

การพัฒนาแนวทางการจัดการบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย

**Development of the Community-based Continuing Care Management Guideline
for Stroke Survivors of Kosumpisai Hospital and It's Network**

อาคม รั้ววงษา (Akorn Ruttawongsa)* อรสา กงตาล (Dr. Orasa Kongtala)**

บทคัดย่อ

ในปีแรกที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัยจัดการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้พบปัญหาการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องหลายประการ เช่น เน้นการดูแลเฉพาะในโรงพยาบาล การดูแลที่บ้านไม่ครอบคลุมและขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลจึงดำเนินโครงการพัฒนาบริการขึ้น เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ และพัฒนาแนวทางการจัดการบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และเครือข่าย โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Wagner et al., 2001) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เลือกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจงรวม 97 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้แบบประเมินคุณภาพการดูแล ได้ดำเนินการพัฒนาบริการในประเด็น ดังนี้ (๑) พัฒนาความรู้ ทักษะผู้ให้บริการและจัดระบบบริการ (๒) พัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ (๓) สร้างนโยบายการดูแลและเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผลการพัฒนา : เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องครบวงจร จากโรงพยาบาล ถึงบ้าน และเกิดเครือข่ายเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน คุณภาพการดูแลสูงขึ้น จาก 5.8 เป็น 7.8 คะแนน ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มเป็นร้อยละ 87.9

ABSTRACT

During the first year of development of the stroke care service at Kosumpisai community hospital, there were many problems, such as the services were focusing on hospital-based rather than home-based services; the lack of continuing care and participation from a patient's family and the community. This study, focused on developing a community-based continuing home care management guideline for stroke survivors initiated by the Home Health Care center of Kosumpisai hospital using the Chronic Care Model (Wagner et al., 2001) as a framework. With 97 Participants from all relevant sectors, in-depth interviews and Assessment of Chronic Illness Care Forms were used for gathering baseline data and the quality of care for stroke patients. As a result, (1) decision making support for care providers was improved by the practice guideline and an effective referral system; (2) self care knowledge and the skills of patients and their caregivers were improved; (3) local policy and community stroke surveillance and prevention activities were increased. The quality of care for stroke score was increased from 5.8 to 7.8 points . The participants expressed satisfaction for continuing stroke care at 87.9 percent.

คำสำคัญ : การดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน

Key Words : Continuing Care, Stroke Survivors, Community-based Chronic Illness Management

* มหัทธนี วัฒนศิริกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของคนไทย และคนทั่วโลก (กิ่งแก้ว, 2550) พ.ศ.2549 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะเพิ่มเป็น 6.7 ล้านคน (World Stroke Organization, 2009 cited in WHO, 2009) ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากยังต้องอยู่ในสภาพอัมพาต อัมพฤกษ์ และอยู่ในภาวะพึ่งพิง บุคคลในครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน การพูด การรับความรู้สึก การมองเห็น สภาพอารมณ์ที่แปร่ง ซึ่งเป็นภาวะทุพพลภาพที่ยาวนาน (Kelly-Hayes et al., 1998; Lloyd-Jones et al., 2009 cited in Bakas et al., 2009) บางครั้งรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังขาดการประเมินปัญหาและความต้องการร่วมกันกับผู้ดูแล (Bakas et al., 2002; King & Semik, 2006; Visser-Meily et al., 2005 cited in Bakas et al., 2009) เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาการคงที่และเข้าสู่ระยะฟื้นฟู แพทย์จะส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน บทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่เปลี่ยนไปเป็นผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยข้างเตียงของพยาบาลควบคู่กันไปกับการดูแลแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการดูแล คือ 1) ความต้องการด้านข้อมูล 2) ความต้องการด้านจิตสังคม 3) ความต้องการด้านอารมณ์ 4) ความต้องการด้านร่างกาย 5) ความต้องการด้านการปฏิบัติ 6) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (MacIsaac, Harrison & Godfrey, 2010) พบว่าในระยะ 2 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่บ้านทั้งในเชิงวิชาชีพ และจากบุคคลในครอบครัว จึงเป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก (Rose, 1997 อ้างใน โสรญา, 2547) เมื่อดูแลผู้ป่วยนานขึ้นพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจะลดลง การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นระยะที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล (ปิยภัทร, 2550)

