol>

ตารางที่ 7 (ต่อ)

กระบวนการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
	<p>2. เกสัชกร ให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา อาการแสดงที่บ่งชี้ถึงผลที่มีขึ้นจากการรักษาด้วยยา วิธีสังเกตและวิธีการจัดการผลข้างเคียงจากการใช้ยา</p> <p>3. พยาบาลวิชาชีพ ให้การพยาบาลตามอาการผู้ป่วย เช่น ล้างแผลกดทับ เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ให้คำแนะนำญาติ/ผู้ดูแลในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น/ไม่ดีของแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะการสังเกตความผิดปกติที่เกิดจากการดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง วิธีพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรค การให้กำลังใจผู้ป่วย</p> <p>4. นักกายภาพบำบัด ฝึกผู้ป่วยและญาติให้ยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อบริเวณต่าง ๆ สอนวิธีเกร็งกล้ามเนื้อวิธีบันทึกผลการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ</p> <p>5. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ให้คำแนะนำผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลถึงวิธีการจัดบ้านที่ปลอดภัยและป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดกับผู้ป่วย</p>	
	<p><b>ประเด็นที่ 4</b> มีการประสานและเชื่อมการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ส่งต่อระหว่าง รพ. และ รพ.สต. เป็นข้อมูลที่มุ่งประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลโดยประกอบด้วย ใบส่งตัวและสมุดประจำตัว</p>	<p>4. เกิดช่องทางการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. อย่างเป็นระบบ เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน</p>

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

กระบวนการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
	<p>ผู้ป่วย และข้อมูลการรักษาที่ได้รับ ส่วนการส่งต่อจาก รพ.สต. ไปยังโรงพยาบาลคลองหลวงจะเป็นการส่งต่อเฉพาะรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ไข้ แผลติดเชื้อ การฟื้นฟูสภาพร่างกายไม่มีความคืบหน้า โดยข้อมูลที่ส่งต่อนี้มีลักษณะเดียวกับการส่งต่อจากโรงพยาบาลดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...โรงพยาบาลคลองหลวงเตรียมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนส่งกลับไปรักษาต่อที่บ้าน โดยส่งข้อมูลผู้ป่วยไปให้ รพ.สต. ในพื้นที่ตำบลที่ผู้ป่วยอยู่ หลังจากนั้น รพ.สต. จะนำข้อมูลผู้ป่วยมาขึ้นทะเบียน ประชุมทีมเพื่อเตรียมออกเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคนี้เป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาและต้องมีความต่อเนื่อง ต้องทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจเมื่อกลับมาอยู่ใกล้ชิดกับญาติพี่น้อง รู้สึกว่าบุคลากรสุขภาพดูแลเอาใจใส่รวมทั้งต้องทำให้ญาติผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง...”   08-22072557 สหวิชาชีพ</p> <p>“...ระบบการส่งต่อเริ่มที่ตีักผู้ป่วยในเตรียมข้อมูลวางแผนส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปพักรักษาต่อที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพเข้ามาประเมินผู้ป่วยร่วมกัน ส่งข้อมูลให้ รพ.สต.ในพื้นที่ รพ.สต. เตรียมญาติผู้ป่วยบ้านผู้ป่วย นำข้อมูลผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและออกเยี่ยมบ้านเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพและเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป...”   07-22072557 สหวิชาชีพ</p>	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

กระบวนกร ดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่าง จากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
<p>ระยะที่ 3</p> <p>ระยะหลังเยี่ยมบ้าน</p>	<p><b>ประเด็นที่ 1</b> แต่ละสหวิชาชีพจะบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบจากการเยี่ยมโดยตรงและจากข้อมูลของทีมสหวิชาชีพลงในแฟ้มอนามัยครอบครัวทุกราย โดยดำเนินการดังนี้</p> <p>1. แพทย์ บันทึกผลการตรวจรักษาและคำสั่งการรักษาต่าง ๆ เช่น การทำกายภาพ การลดอาหารเสริม การจ่ายยาตามเดิมปรับลดหรือเพิ่มยาตามอาการผู้ป่วย</p> <p>“...แพทย์ที่ออกเยี่ยมกับทีมจะลงบันทึกการตรวจร่างกายคำสั่งการรักษาลงในแฟ้มอนามัยครอบครัว...”</p> <p>  09-22072557 สหวิชาชีพ</p> <p>“...ถ้าแพทย์ไม่ได้ออกเยี่ยมร่วมกับทีมแพทย์จะสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ โดยให้พยาบาลวิชาชีพบันทึกการรักษาแทนโดยบันทึกตอนท้ายว่าปรึกษาแพทย์...”</p> <p>  08-22072557 ผู้บริหาร</p> <p>2. เภสัชกรลงบันทึกยาที่ผู้ป่วยใช้คำแนะนำการใช้ยาจากการเยี่ยมโดยตรงและจากข้อมูลของทีมสหวิชาชีพ เช่น ให้รับประทานยาทันทีเพราะยาที่ใช้มีผลทำให้ระคายเคืองกระเพาะอาหาร</p> <p>“...เภสัชกร ไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพ แต่ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ พยาบาลวิชาชีพจะเป็นคนบันทึกข้อมูลคำแนะนำเรื่องการใช้ยาในแฟ้มอนามัยครอบครัวแทน...”</p> <p>  05-21072557 สหวิชาชีพ</p>	<p>1. มีการทบทวนข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมกับสรุปผลในแต่ละราย เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้นและเพื่อเป็นการสื่อสารให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลและวางแผนการดูแลผู้ป่วยในครั้งต่อไป</p>

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

กระบวนการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
	<p>“...เภสัชกรไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านกับทีม แต่ให้คำปรึกษาลำมีปัญหาเรื่องยาของผู้ป่วยทีม จะโทรศัพท์ปรึกษาเภสัชกร และพยาบาล วิชาชีพบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มอนามัยครอบครัวแทน หมายความว่า ปรึกษาเภสัชกร...”   06-02072557 ผู้บริหาร</p> <p>3. พยาบาลวิชาชีพลงบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่พบในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้าน สัญญาณชีพ การพยาบาลและคำแนะนำที่ให้</p> <p>“...ของพยาบาลวิชาชีพจะบันทึกเช่นเดียวกับในแฟ้มอนามัยครอบครัว มีข้อมูลสัญญาณชีพผู้ป่วย อาการสำคัญ ปัญหาที่พบเช่น แผลกดทับความผิดปกติของการให้อาหารทางสายยาง ปริมาณ และลักษณะของปัสสาวะ การรักษาพยาบาลที่ให้ ผลการรักษาและลงลายมือชื่อผู้ให้การรักษา...”   08-22072557 สหวิชาชีพ</p> <p>4. นักกายภาพบำบัดลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และความผิดปกติของข้อต่าง ๆ คำแนะนำวิธีออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อแก่ผู้ป่วยและญาติ และกิจกรรมที่ต้องต่อเนื่อง</p> <p>“...นักกายภาพบำบัดที่ออกเยี่ยมจะบันทึกการทำกายภาพผู้ป่วยลงในแบบบันทึก แฟ้มอนามัยครอบครัวตรงส่วนการทำกายภาพบำบัด ลงชื่อคนทำกายภาพบำบัด ส่วนข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลนั้นพยาบาลวิชาชีพเป็นคนลงบันทึก...”   03-21072557 สหวิชาชีพ</p>	



ตารางที่ 7 (ต่อ)

กระบวนการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
	<p>5. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนลงบันทึกผลการจัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้านของผู้ป่วย สุขภาพโดยรวม การเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>“...เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเป็นเจ้าหน้าที่ดูแลเรื่องสุขภาพสิ่งแวดล้อม บริเวณรอบ ๆ บ้านผู้ป่วย การจัดบ้านให้ถูกหลักสุขภาพบันทึกข้อมูลส่วนสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านผู้ป่วย...”   04-21072557 สหวิชาชีพ</p> <p>“...เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนบันทึกข้อมูลบริเวณบ้านที่จะเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย น้ำดื่ม น้ำใช้ การเก็บและกำจัดขยะ คำแนะนำวิธีการจัดเก็บและทำความสะอาดบริเวณบ้าน...”   06-21072557 สหวิชาชีพ</p>	
	<p><b>ประเด็นที่ 2</b> ทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์และวางแผนแก้ปัญหาร่วมกัน ทีมสหวิชาชีพจะวิเคราะห์แก้ปัญหาเป็นรายบุคคล โดยแพทย์วิเคราะห์ความก้าวหน้าในการรักษาโรคและการเจ็บป่วย เกสซิกวิเคราะห์ปัญหาความสามารถในการรับประทานยาและผลข้างเคียงจากยานักกายภาพบำบัดวิเคราะห์ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนวิเคราะห์สภาพสุขภาพสิ่งแวดล้อมในและรอบ ๆ บ้าน พยาบาลวิเคราะห์วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การเข้าถึงสังคมที่สัมพันธ์กับโรคและเน้นการสร้างความสัมพันธ์ความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว</p>	

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

กระบวนการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
	<p>“...หลังจากออกเยี่ยมบ้านแล้วทีมสหวิชาชีพก็จะจัดการประชุมสรุปข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วย ถ้าสรุปผู้ป่วยได้ทุกรายก็จะดี แต่บางรายก็มีข้อจำกัด หลังออกเยี่ยมจะมีการนำเสนอปัญหาในส่วนของวิชาชีพที่ตนรับผิดชอบ เช่น งานกายภาพ นำเสนอการฝึกทำกายภาพของผู้ป่วย พยาบาล วิชาชีพที่ดูองค์รวมก็จะเสนอแนะข้อมูลในส่วนตัวาติที่ผู้ป่วยยอมรับ ให้เป็นคนฝึกกายภาพ จะทำให้ผลการรักษา เยี่ยมบ้านได้ผลมากขึ้น ...”   01-06072557 สหวิชาชีพ</p> <p>“...ทีมสหวิชาชีพจะวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยตามวิชาชีพของตนเอง อย่างนักกายภาพจะวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยทำกายภาพไม่ได้ตามเจ้าหน้าที่แนะนำเพราะอะไร พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์องค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย ว่าเรามีความเชื่อในการรักษาแบบไหน...”   02-06072555ผู้บริหาร</p>	
	<p><b>ประเด็นที่ 3</b> ทีมสหวิชาชีพใช้ทั้งการพูดคุยและการประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป</p> <p>ทีมสหวิชาชีพใช้การจัดประชุม สรุปผลการเยี่ยมผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อรับทราบข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันในแต่ละประเด็นของแต่ละวิชาชีพ และวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปร่วมกัน กรณีที่ไม่สามารถประชุมร่วมกันได้จะนำข้อมูลผู้ป่วยมาพูดคุยหรือเท่าที่พอจะคุยได้</p>	

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

กระบวนการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแตกต่างจากเดิมที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ
	<p>“...หลังเยี่ยมบ้านจะมาประชุมสรุปผลการเยี่ยมเอาปัญหาของผู้ป่วยมาคุยกันเพื่อที่จะนำข้อมูลมาวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป และหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกันในทีม...”</p> <p>I 04-06072557 สหวิชาชีพ</p> <p>“...หลังเยี่ยมบ้านจะนำข้อมูลส่งให้พยาบาลวิชาชีพของพื้นที่เป็นคนรวบรวมข้อมูล ปัญหาการเยี่ยมและข้อเสนอในการเยี่ยมครั้งต่อไป บางครั้งได้ประชุมกันบางครั้งก็นำเสนอแต่ข้อมูลผู้ป่วย...” I 05-06072557 สหวิชาชีพ</p>	

## 4.5 ผลผลิตของโครงการ

หลังดำเนินโครงการปรากฏผลต่างๆ ตามที่กำหนดในวัตถุประสงค์โครงการ ดังนี้

## 4.5.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## 1) ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง

หลังดำเนินโครงการ มีการวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบสอบถาม (ภาคผนวก ค) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.3 รองลงมา คือ มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.9 มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 6.8 (ตารางที่ 8)

**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับความรู้หลังดำเนินโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ระดับความรู้	จำนวน (n = 44)	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง (8 – 10 คะแนน)	34	77.3
ระดับความรู้ปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	7	15.9
ระดับความรู้ต่ำ (0 – 5 คะแนน)	3	6.8

