

**ประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
อำเภอเมืองชัยภูมิ**

นาริรัตน์ บำรุงถิ่น * อรุณรัตน์ สู้หนองบัว **

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อำเภอเมืองชัยภูมิ เป็นการศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิระหว่าง เดือน สิงหาคม 2565 – พฤษภาคม 2566 จำนวน 90 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย จากฐานข้อมูล HOSxP โรงพยาบาลชัยภูมิ และข้อมูลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index: BI) ในระยะ 6 เดือน ในการดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการเยี่ยมบ้าน สังเกตและสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและวิเคราะห์สถิติอนุมานด้วย paired t-test, McNemar's test, Cochran Q test และ Simple logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.0) อายุเฉลี่ย 65.4 ± 4.7 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 77.8 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล เฉลี่ย 7.5 ± 4.3 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่ $BI < 11$ (ร้อยละ 74.4) หลังการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในระยะ 6 เดือน พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น ($BI > 11$ ร้อยละ 83.3) โดยมีกลุ่มที่คะแนน $BI = 20$ คะแนนเต็ม ร้อยละ 50.0 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน BI เฉลี่ย พบว่า หลังการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในระยะ 6 เดือน คะแนน BI เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.5 คะแนน (95% CI: 8.5, 10.6) แต่ทั้งนี้ มีผู้ป่วยเสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 78.5 ± 7.4 ปี และมีโรคประจำตัว นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสูงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อแรกรับ ($NIHSS \geq 15$ คะแนน) มีความเสี่ยงต่อการดูแลแบบระยะยาวหรือเสียชีวิต ($BI < 11$ /dead) ในระยะฟื้นฟู 6 เดือน ถึง 6 เท่า (OR = 6.2; 95% CI: 1.2, 31.5)

สรุป การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนและครอบครัว ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แต่สำหรับกลุ่มที่มีความรุนแรงสูงหรือค่า BI ต่ำมากควรพิจารณาวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยระยะกลาง, การดูแลต่อเนื่อง

ส่งเรื่องตีพิมพ์: 19 มกราคม 2567

อนุมัติตีพิมพ์: 11 มีนาคม 2567

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชัยภูมิ

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชัยภูมิ

Effectiveness Continuing of Care in Community among Intermediate Care of Stroke Patients, Mueang Chaiyaphum District

Nareerat Bamrunghin* Arunrat Sunongbua**

Abstract

This retrospective study aimed to investigate the effects of community-based follow-up care in stroke patients during the intermediate phase in Mueang District, Chaiyaphum Province. The study involved 90 stroke patients whom admitted in Chaiyaphum Hospital between August 2022 and May 2023. A home health care approach was used to assess the patients' ability to perform daily activities (Barthel ADL Index: BI) and provide rehabilitation support for 6 months after discharge from the hospital. Data on medical history was collected from the HOSxP database, and data on home-based follow-up care during the rehabilitation phase was collected through observation and interviews. Descriptive statistics were used to analyze the data, and inferential statistics were performed using paired t-test, McNemar's test, Cochran Q test and Simple logistic regression.

The study results showed that the majority of the sample were male (60.0%) with an average age of 65.4±4.7 years, 77.8% were ischemic stroke patients. On the day of discharge from the hospital, 74.4% had a BI score <11. After 6 months of continuing of care at home in community showed that, 83.3% had increase of BI scores, 50% had fully BI scores (20 points), 13.3% were deaths whom had average age of 78.5±7.4 years and history of chronic disease. When comparing the average BI scores, it was found that after 6 months of follow-up care, the average BI score increased by 9.5 points (95% CI: 8.5, 10.6). Furthermore, it was found that a higher initial stroke severity (NIHSS ≥ 15 points) was associated with a 6-fold increased risk of long-term care or death (BI<11/dead) during the 6-month rehabilitation period (OR = 6.2; 95% CI: 1.2, 31.5).

In conclusion, continuous community-based care for stroke patients during the intermediate phase by a multidisciplinary team in collaboration with community networks and families had encouraged and supported majority of patients to improve ability self-care. However, in severe cases or BI score very low cases are necessary to appropriate care plan before discharge from the hospital.

