

การพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แผนที่เดินดิน และปฏิทินชุมชนร่วมกับภาคีสุขภาพ เขตตำบลดงอีจาน อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

ธัญฉิมา ใจเสน วท.ม.*

กฤติธัช ไพร่บึง ม.6**

* งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

** งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ ปัญหาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตตำบลดงอีจาน อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาไม่ครอบคลุม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ตกต่ำ วัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แผนที่เดินดินและปฏิทินชุมชนร่วมกับภาคีสุขภาพต่อการเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจ ระดับอาการปวด ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาและแก้ไข้ปัญหาของผู้ป่วย และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แผนที่เดินดิน และปฏิทินชุมชนร่วมกับภาคีสุขภาพต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รูปแบบการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลอง ระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึง มีนาคม 2559 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 40 คน ที่มีอายุ 50 - 89 ปี เครื่องมือการศึกษาแบบสอบถามต่างๆ และแบบประเมินคะแนน Barthel ADL สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test ขั้นตอนการศึกษา (1) ค้นหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การคัดเข้า (2) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและประเมินผลก่อนการศึกษา (3) ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับภาคีสุขภาพจัดทำแผนที่เดินดินและปฏิทินชุมชน (4) การติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับภาคีสุขภาพ ทุกๆ 1 เดือน (5) ประเมินผลหลังการศึกษา 2 ระยะ คือ 1 เดือน และ 6 เดือน ผลการศึกษา หลังการศึกษา 6 เดือน กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 100.0 จากเดิม ร้อยละ 77.5 ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจ ร้อยละ 100.0 จากเดิม ร้อยละ 67.5 ผู้ป่วยมีระดับอาการปวดลดลง ร้อยละ 17.5 จากเดิมร้อยละ 62.5 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 22.5 จากเดิม ร้อยละ 52.5 ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลการแก้ไข้ปัญหาของผู้ป่วย ร้อยละ 100.0 จากเดิม ร้อยละ 72.5 คะแนนเฉลี่ย Barthel ADL เพิ่มขึ้น จาก 10.0 คะแนน เป็น 60.0 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0001$) สรุปผลการศึกษาได้ว่าการพัฒนาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดควรมีระยะ 6 เดือนขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาผลการพัฒนาในด้านต่างๆ และนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ: ติดตามเยี่ยมบ้าน, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ cerebrovascular accident (CVA) หรืออีกชื่อที่รู้จักกันดีคือ stroke เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก ส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้สมองสูญเสียไป เพราะเมื่อสมองขาดเลือด สมองส่วนนั้นจะตายทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก เห็นภาพซ้อน เดินเซ และซำร่างกายครึ่งซีก⁽¹⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ และเป็นภาระแก่ผู้อื่นน้อยที่สุด การติดตามเยี่ยมบ้านรูปแบบเดิมคือ การค้นหารายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีสุขภาพ ซึ่งมักพบปัญหาต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในขณะที่ตัวผู้ป่วยเองไม่อยู่บ้าน เจ้าหน้าที่ไม่รู้จักบ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการไม่ถูกช่วงการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหามิครอบคลุม ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ขาดการดูแลที่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการรักษาและดูแลอย่างครอบคลุม เป็นต้น การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการลงพื้นที่ในชุมชน ซึ่งเจ้าหน้าที่หน่วยงานราชการต่างๆ มีความจำเป็นต้องอาศัยผู้ที่มีความชำนาญในพื้นที่ชุมชนนั้นๆ เช่น ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เป็นต้น แต่หากเจ้าหน้าที่หน่วยงานราชการต่างๆ ไม่สามารถประสานงานกับบุคคลต่างๆ ในชุมชนได้ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายจะเกิดความยุ่งยากและไม่มีประสิทธิภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมทุกด้าน เช่น ด้านการรักษา ด้านการได้รับเบี้ยผู้พิการ ด้านกายอุปกรณ์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ ด้านการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน เป็นต้น จึงควรมีภาคีสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมด้วยเพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁽²⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังของการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แผนที่เดินดิน และปฏิทินชุมชนร่วมกับภาคีสุขภาพต่อการเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจ ระดับอาการปวด ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาและแก้ไขปัญหของผู้ป่วย และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังของการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แผนที่เดินดิน และปฏิทินชุมชนร่วมกับภาคีสุขภาพต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงมีนาคม 2559 ประชากรคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ประจำปี 2557-2558 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 คน ที่มีอายุระหว่าง 60-89 ปี เขตตำบลดงอีจาน อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ และมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเดือนตุลาคม 2558
- 2) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel activity of daily living index: Barthel ADL) ≤ 20 คะแนน (ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์)
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือการศึกษา

แผนที่เดินดิน เป็นการเดินสำรวจดูด้วยตาและจดบันทึกทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมของชุมชนและสิ่งต่างๆ ที่พบเห็นลงบนบันทึก เพื่อเข้าใจถึงความหมายทางสังคม และหน้าที่ทางสังคมของพื้นที่ทางกายภาพ เป็นเครื่องมือชิ้นแรกที่สำคัญที่จะนำไปสู่ความเข้าใจชุมชน ด้วยวิธีการง่ายๆ และใช้เวลาไม่นานมาก ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้มองเห็นภาพรวมของชุมชนได้ครบถ้วน ทำให้ได้ข้อมูลมากและละเอียดในระยะเวลาสั้น อีกทั้งยังได้ข้อมูลที่

มีความน่าเชื่อถือมากกว่าเพราะได้จากการสังเกตด้วยตนเอง และนำไปสู่ความเข้าใจในมิติอื่น ๆ ตามมา⁽³⁾

ปฏิทินชุมชน คือ การเรียนรู้วิถีของคนในชุมชนว่าในแต่ละช่วงเวลา อาจจะเป็นปี หรือเดือน หรือวัน ว่าชุมชนนั้น ๆ มีกิจกรรมอะไรบ้าง อะไรที่เกิดขึ้น และเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของคนในชุมชนอย่างไรโดยแบ่งเป็นกิจกรรมด้านเศรษฐกิจ เช่น การปลูกข้าว การทำไร่ไถน-ล่าปะหลัง การกรีดยางพารา การทำสวน เป็นต้น และกิจกรรมด้านวัฒนธรรม เช่น วันขึ้นปีใหม่ ประเพณี-บุญบั้งไฟ ประเพณีสารทลาว เป็นต้น⁽³⁾

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel activity of daily living index: Barthel ADL) คือ การประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตัวเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าและแปรงฟัน การเคลื่อนย้ายจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน การแต่งตัว การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะและการกลั้นอุจจาระ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁽⁴⁾

ขั้นตอนการศึกษา การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้นาฬิกาชีวิตและแผนที่เดินดินร่วมกับภาคีสุขภาพ ดังนี้

1) การค้นหารายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากข้อมูลภายในโรงพยาบาล เช่น งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุ และจากข้อมูลภายนอก เช่น หน่วยงานราชการต่างๆ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ระบบส่งต่อข้อมูลของโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นต้น และผ่านเกณฑ์การคัดเข้า

2) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย นักฟื้นฟูสภาพและนักโภชนาการ และประเมินผลก่อนการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจ

แบบสอบถามระดับอาการปวด แบบสอบถามภาวะแทรกซ้อน แบบสอบถามการรักษาและแก้ไข้ปัญหาของผู้ป่วย และแบบประเมิน Barthel ADL

3) ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับภาคีสุขภาพจัดทำแผนที่เดินดิน⁽³⁾ ปฏิทินชุมชน⁽³⁾ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย

4) การติดตามเยี่ยมบ้านและร่วมกันแก้ไข้ปัญหาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมทุกด้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับภาคีสุขภาพทุกๆ 1 เดือน