## 2) การดูแลสุขภาพตนเอง

เมื่อประเมินการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า โดยรวมมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.26$ , S.D.=0.92) เมื่อจำแนกรายข้อ ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ รับประทานยา รักษาโรคหลอดเลือดสมองตามแพทย์สั่ง ( $\bar{X}=2.88$ , S.D.=0.38) รองลงมา คือ ไปตรวจตามแพทย์นัดสม่ำเสมอ ( $\bar{X}=2.86$ , S.D.=0.34) และรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทุกมื้อ ( $\bar{X}=2.72$ , S.D.=0.95) ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การลดหรือเพิ่มขนาดยารักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง ( $\bar{X}=1.20$ , S.D.=0.55) การใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ( $\bar{X}=1.56$ , S.D.=0.72) และรับประทานอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ ( $\bar{X}=1.86$  S.D.=0.59) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังดำเนินโครงการ (n = 44)

ข้อความ	การดูแลสุขภาพตนเอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง
1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทุกมื้อ	2.72	0.95	สูง
2. รับประทานอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ	1.86	0.59	ปานกลาง
3. สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสุรา	2.59	0.81	สูง
4. ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	2.22	0.67	ปานกลาง
5. ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 15-30 นาที	2.22	0.71	ปานกลาง
6. หยุดออกกกำลังกายเมื่อมีอาการหน้ามืด แน่นหน้าอก	2.47	0.76	สูง
7. รับประทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมองตามแพทย์สั่ง	2.88	0.38	สูง
8. มีการลดหรือเพิ่มขนาดยารักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง	1.20	0.55	ต่ำ
9. ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	1.56	0.72	ต่ำ
10. ไปตรวจตามแพทย์นัดสม่ำเสมอ	2.86	0.34	สูง
<b>การดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม</b>	<b>2.26</b>	<b>0.92</b>	<b>ปานกลาง</b>

### 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัดจากแบบประเมินดัชนีบาร์เซลเอดีแอล หลังดำเนินโครงการ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง ร้อยละ 56.8 มีผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ร้อยละ 2.3 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ร้อยละ 11.5 และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ร้อยละ 29.5 (ตารางที่ 10)

**ตารางที่ 10** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการดำเนินโครงการ

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		จำนวน (n = 44)	ร้อยละ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด	(100 คะแนน)	0	0
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก	(75 – 95 คะแนน)	1	2.3
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	(50 – 70 คะแนน)	25	56.8
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	(25 – 45 คะแนน)	5	11.5
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย	(0 – 20 คะแนน)	13	29.5

#### 4.5.2 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบสอบถาม (ภาคผนวก ค) พบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.24$ ,  $S.D. = 0.23$ ) สิ่งปฏิบัติมากที่สุดคือ ญาติผู้ป่วยปฏิบัติมากที่สุด คือ พาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ( $\bar{X} = 2.77$ ,  $S.D. = 0.42$ ) มีส่วนร่วมดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ตรงตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ ( $\bar{X} = 2.72$ ,  $S.D. = 0.54$ ) และเตรียมอาหารให้กับผู้ป่วยครบ 5 หมู่ ประกอบด้วย ข้าว เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก และผลไม้ ทุกมื้อ ( $\bar{X} = 2.68$ ,  $S.D. = 0.47$ ) ตามลำดับ ส่วนสิ่งที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ มีการปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยารักษาโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วย ( $\bar{X} = 1.09$ ,  $S.D. = 0.29$ ) ใช้อาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วย ( $\bar{X} = 1.40$ ,  $S.D. = 0.58$ ) ทำอาหารหรือปรุงอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ หรืออาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู ( $\bar{X} = 1.63$ ,  $S.D. = 0.48$ ) (ตารางที่ 11)

**ตารางที่ 11** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังดำเนินโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ข้อความ	การดูแลสุขภาพผู้ป่วย		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
1. เตรียมอาหารให้ผู้ป่วย (ครบ 5 หมู่ ประกอบด้วย ข้าว เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้ทุกมื้อ)	2.68	0.47	สูง
2. มักทำอาหารหรือปรุงอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบใน 1 สัปดาห์ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ หรืออาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู	1.63	0.48	ต่ำ
3. มีส่วนช่วยผู้ป่วยออกกำลังกายในแต่ละครั้ง สม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	2.50	0.66	สูง
4. มีส่วนช่วยผู้ป่วยออกกำลังกายใช้เวลาอย่างน้อย ครั้งละ 15-30 นาที	2.47	0.73	สูง
5. ในขณะที่ช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย หากสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการ หน้ามืด แขนหน้าอก จะให้หยุดออกกำลังกายทันที	2.47	0.73	สูง
6. มีส่วนดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ตรงตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ	2.72	0.54	สูง
7. ปรับเพิ่มหรือลดขนาดยารักษาโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วย	1.09	0.29	ต่ำ
8. ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วย	1.40	0.58	ต่ำ
9. ฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน	2.65	0.47	สูง
10. พาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ	2.77	0.42	สูง
<b>โดยรวม</b>	<b>2.24</b>	<b>0.23</b>	<b>ปานกลาง</b>

#### 4.5.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

จากการสอบถามผู้ป่วยถึงความพึงพอใจต่อโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านด้วยแบบสอบถาม โดยรวมอยู่ในระดับพอใจมากที่สุด ( $\bar{X}=4.26$ , S.D.=0.37) ข้อที่พึงพอใจมากที่สุด คือ ได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและคำแนะนำวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดชัดเจนจากเจ้าหน้าที่ ( $\bar{X}=4.45$ , S.D.=0.50) รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ที่มีกิริยาและวาจาสุภาพ ( $\bar{X}=4.43$ , S.D.=0.50) และเจ้าหน้าที่ที่มีการประสานงานและร่วมมือในการให้บริการเป็นอย่างดี ( $\bar{X}=4.38$ , S.D.=0.53) ข้อที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ที่มีการให้สื่อ เอกสารในการให้ความรู้และข้อมูลเพียงพอ ( $\bar{X}=4.06$ , S.D.=0.62) รองลงมา คือ การประสานงานการดูแลสุขภาพที่บ้านมีความรวดเร็ว ( $\bar{X}=4.11$ , S.D.=0.44) และได้รับการให้บริการที่บ้านจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องตรงตามความต้องการ ( $\bar{X}=4.18$ , S.D.=0.65) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ได้รับการให้บริการที่บ้านจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องตรงตามความต้องการ	4.18	0.65	มาก
2. การประสานงานการดูแลสุขภาพที่บ้านมีความรวดเร็ว	4.11	0.44	มาก
3. เจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	4.25	0.57	มากที่สุด
4. เมื่อมีภาวะฉุกเฉินที่บ้าน เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลและสามารถแก้ปัญหาได้ทันที	4.18	0.44	มาก
5. เจ้าหน้าที่ที่มีกิริยาและวาจาสุภาพ	4.43	0.50	มากที่สุด
6. เจ้าหน้าที่ที่มีการประสานงานและร่วมมือในการให้บริการเป็นอย่างดี	4.38	0.53	มากที่สุด
7. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล คำแนะนำด้านสุขภาพ/การบริการตรงกับความต้องการ	4.31	0.51	มากที่สุด
8. มีส่วนแสดงความคิดเห็นในการให้บริการที่บ้าน	4.27	0.54	มากที่สุด
9. ได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและคำแนะนำวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดชัดเจนจากเจ้าหน้าที่	4.45	0.50	มากที่สุด
10. เจ้าหน้าที่มีการให้สื่อ เอกสารในการให้ความรู้และข้อมูลเพียงพอ	4.06	0.62	มาก
โดยรวม	4.26	0.37	มากที่สุด

#### 4.5.4 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อโครงการสุขภาพเริ่มที่บ้าน

จากการสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านด้วยแบบสอบถาม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.26$ , S.D.= 0.36) ข้อที่พึงพอใจมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่มีกิริยาและวาจาสุภาพ ( $\bar{X}=4.65$ , S.D.=0.47) รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล คำแนะนำด้านสุขภาพ/การบริการตรงกับความต้องการ ( $\bar{X}=4.45$ , S.D.=0.50) และเจ้าหน้าที่มีการประสานงานและร่วมมือในการให้บริการเป็นอย่างดี ( $\bar{X}=4.34$ , S.D.=0.56) ข้อที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่มีการให้สื่อเอกสารในการให้ความรู้และข้อมูลเพียงพอ ( $\bar{X}=4.15$ , S.D.=0.64) รองลงมา คือ เมื่อมีภาวะฉุกเฉินที่บ้าน เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลและสามารถแก้ปัญหาได้ทันที ( $\bar{X}=4.15$ , S.D.=0.36) และมีส่วนแสดงความคิดเห็นในการให้บริการที่บ้าน ( $\bar{X}=4.15$ , S.D.=0.56) (ตารางที่ 13)

**ตารางที่ 13** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ได้รับบริการที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ต่อเนื่องตามความต้องการ	4.34	0.64	มากที่สุด
2. การประสานงานการดูแลสุขภาพที่บ้านมีความรวดเร็ว	4.18	0.49	มาก
3. เจ้าหน้าที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	4.25	0.43	มากที่สุด
4. เมื่อมีภาวะฉุกเฉินที่บ้าน เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลและสามารถแก้ปัญหาได้ทันที	4.15	0.36	มาก
5. เจ้าหน้าที่มีกิริยาและวาจาสุภาพ	4.65	0.47	มากที่สุด
6. เจ้าหน้าที่ประสานงานและร่วมมือในการให้บริการอย่างดี	4.34	0.56	มากที่สุด
7. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล คำแนะนำด้านสุขภาพ/การบริการตรงกับความต้องการ	4.45	0.50	มากที่สุด
8. มีส่วนแสดงความคิดเห็นในการให้บริการที่บ้าน	4.15	0.56	มาก
9. ได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและคำแนะนำวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดชัดเจนจากเจ้าหน้าที่	4.27	0.54	มากที่สุด
10. เจ้าหน้าที่ให้สื่อ เอกสารในการให้ความรู้และข้อมูลเพียงพอ	4.15	0.64	มาก
<b>โดยรวม</b>	<b>4.26</b>	<b>0.36</b>	<b>มากที่สุด</b>



#### 4.5.5 อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน

หลังดำเนินโครงการ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมจากทีมสหวิชาชีพ ทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดไว้

#### 4.5.6 อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน เครือข่ายอำเภอคลองหลวงไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ตามที่แพทย์นัด 42 คน คิดเป็นร้อยละ 95.5 ผู้ป่วยรับการรักษาก่อนนัดเนื่องจากติดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะจาก มีสายสวนปัสสาวะคาอยู่นาน 20 วัน ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.5

#### 4.5.7 การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

หลังดำเนินโครงการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการได้รับการฟื้นฟูสภาพ จากทีมสหวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัดทุกราย ส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

#### 4.5.8 การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

หลังดำเนินโครงการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 95.5 รายที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง พบว่า เนื่องจากครอบครัวของผู้ป่วยมีความเข้าใจ ในโรคและอาการผู้ป่วยมากขึ้น เอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น โดยทำการบ้านที่ทีมสหวิชาชีพให้ไว้ เช่น การทำ กายภาพให้ผู้ป่วย การช่วยผู้ป่วยฝึกเดิน เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย เกิดจาก การติดเชื่อในระบบปัสสาวะเนื่องจากมีสายสวนปัสสาวะคาไว้

#### 4.5.9 ลักษณะการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

##### 1) ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น

หลังดำเนินโครงการ พบว่า แพทย์รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายเดิมทั้งที่ โรงพยาบาลและที่บ้านต่อเนื่องมากขึ้น เภสัชกรให้คำปรึกษาทีมสหวิชาชีพเรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้มากขึ้น ทั้งโดยตรงและทางโทรศัพท์ นักกายภาพบำบัดเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพทุกครั้ง มีการประเมิน การทำงานของกล้ามเนื้อและทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ แนะนำผู้ป่วยและญาติถึงวิธี ยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อไม่ให้ข้อติดมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ร่างกาย ฟื้นตัวได้เร็ว พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วย สามารถแก้ปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยได้ตรงประเด็น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจบริการและพึงพอใจ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนช่วยงานพยาบาลวิชาชีพหรือ ทำหน้าที่แทนในกรณีที่พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งได้มากขึ้น การเยี่ยมบ้านเป็นไป ตามแผนที่วางไว้ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้นดังข้อมูลที่ว่า