Keywords: Stroke, Intermediate Care, Continuing of Care

Submission: 19 January 2024

Publication: 11 March 2024

*Registered Nurse, Professional Level, Community Nursing Department, Chaiyaphum Hospital

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Community Nursing Department, Chaiyaphum Hospital



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการจากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) เป็นเพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) เพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจำนวน 23,817คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 479, 534, 588 และ 645 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560-2563 พบอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽¹⁾

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดชัยภูมิ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2,008 ราย เสียชีวิต 130 ราย (ร้อยละ 6.5) ปี 2564 พบผู้ป่วย 2,167 ราย เสียชีวิต 156 ราย (ร้อยละ 7.2) และปี 2565 พบผู้ป่วย 2,574 ราย เสียชีวิต 198 ราย (ร้อยละ 7.7) สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ของจังหวัดชัยภูมิ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ IMC ในปี 2561-2565

จำนวน 302, 751, 629, 527 และ 809 ราย ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) (ร้อยละ 68.6) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (SCI) ร้อยละ 6.0 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (TBI) ร้อยละ 5.4 และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากกษัยนตรายที่ไม่รุนแรง ร้อยละ 20.0⁽²⁾ การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะเฉียบพลันและอาการคงที่แล้ว มีความสำคัญยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ กลับมามีความสามารถมากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน มีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยระยะกลางจึงจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนหรือ BI=20 การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กลับมาดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดอัตราการป่วย การตายและพิการ ซึ่งการให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการโดยไม่ต้องเดินทางไปรับบริการฟื้นฟูที่โรงพยาบาล⁽³⁻⁵⁾

ทีมหมอครอบครัว สหวิชาชีพ โรงพยาบาลชัยภูมิ ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข, care giver ฯลฯ ได้ดำเนินการดูแล

ต่อเนื่องที่บ้านกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ การดำเนินการที่ผ่านมาพบปัญหาความไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง ซึ่งคณะทำงานได้ร่วมกันปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานตลอดมา การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อำเภอเมืองชัยภูมิ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ขณะรักษาที่โรงพยาบาลและหลังการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในระยะ 6 เดือน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI)

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึง ผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤติและมีอาการ

คงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีผลการประเมิน BI ได้ค่า <15 คะแนน หรือ ≥ 15 คะแนนร่วมกับ multiple impairments และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ

ผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องในชุมชน หมายถึง ผลการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่บ้านและชุมชน หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ด้วยการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การดูแลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสภาพ และเสริมพลังการจัดการสุขภาพตนเอง ประเมินผลลัพธ์จากคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (BI)

ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง หมายถึง ระดับของความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยประเมินที่แรกเริ่ม ประกอบด้วยการประเมินความรู้สึกตัวกำลังของกล้ามเนื้อ การรับรู้ รวมทั้งความสามารถทางด้านการนึกคิดและสติปัญญา การให้คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินโดยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS)

การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การจัดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยหลังจากอาการของโรคสงบแล้วเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การฟื้นฟูเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อลดความพิการซ้ำซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานและการเข้าสังคม

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP และ KPHIS) ของโรงพยาบาลชัยภูมิ และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์และประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ที่บ้านผู้ป่วย

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care of stroke patients) ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิระหว่าง เดือน สิงหาคม 2565 - พฤษภาคม 2566 จำนวน 138 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิระหว่าง เดือน สิงหาคม 2565 - พฤษภาคม 2566 โดยการสุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมาย

Inclusion criteria คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ ที่

เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน สิงหาคม 2565 - พฤษภาคม 2566 และเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

Exclusion criteria คือ เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) หรือ ย้ายภูมิลำเนาออกจากอำเภอเมืองชัยภูมิ