นอกจากนั้นยังพบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ผู้ดูแลต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Kalra et al., 2004; Smith, Forster & Young, 2004 cited in MacIsaac, Harrison & Godfrey, 2010) ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยคนละ 100,000 บาทต่อปี โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในการดูแลที่บ้านคิดเป็น 151,428 บาทต่อปี (สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยผู้ป่วยใน คนละ 53,429 บาทต่อปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2552)

รายงานการวิจัยพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการความชุกเท่ากับ 77.4 รายต่อแสนประชากร อัตราตาย ร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยทั้งหมด (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550) แนวโน้มการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอายุน้อยลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวัน ค่านิยมการบริโภค ชีวทัศน์งานอดิเรก ซึ่งเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อโรค (รวมพร และ ศิริกัลยาณี, 2553) โดยในปีหนึ่งๆ พบว่าคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 100,000 คน อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.75 เท่าตัว (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2551) และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year loss)

อัตราการชุกและอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การทบทวนกิจกรรมบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลโกสุมพิสัยได้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายพัฒนาการดูแลแบบครบวงจรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยเน้นพัฒนาการจัดการบริการในโรงพยาบาล ส่วนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดที่ต้องติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง มักมีปัญหาที่ซับซ้อน และต้องการดูแลต่อเนื่องจากสหวิชาชีพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต พบว่าร้อยละ 62.0 ต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง บางรายถูกปลอ่ยให้อยู่ที่บ้าน โดยไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยบางรายที่มีลูกหลานคอยดูแลบางครั้งมีการเปลี่ยนผู้ดูแล โดยผู้ดูแลแต่ละคนมีความรู้และทักษะแตกต่างกัน บางคนไม่กล้าที่จะลงมือปฏิบัติ บางคนไม่มีความรู้ในการดูแล เช่น การออกกำลังกาย การให้อาหาร และดูแลกิจวัตรประจำวันที่ไม่เหมาะสม จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย และเสียชีวิตในเวลาต่อมา อาการทั้งหมดเป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่แย่ลง พบว่าผู้ป่วยยังกลับมารักษาซ้ำด้วยการนอนรักษาในโรงพยาบาลคนละ 2-6 ครั้งต่อปี มีผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ที่เสียชีวิตก่อนจะได้รับการเยี่ยมบ้านเนื่องจากเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจำนวนผู้ป่วยมีมากจึงติดตามเยี่ยมได้ไม่ครอบคลุมจากการวิเคราะห์ระบบบริการ พบว่ามีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขต่อประชากรเฉลี่ย 1:2,360 (ค่ามาตรฐาน 1:1,250) พยาบาลวิชาชีพต่อประชากร เฉลี่ย 1:6,046 (ค่ามาตรฐาน 1:5,000) ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลต่างๆ ที่ผู้ป่วยยังมีปัญหาซับซ้อนที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นบริการต่อเนื่องจากสถานบริการสุขภาพและบ้านเพื่อพัฒนา ผู้รับบริการให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองภายใต้สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมของผู้รับบริการ (สุภานี และ ฤทัยพร, 2549)

จากที่กล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นแนวโน้มของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนยังขาดความต่อเนื่อง ผู้ดูแล และเครือข่ายแกนนำชุมชน เช่น อสม. ยังขาดการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ควรพัฒนาในเรื่องนี้ จึงนำแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) มาใช้พัฒนาให้เกิดผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองบนกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย และส่งเสริมการเฝ้าระวังป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์การให้บริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และเครือข่าย
2. พัฒนาแนวทางการให้บริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
3. ส่งเสริมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน

วิธีการดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษา และพัฒนาแนวทางการให้บริการอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลคู่บ้านและชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามวงจรพัฒนาของเดมมิ่ง ประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ การสะท้อนข้อมูล การวางแผน การปฏิบัติ และประเมินผลภายใต้กิจกรรม 1) การจัดการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไปอยู่ที่บ้าน 2) การร่วมกันออกแบบการส่งเสริมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา เลือกแบบเจาะจงจำนวน 97 คน คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 23 คน ผู้ดูแลหลัก 23คน แกนนำชุมชน 35คน และผู้ให้บริการทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่ายปฐมภูมิ คือศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาล(ศสข.รพ) โกสุมพิสัย รวม 16 คน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง ศึกษาในพื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง คือเทศบาลหัวขวาง และ

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยวาง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 ถึง สิงหาคม 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยได้ปรับแนวคำถามจากแบบประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) version 3.5 ฉบับภาษาไทย ซึ่ง ดร.ปัทมา โกมุทบุตรได้ปรับปรุงจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model :CCM) (Wagner et al., 2001) และเผยแพร่ในคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่ม 4 (2553) โดยแบ่งเป็น 4 ชุดเพื่อเก็บข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และเครือข่าย ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ใช้แบบประเมินคุณภาพการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (ACIC) ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบ่งตามองค์ประกอบการดูแล จำนวน 4 ตอน ตอนที่ 1 การจัดระบบบริการสุขภาพ ตอนที่ 2 การประสานงานกับชุมชน ตอนที่ 3 ระดับปฏิบัติการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ใช้ในการปรับปรุงการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้านของผู้ให้บริการ ได้แก่ (1) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (2) การสนับสนุนการตัดสินใจ (3) กลไกการประสานงานในการให้บริการสุขภาพ (4) ระบบเวชระเบียนและข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตอนที่ 4 การบูรณาการองค์ประกอบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพแต่ละหน่วยงานร่วมกันประเมินคุณภาพการดูแลก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม โดยกรอกคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 11 คะแนน 0 หมายถึง มีข้อจำกัดต่อการดูแล คะแนน 11 หมายถึง มีการสนับสนุนการดูแลอย่างเต็มที่ต่อโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งความคิดเห็นเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล รวมถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา

1.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล (กรณีผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล และสังเกต) มีประเด็นหลักของแนวคำถาม คือ 1) ข้อมูลและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเอง 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3) การรับบริการและปัญหาอุปสรรคที่พบในการรับบริการ 4) ค่าใช้จ่าย และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) การได้รับข้อมูลคำแนะนำจากบุคลากรด้านสาธารณสุข 6) การได้รับบริการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ 7) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลสุขภาพ 8) ความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องในปัจจุบัน 9) ความต้องการความช่วยเหลือและข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงบริการดูแลต่อเนื่อง

1.3 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ประเด็นหลักของแนวคำถามคือ 1) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน 2) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) ทักษะติดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ขณะเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ก่อนการจำหน่าย และหลังออกจากโรงพยาบาล 6) ปัญหาอุปสรรคและความยุ่งยากที่พบในการดูแลผู้ป่วย และวิธีการแก้ไขปัญหา 7) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย 8) ความคิดเห็นต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9) แหล่งที่สนับสนุนและช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยหรือการดำเนินงานเกี่ยวกับกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 10) ความต้องการความช่วยเหลือและข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.4 แบบสัมภาษณ์กลุ่มแกนนำชุมชน โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล มีประเด็นหลักของแนวคำถามคือ 1) ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

สมอง การจัดการบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 2) นโยบาย และการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 3) การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการจัดการโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุข 4) ปัญหาอุปสรรคและความยุ่งยากที่พบในการจัดการและวิธีการแก้ไขปัญหา 5) ความต้องการช่วยเหลือและข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงบริการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยและดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ศึกษาจัดทำขึ้นสำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย บันทึกกิจกรรมการดูแลต่อเนื่อง และความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วย

3. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล โกสุมพิสัย เพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ ขณะนอนโรงพยาบาล ให้ ศสช.รพ.โกสุมพิสัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดูแลต่อ

4. แบบประเมินโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต (สำนักงานควบคุมโรค, 2553) โดยปรับปรุงแบบฟอร์มให้อสม. สามารถใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต การแปรผล และส่งต่อผู้มีความเสี่ยงเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ต่อการจัดการบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล โกสุมพิสัยและเครือข่าย ซึ่งมีระดับคะแนน 1-5 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด

6. แบบสังเกต และจดบันทึก สังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในการจัดการบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

7. คู่มือการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยและญาติ เป็น

นวัตกรรมการที่ผู้ศึกษาและผู้ร่วมพัฒนาสร้างขึ้นเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

8. คู่มือการปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการของโรงพยาบาลและเครือข่าย ได้แก่ แนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

9. สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อบันทึกการดูแลผู้ป่วย และนัดหมายเพื่อรับบริการต่อเนื่อง โดยใช้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และ อสม.

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาดำรง ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปรับใช้จากของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์และแนวคำถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน นำข้อเสนอแนะที่ได้มาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยาย เป็นร้อยละและความถี่ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ใช้แผนที่ความคิดในการจัดกลุ่มข้อความสำคัญ ตามหัวข้อที่เหมาะสมและนำมาสรุปเป็นประเด็นหลัก วิเคราะห์และอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ร่วมศึกษา สร้างข้อสรุปชั่วคราวเพื่อนำไปเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎี ถ้ายังไม่ชัดเจนก็กลับไปรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมซ้ำหลายๆ รอบ จนกว่าจะอึดตัวหรือไม่มีข้อมูลใหม่ที่แตกต่างจากข้อมูลเดิม สามารถนำไปสร้างเป็นข้อสรุปที่สะท้อนให้เห็นภาพของแนวทางการจัดการบริการอย่างต่อเนื่องใน

ชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ
โรงพยาบาล โกสุมพิสัย และเครือข่าย

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

1. สถานการณ์ก่อนการพัฒนา การศึกษาคั้งนี้
ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการศึกษาตามวงจรพัฒนา
ของเดมมิง (Deming cycle) เพื่อพัฒนาแนวทางการ
จัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ของ โรงพยาบาล โกสุมพิสัยและ
เครือข่าย ตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care
model) ที่เน้นพัฒนา 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุน
การดูแลตนเอง การสนับสนุนการตัดสินใจ การ
ออกแบบระบบบริการ และการใช้นโยบายและ
ทรัพยากรของชุมชน ผลการศึกษาพบว่า มีประเด็น
ปัญหาที่ต้องพัฒนาใน 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง : ผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองทุกรายมีความพิการหลงเหลือ มี
ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ การรับรู้ การสื่อสาร
มักมีข้อจำกัดในการ ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน
จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแล มีความต้องการคำแนะนำใน
การดูแลตนเองเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ
ผลการศึกษาของ บาคัสและคณะ (Bakas et al., 2009)
และ โรส (Rose, 1997 อ้างใน โสรญา , 2547) หลังป่วย
ในระยะแรกๆผู้ป่วยและญาติจะหาวิธีการรักษาใหม่ๆ
เพื่อเข้าร่วมกับการรักษาที่มีอยู่ ในขณะที่ผู้ป่วยบางคน
ขาดผู้ดูแลในครอบครัว มีความยากลำบากในการเข้าถึง
บริการสุขภาพ ขาดการติดตามดูแลจากผู้ให้บริการ
สุขภาพ และขาดนัด มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และ
อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด
ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน
หรือผู้สูงอายุ บางคนมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อ
การดูแล และเมื่อดูแลยาวนาน มักเกิดความเหนื่อยล้า
และให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง สำหรับแกนนำ
ชุมชนซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชน พบว่าร้อยละ 51
ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
และไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง

1.2 การสนับสนุนการตัดสินใจ : พบว่ามี
แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(Stroke care map) ภายในโรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับ
แนวทางของสถาบันประสาทวิทยา (2552) แต่แนวทาง
ในการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่บ้านหรือชุมชนยังไม่มี ความชัดเจน ผู้ให้บริการบาง
คนมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
เช่น มองว่าการออกกำลังกายผู้ป่วยเป็นบทบาทของนัก
กายภาพบำบัด ยังจำกัดการบริการในวิชาชีพของตน
เท่านั้น ความรู้ และทักษะยังไม่เพียงพอในการดูแล
ต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ขาดความ
มั่นใจในการปฏิบัติ และประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้
ไม่ครอบคลุม

1.3 การออกแบบบริการ : ระบบการประสาน
การดูแลของผู้ให้บริการยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดเวที
ในการสะท้อนปัญหาในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยร่วมกัน
รูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมุ่งเน้น
พัฒนาเฉพาะทีมภายในโรงพยาบาล ทีมผู้ให้บริการใน
ชุมชนไม่ทราบนโยบายเพื่อนำไปสู่ปฏิบัติ ในการ
ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวางแผน
ดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพยังจำกัดอยู่
ในกลุ่มผู้ให้บริการ ขาดการติดตามและประเมินผล
การดูแล อสม.หรือแกนนำชุมชนยังไม่ได้เข้ามาดูแล
ต่อเนื่องร่วมกับทีมผู้ให้บริการอย่างจริงจัง

1.4 ด้านนโยบายและการใช้ทรัพยากรของ
ชุมชน: ยังขาดการสะท้อนข้อมูลปัญหาโรคหลอดเลือด
สมองแก่ชุมชน ชุมชนยังไม่มียุทธศาสตร์หรือแนวทางที่
ชัดเจนในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือด
สมอง ถึงแม้จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. แต่
อสม.ยังขาดความรู้ทักษะในการดูแลและประเมิน
ปัญหาผู้ป่วย

2. การวางแผนในการพัฒนา (Plan) ผู้ศึกษาและ
ผู้ร่วมพัฒนา ได้ร่วมกันพัฒนาตามองค์ประกอบการ
ดูแลโรคหลอดเลือดสมองโดย การสนับสนุนการ
ตัดสินใจ : พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการให้มีความรู้
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแล จัดเวทีให้ทีมได้สะท้อนปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกัน **สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล** : พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก ร่วมกันวางแผนเพื่อติดตามเยี่ยมและสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดทำสื่อให้ความรู้แนะนำ สอนผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง สร้างกระแสให้ชุมชนตื่นตัวเรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง **ดำเนินนโยบายและการใช้ทรัพยากรของชุมชน** : สร้างนโยบายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. ให้มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยและส่งเสริมนโยบายการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน **การออกแบบระบบบริการ** : โดยพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพ หาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รวมทั้งการจัดการดูแลรายกรณี และรูปแบบการส่งเสริมการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ปฏิบัติตามแผน (Do) จัดกิจกรรมการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบของการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบ (Check) สะท้อนผลและปรับปรุงการปฏิบัติ (Act) กิจกรรมการพัฒนาได้แก่ 1) ประสานผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล 2) ร่างแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) ประชุมแกนนำชุมชน เพื่อร่วมกำหนดบทบาทของชุมชนในการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง 4) จัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ให้บริการ ผู้ดูแลหลัก และอสม. 5) จัดทำ แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยและญาติ 6) อบรมและฝึก อสม. ให้สามารถใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต 7) จัดทำแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และชุมชน 8) จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง แก่

ประชาชน 9) ปรับปรุงแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะกับบริบท

3. ประเมินผลการศึกษา

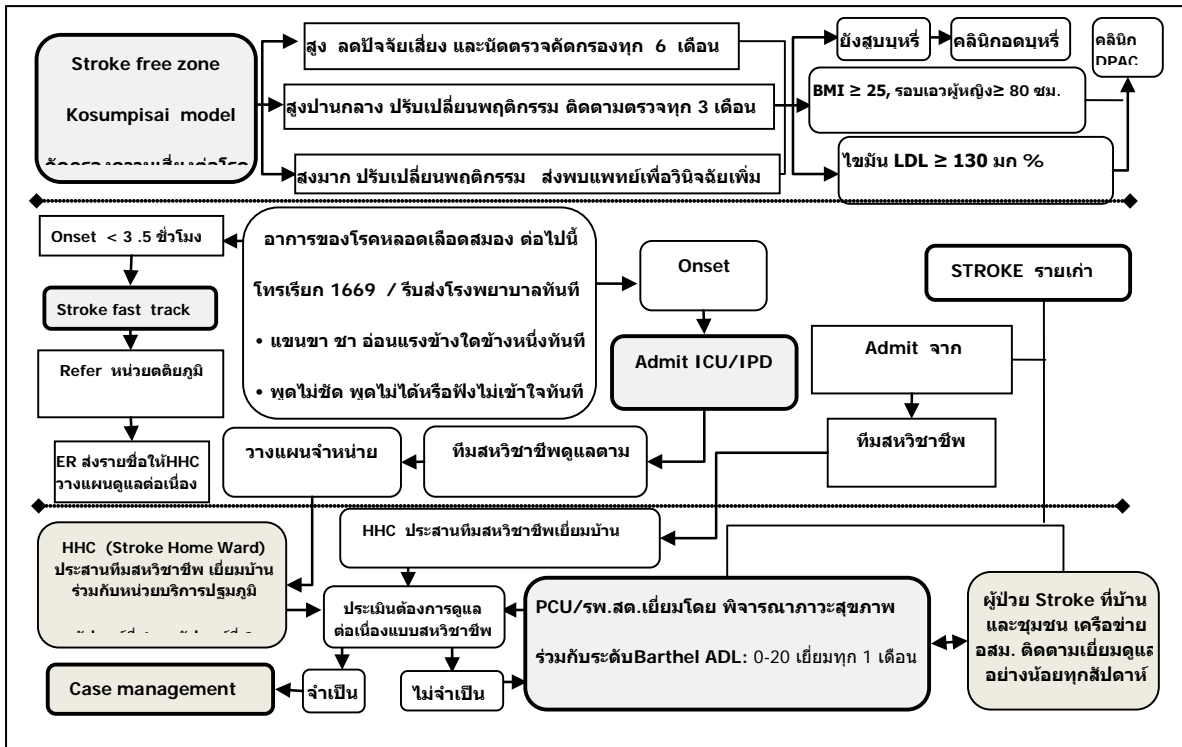
ผู้ร่วมพัฒนาและผู้ให้ข้อมูลทุกคนเข้าร่วมประชุมระดมสมองและร่วมออกแบบจัดบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แกนนำชุมชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมกำหนดบทบาทของชุมชนในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชน เกิดนโยบายร่วมกัน เช่น อสม. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย อปท. สนับสนุนงบประมาณในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ให้บริการสุขภาพใน ศสข.รพ. โกสุมพิสัย และ อสม. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลได้ร่วมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลที่มีความเฉพาะกับปัญหาและความต้องการ และได้รับการเยี่ยมจาก อสม. มีความเห็นอกเห็นใจกันระหว่าง อสม. และผู้ดูแล เกิดระบบการขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์จากผู้ดูแล และ อสม. สำหรับการเฝ้าระวังมีการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดย อสม. ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงโดยระยะแรกได้ทำในคลินิกโรคเรื้อรัง และขยายการคัดกรองลงสู่ชุมชน มีแนวทางที่ชัดเจนขึ้นสำหรับการจัดบริการอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภาพที่ 1) ตั้งแต่การส่งเสริมการเฝ้าระวังและป้องกันโรค การดูแลรักษา และการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 5.8 เป็น 7.8 คะแนน (ตารางที่ 1) แม้จะพัฒนาเพียง 4 องค์ประกอบ โดยแต่ละหน่วยงานทราบจุดอ่อนจุดแข็งของตนเอง จึงได้มีการปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นระบบ หลังการพัฒนาผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 87.9 โดยประเด็นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนของชุมชนในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองมีระดับคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 96.4 ประเด็นที่มีคะแนน