“...ทีมสหวิชาชีพ บางครั้งมีแพทย์ร่วมด้วย แต่ส่วนมากมีนักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ส่วนเภสัชกรจะโทรถามกรณีที่สงสัยเรื่องยาของผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจ ในบทบาทของตนเองมากขึ้น และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมโดยแพทย์ทำหน้าที่ให้การรักษาผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน เภสัชกรทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่องยาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดใช้ไม่เคยออกเยี่ยมร่วมนะ นักกายภาพบำบัดออกเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพประเมินผู้ป่วยและทำกายภาพบำบัด แนะนำผู้ป่วยและญาติในการทำกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพเตรียมแฟ้มอนามัยครอบครัว และอุปกรณ์จำเป็นสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ใช้กระบวนการพยาบาลสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย มีการบันทึกผลการเยี่ยมบ้านที่ทำให้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้มากขึ้น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้ชัดเจนและสนับสนุนการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในกรณีที่พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ มีการพูดคุยประสานงานแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้มากขึ้น...”

| 06-22072557 สหวิชาชีพ

“...ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลคลองหลวงทำงานเป็นระบบมากขึ้น ให้การช่วยเหลือในหลาย ๆ วิชาชีพมากขึ้นโดยแพทย์ทำหน้าที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน เภสัชกรทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้ นักกายภาพบำบัดออกเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพเตรียมแฟ้มเตรียมข้อมูล เตรียมเครื่องวัดความดันโลหิต เตรียมชุดทำแผล เตรียมสายยาง และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ต้องใช้ดีขึ้น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนก็มาช่วยกันทำให้การเยี่ยมบ้านดำเนินไปได้อย่างดี...”

| 05-21072557 สหวิชาชีพ

“...หลังดำเนินโครงการทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลคลองหลวงมีการทำงานเป็นทีมดีขึ้น ทุกคนรู้บทบาทหน้าที่ของวิชาชีพและสามารถผสมผสานออกแบบการทำงานร่วมกันให้ดีขึ้นทำให้การทำงานของทีมมีประสิทธิภาพมากขึ้น...” | 07-22072557 สหวิชาชีพ

“...ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลคลองหลวงเป็นทีมที่ครบถ้วนมากขึ้น ประกอบไปด้วยแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาล วิชาชีพ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ถ้าในกรณีเภสัชกรและ แพทย์ไม่ออกก็ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้มาก...” | 12-22072557 ผู้บริหาร

## 2) ผู้ดูแล และชุมชนให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

ผู้ดูแล และชุมชนให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีการออกเยี่ยมร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ และประสานขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ผู้ป่วย

“...ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นไปตาม มาตรฐาน กรณีผู้ป่วยที่ต้องทำการดูแลต่อเนื่องมีภาวะแทรกซ้อน มีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลคลองหลวงได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพภายใน 4 วัน...” | 06-21072557 สหวิชาชีพ

“...ผู้ป่วยและญาติได้รับประโยชน์โดยตรง จากการที่ทีมมีการเยี่ยม อย่างต่อเนื่องรวมถึงการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในรายที่มีความซับซ้อน ทำให้ภาวะวิกฤตต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยไม่ค่อยมีภาวะ วิกฤติ ญาติเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น...” | 09-22072557 อสม.

“...ญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจและใส่ใจผู้ป่วยมากขึ้นเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ ไปเยี่ยมอย่างต่อเนื่องมีการฝากการบ้านไว้ให้ครอบครัวผู้ป่วยทำ และทีมสหวิชาชีพกลับมาประเมินผล ญาติจึงต้องทำการบ้านทำให้ การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานมากขึ้น...” | 08-22072557 ผู้ดูแล

จากการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยทำให้เกิดการบอกเล่าถึง การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ ทีมสหวิชาชีพไปยังคนในชุมชนจนกระทั่งเกิดความตื่นตัวและตระหนักถึงวิธีป้องกันตนเองและอาการ เตือนของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นดังข้อมูลที่ว่า

“...ชาวบ้านในชุมชนตื่นตัวและรู้ว่าหากมีความผิดปกติอย่างมี อาการปากเบี้ยว หรือแขนขาอ่อนแรง หรือมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้เป็นโรคแล้วก็ พร้อมทั้งจะปฐมพยาบาลและนำผู้ป่วยส่ง โรงพยาบาลมากขึ้น...” | 08-22072557 ผู้นำชุมชน

“...ชาวบ้านในชุมชนสามารถเป็นผู้ดูแลรอง กรณีผู้ที่ดูแลผู้ป่วยหลักไม่อยู่ ให้ความช่วยเหลือในการปรับสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วย เรียนรู้ถึงผลกระทบจากการเป็นอัมพาต สมาชิกในชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นอัมพาต นอกจากนี้เทศบาลให้การสนับสนุนงบประมาณในการดูแลคนไข้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง...” I 05-21072557 อสม.

“...ผู้นำชุมชนให้ความสนใจดี ถ้ามีการประสานจากเจ้าหน้าที่ ก็พร้อมให้ความช่วยเหลือ ทั้งเรื่องการช่วยจัดบ้านเรือนให้เหมาะกับการทำกายภาพผู้ป่วย การทำราวเดินให้ เพื่อนบ้านใกล้เคียงก็ให้ความสนใจ ถ้ามั่วครวและให้ความช่วยเหลือตามศักยภาพ...”

I 07-22072557 สหวิชาชีพ

#### 4.6 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เพื่อให้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากผลการศึกษาข้อเสนอแนะแยกเป็นประเด็นดังนี้

##### 4.6.1 บริบท (Context)

###### 1) ด้านเครือข่ายบริการ

- ควรทำงานเป็นเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายให้มากขึ้นเป็นลำดับ โดยมีโรงพยาบาลคลองหลวงเป็นแม่ข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นลูกข่าย เพื่อให้เกิด การปรับตามความเหมาะสมจำนวนและสมาชิกในทีมสหวิชาชีพในการให้บริการ

###### 2) ด้านนโยบาย

- ควรมีการประชุมชี้แจงอย่างต่อเนื่องเพื่อทำความเข้าใจนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและหาทางประสานประโยชน์โดยทุกฝ่ายสามารถปฏิบัติงานตามนโยบายของหน่วยงาน

###### 3) ด้านภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ควรมีการวิเคราะห์และทบทวนสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำและใช้ข้อมูลเป็นฐานในการวางแผนดำเนินโครงการ

###### 4) ด้านระบบสารสนเทศ

- ควรมีการวิเคราะห์ระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและประชุมชี้แจงทีมสหวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสารสนเทศเป็นระยะ

- พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลให้มีมาตรฐาน สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้จริง

#### 4.6.2 ปัจจัยนำเข้า (Input)

##### 1) ด้านบุคลากรในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

- ควรจัดประชุมหรืออบรมฟื้นฟูความรู้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งแบบเฉพาะและสำหรับแต่ละวิชาชีพ อย่างน้อยปีละครั้ง
- ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะเพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละวิชาชีพและแนวทางการดูแลร่วมกัน
- ประชุมปรึกษาหารือเพื่อค้นหาวิธีการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้ความจำกัดของบุคลากรที่มี เช่น การสร้างนวัตกรรมการดูแล การอบรม อสม. การสร้างแกนนำ ผู้ดูแล เป็นต้น
- จัดตารางการเยี่ยมบ้านล่วงหน้า โดยให้มีบุคลากรสุขภาพร่วมทีมในการออกเยี่ยมทุกครั้ง การจัดตารางล่วงหน้าจะช่วยให้บุคลากรในทีมจัดสรรการทำงานของตนได้และร่วมเยี่ยมบ้านได้มากขึ้น

##### 2) การบริหารจัดการ

- ควรวิเคราะห์ลักษณะงบประมาณและขออนุมัติงบประมาณให้ครอบคลุมและเพียงพอต่อการดำเนินโครงการอย่างเป็นระบบทั้งส่วนของวิเคราะห์บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ควรเพียงพอ ทั้งที่ใช้ประจำและใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย
- ควรส่งเสริมให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญในการประสาน รับทราบข้อมูล ประสานความช่วยเหลือสวัสดิการที่เกี่ยวข้อง อย่างเป็นระบบ ทั้งการขึ้นทะเบียนผู้พิการ การช่วยเบี้ยผู้พิการและการจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

#### 4.6.3 กระบวนการ (Process)

##### 1) การประเมินภาวะสุขภาพ

- ควรสร้างแบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทุกวิชาชีพในทีมใช้ค้นหา ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกันได้
- ควรประชุมเพื่อร่วมกันกำหนดลำดับความรุนแรงหรือความซับซ้อนในปัญหาของผู้ป่วย และจำแนกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

##### 2) การวินิจฉัยปัญหา

ควรส่งเสริมให้เกิดการใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้จากการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งมากำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาโดยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมเพื่อสร้างการดูแลเฉพาะทางตามแต่ละวิชาชีพและดูแลร่วมกันระหว่างวิชาชีพตามลำดับความสำคัญ

### 3) การดูแลทั่วไป/การดูแลเฉพาะทางตามวิชาชีพ

ควรมีการประชุมร่วมกันก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพเพื่อทำความเข้าใจผลการประเมินสภาพ ข้อวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคลที่พบ เพื่อกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติและการให้คำแนะนำที่มีความเฉพาะของแต่ละวิชาชีพ แต่สอดคล้องและสนับสนุนกันในแต่ละวิชาชีพ ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมรับประทานยา การส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพ ณ ปัจจุบัน การฟื้นฟูร่างกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

### 4) การบันทึกข้อมูล

ควรบันทึกข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นของผู้ป่วยทุกครั้งในแฟ้มอนามัยครอบครัว เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับแต่ละวิชาชีพที่จะวางแผนในการดูแลได้อย่างเฉพาะเจาะจงตามบทบาทหน้าที่ของตน และบทบาทร่วมบนข้อมูลชุดเดียวกัน โดยอาจพัฒนาเป็นแบบบันทึกที่ต้องมีการบันทึกข้อมูลของทุกวิชาชีพ

### 5) การส่งต่อ

ควรเพิ่มเติมการบันทึกข้อมูลส่งต่อในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อประโยชน์ในการประมวลผลและวิเคราะห์เชิงสถิติที่ทำให้เกิดฐานข้อมูลของระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 4.6.4 ผลผลิต (Output)

### 1) ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ควรจัดกิจกรรมถอดบทเรียนผลสำเร็จของการดำเนินโครงการจากบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัจจัยและเงื่อนไขแห่งความสำเร็จ และนำมาสะท้อนให้เห็นศักยภาพของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งจะเป็นกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป

### 2) ลักษณะการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

โรงพยาบาลควรสนับสนุนถึงออกซิเจน ชุดทำแผลสำหรับใช้ที่บ้าน เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยระหว่างเยี่ยมบ้าน

### 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพ

ควรสนับสนุนให้เกิดโครงการประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี : กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เพื่อต่อยอดการดำเนินโครงการที่ผ่านมาให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลดีขึ้นเป็นลำดับ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน 1) บริบทโครงการ 2) ปัจจัยนำเข้า 3) กระบวนการ 4) ผลผลิตของโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างหลัก คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 44 คน กลุ่มตัวอย่างรอง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 44 คน และทีมสหวิชาชีพ จำนวน 21 คน

วิเคราะห์ลักษณะทั่วไป ระดับความรู้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยของญาติ ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต โครงการ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

##### 5.1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ความรู้การดูแลสุขภาพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อายุเฉลี่ย 58.52 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเส้นเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 5.29 ปี เป็นอัมพาตครึ่งซีก มียาใช้ คู่สมรสเป็นผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 9,763.63 บาท

ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ระดับสูง ร้อยละ 77.3 โดยมากดูแลสุขภาพตนเอง ภาพรวมระดับปานกลาง และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง ร้อยละ 56.8

##### 5.1.2 ลักษณะทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแลและ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

ญาติของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอายุเฉลี่ย 49.90 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้เฉลี่ย 9,763.63 บาท ดูแลผู้ป่วยโดยรวมระดับปานกลาง

##### 5.1.3 ลักษณะทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ

ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 40-49 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลคลองหลวง

#### 5.1.4 บริบทโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

##### 1) ด้านเครือข่ายบริการ

อำเภอคลองหลวง มีโรงพยาบาลคลองหลวงเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ ขนาด 30 เตียง มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย โรงพยาบาลคลองหลวง จำนวน 12 แห่ง แต่ละแห่งมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 44 คน อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลคลองสอง และได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 44 คน ซึ่งดำเนินการโดย ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลคลองหลวงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย

##### 2) ด้านภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 54 คน เข้าร่วมโครงการ 44 คน ตามคุณสมบัติ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการได้รับการเยี่ยมบ้านทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

##### 3) ด้านนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายครอบครัว “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือนทั่วไทยทั้งในเขตเมืองและชนบทโดยมีบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทำงานร่วมกันเป็นทีม

##### 4) ด้านระบบสารสนเทศ

อำเภอคลองหลวง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ผู้รับบริการ ข้อมูลพื้นฐานของประชากร ตามเกณฑ์มาตรฐาน 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลคลองหลวง ใช้โปรแกรม HOSxP ในการบันทึกข้อมูล ส่วน รพ. สต. เครือข่ายใช้โปรแกรม cocr9.info ปทุมธานี

#### 5.1.5 ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรที่ใช้ในโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

##### 1) ด้านบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ วิเคราะห์ได้ 2 ประเด็น คือ

1.1) จำนวนบุคลากรทีมสหวิชาชีพไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1.2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในโครงการไม่เต็มที่ แต่พยายามหาวิธีปฏิบัติให้ได้ตามภาระงานที่ได้รับมอบหมาย

##### 2) ด้านการบริหารจัดการโครงการ วิเคราะห์ได้ 2 ประเด็น คือ

2.1) วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจัดอยู่ในกลุ่มผู้พิการซึ่งเป็น 2 ใน 5 กลุ่มเป้าหมายหลักของทีมหมอครอบครัวที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ในพื้นที่รับผิดชอบมีแนวโน้มสูงขึ้น ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น และมีปัญหาสุขภาพ



2.2) งบประมาณ เป็นค่าวัสดุการแพทย์ และสื่อต่าง ๆ บางส่วนเพียงพอขณะที่ บางส่วนไม่เพียงพอ ต้องขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

### 5.1.6 กระบวนการในโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

กระบวนการในโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ระยะระหว่างการเยี่ยม และระยะหลังเยี่ยมบ้าน ดังนี้

#### 1) ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ได้ 3 ประเด็น คือ

1.1) วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้ป่วย โดยค้นหาประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติ การเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม

1.2) วางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูล โดยให้สอดคล้องกับ ภาวะสุขภาพและปัญหาของแต่ละคน

1.3) เตรียมอุปกรณ์การเยี่ยมบ้านพร้อมให้บริการตามสภาพปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย

#### 2) ระยะระหว่างการเยี่ยม วิเคราะห์ได้ 4 ประเด็น คือ

2.1) ประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอาการสำคัญ อาการที่ เปลี่ยนแปลง ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาและให้การช่วยเหลือแต่ละวิชาชีพและช่วยเหลือแบบร่วมทีม

2.2) วินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพแต่ปฏิบัติงาน ตามผลการวินิจฉัยที่พบร่วมกัน

2.3) ร่วมกันให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง

2.4) มีการประสานและเชื่อมการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ส่งต่อระหว่าง รพ. และ รพ.สต. เป็นข้อมูลที่มุ่งประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลโดยประกอบด้วย ใบส่งตัว สมุดประจำตัวผู้ป่วย และ ข้อมูลการรักษาที่ได้รับ ส่วนการส่งต่อจาก รพ.สต. ไปยังโรงพยาบาลคลองหลวงจะเป็นการส่งต่อ เฉพาะรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ไข้ แผลติดเชื้อ การฟื้นฟูสภาพร่างกายไม่มีความคืบหน้า โดย ข้อมูลที่ส่งต่อนี้มีลักษณะเดียวกับการส่งต่อจาก รพ.

#### 3) ระยะหลังเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ได้ 3 ประเด็น คือ

3.1) แต่ละสหวิชาชีพจะบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบจาก การเยี่ยมโดยตรงและจากข้อมูลของทีมสหวิชาชีพลงในแฟ้มอนามัยครอบครัวทุกราย

3.2) ทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์และวางแผนแก้ปัญหาร่วมกัน โดยทีมสหวิชาชีพจะ วิเคราะห์แก้ปัญหาเป็นรายบุคคล โดยแพทย์วิเคราะห์ความก้าวหน้าในการรักษาโรคและการเจ็บป่วย เกสัชกรวิเคราะห์ปัญหาความสามารถในการรับประทานยาและผลข้างเคียงจากยา นักกายภาพบำบัด วิเคราะห์ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน เจ้าหน้าที่งาน

สาธารณสุขชุมชนวิเคราะห์สภาพสุขภาพิบาลสิ่งแวดล้อมในและรอบ ๆ บ้าน พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การเข้าสังคมที่สัมพันธ์กับโรค และเน้นการสร้าง ความสัมพันธ์ความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว

3.3) ทีมสหวิชาชีพใช้ทั้งการพูดคุยและการประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนติดตามเยี่ยม ครั้งต่อไป

### 5.1.7 ผลผลิตของโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ผลผลิตหลังการดำเนินโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี วิเคราะห์ได้ดังนี้

1) ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยภาพรวมมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 77.3 ภาพรวมดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลาง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโครงการ สุขภาพดีเริ่มที่บ้านภาพรวมระดับมากที่สุด

2) ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ระดับปานกลาง และญาติมีความพึงพอใจต่อโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านระดับมากที่สุด

3) ลักษณะการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีเจ้าหน้าที่ร่วมปฏิบัติงานครบถ้วนมากขึ้น

4) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมจากทีมสหวิชาชีพทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

5) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องไปรับการรักษาก่อนเวลานัดหมาย เนื่องจากเกิด ภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.5

6) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 95.4

### 5.1.8 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อให้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากผล การศึกษามีข้อเสนอแนะแยกเป็นประเด็นดังนี้

#### 1) บริบท

##### ด้านเครือข่ายบริการ

ควรทำงานเป็นเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายให้มากขึ้นเป็นลำดับ

##### ด้านนโยบาย

ควรมีการประชุมชี้แจงอย่างต่อเนื่องเพื่อทำความเข้าใจนโยบายและหาทาง ประสานประโยชน์ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

### **ด้านภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

ควรวิเคราะห์และทบทวนสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำ และใช้ข้อมูลเป็นฐานในการวางแผนดำเนินโครงการ

#### **ด้านระบบสารสนเทศ**

ควรวิเคราะห์ระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและประชุมชี้แจงทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสารสนเทศเป็นระยะพัฒนา โปรแกรมบันทึกข้อมูลให้มีมาตรฐาน สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้จริง

### **2) ปัจจัยนำเข้า**

#### **ด้านบุคลากรในการดูแลสุขภาพที่บ้าน**

ควรจัดประชุมหรืออบรมฟื้นฟูความรู้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งแบบเฉพาะและสำหรับแต่ละวิชาชีพ อย่างน้อยปีละครั้ง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะเพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละวิชาชีพและแนวทางการดูแลร่วมกัน ประชุมปรึกษาหารือเพื่อค้นหาวิธีการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้ความจำกัดของบุคลากรที่มี เช่น การสร้างนวัตกรรมการดูแล การอบรม อสม. การสร้างแกนนำผู้ดูแล เป็นต้น จัดตารางการเยี่ยมบ้านล่วงหน้า โดยให้มีบุคลากรสุขภาพร่วมทีมในการออกเยี่ยมทุกครั้ง การจัดล่วงหน้าจะช่วยให้บุคลากรในทีมจัดสรรการทำงานของตนได้และร่วมเยี่ยมบ้านได้มากขึ้น

#### **การบริหารจัดการ**

ควรวิเคราะห์ลักษณะงบประมาณและขออนุมัติงบประมาณให้ครอบคลุมและเพียงพอต่อการดำเนินโครงการอย่างเป็นระบบส่งเสริมให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญในการประสานรับทราบข้อมูล ประสานความช่วยเหลือสวัสดิการที่เกี่ยวข้อง อย่างเป็นระบบ

### **3) กระบวนการ**

#### **การประเมินภาวะสุขภาพ**

ควรสร้างแบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทุกวิชาชีพใช้ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกัน และประชุมเพื่อกำหนดลำดับความรุนแรงหรือความซับซ้อนในปัญหาของผู้ป่วย และจำแนกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มต่าง เพื่อให้บริการทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

#### **การวินิจฉัยปัญหา**

ควรส่งเสริมให้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้จากการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งมากำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมเพื่อสร้างการดูแลเฉพาะทางร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

### **การดูแลทั่วไป/การดูแลเฉพาะทางตามวิชาชีพ**

ควรประชุมร่วมกันก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพเพื่อทำความเข้าใจผลการประเมินสภาพ ข้อวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคลที่พบ เพื่อกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติและการให้คำแนะนำที่มีความเฉพาะของแต่ละวิชาชีพ แต่สอดคล้องและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

### **การบันทึกข้อมูล**

ควรบันทึกข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นของผู้ป่วยทุกครั้งในแฟ้มอนามัยครอบครัว เพื่อให้แต่ละวิชาชีพวางแผนการดูแลได้อย่างเฉพาะเจาะจงตามบทบาทหน้าที่ของตน และบทบาทร่วมบนข้อมูลชุดเดียวกัน

### **การส่งต่อ**

ควรเพิ่มเติมการบันทึกข้อมูลส่งต่อในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อประโยชน์ในการประมวลและวิเคราะห์เชิงสถิติที่ทำให้เกิดฐานข้อมูลในการส่งต่อ

## **4) ผลผลิต**

### **ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย**

ควรจัดกิจกรรมถอดบทเรียนผลสำเร็จของการดำเนินโครงการจากบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัจจัยและเงื่อนไขแห่งความสำเร็จ

### **ลักษณะการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน**

โรงพยาบาลควรสนับสนุนถึงออกซิเจน ชุดทำแผลสำหรับใช้ที่บ้าน เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยระหว่างเยี่ยมบ้าน

### **ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพ**

ควรสนับสนุนให้เกิดการประเมินผลโครงการ กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เพื่อต่อยอดการดำเนินโครงการที่ผ่านมาให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลดีขึ้นเป็นลำดับ

## **5.2 อภิปรายผล**

ผู้วิจัยอภิปรายผล แยกเป็นประเด็นดังนี้

### **5.2.1 บริบทโครงการ**

จากผลการศึกษา พบว่า การดำเนินโครงการทำให้มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมทุกพื้นที่ เข้าใจบริบทผู้ป่วยแต่ละราย การประสานงานสะดวกรวดเร็ว ทำให้เยี่ยมผู้ป่วยได้ครอบคลุม 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเกิดผลดีกับผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตาม ในเรื่องของระบบสารสนเทศยังมีความไม่สมบูรณ์ แต่โรงพยาบาลคลองหลวงได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยนำโปรแกรมจากนอกเครือข่ายมาร่วมดำเนินการทำให้ข้อมูลของเครือข่ายสามารถส่งต่อกัน

ได้ สอดคล้องกับ อาคม รัฐวงษา (2555 : ออนไลน์) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย พบว่า เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องครบวงจร จากโรงพยาบาลถึงบ้าน และเกิดเครือข่ายเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน คุณภาพการดูแลสูงขึ้นจาก 5.8 เป็น 7.8 คะแนน

### 5.2.2 ปัจจัยนำเข้า

1) ด้านบุคลากร แม้ว่าโครงการนี้จะพบปัญหาด้านบุคลากรแต่โครงการก็สามารถแก้ไขปัญหาด้วยการใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ บุคลากรแต่ละตำแหน่งมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในโครงการ การทำหน้าที่ตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ ทำงานได้ไม่เต็มที่กับภาระงานในชุมชนตามที่ได้รับมอบหมาย เนื่องจากทีมสหวิชาชีพบางคนติดภารกิจ ดิตราชการ ทำให้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งนั้นไม่ครบทีม แก้ปัญหาโดยใช้ อสม. ผู้นำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมช่วยในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรรวง (2554 : 29-31) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมของปัจจัยนำเข้าที่เพียงพอและเหมาะสมทั้งนโยบาย งบประมาณสนับสนุน บุคลากร ขวัญและกำลังใจของทีมสหวิชาชีพ การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้มีความสำคัญ และมีผลต่อการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ โครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้