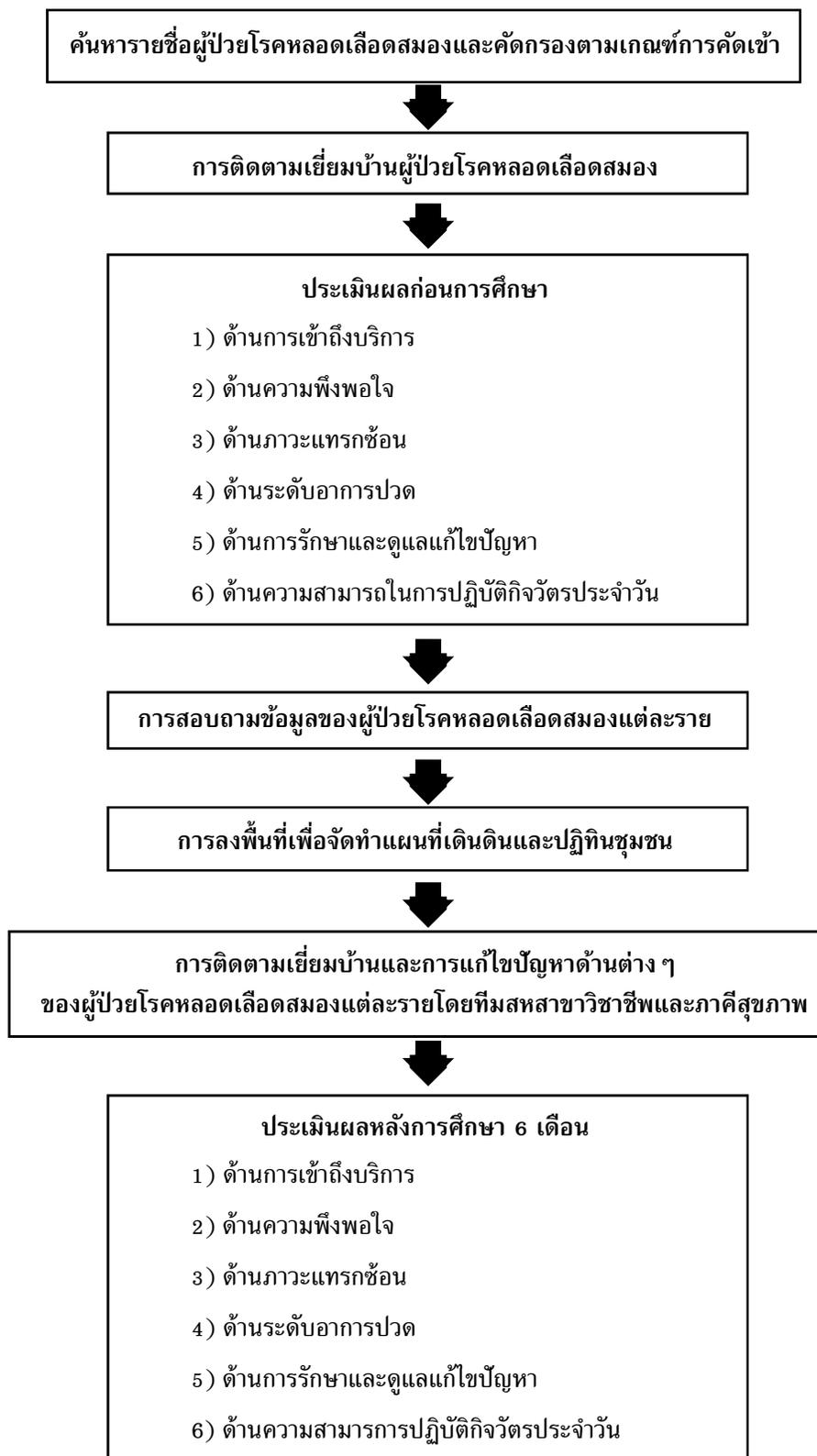
5) ประเมินผลหลังการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามระดับอาการปวด แบบสอบถามภาวะแทรกซ้อน แบบสอบถามการรักษาและแก้ไข้ปัญหาของผู้ป่วย และแบบประเมิน Barthel ADL ซึ่งระยะเวลาของหลังการศึกษามี 2 ระยะ คือ 1 เดือน และ 6 เดือน ดังภาพที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 คน ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้แผนที่เดินดิน และปฏิทินชุมชนร่วมกับภาคีสุขภาพในด้านคุณภาพชีวิต โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 มีอายุ 50 - 59 ปี จำนวน 10 กลุ่มที่ 2 มีอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 3 มีอายุ 70 - 79 ปี จำนวน 10 คน และกลุ่มที่ 4 มีอายุ 80 - 89 ปี จำนวน 10 คน พบว่า กลุ่มคนส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.0 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.5 (SD=7.90, range=50-89 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.0 ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.0 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,213.42 บาท (SD=2,550.86, range=3,000-12,000 บาท) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 55.0 ลักษณะพื้นฐานของอาสาสมัครทั้ง 4 กลุ่ม