ความพึงพอใจน้อยที่สุด คือระดับความรู้ที่มีของผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีระดับความพึงพอใจร้อยละ 79.3 โดยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Activity of Daily Living Index : Barthel ADL) หลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 65.0 คะแนนเป็น 68.0 คะแนน ผู้ป่วยร้อยละ 47.8 มีคะแนน Barthel ADL เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยร้อยละ 4.3 มีค่าคะแนน Barthel ADL ลดลง มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างการศึกษาร้อยละ 4.3 และผู้ป่วยร้อยละ 8.6 ต้องเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาล ข้อค้นพบที่เป็นปัจจัยสำเร็จใน

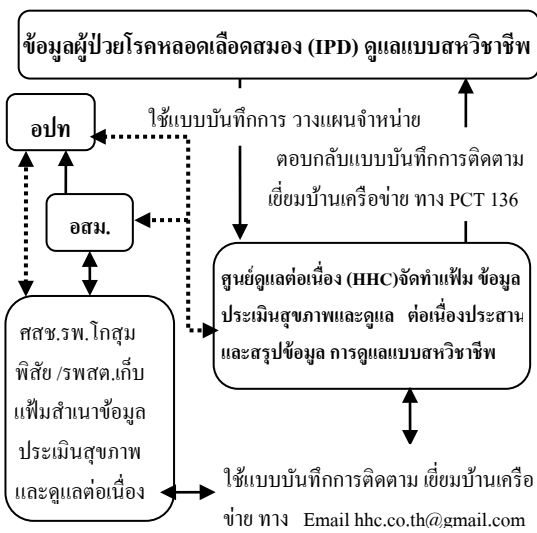
การศึกษาครั้งนี้ คือการจัดการดูแลรายกรณี (Case management) โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่มีการติดตามดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ โดยการประสานการดูแลของศูนย์ดูแลต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยพบว่าคะแนน Barthel ADL ของผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 10 เป็น 65 คะแนน ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีการจัดการดูแลรายกรณีในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทุกราย พบปัญหาในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนผู้ดูแลหลักโดยที่ผู้ดูแลคนใหม่ยังไม่พร้อมในการดูแล ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

ตารางที่ 1 คะแนนรวมเฉลี่ยขององค์ประกอบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล โกสุมพิสัย และเครือข่าย

องค์ประกอบการดูแล โรคหลอดเลือดสมอง	คะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละองค์ประกอบ (เต็ม 11 คะแนน)					
	ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง		ศสข.รพ. โกสุมพิสัย		ทุกหน่วยงาน (N=9)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
การจัดระบบบริการสุขภาพ	5.8	9.5	5.3	5.5	6.9	8.3
การใช้นโยบายทรัพยากรชุมชน	4.7	8.0	8.7	8.6	6.7	7.9
การสนับสนุนการดูแลตนเอง	4.3	9.0	6.0	8.3	5.3	7.4
การสนับสนุนการตัดสินใจ	3.3	9.0	2.5	9.0	5.1	8.0