การสุ่มตัวอย่าง เลือกตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากประชากรเป้าหมายที่ตรงตาม Inclusion criteria จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง กำหนดโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากรขนาดเล็ก⁽⁶⁾

$$n = \frac{NZ \frac{2}{\alpha/2} P(1-P)}{d^2 (N-1) + Z \frac{2}{\alpha/2} P(1-P)}$$

Z_{α} =ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level; Z) ที่ 95% = 1.96

P=สัดส่วน จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยระยะกลางได้รับการเยี่ยมในชุมชนร้อยละ 84.90⁽⁷⁾

N=จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อ.เมืองชัยภูมิ ระหว่างเดือน สิงหาคม 2565 - พฤษภาคม 2566 = 138 ราย

d=Precision =0.05

ผลการคำนวณ n = 88.6 ราย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 90 ราย

การเก็บข้อมูล

1) เก็บข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา อาทิ โรคประจำตัว, ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล, การวินิจฉัยโรค, การรักษา, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI), ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (NIHSS), วันนอนโรงพยาบาล, ค่าใช้จ่ายจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP และ KPHIS) ของโรงพยาบาลชัยภูมิ

2) เก็บข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ได้แก่ การส่งต่อข้อมูลดูแลต่อเนื่อง, การเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว, รพ.สต.และภาคีเครือข่ายในชุมชน ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ฯลฯ จากการสังเกต, สัมภาษณ์ ผู้ป่วย/ญาติ/ภาคีเครือข่ายในชุมชน

การวัดผล (outcome measurement)

1.) ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบเมื่อแรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินโดยใช้ค่า National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ซึ่งมีคะแนน 0-42 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

คะแนน ≥ 25 = Very Severe Impairment

คะแนน 15-24 = Severe Impairment

คะแนน 5-14 = Mild to Moderately

คะแนน ≤ 4 = Mild Impairment

2.) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) มี 10 หมวด คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงถึงสามารถช่วยเหลือตนเองในการ

ดำเนินชีวิตประจำวันได้มาก ซึ่งมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยดังนี้

BI=20 และไม่มี multiple impairment-->สิ้นสุดการบำบัดรักษา

BI =11-19 หรือมี multiple impairment-->ติดตามโดยทีมฟื้นฟู

BI <11 ดูแลแบบระยะยาว (Long Term Care)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นนำไปลงรหัส แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ

1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของตัวแปรเชิงคุณภาพนำเสนอในรูปตาราง จำนวนร้อยละ และคำนวณค่าเฉลี่ย ค่ากลางและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรเชิงปริมาณ

2.สถิติเชิงวิเคราะห์

- เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ขณะรักษาที่โรงพยาบาลและหลังการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ด้วยสถิติ Paired t-test กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่อง, วิเคราะห์ด้วย McNemar's test และ Cochran Q test กรณีเป็นข้อมูลกลุ่ม

- ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ด้วย Simple logistic regression

