

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ: กรณีศึกษาอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

ชนากานต์ นุ่นต้วง ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*

ดุชนีย์ สุวรรณคง Ph.D. (Health Sciences)*

กุสุมาลย์ น้อยผา ป.ร.ด. (ชีวเวชศาสตร์)**

* หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
จังหวัดพัทลุง** หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
จังหวัดพัทลุง

ติดต่อผู้เขียน: ดุชนีย์ สุวรรณคง Email: dusanee.s@tsu.ac.th

วันรับ:	23 พ.ย. 2567
วันแก้ไข:	28 ต.ค. 2568
วันตอบรับ:	14 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง (assessment of chronic illness care: ACIC) และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ตามเกณฑ์การประเมิน ACIC จำนวน 156 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ACIC 7 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดการระบบบริการสุขภาพ (2) การประสานงานกับชุมชน (3) ระดับปฏิบัติการ (4) การสนับสนุนการตัดสินใจ (5) การออกแบบระบบการให้บริการสุขภาพ (6) ระบบเวชระเบียน และ (7) การบูรณาการองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด) และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Fisher's exact test) ผลการศึกษพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 7 ด้านอยู่ในระดับดี (Mean=6.81, SD=1.66) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการประสานงานกับชุมชน (Mean=8.07, SD=1.90) และด้านระดับปฏิบัติการที่มีคะแนนต่ำสุด (Mean=7.22, SD=2.14) สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัดในระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงาน การสนับสนุนชุมชน รวมถึงความต่อเนื่องในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเน้นความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ ทีมสหวิชาชีพและชุมชน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

คำสำคัญ: คุณภาพการดูแล; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง; บุคลากรสาธารณสุข; หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองหรือก้านสมองเมื่อเกิดการตีบ แตกหรืออุดตันอย่างเฉียบพลัน⁽¹⁾ ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารไม่สามารถส่งไปยังเซลล์สมองได้ ส่งผลให้สมองขาดเลือดและเกิดความบกพร่องทั้งด้านร่างกายและระบบประสาท เช่น แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก และพูดไม่ชัด เป็นต้น⁽²⁾ รวมถึงการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวตามปกติซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน⁽³⁾ ดังนั้น ระหว่างที่ผู้ป่วยรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดฟื้นฟูควบคู่กันไป ด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้อาการบกพร่องหรือความพิการแย่ลงกว่าเดิม การฟื้นฟูไม่เพียงมุ่งเน้นที่การฟื้นฟูแขนขาให้กลับมาแข็งแรง แต่ยังครอบคลุมการฝึกฝนและบำบัดอาการบกพร่องอื่นๆ เช่น การพูด การกลืนอาหาร และการเคลื่อนไหว เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติที่สุด⁽⁴⁾

ใน พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกรายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และมีการทำนายไว้ว่า ใน พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคนจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประเทศ ใน พ.ศ. 2565 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 58.00 ต่อแสนประชากร⁽⁶⁾ เมื่อพิจารณาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งครอบคลุม 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี นราธิวาส และยะลา พบว่า จังหวัดสงขลามีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงสุด (ร้อยละ 7.85) รองลงมาคือจังหวัดพัทลุง (ร้อยละ 5.39) มีค่าเฉลี่ยรวมของเขต คือ ร้อยละ 5.18⁽⁷⁾ ข้อมูลจากระบบตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า จังหวัดพัทลุงมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 12