ภาพที่ 1 รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แผนที่เดินดินและปฏิทินชุมชนร่วมกับภาคีสุขภาพ



ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนา 6 เดือน กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 100.0 จากเดิมร้อยละ 77.5 ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจ ร้อยละ 100.0 จากเดิมร้อยละ 67.5 ผู้ป่วยมีระดับอาการปวดลดลง ร้อยละ 17.5 จากเดิมร้อยละ 62.5 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 22.5 จากเดิมร้อยละ 52.5 ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ร้อยละ 100.0 จากเดิมร้อยละ 72.5 คะแนนเฉลี่ย Barthel ADL เพิ่มขึ้นจาก 10.0 คะแนน เป็น 60.0 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0001$) ดังตารางที่ 1 และ 2

วิจารณ์

หลังการพัฒนาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แผนที่เดินดิน และปฏิทินชุมชน ร่วมกับภาคีสุขภาพในระยะ 6 เดือนนั้น เป็นช่วง golden period ของการฟื้นฟูสภาพที่ทำให้สามารถติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกเวลา และถูกใจทั้งผู้ป่วยญาติผู้ป่วย อีกทั้งยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของน้อมจิตร นวลเนตร⁽⁵⁾ เรื่องการจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ผลดีควรเป็นกระบวนการเชิงรุกสู่ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการมากขึ้น ก่อเกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยยิ่งขึ้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพัฒนาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แผนที่เดินดินและปฏิทินชุมชนร่วมกับภาคีสุขภาพ ในระยะหลังการศึกษา 1 เดือน และ 6 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มที่ 1 (50-59 ปี)				กลุ่มที่ 2 (60-69 ปี)				กลุ่มที่ 3 (70-79 ปี)				กลุ่มที่ 4 (80-89 ปี)			
	1 เดือน		6 เดือน		1 เดือน		6 เดือน		1 เดือน		6 เดือน		1 เดือน		6 เดือน	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง												
การเข้าถึงบริการ	72.5	80.0	77.5	100.0	72.5	80.0	77.5	100.0	72.5	80.0	77.5	100.0	75.0	80.0	75.0	100.0
ความพึงพอใจ	67.5	77.5	67.5	100.0	60.0	70.0	60.0	100.0	67.5	80.0	67.5	100.0	62.5	82.5	65.0	100.0
ระดับอาการปวด	62.5	37.5	62.5	17.5	67.5	62.5	67.5	47.5	80.0	65.0	80.0	50.0	82.5	70.0	85.0	60.0
ภาวะแทรกซ้อน	50.0	42.5	52.5	22.5	57.5	55.0	55.0	45.0	62.5	55.0	60.0	52.5	72.5	62.5	70.0	57.5
การรักษาและแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย	75.0	80.0	72.5	100.0	62.5	77.5	60.0	100.0	62.5	72.5	60.0	100.0	60.0	60.0	60.0	100.0
Barthel ADL	10.0	25.0	10.0	60.0	10.0	12.0	10.0	35.0	5.0	10.0	5.0	30.0	0.0	10.0	0.0	20.0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพัฒนาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แผนที่เดินดินและปฏิทินชุมชนร่วมกับภาคีสุขภาพ ใน ระยะหลังการศึกษา 1 เดือน และ 6 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มที่ 1 (50-59 ปี)				กลุ่มที่ 2 (60-69 ปี)				กลุ่มที่ 3 (70-79 ปี)				กลุ่มที่ 4 (80-89 ปี)			
	1 เดือน		6 เดือน		1 เดือน		6 เดือน		1 เดือน		6 เดือน		1 เดือน		6 เดือน	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
Barthel ADL	10.0	25.0	10.0	60.0	10.0	12.0	10.0	35.0	5.0	10.0	5.0	30.0	0.0	10.0	0.0	20.0
P-value	0.06	0.0001*	0.19	0.23	0.12	0.09	0.22	0.06								

ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระดับอาการปวดของผู้ป่วยได้⁽⁶⁾ อีกทั้งภาคีสุขภาพแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การไม่ได้รับสิทธิผู้พิการ การไม่ได้รับกายอุปกรณ์ที่เหมาะสม การไม่ได้รับการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการพัฒนาการติดตามเยี่ยมบ้านดังกล่าวในปัจจุบันต่างๆ ที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อายุ เพศ เป็นต้น และการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาของการพัฒนารูปแบบการพัฒนาการติดตามเยี่ยมบ้านดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สลิพงษ์ วีระเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสุวรรณ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพองค์การบริหารส่วนจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลดงอีจาน อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลโนนสุวรรณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง

ตำบลดงอีจาน อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ทีมภาคีสุขภาพตำบลดงอีจาน ตำบลดงอีจาน อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ และทีมพี่เลี้ยงงานวิจัยโรงพยาบาลโนนสุวรรณ ที่อำนวยความสะดวกในการจัดทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นิพนธ์ พวงรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2544.
2. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร; 2555.
3. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิตกร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว, วรัญญา เพ็ชรคง. วิถีชุมชน คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผลและสนุก. นนทบุรี: พิมพ์ลักษณะ; 2545.
4. ปิยภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร, สมลักษณ์ เพ็ชรมานะกิจ, เสาวลักษณ์ จันทรเกษมจิต, อำไพ อยู่วัลย์. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549:16;1-9.
5. น้อมจิตร นวลเนตร. นกกายภาพบำบัดกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554:6;45-9.
6. นงนุช เพ็ชรรวง, ปนัดดา ปริญญา, วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2556:14; 25-33.

Abstract: Development of Home Health Care in Stroke Patients by Communication Map and Calendar with Health Partnership at Dongeijan Sub-District, Nonsuwan District, Buriram Province

Tasina Jaisan, M.Sc.*; Kittitas Pibueng, G12**

** Physical Therapy Department, Technique Service Subdivision, Nonswan Hospital; ** Thai Traditional Massage Department, DongBang Sub-district Health Promoting Hospital, Buriram Province, Thailand
Journal of Health Science 2018;27:627-33.*

Home health care for stroke at Dongeijan sub-district Nonsuwan district, Buriram province was not effective enough to cover the problems of the patients, resulting in low quality of life among them. The purposes of this quasi-experimental research were to develop a comprehensive home health care program for stroke patients and compared the outcomes between before and after the implementation. It was conducted at Dongeijan Sub-District, Nonsuwan District, Buriram Province during October 2015 – March 2016. The study samples were stroke patients aged between 50–89 years old. The study tools include community mapping and activities calendar among local stakeholders. The study procedures include: (1) identification of stroke patients who met the inclusion criteria, (2) baseline home care assessment, (3) development of communication map and community calendar, (4) monthly home visits by the multidisciplinary health care team, (5) evaluation at 1 and 6 months of implementation. Data were collected by using questionnaire and Barthel activity of daily living index tool (Barthel ADL); and were analyzed by using descriptive statistics and paired T-test. There were altogether 40 patients. It was found that after 6 months of the program, all patients (100%) had received the home health care services, compared to 77.5% before the program. All patients (100.0%) were satisfied with the services (compared to 65.0%). Pain reduction and lower complications were observed (17.5% and 22.5%, respectively, compared to 62.5% and 52.5% before the program). The Barthel ADL score significantly increased from 10.0 to 60.0, $p < 0.0001$. The results of the study indicated that home health care for each stroke patient should be continued for 6 months in order to improve the quality of life of the patient. The authors recommended that further research be conducted to assess the specific aspects of the improvement. In addition, the study approach should be promoted in other communities in order to compare the effectiveness of the program.

Key words: home health care, stroke patients