ผลการศึกษา**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.0) อายุเฉลี่ย 65.4 ± 4.7 ปี อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.8 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.4, อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 37.8 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน ร้อยละ 54.4 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ร้อยละ 81.1 ค่ากลางของจำนวนวันนอนโรงพยาบาล = 4 วัน ค่ากลางของค่ารักษาพยาบาล 21,846 บาท แสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) ร้อยละ 77.8 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.8 เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัว/รถญาติ ร้อยละ 59.5 ค่ากลางของระยะเวลา onset to door = 10.3 ชั่วโมง อาการแรกเริ่มมีอาการแขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 87.0 คะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) เมื่อแรกรับที่โรงพยาบาลชัยภูมิ 5-14 คะแนน (Mild to Moderately) ร้อยละ 53.3 ค่า BI วันจำหน่ายจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.5 ± 4.3 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่ต่ำกว่า 11 คะแนน (ร้อยละ 74.4) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	54	60.0
หญิง	36	40.0
อายุ		
ต่ำกว่า 50 ปี	13	14.4
50-59 ปี	16	17.8
60-69 ปี	23	25.6
70 ปีขึ้นไป	38	42.2
อายุเฉลี่ย (min-max) ปี	65.4±4.7 (27-92)	
สถานภาพสมรส		
โสด	6	6.6
คู่	61	67.8
หม้าย/หย่า/แยก	23	25.6
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	2.2
ประถมศึกษา	67	74.4
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	15	16.7
ปริญญาตรี	6	6.7
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	22	24.4
เกษตรกรกรรม	34	37.8
แม่บ้าน	8	8.9
รับจ้าง	16	17.8
ค้าขาย	7	7.8
รับราชการ	3	3.3
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	49	54.4
4-5 คน	32	35.6
มากกว่า 5 คน	9	10.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
UC	73	81.1
สิทธิข้าราชการ	13	14.4
ประกันสังคม	4	4.4
จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล		
≤ 5 วัน	56	62.2
6-9 วัน	19	21.1
10 วันขึ้นไป	15	16.7
Median จำนวนวันนอนฯ (min-max) วัน	4 (1-98)	
ค่ารักษาพยาบาล		
< 10,000 บาท	13	14.4
10,000 – 50,000 บาท	56	62.2
50,001 - 100,000 บาท	11	12.2
มากกว่า 100,000 บาท	10	11.1
Median ค่ารักษา (min-max) บาท	21,846 (3,555 - 448,957)	

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Ischemic Stroke	70	77.8
Hemorrhagic Stroke	20	22.2
โรคประจำตัว(ตอบได้หลายข้อ)		
ไม่มีโรคประจำตัว	31	34.4
โรคความดันโลหิตสูง	43	47.8
โรคเบาหวาน	27	30.0
โรคไขมันในเลือดสูง	17	18.9
โรคหัวใจ (AF)	4	4.4
การเดินทางมาโรงพยาบาล		
รถพยาบาล / 1669	27	32.1
รถส่วนตัว/ญาติ	50	59.5
รถรับจ้าง	7	8.3

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลนับจากเริ่มมีอาการ (onset to door)		
≤ 3 ชั่วโมง	23	25.6
3.1- 4.5 ชั่วโมง	8	8.9
มากกว่า 4.5 ชั่วโมง	59	65.6
Median (min-max) ชั่วโมง	10.3 (0.30-158)	
อาการแรกเริ่ม(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แขนขาอ่อนแรง	80	87.0
ใบหน้าและปากเบี้ยว	20	22.2
ลิ้นแข็ง/พูดไม่ชัด	40	44.4
ซีมลง ไม่พูด	8	8.9
เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน	6	6.7
พูดสับสน	2	2.2
ปวดศีรษะ	2	2.2
ชักเกร็ง	2	2.2
ล้ม	1	1.1
คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) เมื่อแรกเริ่มที่โรงพยาบาล		
≤ 4 คะแนน (Mild Impairment)	28	37.3
5–14คะแนน (Mild to Moderately)	40	53.3
15–24 คะแนน (Severe Impairment)	7	9.3
≥25 คะแนน (Very Severe Impairment)	0	0
คะแนน Barthel Index: BI วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล (n = 90)		
< 11 คะแนน	67	74.4
≥ 11 คะแนน	23	25.6
คะแนน BI เฉลี่ย (min-max) คะแนน	7.54±4.26 (0-16)	

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะฟื้นฟูสภาพ 6 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 83.3 โดยมีกลุ่มที่มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ร้อยละ 50.0 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระยะฟื้นฟู จำนวน 12 ราย ร้อยละ 13.3 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปี (อายุเฉลี่ย 78.5 ± 7.4 ปี) มีคะแนน BI วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล < 11 คะแนน ร้อยละ 91.7 และเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.0 แสดงในตารางที่ 3