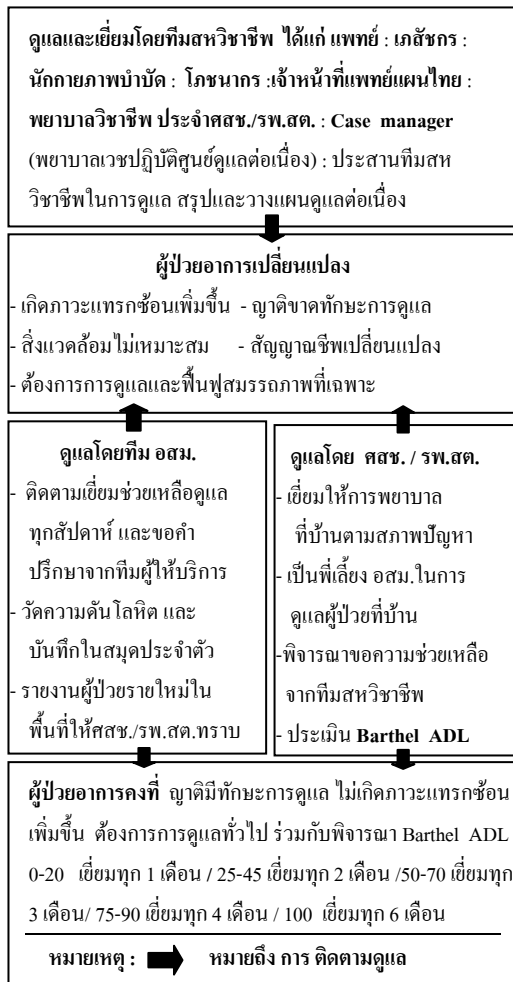


ภาพที่ 1 การจัดการบริการสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และเครือข่าย หลังพัฒนา



หมายเหตุ : —— ทำในผู้ป่วยทุกราย, ทำในผู้ป่วยบางราย

ภาพที่ 2 การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง



ภาพที่ 3 การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปผล

การนำแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง มาปรับใช้ในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลแบบครบวงจร ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ควรมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพในระยะ 2 เดือนแรก เพื่อสนับสนุนการปรับตัวในการดูแลตนเอง

หรือได้รับการประเมินก่อนที่จะส่งต่อการดูแลให้หน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ควรนำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้มีการดูแลเป็นระบบ

3. การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลหลักคนใหม่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องเตรียมผู้ดูแลหลักให้มีความพร้อมทั้งทัศนคติ ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

4. ควรมีการศึกษาการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความตาย เพื่อให้ครอบคลุมในทุกมิติของการดูแล

5. ควรมีการศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กิ่งแก้ว ปาจริย์. (บรรณาธิการ). (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ ฯ เอ็น. พี. เพรส.

ปัทมา โกมุตบุตร. (2552). **Chronic Care Model : Improving Primary Care for Patient with Chronic Illness.** ค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2552, <http://www.med.cmu.ac.th/dept/family/Patama/CDM>

ปิยภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์. (2550). การกลับบ้านและการไปมีส่วนร่วมของสังคม. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (หน้า 281-294). กรุงเทพฯ ฯ เอ็น. พี. เพรส.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2550). โรคหลอดเลือดสมองภัยเงียบฆ่าคนไทย. ค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.thainhf.org/index>

รวมพร นาคะพงศ์ และ ศิริกัลยาณี มีฤทธิ์. (2553). โรคหัวใจและหลอดเลือดสถานการณ์ปัจจุบัน. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.thaiheartclinic.com/forum>

- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2550). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2552). คำใช้จ่ายเฉลี่ยตามกลุ่มโรคของผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก. ค้นเมื่อวันที่ 15 พ.ย. 2553 จาก <http://www.pni.go.th>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร จากคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551 .นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2553). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 : การบริหารงบบริการควบคุม และรักษาโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานประจำปี 2550. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- _____. (2553). แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหัวใจ และหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาสุภาณี อ่อนชื่นจิตร และ ฤทัยพร ตีร์ตรง. (2549). การบริการสุขภาพที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 2. (ม.ป.ท.: ม.ป.พ.)
- โสรญา สูดสาระ. (2547). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Bakas ,T., Farran, C.J., Austin, J.K., Given, B.A., Johnson, E.A., & Williams, L.S. (2009) . Content Validity and Satisfaction With a Stroke Caregiver Intervention Program. **Journal of Nursing Scholarship**, 41(4), 368–375.
- MacIsaac, L., Harrison, M.B. & Godfrey, C. (2010). Supportive care needs of caregivers of individual following stroke: A synopsis of research. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing** , 32 (1), 39-46.
- Wagner, E.H, Austin, B.T, Davis C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., Bonomu, A. (2001). Improving Chronic Illness Care : Translating Evidence Into Action. **Health Affairs** ; 20(6) : 64-78.
- World Health Organization. (2009). **World Stroke Day**. Retrieved November 3, 2010, form <http://www.world Stroke>