2) การบริหารจัดการโครงการ มีการรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขลงสู่ผู้ปฏิบัติอย่างมีขั้นตอน ทำให้โครงการมีความพร้อมในการดำเนินงาน ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินงานของกระบวนการในโครงการสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรรวง (2554 : 29-31) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า การเตรียมความพร้อมของปัจจัยนำเข้าที่เพียงพอและเหมาะสมทั้งนโยบาย งบประมาณสนับสนุน บุคลากร ขวัญและกำลังใจของทีมสหวิชาชีพ มีความสำคัญและมีผลให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการสนับสนุนซึ่งกันและกันและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน

### 5.2.3 กระบวนการ

1) โครงการได้เตรียมความพร้อม มีการแบ่งการดำเนินงานเป็นระยะ ซึ่งในระยะของการเตรียมการมีความสำคัญทั้งทางด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ และระยะเวลาที่จัดทำโครงการ เพื่อให้งานของโครงการและทุกด้านของโรงพยาบาลและเครือข่ายบรรลุบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินการ ปัญหาที่พบ คือ การบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมใหม่ ทำให้ผู้รับผิดชอบงานบันทึกข้อมูลยังไม่ถูกต้อง การส่งข้อมูลล่าช้าและโปรแกรมยังไม่เสถียรการเชื่อมข้อมูลของ HOSXP และ JHCIS และปัญหานี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างชัดเจน อีกทั้งการเรียนรู้และการถ่ายทอดทักษะ

ของบุคลากรในการบันทึกข้อมูลยังไม่เพียงพอ เนื่องจากบุคลากรมีภาระงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งประเด็นนี้ผู้บริหารจะต้องนำไปพิจารณาให้ระบบบันทึกข้อมูลมีความสมบูรณ์และนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับ นงนุช เพ็ชรร่วง (2554 : 29-31) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นการเตรียมความพร้อมของปัจจัยนำเข้าที่เพียงพอและเหมาะสมทั้งนโยบาย งบประมาณ สนับสนุน บุคลากร มีความสำคัญเพราะข้อมูลต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องต้องนำไปใช้ในการตัดสินใจ ดำเนินกิจกรรมเพื่อให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้และเกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

2) เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายที่ชัดเจนและมีทิศทางในการปฏิบัติงานไปสู่เป้าหมาย จากที่เคยต่างคนต่างทำงาน โดยไม่มีการประสานให้งานเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันทำให้มีความยากลำบากในการกำหนดแนวปฏิบัติ ช่วงเวลา และการใช้ทรัพยากรขององค์กรร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรร่วง (2554 : 29-31) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องได้รับการสนับสนุนทางนโยบายและทรัพยากรจากชุมชน ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบล และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุสิตา ตู้อะประกาย และคณะ (2552 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษารูปแบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านและการประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือตอนบน พบว่ารูปแบบการให้บริการสุขภาพที่บ้านมีความแตกต่างกันไปในสถานบริการ ไม่สามารถทำเป็นสูตรสำเร็จแล้วให้ทุก ๆ ที่นำไปปฏิบัติ ค้นหาความบกพร่องแล้วใช้วิจารณ์ญาณเลือกเอาบางอย่างที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

#### 5.2.4 ผลผลิตโครงการ

ภายหลังดำเนินโครงการ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมจากทีมสหวิชาชีพ ทุกราย ร้อยละ 100 เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนลดภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 4 วัน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 95.4 จำนวนผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลงเนื่องจากครอบครัวเข้าใจในโรคและอาการมากขึ้น ใส่ใจผู้ป่วยมากขึ้น โดยเข้าใจและช่วยเหลือทำกายภาพให้ผู้ป่วยช่วยฝึกเดิน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทริก คำชาย (2553 : 94) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ องค์กรชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมดำเนินการให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตลัดดา ประสานวงศ์ และคณะ (2555 : 57-61) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การให้คำแนะนำพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ตลอดจนการส่งต่อการดูแลสู่ชุมชน ร่วมกับหน่วยงานในชุมชน ติดตามเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล ผลการดำเนินงานสามารถลดอัตราตายจาก ร้อยละ 5.87 เหลือ ร้อยละ 2.49 วันนอนเฉลี่ย ลดลงจาก 5.63 วัน เหลือ 2.08 วัน ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพึงพอใจกับระบบบริการที่ได้รับในระดับมากที่สุด ร้อยละ 49.20 และ 61.50 ตามลำดับ

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) นำเสนอผลการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวงและสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง เพื่อให้เห็นบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตที่ยังมีข้อจำกัด เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงให้สมบูรณ์

2) นำผลการวิจัยที่พบมาจัดการการเรียนรู้ร่วมกันในภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมพัฒนาโครงการให้ไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว

#### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ในการประเมินผลโครงการครั้งต่อไปต้องครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องให้มากขึ้น เช่น ผู้นำชุมชน บุคลากรในหน่วยงานท้องถิ่น เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในชุมชน และควรพิจารณาใช้เครื่องมือประเมินโครงการให้มีความละเอียด และเข้าถึงผู้ที่นำมาเกี่ยวข้องให้มากขึ้น

2) การประเมินครั้งต่อไปให้ประเมินระยะยาวจนถึงผลกระทบที่เกิดจากโครงการ

### บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2544) รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับ  
**ประชาชนไทยอายุ 12 – 60 ปี**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2554) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากร  
**สาธารณสุขปีงบประมาณ 2554**. กรุงเทพมหานคร : สำนักอนามัย.
- \_\_\_\_\_. (2555) รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานพยาบาลเวชปฏิบัติ  
**ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2554 – 2556**.  
 กรุงเทพมหานคร : สำนักอนามัย.
- \_\_\_\_\_. (2555) **คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)**. กรุงเทพมหานคร :  
 สำนักอนามัย.
- เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และคณะ. (2552) “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี” **วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**.  
 36 (2) หน้า 4-21.
- จิตลัดดา ประสานวงศ์. (พฤษภาคม – สิงหาคม 2555) “การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
 โรงพยาบาลศรีสะเกษ” **วารสารกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข**. 39 (2) หน้า 51-65.
- จินตนา สมนึก. (2540) ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ  
**ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุน ทางสังคม  
 ของผู้ดูแลที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จรรยา สันตยากร. (2554) **การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน : แนวคิดและประสบการณ์  
 การพยาบาลในชุมชน**. พิษณุโลก : โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- เขาว์ อินใย. (2553) **การประเมินโครงการ (Program Evaluation)**. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์หนังสือ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐาปนา ฉิ่งไพศาล และอัจฉรา ชีวะตระกูลกิจ. (2542) **การบริหารโครงการและการศึกษาความเป็นไปได้**.  
 พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : ธีระฟิล์มและไซเท็กซ์.
- ณัฐเศรษฐ์ มินินากร. (2551) **เวชศาสตร์ฟื้นฟู : ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง**.  
 ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- ดุสิตา ตู้อประกอบ และคณะ. (2552) “การศึกษารูปแบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านและการประเมินคุณภาพ  
 การดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือตอนบน” **รายงานการวิจัย  
 วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**. 14 (3) หน้า 18-24.



### บรรณานุกรม (ต่อ)

- นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ. (มกราคม – เมษายน 2556) “การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน” วารสารพยาบาลทหารบก. 14 (1) หน้า 25–34.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ. (2556) การประกันคุณภาพการพยาบาล. นนทบุรี : สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). (2552) การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือน แก้วการพิมพ์.
- บังอร สุภาเกตุ และนิภัทรา วโนทยาโรจน์. (2557) รายงานสรุปผลการวิจัย การประเมินผล โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ.
- บุญตริก คำชาย. (2553) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. รายงานการศึกษาระยะ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน) ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิโรจน์ วรรณภีระ. (23–24 มีนาคม 2555) “การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit and Home Care)” เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการศูนย์การเรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวเขต 18 โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2551) แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ และอุดตัน. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา.
- \_\_\_\_\_. (2552) รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์.
- สภาการพยาบาล. (2551) ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.tnc.or.th> (20 กรกฎาคม 2556)
- สุพัตรา ศรีวิณชชากร. (2551) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นโม พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุรางค์ เลิศคชาธาร. (2558) การดูแลสุขภาพจิตกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร : กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย.
- สมคิด เรืองวิจิตร. (2554) การประเมินผลการฝึกอบรมโครงการอบรมวิทยากรสมาธิบำบัดในภาวะสุขภาพองค์รวม. นนทบุรี : สำนักงานแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2553) **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ.**  
 นนทบุรี : สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักการพยาบาล. (2556) **แนวทางการจัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาล.**  
 นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554) **กรอบยุทธศาสตร์งาน  
 สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ ปี 2554 – 2558.** กรุงเทพมหานคร :  
 สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557) **ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team).** กรุงเทพมหานคร  
 : โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2556) **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล  
 การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  
 ในระดับประเทศ 2551-2555.** นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อาคม รัฐวงษา. (2555) **การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วย  
 โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย.** วิทยานิพนธ์ พย.ม.  
 (สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน) ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เอนก ชิตเกษร และพรรณนุช ไชยปิ่นชนะ. (ม.ม.ป.) **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม  
 (PAR = Participatory Action Research).** [ออนไลน์] แหล่งที่มา  
<http://business.paya.ac.th/bakm>. (5 ธันวาคม 2556)
- Carter McNamara. (2008) **Basic Guide to Outcome-Based Evaluation for Nonprofit  
 Organizations With Very Limited Resources** [Online] Available :  
<http://managementhelp.org/evaluation/outcomes.htm>. (20 July 2009)
- Citizens for Missouri's Children. (1995) **Outcome Evaluation: A How to Guide.**  
 [Online] Available : [www.casenet.org/program-management/evaluation/  
 /guide.htm](http://www.casenet.org/program-management/evaluation/guide.htm), (17 July 2009)
- Department of Justice Canada. (2004) **Project Managers Guide to Performance  
 Measurement and Evaluation.** [Online] Available : [www.justice.gc.ca/eng/  
 pi/fwf/pub/pmgui.../pms-e-ggsp-aggp-apdf](http://www.justice.gc.ca/eng/pi/fwf/pub/pmgui.../pms-e-ggsp-aggp-apdf), (9 July 2009)

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Korabek B, Slauenwhite C, Rosenau P, Ross L. Innovations in seniors. (2004)  
 “Care : home care/physician partnership” **Can J NursLeadersh.** 17 (3)  
 page 65-78.
- Ministry of Science and Innovation. (2009) **Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Patients in Primary Health Care.** ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L.Pol. Ind. Los Huertecillos, nave 13 - 28350 CIEMPOZUELOS (Madrid).
- Nadina B. Lincoln, Valerie M. Francis, Steven A. (2002) “Evaluation of a Stroke Family Support Organiser: A Randomized Controlled Trial” **Stroke.** 34 page 116-121.
- National Stroke Association. (2007) **Latest new about stroke.** [Electronic version]. Retrieved from <http://www.stroke.org>. (April 20, 2011)
- Nakatani H, Shimanouchi S (2004) “Factors in care management affecting client outcomes in home care” **Nurs Health Sci.** 6(4) page 239-46.
- Robinson, R. G., Kubos, K. L., Starr, L. B., Roa, K., & Price, T.R. (1984) “Mood changes in stroke patients : Importance of location of lesion” **Brain.**107page 81-93.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W. & Freeman, M.W. & Freeman, H.E. (2004) **Evaluation : A systematic Approach.** London: Sage Publications
- Stufflebeam, D. L. (2003) **Institutionalizing evaluation in schools.** In D. L. Stufflebeam, & T. Kellaghan, (Eds.), *The international handbook of educational evaluation* (Chapter 34). Boston : Kluwer Academic Publishers.
- Simon S, Kumar S, Kendrick T (2002) “Who care for the carers? The district nurse perspective” **Family Practice.**19 page 29-35.
- Trochim, W. (2006) **The Research Methods Knowledge Base.** 2nd ed. Cornell University. Ithaca, N.Y. : Cornell Custom Publishing.
- United States General Accounting Office. (2005) **Performance Measurement and Evaluation: Definitions and Relationships** [Online] Available : [www.gao.gov/special.pubs/gg98026.pdf](http://www.gao.gov/special.pubs/gg98026.pdf). (3 July2009)
- Wikipedia Foundation, Inc. (2009) **Social Safety** [Online] Available : <http://en.Wikipedia.org/wiki/Social-safety-net>. (7 May 2009)

**บรรณานุกรม (ต่อ)**

- Wikipedia Foundation, Inc. (2009) **Social Security**: [http://en.Wikipedia.org/wiki/Social\\_security](http://en.Wikipedia.org/wiki/Social_security). (14 August 2009)
- \_\_\_\_\_. (2009) **Social Security** [Online] Available : <http://en.Wikipedia.org/wiki/Security#Social-Protection>, (7 May 2009)
- World Bank. (2009) **Impact Evaluation-Overview**. [Online] Available : [www.worldbank.org/WBSITE/External/TOPICS/EXTROVERTY/EXTISPMA/O,menuPK:3](http://www.worldbank.org/WBSITE/External/TOPICS/EXTROVERTY/EXTISPMA/O,menuPK:3). (9 June 2009)
- World Health Organization. (2007) **Prevention of Cardiovascular Disease : guideline for Assessment and Management of total Cardiovascular risk**. [Online] Available : [http://www.world\\_stroke.org/](http://www.world_stroke.org/) (3 November 2010)
- \_\_\_\_\_. (2012) **World Stroke Day**. [Online] Available : [http://www.world\\_stroke.org](http://www.world_stroke.org) (3 November 2010)



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

## เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 12 มิถุนายน 2557

ชื่อเรื่อง การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาล  
คลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวอรรชรัตน์ วชิระเดวิชญ์

คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศ  
เอลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จรรย์วัตร คมพัยค์ม์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 12 มิถุนายน 2557

เลขที่รับรอง

อ.229/2557.