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ขณะรักษาที่โรงพยาบาล (ณ วันจำหน่าย) และหลังการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะ 6 เดือน (ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต) พบว่ามีคะแนน BI เฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 สถานะสุขภาพของผู้ป่วยในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สถานะสุขภาพ 6 เดือนหลังจำหน่าย	จำนวน	ร้อยละ
Barthel ADL Index: BI (คะแนน)		
<11 (Long Term Care)	5	5.6
11-19 (ติดตามโดยทีมฟื้นฟู)	28	31.1
20 (จำหน่าย)	45	50.0
เสียชีวิต	12	13.3
คะแนน BI ในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่าย		
ลดลง	3	3.3
เพิ่มขึ้น	75	83.3
กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต (12 ราย)		
อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต (ปี)	78.5 ± 7.4	
min-max (ปี) ของกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต	68-90	
คะแนน Barthel Index: BI วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล		
< 11	11	91.7
≥ 11	1	8.3
min-max (คะแนน)	0-12	
มีโรคประจำตัว	9	75.0

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนน BI ขณะรักษาที่โรงพยาบาลและหลังการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

คะแนน BI	n	Mean ± SD	Mean	95%CI	t	df	p-value
-ที่โรงพยาบาล (วันจำหน่าย)	78	8.1 ± 4.0	9.5 ± 4.6	8.5, 10.6	18.15	77	<0.001
-ที่บ้านในระยะฟื้นฟู 6 เดือน	78	17.6 ± 4.2					

ความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ขณะแรกรับที่โรงพยาบาลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน (BI) ในระยะ 6 เดือนพบว่ามีความสัมพันธ์กัน (OR=6.2, 95%CI=1.2, 31.5) แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ในระยะฟื้นฟู 6 เดือน

NIHSS เมื่อแรกรับที่โรงพยาบาล (n=75)	ผลลัพธ์ในระยะฟื้นฟู 6 เดือน		OR	95%CI
	BI<11(LTC)/เสียชีวิต	BI>11		
≥ 15 คะแนน (Severe Impairment)	4(57.1)	3 (42.9)	6.2	1.2 - 31.5
<15 คะแนน (Mild & Mild to Moderately)	12 (17.6)	56 (82.4)		

อภิปรายผล

การผลึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.0) อายุเฉลี่ย 65.4±4.7 ส่วนใหญ่อายุ 70 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 42.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.8 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.8 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน ร้อยละ 54.4 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ร้อยละ 81.1 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) ร้อยละ 77.8 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.8 เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัว/รถญาติ ร้อยละ 59.5 ระยะเวลา onset to door 10.3 ชั่วโมง มาถึงโรงพยาบาล ≤3 ชั่วโมง ร้อยละ 25.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา บุญสวยขวัญและอมรรัตน์ กลับรอด⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย, อายุ 70 ปีขึ้นไป, การศึกษาระดับประถมศึกษา, มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง, ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, มีอาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง, มาโรงพยาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัว, ไม่รู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช จิตตานุญ และคณะ⁽⁹⁾ และการศึกษาของศีล เทพบุตร⁽¹⁰⁾ สำหรับระยะเวลา

onset to door ที่กลุ่มตัวส่วนใหญ่มาถึงโรงพยาบาลเกิน 3 ชั่วโมง (ซึ่งเกินเวลาในการพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด) โดยผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมง มีเพียง ร้อยละ 25.6 ซึ่งจากการสอบถามเหตุผลของการเดินทางมาโรงพยาบาลล่าช้าเนื่องมาจากผู้ป่วยและญาติบางรายคิดว่าอาการจะหายเอง /ไม่รุนแรง/ไม่ทราบว่าต้องรีบมาโรงพยาบาล/บางรายเป็นผู้สูงอายุที่ต้องรอรถ รอคิวนำส่งโรงพยาบาล/บางรายมีอาการในช่วงเวลากลางคืน ต้องรอให้สว่างก่อนจึงมาโรงพยาบาล/ไม่เคยใช้บริการ 1669 ๗๗๗ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการสังเกตอาการ FAST ที่ต้องรีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมง เพื่อให้ได้รับโอกาสในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ มีโอกาสจะได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีผลให้กลับมาใช้ชีวิตปกติได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาของปิยะนุช จิตตานุญ และคณะ⁽⁹⁾ เรื่องความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งระดับการศึกษาและวัยสูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็น