และสูงกว่าหลายจังหวัดในเขตนี้ จึงบ่งชี้ว่าพื้นที่ดังกล่าวควรได้รับการจัดการและมาตรการด้านการป้องกันและดูแลต่อเนื่องอย่างจริงจัง สำหรับข้อมูลเชิงพื้นที่ในจังหวัดพัทลุง พบว่า ในช่วง พ.ศ. 2563–2565 อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.87, 6.83 และ 8.30 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ขณะที่อำเภอควนขนุนซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษา มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดของจังหวัด ร้อยละ 2.27, 2.17 และ 2.06 และยังมีอัตราการป่วยตายร้อยละ 3.22, 3.76 และ 3.94 ตามลำดับ ในช่วงเวลาเดียวกัน บ่งชี้ให้เห็นถึงภาระโรคและเป็นปัญหาสุขภาพที่เด่นชัดของพื้นที่⁽⁹⁾ จากภาระโรคที่เพิ่มขึ้นและแนวโน้มการเสียชีวิตที่อยู่ในระดับสูง ทำให้เกิดความจำเป็นต้องประเมินคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อย่างเป็นระบบ เพื่อระบุจุดแข็ง จุดอ่อน และแนวทางพัฒนาให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ปัจจุบันแบบประเมิน Assessment of Chronic Illness Care หรือ ACIC เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น บนพื้นฐานของ Chronic Care Model (CCM) และได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเหมาะสมต่อการประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง ทั้งถูกนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเน้นการประเมินในหลายด้านที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการระบบบริการสุขภาพ การประสานงานกับชุมชน ระดับปฏิบัติการ การสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบระบบการให้บริการสุขภาพ ระบบเวชระเบียนและการบูรณาการองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วย การใช้ ACIC ช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถประเมินและระบุจุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุงในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีระบบ ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้กระบวนการฟื้นฟูมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁽¹⁰⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care service plan) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และมีธรรมาภิบาล เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา

และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การลดช่องว่างในระบบการดูแลและเชื่อมโยงการดูแลไว้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลและชุมชน จะช่วยเพิ่มสมรรถนะร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ลดปัญหาภาวะแทรกซ้อน ความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากปัญหาของการขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง⁽⁴⁾

ประสบการณ์การดำเนินงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอควนขนุนของผู้วิจัย เป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการดูแลอย่างมีคุณภาพ อาจเนื่องจากระบบบริการสุขภาพยังขาดการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบส่งผลให้การดำเนินงานในการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยไม่บรรลุผลตามเป้าหมาย บุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการขาดการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ ทั้งด้านแผนการดำเนินงาน งบประมาณความร่วมมือของชุมชนและจำนวนบุคลากรที่จำกัด ส่งผลต่อการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁽¹¹⁾ นอกจากนี้การประสานงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล-ชุมชนและผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบโดยเฉพาะในกระบวนการส่งต่อ⁽¹²⁾ การนัดหมาย การติดตามผลและการนำแนวทางเวชปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติซึ่งในหลายกรณีไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทุกขั้นตอน ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่มุ่งค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพัฒนารูปแบบการดูแลในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย⁽¹³⁻¹⁷⁾ ก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่สำหรับการปรับปรุงการจัดบริการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่ดำเนินการในระดับโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลศูนย์ ยังไม่พบการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับบริการปฐมภูมิพื้นที่อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง แม้มีรายงานการศึกษาบางส่วนในจังหวัดใกล้เคียง แต่ยังไม่

ครอบคลุมการดูแลเชิงระบบของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เชื่อมโยงการรักษาจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในจังหวัดพัทลุงโดยเฉพาะ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งประเมินระดับคุณภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอควนขนุน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาระดับพื้นฐานของการมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการพิการ และเพิ่มโอกาสในการดำรงชีวิตใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อศึกษาระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง ACIC และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่พบอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง จากฐานข้อมูลบุคลากรในช่วงเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 พบบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ดังกล่าวรวมจำนวน 160 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร แพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งสิ้น 17 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอควนขนุน จังหวัด

พัทลุง คัดเลือกแบบเจาะจง คือ (1) เป็นผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอควนขนุนมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และ (3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Krejcie and Morgan⁽¹⁸⁾ ดังนี้

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

กำหนด จำนวนประชากร (N)=160 ค่า Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Z)=1.96 สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (P)=0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (d)=0.05

$$n = \frac{(160)(1.96)^2 0.5(1 - 0.5)}{(0.05)^2 (160 - 1) + (1.96)^2 0.5(1 - 0.5)}$$

$$n = 140.60 \approx 141 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10⁽¹⁹⁾ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาคือ 156 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการหยิบลูกบอลแบบไม่ใส่คืน⁽²⁰⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ และประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังโดยได้ปรับแนวคำถามจากแบบประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง (assessment of chronic illness care: ACIC) version 3.5 ฉบับภาษาไทย โดยทุกหัวข้อมีระดับคะแนน 0-11 และมีค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามทุกหัวข้อมีค่าตั้งแต่ 0.846-0.972 สูงกว่าค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ (0.70)⁽²¹⁾ และแบบสอบถามแบ่งตามองค์ประกอบ การดูแลผู้ป่วยทั้ง 7 ด้าน ประกอบด้วย 4 ตอน ตอนที่ 1 การจัดระบบบริการสุขภาพ ตอนที่ 2 การประสานงานกับ