วันที่ให้การรับรอง: 12 มิถุนายน 2557

วันหมดอายุใบรับรอง: 11 มิถุนายน 2559

## ภาคผนวก ข

## เอกสารขอความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ดิฉันนางสาวอชรรัตน์ วชิระเทวีชญ์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษาวิจัย เรื่อง การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home health care) โรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้า หรือทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ กระบวนการในโครงการ ผลผลิตโครงการ ผลลัพธ์จากโครงการและปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ผู้วิจัยมีความมุ่งหวังว่าการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ เพราะจะได้นำผลการประเมินผลโครงการมาพัฒนาหรือปรับปรุงการดำเนินงานของระบบงานเยี่ยมบ้านโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีใช้เป็นต้นแบบของการประเมินผลโครงการโรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตามความสมัครใจ หากท่านตอบรับแล้วท่านจะปฏิเสธภายหลังก็ได้ โดยที่ท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากท่าน การถ่ายรูปและการบันทึกเสียงจะเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ขอขอบคุณในความร่วมมือนะ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

## แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวอชรรัตน์ วชิระเทวีชญ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ในการศึกษาเรื่อง การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home health care) โรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยสิ่งที่ได้รับฟังมีดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ขั้นตอนของการวิจัย
3. การเก็บรักษาข้อมูล เป็นความลับ จะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม
4. ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้
5. การสมัครเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และการถอนตัว

ข้าพเจ้าได้รับฟังแล้วมีความเข้าใจในทุกเรื่องและผู้วิจัยให้ข้อมูล และมีความยินดีสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยปราศจากการบังคับจากผู้ใด และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ ช่วงเวลาใดก็ได้ที่ข้าพเจ้าไม่สะดวกด้วยเหตุผลใดก็ตาม

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



## ภาคผนวก ค

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่.....
วันที่.....
ครั้งที่.....
เวลา.....

## แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง** ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย / ลงใน [ ] หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย และเติมคำตอบในช่องว่าง ซึ่งมีจำนวน 3 ตอน

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่.....

รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง

3. สถานภาพ

[ ] โสด [ ] คู่

[ ] หม้าย [ ] แยก [ ] หย่า

4. ระดับการศึกษา

[ ] ไม่ได้เรียนหนังสือ [ ] ประถมศึกษา

[ ] มัธยมศึกษา [ ] อนุปริญญา

[ ] ปริญญาตรี [ ] สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....

5. อาชีพ

[ ] ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน [ ] เกษตรกรรม

[ ] ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว [ ] รับจ้าง

[ ] รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ [ ] อื่น ๆ

6. สิทธิการรักษา

[ ] สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า [ ] สิทธิประกันสังคม

[ ] สิทธิข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ [ ] อื่น ๆ ระบุ.....

7. การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุ

[ ] เส้นเลือดสมองแตก [ ] เส้นเลือดสมอง ตีบ / อุดตัน

8. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี

9. สภาพปัจจุบันของผู้ป่วย

[ ] อัมพาตทั้งตัว

[ ] อัมพาตครึ่งซีก

10. ยาที่ผู้ป่วยใช้รับประทานในปัจจุบัน

มี  ไม่มี

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

11. บุคคลในครอบครัวที่เป็นหลักในการดูแลสุขภาพของท่าน

บิดา / มารดา  คู่สมรส

ลูก / หลาน  ญาติ (ระบุ).....

อื่น ๆ ระบุ.....

12. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

ตอนที่ 2 การประเมินผลผลิต

### 2.1 ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ

**คำชี้แจง** ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ เพียงช่องเดียวตามความเข้าใจของผู้ป่วย

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1	ท่านควรรับประทานอาหารที่เหมาะสม คือ ลดเค็ม หวาน มัน เพิ่มผักและผลไม้			
2	ท่านควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง คือส่วนของผลไม้ ผัก และเมล็ดพืชต่าง ๆ จะช่วยทำให้อุจจาระนิ่ม และมีจำนวนมากพอที่จะกระตุ้นการขับถ่ายได้			
3	ท่านควรอยู่ในท่านั่งในขณะที่และหลังรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง			
4	ท่านไม่จำเป็นต้องใช้มือประคองข้อต่อบริเวณแขนหรือขาที่อยู่ใต้ข้อที่กำลังเคลื่อนไหวอยู่			
5	ถ้าท่านไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และต้องนอนบนเตียงหรือนั่งบนเก้าอี้ทำเตียงเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย			
6	ตรวจบริเวณผิวหนังอาทิตย์ละ 1 ครั้ง โดยสังเกตดูสีผิวว่าซีดหรือขาวหรือแดง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ			
7	ควรใช้แอลกอฮอล์หรือผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผิวแห้งกับผิวหนัง			

## 2.1 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
8	ปัญหาการบวมของแขนขา มือและเท้าซึ่งพบบ่อยในข้างที่เป็นอัมพาต สามารถแก้ไขด้วยวิธีการใช้วัสดุอ่อนนุ่ม เช่น ผ้าห่ม หนุนข้างหนุนรองข้างที่บวมให้สูงขึ้น และกระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ			
9	ท่านควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง			
10	ยาสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ยาต้านเกร็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด อาการข้างเคียงของยา เช่น มีเลือดออกง่าย และอาการที่สำคัญ การระคายเคืองหรือมีเลือดออกในกระเพาะอาหารโดยให้สังเกตอาการถ่ายจะมีอุจจาระสีดำ			

## 2.2 การดูแลสุขภาพตนเอง

**คำชี้แจง** ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย/ลงในช่องที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเป็นจริงแต่ละข้อเพียงข้อเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นสัปดาห์ละ 5-7 วัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นสัปดาห์ละ 1-4 วัน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลยใน 1 สัปดาห์

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1	ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ประกอบด้วย ข้าว เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก และผลไม้ ทุกมื้อ			
2	ท่านขอรับประทานอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ หรืออาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู			
3	ท่านงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสุรา			
4	ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน			
5	ท่านใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 15-30 นาที			
6	ในขณะที่ท่านออกกำลังกาย หากท่านมีอาการ หน้ามืด แน่นหน้าอก ท่านจะหยุดออกกำลังกายทันที			
7	ท่านรับประทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมองตรงตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ			
8	ท่านมีการเพิ่มหรือลดขนาดยารักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง			
9	ท่านใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง			
10	ท่านมีการไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ			

### 3. แบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

**คำชี้แจง** ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยตามความเป็นจริงในแต่ละข้อเพียงข้อเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

- 0-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด
- 25-45 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่
- 50-70 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลางต้องพึ่งพาผู้อื่นในกิจกรรมที่ยุงยาก
- 75-95 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้เกือบทั้งหมดต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนน้อย
- 100 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

กิจกรรม/คะแนน	ผลการประเมิน
<p>1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)</p> <p>0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้</p> <p>5 = ใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า</p>	
<p>2. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)</p> <p>0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ)หรือต้องช่วยคนสองคนยกขึ้น</p> <p>5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ หรือต้องใช้คนแข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p>10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย</p> <p>15= ทำได้เอง</p>	
<p>3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)</p> <p>0 = ต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>5 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>	
<p>4. Toilet use (การเข้าห้องน้ำ)</p> <p>0 = ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p>5 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p>10 = ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระแล้ว ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>	

## 3. (ต่อ)

กิจกรรม/คะแนน	ผลการประเมิน
5. Bathing (การอาบน้ำ) 0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 5 = อาบน้ำได้เอง	
6. Mobility (การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน) 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยเหลือตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้)และจะต้องเข้าออกมุมหรือประตูได้ 10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
7. stairs (การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น) 0 = ไม่สามารถทำได้ 5 = ต้องการคนช่วยเหลือ 10 = ขึ้นลงได้ (ถ้าต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้น-ลงได้)	
8. Dressing ( การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้น้อย 5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50ที่เหลือต้องมีคนช่วย 10 = ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมกับได้)	
9. Bowels (การกลั่นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั่นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระเสมอ 5 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์) 10 = กลั่นได้ปกติ	
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยยะ 1สัปดาห์) 0 = กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลตนเองได้ 5 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) 10 = กลั่นได้ปกติ	
<b>รวมคะแนน</b>	

#### 4. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

**คำชี้แจง** ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องระดับความพึงพอใจตามความเป็นจริงที่ผู้ป่วยให้เพียง  
ข้อละช่องเท่านั้น จำนวน 10 ข้อ

ข้อที่	ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านได้รับการให้บริการที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ อย่างต่อเนื่องตรงตามความต้องการ					
2.	การติดต่อประสานงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีความรวดเร็ว					
3.	เจ้าหน้าที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน					
4.	เมื่อมีภาวะฉุกเฉินที่บ้าน เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการดูแลและสามารถแก้ไขปัญหา ได้ทันที					
5.	เจ้าหน้าที่มีกิริยา และวาจาสุภาพ					
6.	เจ้าหน้าที่มีการประสานงาน และร่วมมือกัน ในการให้บริการเป็นอย่างดี					
7.	เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล คำแนะนำด้านสุขภาพ / การบริการตรงกับความต้องการ					
8.	ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นใน การให้บริการที่บ้าน					
9.	ท่านได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านและคำแนะนำวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดชัดเจน จากเจ้าหน้าที่					
10.	เจ้าหน้าที่มีการให้สื่อ เอกสารในการให้ความรู้ และข้อมูลเพียงพอ					

เลขที่.....  
วันที่.....  
ครั้งที่.....เวลา.....