อุปสรรค ในการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเรียนรู้ที่ลดลงจากความเสื่อมของร่างกาย และจิตใจ และการประมวลผลข้อมูลความจำระยะสั้นของผู้สูงอายุจะลดลงตามวัย ประกอบกับช่วงวัยผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพน้อยลง

อาการแรกเริ่มเมื่อมาถึงโรงพยาบาลมีอาการแขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 87.0 คะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) เมื่อแรกรับที่โรงพยาบาลชัยภูมิ 5-14 คะแนน (Mild to Moderately) ร้อยละ 53.3 สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี และสินีนานา นาคศรี⁽¹¹⁾ ที่พบว่าคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วย NIHSS ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มเล็กน้อย-ปานกลาง

ความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ขณะแรกรับที่โรงพยาบาลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ในระยะ 6 เดือน พบว่ามีความสัมพันธ์กัน (OR=6.2, 95%CI=1.2, 31.5) ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสูงเมื่อแรกรับ (NIHSS \geq 15 คะแนน) จะมีคะแนน BI < 11 (LTC) หรือเสียชีวิตในระยะฟื้นฟู 6 เดือน มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงต่ำถึงปานกลางเมื่อแรกรับ (NIHSS < 15 คะแนน)

สำหรับ Barthel Index: BI วันจำหน่ายจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.5 ± 4.3 คะแนน ส่วนใหญ่ต่ำกว่า

11 คะแนน ร้อยละ 74.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของถกลวรรณ บุญเต็ม และคณะ⁽¹²⁾

ผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะฟื้นฟูสภาพ 6 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 83.3 โดยมีกลุ่มที่มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ร้อยละ 50.0 BI=11-19 คะแนน ร้อยละ 31.1

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ขณะรักษาที่โรงพยาบาล (ณ วันจำหน่าย) และหลังการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะ 6 เดือน พบว่ามีคะแนน BI เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

จะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย IMC (ในกลุ่มผู้ป่วย stroke) บรรลุตามเป้าหมาย (Service plan ปี 2566: ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน \geq ร้อยละ 75) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่องในชุมชน ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมินั้น ได้แบ่งพื้นที่การให้บริการเป็น 5 โซน (โซนพัฒนาแล 1 - พัฒนาแล 5) โดยแต่ละโซนจะมีทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, พยาบาลวิชาชีพ, นักกายภาพบำบัด, เภสัชกร, นักวิชาการสาธารณสุข, แพทย์แผนไทย เป็นต้น ออกให้บริการเชิงรุกเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านทุกวันราชการ (โซนละ 1-2 วัน/สัปดาห์) ผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน, บางรายได้รับการนัด follow up

เพื่อฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลชัยภูมิร่วมด้วย และในปี 2566 ได้มีการขยายบริการคลินิกกายภาพบำบัดเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย อำเภอเมืองชัยภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟูสภาพอย่างครอบคลุม, ผู้ป่วย IMC บางรายได้รับบริการฝังเข็มและแพทย์แผนไทยร่วมด้วย นอกจากนี้ในปี 2566 โรงพยาบาลชัยภูมิได้จัดการอบรม Care giver หลักสูตร 70 ชั่วโมง เพิ่มเติมให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ ทำให้เครือข่ายการดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชัยภูมิ ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชัยภูมิและแต่ละโซนในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน, ร่วม Discharge Plan ผู้ป่วย IMC ที่ ward, ติดตามผลการประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วย IMC ในแต่ละเดือนจากทุกโซน, ติดตาม/ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติทางโทรศัพท์/Line โดยปฏิบัติตาม “แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง” ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแล ได้แก่ 1) วางแผนและตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นร่วมกับผู้ป่วย/ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ เพื่อไปสู่เป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเอง 2) ให้ความรู้คำปรึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การควบคุมโรคและความเจ็บป่วย การ

เฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) สอน สาธิต และฝึกทักษะที่สำคัญจำเป็นให้กับผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล เพื่อการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้พ้นหายจากความเจ็บป่วย ใช้ชีวิตอย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ 4) เสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง 5) วางแผน ติดตามผล และเฝ้าระวังอาการผิดปกติรวมถึงอาการ แสดงของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง/ติดตามอาการ ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ คำจูนและคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษา การพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน พบว่าช่วยให้ผู้ป่วย IMC เข้าถึงบริการฟื้นฟูในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และสอดคล้องกับอีกหลายการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁵⁻²⁰⁾

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งข้อมูลบางส่วน อาจไม่ครบถ้วนทุกราย เช่น การประเมิน NIHSS, ประวัติด้านการมีโรคประจำตัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) สูง หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า BI ต่ำมาก ๆ หรืออาการยังไม่คงที่ อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ควรพิจารณาวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสมและเพิ่มการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ญาติและ Care giver ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ/ให้คำปรึกษาปัญหาทางจิตใจและทางสังคมที่เกิดขึ้นตามมา/ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมและประกอบอาชีพได้

3. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน /การส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค

4. ควรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง/การสังเกตอาการ FAST/การมาโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมโดยไม่มี

ผลกระทบใด ๆ ต่อกุ่มตัวอย่าง และการศึกษาในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่ 001/2567 วันที่รับรอง 11 ตุลาคม 2566

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน.[Internet]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623/>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดชัยภูมิ เขตสุขภาพที่ 9 รอบที่ 2. 2566.
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). นนทบุรี : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2562.

4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community). นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. 2563.
5. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุระยะกลาง ในโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะกลาง Intermediate Care ในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2563.
6. นิคม ถนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่าง Sample Size Determination. [Internet]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก :https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf
7. วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม, เสฐียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2565;15(2):119-32.
8. วรณา บุญสาวขวัญ, อมรรัตน์ กลับริอด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2565;2(2):61-75.
9. ปิยนุช จิตตสุนนท์, อภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์, พิมพิศา สักดิ์สองเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ ศิลป์, ญันท วอลเตอร์. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกัน ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาดำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564;41(2):13-25.
10. ศील เทพบุตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. สวรรค์ประชารักษ์ เวชสาร 2563;17(3):112-24.
11. ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, ลี นินาฏ นาคศรี. ความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคกับอาการทางระบบประสาทที่แย่ง ในระยะแรก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันแบบเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564;32(2):146-60.
12. ถกลวรรณ บุญเต็ม, อ้อมแก้ว นิยมวัน, จิรนุช กองเมืองปัก, จารุวรรณ สุขศรีศิริวัชร. ผลของกระบวนการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2565;37(3):519-29.
13. ชีรพร สติธองกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, พัชรีย์ กัดจอมพงษ์. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี : กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2562.

14. กัญญารัตน์ คำจูน, ปานจิต วรรณภีระ, ปราญ ประยู ปิ่นสกุล, ศศิธร สมจิตต์. การพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน .พุทธชินราชเวชสาร 2561;35(3):304-12.
15. อุเทน สุทิน. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน .วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2565.
16. ประภัศสร วีระประสิทธิ์. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี. Singburi Hospital Journal 2565;31(1):109-26.
17. ปรีดา อารยาวิชานนท์. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สรรพสิทธิเวชสาร 2559;37(1-3):43-58.
18. Tourangeau AE, Squires ME, Wodchis W, McGilton K, Teare G, Widger KA. Post-acute stroke patient outcomes in Ontario, Canada complex continuing care settings. Disabil Rehabil 2011;23(2):98-104.
19. Lim JH, Lee HS, Song CS. Home-based rehabilitation programs on postural balance, walking, and quality of life in patients with stroke: A single-blind, randomized controlled trial. Medicine (Baltimore) 2021;100(35):e27154.
20. Allen L, Richardson M, McIntyre A, Janzen S, Meyer M, Ure D, et all. Community stroke rehabilitation teams: providing home-based stroke rehabilitation in Ontario, Canada. Can J Neurol Sci 2014;41(6):697-703.