ชุมชน ตอนที่ 3 ระดับปฏิบัติการซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ใช้ในการปรับปรุงการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้านของผู้ให้บริการได้แก่ (1) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (2) การสนับสนุนการตัดสินใจ (3) กลไกการประสานงานในการให้บริการสุขภาพ (4) ระบบเวชระเบียนและข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และตอนที่ 4 การบูรณาการองค์ประกอบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพแต่ละหน่วยงานร่วมกันประเมินคุณภาพการดูแลก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม กรอคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 11 คะแนนแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ⁽²²⁾ ดังนี้

คะแนนระหว่าง 0 – 2 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนระดับน้อยหรือจำกัดต่อการดูแล

คะแนนระหว่าง 3 – 5 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนระดับปานกลางต่อการดูแล

คะแนนระหว่าง 6 – 8 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนระดับดีต่อการดูแล

คะแนนระหว่าง 9 – 11 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนระดับดีมากต่อการดูแล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริงจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม โดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามทั้ง 7 ด้านมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.843-0.931 ซึ่งอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และมีค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.653 สะท้อนว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงภายในที่น่าเชื่อถือและเหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลจริง

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 156 คน โดยใช้แบบสอบถามการประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง (ACIC) ก่อนทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบเกี่ยวกับที่มาวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และประโยชน์ที่จะ

ได้รับการจากการวิจัย พร้อมทั้งให้เวลาพิจารณาก่อนลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ ก่อนกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วม และนำข้อมูลที่ได้มาสู่การวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม STATA Version 12.0 วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยสถิติเชิงอนุมานแบบ Fisher's exact test เนื่องจากข้อมูลเป็นตัวแปรเชิงจัดประเภทและมีบางช่องในตารางไขว้ที่มีค่าความถี่คาดหวังต่ำกว่า 5 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการทดสอบ Chi-square ทั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ (COA No. TSU 2024_162, REC No. 0423) ลงวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2567 และได้รับการอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ศึกษา ก่อนการเก็บข้อมูลจริง ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น ก่อนลงนามในแบบแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.82) อายุระหว่าง 30 - 49 ปี (ร้อยละ 58.97) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.41) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ

81.41) และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 58.33) (ตารางที่ 1)

2. ระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 7 ด้าน อยู่ในระดับดี (Mean= 6.81, SD=1.66) ด้านการประสานงานกับชุมชนมีคะแนนสูงสุด (Mean=8.07, SD=1.90) รองลงมาคือ ด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพ (Mean=7.87, SD=1.98) ด้านการออกกระบวนการให้บริการสุขภาพ (Mean=7.81, SD=2.10) ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ (Mean=7.66, SD=2.03) ด้านระบบเวชระเบียน (Mean=7.62,

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=156)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	12.18
หญิง	137	87.82
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	30	19.23
30 - 49	92	58.97
มากกว่า 49	34	21.79
Mean±SD (Min, Max)	40.46±10.60	(23, 60)
สถานภาพ		
โสด	59	37.82
คู่	88	56.41
หม้าย/หย่า	9	5.77
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	9	5.77
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	7	4.49
ปริญญาตรี	127	81.41
สูงกว่าปริญญาตรี	13	8.33
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
น้อยกว่า 5	36	23.08
5 - 10	29	18.59
มากกว่า 10	91	58.33
Mean±SD (Min, Max)	14.83±10.89	(1, 41)

SD=1.95) ด้านการบูรณาการขององค์ประกอบการดูแล ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส ($p=0.03$) และผู้ป่วย (Mean=7.50, SD=2.04) และด้านระดับปฏิบัติการ- ระดับการศึกษา ($p=0.04$) มีความสัมพันธ์กับระดับการ คะแนนต่ำสุด (Mean=7.22, SD=2.14) (ตารางที่ 2) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้าน (n=156)

รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้าน	ระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				Mean	SD	แปลผล
	น้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	ดี n (%)	ดีมาก n (%)			
การจัดการระบบบริการสุขภาพ					7.87	1.98	ดี
การบริหารจัดการของหน่วยงานเกี่ยวกับการดูแล	6 (3.85)	20 (12.82)	60 (38.46)	70 (44.87)	7.75	2.30	ดี
เป้าหมายของหน่วยงานในการดูแลโรคเรื้อรัง	2 (1.28)	19 (12.18)	77 (49.36)	58 (37.18)	7.94	2.00	ดี
กลยุทธ์การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรัง	6 (3.85)	15 (9.62)	72 (46.15)	63 (40.38)	7.71	2.20	ดี
แรงจูงใจและกฎระเบียบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	5 (3.21)	19 (12.18)	79 (50.64)	53 (33.97)	7.60	2.29	ดี
การประสานงานกับชุมชน					8.07	1.90	ดีมาก
การประสานงานระหว่างผู้ป่วยและทรัพยากรในชุมชน	1 (0.64)	14 (9.87)	80 (51.28)	61 (39.10)	8.17	1.85	ดีมาก
ความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ของชุมชน	3 (1.92)	16 (10.26)	68 (43.59)	69 (44.23)	8.13	2.12	ดีมาก
มีแนวปฏิบัติสอดคล้องกับแผนด้านสุขภาพระดับภูมิภาค	4 (2.56)	16 (10.26)	70 (44.87)	66 (42.31)	7.82	2.18	ดี
ระดับปฏิบัติการ	7.22	2.14	ดี				
มีการประเมินและการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วย	6 (3.85)	18 (11.54)	82 (52.56)	50 (32.05)	7.46	2.24	ดี
การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย	19 (12.18)	30 (19.23)	59 (37.82)	48 (30.77)	6.80	2.72	ดี
การแสดงความห่วงใยต่อคนไข้และครอบครัว	10 (6.41)	30 (19.23)	67 (42.95)	49 (31.41)	7.29	2.42	ดี
การส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย	8 (5.13)	31 (19.87)	78 (50.00)	39 (25.00)	6.99	2.39	ดี
การสนับสนุนการตัดสินใจ					7.66	2.03	ดี
แนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน	4 (2.56)	11 (7.05)	87 (55.77)	54 (34.62)	7.69	1.99	ดี
การมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ	8 (5.13)	25 (16.03)	71 (45.51)	52 (33.33)	7.44	2.30	ดี
การให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการดูแล	19 (12.18)	19 (12.18)	67 (42.95)	51 (32.69)	7.17	2.62	ดี
ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวเวชปฏิบัติ	11 (7.05)	12 (7.69)	70 (44.87)	63 (40.38)	7.67	2.41	ดี
การออกระบบการให้บริการสุขภาพ					7.81	2.10	ดี
หน้าที่ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	9 (5.77)	21 (13.46)	69 (44.23)	57 (36.54)	7.54	2.42	ดี
ผู้นำของทีมผู้ปฏิบัติงาน	8 (5.13)	12 (7.69)	56 (35.90)	80 (51.28)	8.06	2.41	ดีมาก
ระบบการนัดหมาย	9 (5.77)	30 (19.23)	56 (35.90)	61 (39.10)	7.59	2.51	ดี
การติดตามผล	12 (7.69)	19 (12.18)	73 (46.79)	52 (33.33)	7.42	2.48	ดี
แผนปฏิบัติที่วางไว้ล่วงหน้าในการนัดหมายผู้ป่วย	4 (2.56)	24 (15.38)	63 (40.38)	65 (41.67)	7.83	2.25	ดี
การสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงาน	5 (3.21)	10 (6.41)	77 (49.36)	64 (41.03)	8.00	2.02	ดี
ระบบเวชระเบียน					7.62	1.95	ดี
เวชระเบียน	0 (0.00)	36 (23.08)	58 (37.18)	62 (39.74)	7.81	2.17	ดี
มีการแจ้งเตือนผู้ให้บริการสุขภาพ	1 (0.64)	28 (17.95)	79 (50.64)	48 (30.77)	7.50	2.03	ดี
ข้อมูลที่เป็นผลสะท้อนการปฏิบัติงาน	3 (1.92)	32 (20.51)	79 (50.64)	42 (26.92)	7.36	2.12	ดี
ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการให้บริการ	6 (3.85)	18 (11.54)	68 (43.59)	64 (41.03)	7.67	2.21	ดี
ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาผู้ป่วย	5 (3.21)	20 (12.82)	77 (49.36)	54 (34.62)	7.68	2.14	ดี