118

### แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแล

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน [ ] หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง และเติมคำตอบ  
ในช่องว่าง

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 7 ข้อ

1. ปัจจุบันท่าน อายุ.....ปี
2. เพศ            [ ] ชาย            [ ] หญิง
3. สถานภาพ  
                          [ ] โสด            [ ] คู่  
                          [ ] หม้าย        [ ] แยก            [ ] หย่า
4. ระดับการศึกษา  
                          [ ] ไม่ได้เรียนหนังสือ            [ ] ประถมศึกษา  
                          [ ] มัธยมศึกษา                        [ ] อนุปริญญา  
                          [ ] ปริญญาตรี                        [ ] สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
5. อาชีพ  
                          [ ] ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน    [ ] เกษตรกรรม  
                          [ ] ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว            [ ] รับจ้าง  
                          [ ] รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ    [ ] อื่น ๆ
6. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

ตอนที่ 2 การประเมินผลผลิต

2.1 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ผู้ดูแลตอบตามความเป็นจริงทุกข้อ

ข้อ	ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1	ท่านเลือกอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย คือ ลดเค็ม หวาน มัน เพิ่มผักและผลไม้			
2	ท่านเลือกอาหารที่มีกากใยสูง คือส่วนของผลไม้ ผัก และเมล็ดพืชต่าง ๆ จะช่วยทำให้อุจจาระนุ่ม และมีจำนวนมากพอที่จะกระตุ้นการขับถ่ายได้			
3	ท่านจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งในขณะและหลังรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง			
4	ท่านไม่จำเป็นต้องใช้มือประคองข้อต่อบริเวณแขนหรือขาที่อยู่ใต้ข้อที่กำลังเคลื่อนไหวของผู้ป่วย			
5	ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และต้องนอนบนเตียงหรือนั่งบนเก้าอี้ทำเฉยเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย			
6	ท่านตรวจบริเวณผิวหนังอาทิตย์ละ 1 ครั้ง โดยสังเกตดูสีผิวว่าซีดหรือขาวหรือแดง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ			
7	ท่านควรใช้แอลกอฮอล์หรือผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผิวแห้งกับผิวหนัง			
8	ปัญหาการบวมของแขนขา มือและเท้าซึ่งพบบ่อยในข้างที่เป็นอัมพาต สามารถแก้ไขด้วยวิธีการใช้วัสดุอ่อนนุ่ม เช่น ผ้าห่มหนอนข้างหนุนรองข้างที่บวมให้สูงขึ้น และกระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ			
9	ท่านคิดว่าผู้ป่วยควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง			
10	ยาสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ยาต้านเกร็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด อาการข้างเคียงของยา เช่น มีเลือดออกง่าย และอาการที่สำคัญ การระคายเคืองหรือมีเลือดออกในกระเพาะอาหารโดยให้สังเกตอาการถ่ายจะมีอุจจาระสีดำ			



## 2. กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง** ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้ดูแลต่อผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 5-7 วัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลต่อผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1-4 วัน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ดูแลไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลยใน 1 สัปดาห์

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
1	ท่านได้มีการเตรียมอาหารให้กับผู้ป่วยครบ 5 หมู่ ประกอบด้วย ข้าว เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก และผลไม้ ทุกมื้อ			
2	ท่านมักทำอาหารหรือปรุงอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ หรืออาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู			
3	ท่านได้มีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วยในการออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน			
4	ท่านได้มีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วยในการออกกำลังกายใช้เวลาอย่างน้อยครั้งละ 15-30 นาที			
5	ในขณะที่ท่านช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย หากท่านสังเกตผู้ป่วยมีอาการ หน้ามืด แน่นหน้าอก ท่านจะหยุดออกกำลังกายทันที			
6	ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ตรงตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ			
7	ท่านมีการปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยารักษาโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วย			
8	ท่านใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วย			
9	ท่านได้ฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน			
10	ท่านได้พาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ			

### 3. ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

**คำชี้แจง** ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของผู้ดูแลในละข้อ จำนวน 10 ข้อ

ข้อที่	ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	ระดับความพึงพอใจ					
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	หมายเหตุ
1.	ท่านได้รับการให้บริการที่บ้านจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องตรงตามความต้องการ						
2.	การติดต่อประสานการดูแลสุขภาพที่บ้านมีความรวดเร็ว						
3.	เจ้าหน้าที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน						
4.	เมื่อมีภาวะฉุกเฉินที่บ้านเจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลและสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที						
5.	เจ้าหน้าที่มีกิริยา และวาจาสุภาพ						
6.	เจ้าหน้าที่มีการประสานงานและร่วมมือกันในการให้บริการเป็นอย่างดี						
7.	เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล คำแนะนำด้านสุขภาพ / การบริการตรงกับความต้องการ						
8.	ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการบริการที่บ้าน						
9.	ท่านได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและคำแนะนำวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดชัดเจนจากเจ้าหน้าที่						
10.	เจ้าหน้าที่มีการให้สื่อ เอกสารในการให้ความรู้ และข้อมูลเพียงพอ						

เลขที่.....

วันที่.....

ครั้งที่.....เวลา.....

**แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร**

**คำชี้แจง** ใส่เครื่องหมาย / ลงใน [ ] หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง และเติมคำตอบในช่องว่าง

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหาร จำนวน 8 ข้อ

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. เพศ            [ ] ชาย            [ ] หญิง

3. สถานภาพ

[ ] โสด            [ ] คู่

[ ] หม้าย            [ ] แยก            [ ] หย่า

4. ระดับการศึกษา

[ ] ต่ำกว่าปริญญาตรี            [ ] ปริญญาตรี

[ ] ปริญญาโท            [ ] อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานที่

[ ] โรงพยาบาลคลองหลวง

[ ] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง

[ ] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

6. อายุราชการของท่านจนถึงปัจจุบัน.....ปี

7. ระยะเวลาปฏิบัติงานที่แห่งนี้ถึงปัจจุบัน จำนวน.....ปี

8. ตำแหน่งของท่านในการปฏิบัติงาน (ระบุ).....

**ตอนที่ 2** ความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงาน และประสิทธิผลของโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ

**คำชี้แจง** โปรดแสดงความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง

#### การประเมินบริบท

1. เครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีการปฏิบัติงานเป็นอย่างไร

.....

.....

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความรับผิดชอบของอำเภอคลองหลวงจังหวัดปทุมธานีมีภาวะสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างไร

.....

.....

#### การประเมินปัจจัยนำเข้า

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร ต่อการกำหนดในการเยี่ยมบ้าน/การดำเนินโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

.....

.....

2. ท่านคิดว่างบประมาณที่สนับสนุนสำหรับโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

.....

.....

3. ท่านคิดว่าโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่อย่างไร

.....

.....

.....

.....

4. ท่านคิดว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์ 1 : 1,250 ซึ่งปัจจุบันไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จะมีวิธีการแก้ไขอย่างไร ให้ความดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

.....

.....

.....

5. ท่านคิดว่าค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการออกดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

6. ท่านได้มีการสนับสนุนหรืออนุมัติให้มีการจัดหายานพาหนะ วัสดุอุปกรณ์ ที่ใช้ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างไร

- รถยนต์/น้ำมันเชื้อเพลิง

.....

.....

.....

- แพ้มนามัยครอบครัว/แพ้มดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

.....

.....

.....

- แบบบันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน/แบบรายงานการส่งต่อ

.....

.....

.....

- คู่มือ/แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

.....

.....

.....

- แผ่นพับ/สื่อสุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

- เครื่องวัดความดัน / เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด / อุปกรณ์ในการทำแผล สายอาหาร สายสวนปัสสาวะ และอื่น ๆ

### การประเมินกระบวนการ

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร กับวิธีการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาล ให้มารับการรักษาต่อเนืองที่บ้าน

2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร กับวิธีการหรือบทบาทของทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เวชปฏิบัติครอบครัว/ชุมชน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน) ในการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- แพทย์

- พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติครอบครัว/ชุมชน

- เภสัชกร

- นักกายภาพบำบัด

.....

.....

- เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

.....

.....

3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร กับการจัดให้มีการอบรม / วิธีการที่ใช้ในการอบรม / แนวทางการ  
ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อพัฒนาวิชาการสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่  
ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

.....

.....

.....

4. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร กับการปฏิบัติงาน/ขั้นตอนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพเวช  
ปฏิบัติครอบครัว/ชุมชน เกสัชกร นักกายภาพบำบัด และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนก่อนลงเยี่ยม  
บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

.....

.....

.....

5. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร กับการนิเทศงาน การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ความถี่ของการนิเทศ/วิธีติดตามการเยี่ยมบ้าน/กระบวนการทำงาน/  
การรายงานผล/การลงบันทึกข้อมูล/การส่งต่อ/การลงพื้นที่เพื่อสุ่มประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/  
ความครอบคลุมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเยี่ยมบ้าน)

.....

.....

.....

### การประเมินผลลัพธ์

ท่านคิดว่าภายหลังการดำเนินการโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ทีมสหวิชาชีพมีการปฏิบัติงานที่เปลี่ยนแปลงอย่างไร

.....

.....

.....

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับประโยชน์/มีภาวะแทรกซ้อนลดลง อย่างไร

.....

.....

.....

3. ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง อย่างไร

.....

.....

.....

4. เพื่อนบ้าน/สมาชิกในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลง อย่างไร

.....

.....

.....

**ตอนที่ 3** ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ จำนวน 3 ข้อ

1. โดยภาพรวม ท่านคิดว่านโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าประโยชน์ของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

3. ท่านมีข้อเสนอแนะ ที่จะทำให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน มีประสิทธิภาพสามารถนำมาปรับปรุง การดำเนินงานอย่างไร

.....

.....

.....



**แบบสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ**

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน [ ] หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง และเติมคำตอบ  
ในช่องว่าง

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ**

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ            [ ] ชาย            [ ] หญิง
3. สถานภาพ  
                    [ ] โสด            [ ] คู่  
                    [ ] หม้าย            [ ] แยก            [ ] หย่า
4. ระดับการศึกษา  
                    [ ] ต่ำกว่าปริญญาตรี            [ ] ปริญญาตรี  
                    [ ] ปริญญาโท            [ ] อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานที่  
                    [ ] โรงพยาบาลคลองหลวง  
                    [ ] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง  
                    [ ] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
6. อายุราชการของท่านจนถึงปัจจุบัน.....ปี
7. ระยะเวลาปฏิบัติงานที่แห่งนี้ถึงปัจจุบัน จำนวน.....ปี
8. ตำแหน่งของท่านในการปฏิบัติงาน (ระบุ).....

**ตอนที่ 2** ความคิดเห็นต่อนโยบายการดำเนินงาน และประสิทธิผลของโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่  
บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ

**คำชี้แจง** โปรดแสดงความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง

**การประเมินบริบท**

1. เครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีการปฏิบัติงาน  
เป็นอย่างไร

.....  
.....

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความรับผิดชอบของอำเภอคลองหลวงจังหวัดปทุมธานีมีภาวะสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างไร

.....

.....

### การประเมินปัจจัยนำเข้า

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร ต่อการกำหนดในการเยี่ยมบ้าน/การดำเนินโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

.....

.....

2. ท่านคิดว่างบประมาณที่สนับสนุนสำหรับโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

.....

.....

3. ท่านคิดว่าโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่อย่างไร

.....

.....

4. ท่านคิดว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์ 1 : 1,250 ซึ่งปัจจุบันไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จะมีวิธีการแก้ไขอย่างไร ให้ความดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

.....

.....

5. ท่านคิดว่าค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการออกดำเนินการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

6. ท่านได้มีการสนับสนุนหรืออนุมัติให้มีการจัดหายานพาหนะ วัสดุอุปกรณ์ ที่ใช้ในการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างไร

- รถยนต์/น้ำมันเชื้อเพลิง

.....  
 .....

- แพ้มอนามัยครอบครัว/แพ้มดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

.....  
 .....

- แบบบันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน/แบบรายงานการส่งต่อ

.....  
 .....

- คู่มือ/แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

.....  
 .....

- แผ่นพับ/สื่อศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

.....  
 .....

- เครื่องวัดความดัน/เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด/อุปกรณ์ในการทำแผล สายอาหา สายสวนปัสสาวะ และอื่น ๆ

.....  
 .....

#### การประเมินกระบวนการ

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร กับวิธีการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาล ให้มารับ การรักษาต่อที่บ้าน

.....  
 .....

.....  
 .....

2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร กับวิธีการหรือบทบาทของทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เวชปฏิบัติครอบครัว/ชุมชน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน) ในการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- แพทย์

.....

.....

- พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติครอบครัว/ชุมชน

.....

.....

- เภสัชกร

.....

.....

- นักกายภาพบำบัด

.....

.....

- เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

.....

.....

3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร กับการจัดให้มีการอบรม/วิธีการที่ใช้ในการอบรม/แนวทางการในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านจะเกิดผลดีต่อคุณภาพการบริการ เพื่อพัฒนาวิชาการสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

.....

.....

4. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร กับวิธีการปฏิบัติงาน/ขั้นตอนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เวชปฏิบัติครอบครัว/ชุมชน เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนก่อนลงเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

.....

.....

5. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับวิธีการนิเทศการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ความถี่ของการนิเทศ/วิธีติดตามการเยี่ยมบ้าน/กระบวนการทำงาน/การรายงานผล/การลงบันทึกข้อมูล/การส่งต่อ/การลงพื้นที่เพื่อสุ่มประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ความครอบคลุมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเยี่ยมบ้าน)

.....

.....

.....

### การประเมินผลลัพธ์

ท่านคิดว่าภายหลังการดำเนินการโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ทีมสหวิชาชีพมีการปฏิบัติงานที่เปลี่ยนแปลงอย่างไร

.....

.....

.....

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับประโยชน์/มีภาวะแทรกซ้อนลดลง อย่างไร

.....

.....

.....

3. ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง อย่างไร

.....

.....

.....

4. เพื่อนบ้าน/สมาชิกในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลง อย่างไร

.....

.....

.....

ตอนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ จำนวน 3 ข้อ

1. โดยภาพรวม ท่านคิดว่านโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าประโยชน์ของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

3. ท่านมีข้อเสนอแนะ ที่จะทำให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน มีประสิทธิภาพ สามารถนำมาปรับปรุง การดำเนินงานอย่างไร

.....

.....

.....



ภาคผนวก ง  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity)  
ของเครื่องมือวิจัย

- ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 แพทย์หญิงสิทธิธนา โตอ่อน  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายบางระจันจังหวัดสิงห์บุรี
- ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 อาจารย์ ดร.พีระพล รัตน์นะ  
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม  
อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

## ภาคผนวก จ

## ผลการวิเคราะห์ค่าความตรงของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นวัดในเนื้อหานั้น (มีความสอดคล้อง)

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นวัดในเนื้อหานั้นหรือไม่ (ไม่แน่ใจ)

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่วัดในเนื้อหานั้น (ไม่สอดคล้อง)

$$\text{ค่า IOC} = \frac{\sum R}{N} \quad (\text{ข้อความที่มีค่า IOC} \geq 0.5 \text{ คือข้อความที่มีคุณภาพ})$$

R = ผลรวมของคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

ค่าที่กำหนดให้คือ มากกว่า หรือเท่ากับ 0.5

$$\text{แทนค่า IOC ชุดที่ 1} = \frac{70}{70} = 1.0$$

$$\text{แทนค่า IOC ชุดที่ 2} = \frac{63}{70} = 0.90$$

$$\text{แทนค่า IOC ชุดที่ 3} = \frac{62}{70} = 0.89$$

$$\text{แทนค่า IOC รวม} = \frac{62.5}{70} = 0.89$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่คำนวณได้เท่ากับ 0.89



## ภาคผนวก ฉ

## ตัวอย่างเอกสารบันทึกข้อมูลของโครงการฯ ในโปรแกรม cocr9.info ปทุมธานี

รายงานเยี่ยมบ้าน เครือข่าย จ.ปทุมธานี ตามกลุ่มโรค **หลอดเลือดสมอง(Stroke)** ของหน่วยงาน All Wards  
 ตุลาคม 1, 2015 - กรกฎาคม 26, 2016

พิมพ์

หมายเหตุ: การจัดระดับ วันเยี่ยมคุณภาพ กรณีเอนไซม์ระดับ 1 <=7 วัน= ดีมาก, 7-14 วัน= ดี, >14 วัน= ไม่คุณภาพ กรณีเอนไซม์ระดับ 2-3 <=3 วัน= ดีมาก 3-7 วัน=

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล(ผู้ป่วย)	ผู้ส่ง (case)	การวินิจฉัย Dx	การประเมินระดับ			วันที่ D/C	วัน
				(1)	(2)	(3)		
1		ศิริลักษณ์ เชียงคำ(รพ.สต. คลอง	หลอดเลือดสมอง			/	09/10/2015	09/1
2		สมทรง ทูเรียน (รพ. สต. คลองสี	Stroke			/	09/10/2015	09/1
3		อัมภา เหมสุลักษณ์ (รพ. สต. คลองท	I64			/	08/10/2015	09/1
4		วรวรรณ ธรรมจิต	stroke			/	09/10/2015	09/1
5		อัญชลี วัประสงค์	i64			/	09/10/2015	09/1

รายงานเยี่ยมบ้าน เครือข่าย จ.ปทุมธานี ตามกลุ่มโรค **หลอดเลือดสมอง(Stroke)** ของหน่วยงาน All Wards  
 ตุลาคม 1, 2015 - กรกฎาคม 26, 2016

พิมพ์

หมายเหตุ: การจัดระดับ วันเยี่ยมคุณภาพ กรณีเอนไซม์ระดับ 1 <=7 วัน= ดีมาก, 7-14 วัน= ดี, >14 วัน= ไม่คุณภาพ กรณีเอนไซม์ระดับ 2-3 <=3 วัน= ดีมาก 3-7 วัน=

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล(ผู้ป่วย)	ผู้ส่ง (case)	การวินิจฉัย Dx	การประเมินระดับ			วันที่ D/C	วัน
				(1)	(2)	(3)		
1		ศิริลักษณ์ เชียงคำ(รพ.สต. คลอง	หลอดเลือดสมอง			/	09/10/2015	09/1
2		สมทรง ทูเรียน (รพ. สต. คลองสี	Stroke			/	09/10/2015	09/1
3		อัมภา เหมสุลักษณ์ (รพ. สต. คลองท	I64			/	08/10/2015	09/1
4		วรวรรณ ธรรมจิต	stroke			/	09/10/2015	09/1
5		อัญชลี วัประสงค์	i64			/	09/10/2015	09/1

ระบบประสานข้อมูลเขื่อนบ้าน X

cocr9.info/pathum/admin/admin\_main.php

จำนวน Case: 28 | จำนวนหน้า: 2 | ข้ามไปยังหน้า: 1 ▼ **ดำเนินการ**

1 2

<input type="checkbox"/>	รหัส Tracking ID	วันส่งเขื่อน	ปรับปรุงล่าสุดเมื่อ	ผู้ส่ง (เจ้าหน้าที่)	ชื่อผู้ป่วย/เรื่อง	Status	หมวดครอบครัว		Prior-Tracking
<input type="checkbox"/>	<a href="#">R3E-JMJ-EGNN</a>	09/10/15	2ชม.50นาที	นฤมล พลาชัย		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม
<input type="checkbox"/>	<a href="#">R3E-VAG-9B4M</a>	17/11/15	1ต.2สัปดาห์	จินตนา สดากกร		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม
<input type="checkbox"/>	<a href="#">Y7N-T3H-G1DW</a>	19/01/16	2สัปดาห์6ว.	นฤมล พลาชัย		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม
<input type="checkbox"/>	<a href="#">LWE-X5G-RQE2</a>	28/03/16	1ต.	จินตนา สดากกร		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม
<input type="checkbox"/>	<a href="#">VDU-PMY-XMW7</a>	12/03/16	1ต.2สัปดาห์	จินตนา สดากกร(รพช.คลองหลวง)		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม
<input type="checkbox"/>	<a href="#">JU7-6DV-S2MB</a>	05/04/16	2ต.	จินตนา สดากกร		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม
<input type="checkbox"/>	<a href="#">7AV-ANW-VMX5</a>	29/10/15	2ต.3สัปดาห์	นฤมล พลาชัย		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม
<input type="checkbox"/>	<a href="#">RTA-G6S-4ZAW</a>	29/10/15	4ต.2สัปดาห์	นฤมล พลาชัย		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม
<input type="checkbox"/>	<a href="#">5A9-J89-EBBY</a>	29/10/15	1ต.3สัปดาห์	นฤมล พลาชัย		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม
<input type="checkbox"/>	<a href="#">99Q-NWD-PD1E</a>	29/10/15	1ต.2สัปดาห์	นฤมล พลาชัย		ตอบ กลับ แล้ว	จินตนา สดากกร(รพช.คลองหลวง)		เปลี่ยนระดับ
<input type="checkbox"/>	<a href="#">YTL-916-2E7Y</a>	11/02/16	4ต.3สัปดาห์	ผู้ป่วยใน 1		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม
<input type="checkbox"/>	<a href="#">MGG-GPU-QM19</a>	23/02/16	2ต.2สัปดาห์	วาลนา บางซวด		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		เปลี่ยนระดับ
<input type="checkbox"/>	<a href="#">R4A-WVY-XT6N</a>	21/03/16	1ต.	จินตนา สดากกร		ตอบ กลับ แล้ว	นฤมล พลาชัย		คงเดิม

start | 4 Windows E... | 2 Google Chr... | JHCIS Vers. 1 ... | แผนเขื่อนบ้าน | Document1 - M... | nero | SEARCH | TH | 15:51



ที่อยู่ ๕๑/๒๐ หมู่ ๑๔  
ต.ดงอามหลวง  
อ.ดงอามหลวง



เพิ่มสุขภาพประจำครอบครัว

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
HUACHIEW  
CHALERM PRAKIET UNIVERSITY  
華僑崇光

ระบบประสานข้อมูลเข้มนบ้าน X การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วย Stroke X

← → C cocr9.info/spathum/index.php/printcoc/view/surveyid/986188/?stb=986188&track=99Q-NWD-PD1E&pthame=นางคอรี่๑๑

Click to Print This Page

COC Case : นางคอรี่ ต้าชะโ

[Click for Full Details & Analysis](#)







ชื่อแบบสำรวจ (เลขที่): การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วย Stroke (986188)	
รหัสของการตอบแบบสอบถาม	285
ที่อยู่ IP	1.47.164.202
URL อ้างอิง	http://cocr9.info/spathum/index.php/986188/lang-th?track=99Q-NWD-PD1E
แบบตอบกลับการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย stroke	
วันที่เยี่ยม	25/11/2015
1. ผู้ดูแลหลัก	ใช่ [Y]
1. ผู้ดูแลหลัก	ลูก [A3]
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL Bathel index)	พึ่งตนเองได้(12 คะแนน) [A1]
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	
3.1 แผลกดทับจากที่บ้าน	ไม่ [N]
แผลกดทับที่บ้าน	
3.2 ปวดขาม	ไม่ [N]
3.3 ดัดข้อทางเดินปัสสาวะ	ไม่ [N]
ดัดข้อทางเดินปัสสาวะ	
3.4 ข้อติดแข็ง	ไม่ [N]
ข้อติดแข็ง	
3.5 อารมณ์ซึมเศร้า	ไม่ [N]
อารมณ์ซึมเศร้า	
อารมณ์ซึมเศร้า	

start 4 Windows E... 2 Google Chr... JHCIS Vers. 1 ... แพนเข้มนบ้าน ทะเบียน ช.1 [C... nero @SEARCH TH 15:54





ระบบประสานข้อมูลเข้มนบ้าน X

← → C cocr9.info/pathum/admin/admin\_ticket.php?track=R3E-JMJ-EGNN&Refresh=25956

ศูนย์เข้มนบ้าน/refer    หรือพักกร-ควนรู้    ำงำน    ข้อมูลบุคคล    Mail (0)    Logout

**นางพ่อน นุชประดับ**

รหัส Tracking: R3E-JMJ-EGNN (เลขเข้มนบ้าน/refer: 13717)   

วันส่งเข้มน: 09/10/2015 14:33:22

สภำกรเข้มน: **ตอบกลับแล้ว [ตั้งสภำกรเป็น -เข้มนเสร็จแล้ว-]** เปลี่ยนสภำกรเป็น --คลิกเลือก-- สำเนำกร

ปรับปรุงล่ำสุดเมื่อ: 26/07/2016 12:58:41

พื้นที่ Case: [01092] รพ.สตร.คลองสอง หมู่ที่ 13 ย้าย Case ไปพื้นที่  สำเนำกร

ตอบกลับ: 12

รุนแรงระดับ: **สูง-ซับซ้อนต้องช่วยเหลือนเกือบทั้งหมด** เปลี่ยนระดับความรุนแรงเป็น --คลิกเลือก-- สำเนำกร

ผู้บันทึกล่ำสุด: นงมล พลาชัย

เจ้าของ Case: **นงมล พลาชัย** มอบหมายให้ --คลิกเลือก-- สำเนำกร




ใช้เวลำ: 01:44:04

**หมายเหตุ:** + เพิ่มหมายเหตุ

**กำหนดเข้มนครั้งต่อไป:** + เพิ่มกำหนดการติดตามเข้มนครั้งต่อไป

**การติดตามการเกิดภำวะแทรกซ้อน:** + บันทึกการเกิดภำวะแทรกซ้อน

**ข้อมูลแผนที่เดินทาง**

วันที่: 09/10/2015 14:33:22   

ผู้ส่ง (เจำนำเข้า): นงมล พลาชัย

Email: k2-13@hotmail.com

IP: 58.97.103.90

start | 4 Windows E... | 3 Google Chr... | JHCIS Vers. 1 ... | แนนเข้มนบ้าน | Document1 - M... | nero @SEARCH | TH | 15:44