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรสาธารณสุข

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้าน (n=156) (ต่อ)

รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้าน	ระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						แปลผล
	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	Mean	SD	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
การบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วย					7.50	2.04	ดี
ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ	7 (4.49)	24 (15.38)	75 (48.08)	50 (32.05)	7.43	2.23	ดี
ระบบข้อมูล	10 (6.41)	19 (12.18)	82 (52.56)	45 (28.85)	7.23	2.35	ดี
โครงการที่ทำร่วมกับชุมชน	13 (8.33)	28 (17.95)	76 (48.72)	39 (25.00)	6.94	2.50	ดี
แผนบริหารจัดการการดูแลโรคเรื้อรัง	6 (3.85)	31 (19.87)	77 (49.36)	42 (26.92)	7.29	2.41	ดี
การติดตามผลอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการนัดหมาย	2 (1.28)	18 (11.54)	71 (45.51)	65 (41.67)	7.91	2.00	ดี
แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	5 (2.56)	27 (17.31)	65 (41.67)	60 (38.46)	7.69	2.27	ดี
ภาพรวม	2 (1.28)	29 (18.59)	102 (65.38)	23 (14.74)	6.81	1.66	ดี

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (n=156)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย				Fisher's exact test	p-value
	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
เพศ						
หญิง	1 (0.73)	27 (19.71)	90 (65.69)	19 (13.87)	0.25	0.26
ชาย	1 (5.26)	2 (10.53)	12 (63.16)	4 (21.05)		
รวม	2 (1.28)	29 (18.59)	102 (65.38)	23 (14.74)		
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 29	0 (0.00)	6 (20.00)	21 (70.00)	3 (10.00)	0.62	0.65
30 – 49	1 (1.09)	17 (18.48)	62 (67.39)	12 (13.04)		
มากกว่า 49	1 (2.94)	6 (17.65)	19 (55.88)	8 (23.53)		
รวม	2 (1.28)	29 (18.59)	102 (65.38)	23 (14.74)		
สถานภาพ						
โสด	1 (1.69)	7 (11.86)	42 (71.19)	9 (15.25)	0.05	0.03*
คู่	0 (0.00)	21 (23.86)	56 (63.64)	11 (12.50)		
หม้าย/หย่า	1 (11.11)	1 (11.11)	4 (44.44)	3 (33.33)		
รวม	2 (1.28)	29 (18.59)	102 (65.38)	23 (14.74)		
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษา	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (44.44)	5 (55.56)	0.07	0.04*
ประกาศนียบัตร	0 (0.00)	1 (14.29)	5 (71.43)	1 (14.29)		
ปริญญาตรี	2 (1.57)	27 (21.26)	81 (63.78)	17 (13.39)		
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.00)	1 (7.69)	12 (92.31)	0 (0.00)		
รวม	2 (1.28)	29 (18.59)	102 (65.38)	23 (14.74)		
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)						
น้อยกว่า 5	0 (0.00)	6 (16.67)	26 (72.22)	4 (11.11)	0.11	0.14
6 – 10	0 (0.00)	1 (3.45)	21 (72.41)	7 (24.14)		
มากกว่า 10	2 (2.20)	22 (24.18)	55 (60.44)	12 (13.19)		
รวม	2 (1.28)	29 (18.59)	102 (65.38)	23 (14.74)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

วิจารณ์

1. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการประสานงานกับชุมชน และด้านระดับปฏิบัติการมีคะแนนต่ำสุด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านที่ 1 การจัดการระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพระดับดี อาจเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น นโยบายการบริหารจัดการที่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ครบทุกด้าน ขาดความชัดเจนในเป้าหมายและกลยุทธ์การพัฒนา ส่งผลให้เกิดปัญหาในการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อการคงไว้ซึ่งมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการศึกษาของวารุณี เรืองมี⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การขาดนโยบายหรือกฎระเบียบที่ช่วยให้ทีมดูแลสุขภาพเกิดความตระหนักตื่นตัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองภายในชุมชน ซึ่งอาจเป็นผลทำให้สมาชิกในชุมชนไม่เห็นถึงความสำคัญของปัญหาจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในระดับนานาชาติที่ชี้ให้เห็นว่า การมีนโยบายและกฎหมายที่สนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบสามารถส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Fulmer ในสหรัฐอเมริกาพบว่า รัฐที่มีกฎหมายสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเข้าถึงศูนย์โรคหลอดเลือดสมองหลักสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง เมื่อเทียบกับรัฐที่ไม่มีนโยบายดังกล่าว⁽²³⁾ อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขไทยได้กำหนดแนวนโยบายให้มีการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ แต่ข้อจำกัดด้านระเบียบและโครงสร้างการบริหารยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานในบริบทจริง รวมการเข้าถึงบริการดังกล่าวยังมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ และหน่วยบริการบางแห่ง

ยังไม่สามารถบูรณาการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการดูแลได้เต็มรูปแบบ ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า แม้มีความพยายามจัดระบบบริการที่ดีในระดับพื้นที่ แต่หากไม่มีนโยบายที่ชัดเจนและการสนับสนุนเชิงโครงสร้างอย่างต่อเนื่อง การจัดการระบบบริการสุขภาพก็อาจยังไม่สามารถพัฒนาไปสู่ระดับที่มีความเข้มแข็งและครอบคลุมได้อย่างแท้จริง

ด้านที่ 2 การประสานงานกับชุมชนมีคุณภาพระดับดีมาก แต่ยังพบปัญหาการสื่อสารและการเชื่อมต่อข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยและทรัพยากรสุขภาพในชุมชน อาจเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่มีจำนวนมาก แต่จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีจำนวนจำกัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงตามคุณภาพ สุวรรณแสนสุข⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการประสานงานกันระหว่างหน่วยบริการในส่วนของการส่งต่อและการแจ้งพื้นที่ในการออกเยี่ยมมีความสำคัญที่จะทำให้อาสาสมัครเข้าถึงการดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งหากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นได้⁽²⁴⁾ เช่นเดียวกับกรมอนามัยโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเวลาที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้การดูแลผู้ป่วยทั้งรูปแบบการให้บริการแบบผู้ป่วยใน การให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและการให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน⁽²⁵⁾ การศึกษาของ Deutschbein และคณะ⁽²⁶⁾ สนับสนุนแนวคิดนี้ โดยพบว่า การประสานงานการดูแลในชุมชนเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถจัดการและใช้บริการสุขภาพที่จำเป็นในชุมชนได้อย่างสอดคล้องกัน

ด้านที่ 3 ระดับปฏิบัติการมีคุณภาพระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อาจเกิดจากขาดระบบการประเมิน

และจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถติดตามผลการรักษาหรือพัฒนาการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้การแสดงความห่วงใยและการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงต่อผู้ป่วย อาจไม่ได้รับการเน้นอย่างเพียงพอ เนื่องจากภาระงานที่หนักและขาดการฝึกอบรมหรือทักษะในการสื่อสารที่ดี ทำให้บุคลากรอาจขาดทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพกับผู้ป่วย และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมหรือการดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของกชพร เชื้อนธนะ⁽²⁸⁾ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน พบว่า การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลและชุมชนในการร่วมกันดูแลทุกมิติ โดยเฉพาะมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม มีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม ระดับปฏิบัติการเป็นจุดที่นโยบายและแผนยุทธศาสตร์หลายฉบับให้ความสำคัญระดับถึงความสำเร็จในการพัฒนาทักษะบุคลากร และการจัดทำคู่มือมาตรฐานการฟื้นฟูด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน⁽²⁹⁾ แต่การปฏิบัติจริงยังมีข้อจำกัดหลายด้านที่ต้องได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม ทั้งในมิติของบุคลากร ระบบสารสนเทศ และกลไกการประสานงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับพื้นที่เป็นไปอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

ด้านที่ 4 การสนับสนุนการตัดสินใจมีคุณภาพระดับดี อาจเกิดจากการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้จริงยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ครบทุกขั้นตอน มีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลา สถานที่และจำนวนบุคลากร รวมถึงการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เพียงพอ สะท้อนถึงความสำเร็จในการพัฒนาความรู้ ทักษะและความมั่นใจของบุคลากร⁽¹³⁾ เพิ่มการฝึกอบรมและการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อยกระดับศักยภาพในการตัดสินใจดูแล

ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกชพร พงษ์แท้ ที่ทำการศึกษามุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านพบว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น⁽³⁰⁾ ดังนั้นการพัฒนาทักษะความรู้ตามแนวทางเวชปฏิบัติอย่างเหมาะสมจึงสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ด้านที่ 5 การออกระบบการให้บริการสุขภาพมีคุณภาพระดับดี และพบว่า ผู้นำทีมผู้ปฏิบัติงานมีคุณภาพระดับดีมาก อาจเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้นำมีความมุ่งมั่นทำงานเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและทีมบริหารของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอควนขนุนมีทีมทำงานที่เข้มแข็งในทุกหน่วยบริการ อีกทั้งยังไม่มีมีการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ส่งผลให้การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีความเข้าใจในบริบทและความต้องการของชุมชนได้ดีกว่า นอกจากนี้ทีมบริหารของ คปสอ. ควนขนุน ยังสนับสนุนและให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันเป็นทีมของทีมสหวิชาชีพ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐาน เสริมสร้างองค์ความรู้และปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเชิดชาย งามหอม⁽³¹⁾ ที่ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานีพบว่า การพัฒนาทักษะและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพผ่านการกำหนดแผนเยี่ยมร่วมกัน ช่วยเสริมระบบการดูแลสุขภาพให้มีความครอบคลุมและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ใจดีใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น

ด้านที่ 6 ระบบเวชระเบียนมีคุณภาพระดับดี อาจเนื่องจากมีบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (การให้บริการแบบผู้ป่วยในการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและการให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน) เป็นตัวแทนในคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด ทำหน้าที่ในการประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Google drive และโปรแกรม HOSxP สามารถตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียนเป็นประจำก่อนส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งแสดงถึงความพร้อมในการจัดการข้อมูลและติดตามผลการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของนางณัฏฐารุณ⁽³²⁾ ที่ทำการศึกษาลำดับที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การมีระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพทำให้สามารถส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยได้ดี อย่างไรก็ตามการแบ่งปันข้อมูลระหว่างสหวิชาชีพและระบบแจ้งเตือนยังไม่ทั่วถึง ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หากองค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง สมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน จะสามารถสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันทุกวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย⁽²⁹⁾

ด้านที่ 7 การบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพระดับดี มีการให้ข้อมูลเชิงลึกแก่ผู้ป่วยและชุมชน รวมถึงการติดตามผลที่แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างระบบการดูแลกับชุมชน แต่ยังพบปัญหาในด้านการวางแผนการดูแลเชิงรุกและการติดตามผลที่ไม่สม่ำเสมอ รวมถึงยังขาดความร่วมมือจากชุมชน⁽³³⁾ ดังนั้นควรส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกับชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของวิศรุต ศรีสว่าง ที่ทำการศึกษารูปแบบบริการทางการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลหนองคู อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคามพบว่า หากได้รับการพัฒนาให้ระบบข้อมูลที่เป็นหัวใจหลักของการเข้าถึงบริการมีการส่งต่อข้อมูล

ที่รวดเร็วก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทุกราย⁽³⁴⁾ และกระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนทุกคนบนแผ่นดินไทย มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนทั้งบุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงและได้รับการที่มีคุณภาพทุกช่วงชีวิต⁽³⁵⁾

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ และประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุอาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยที่ดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน พร้อมทั้งการฝึกอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องและการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้เกณฑ์การประเมินคุณภาพมุ่งเน้นผลลัพธ์ของกระบวนการมากกว่าความแตกต่างของบุคคล ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของปริมล หงส์ศรี⁽³⁶⁾ พบว่า เพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการศึกษาของศุภรินทร์ ยิ้มศิริ⁽³⁷⁾ ซึ่งพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม แต่จากการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽³⁸⁾

สถานภาพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีสถานภาพสมรส อาจส่งผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว บุคลากรที่มีครอบครัวหรือคู่สมรสที่สนับสนุนมักได้รับกำลังใจและการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ซึ่งช่วยลดความเครียดจาก

การทำงาน นอกจากนี้การจัดการชีวิตส่วนตัวที่มั่นคงยังช่วยลดภาวะหมดไฟและเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสมโภช บุญวัน⁽³⁹⁾ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับมิติครอบครัวดี แต่ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาข้างนี้พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี จึงอาจเป็นเหตุสนับสนุนว่าบุคลากรที่มีการศึกษาระดับสูงมักมีความเข้าใจในแนวทางเวชปฏิบัติ สามารถนำความรู้การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁰⁾ นอกจากนี้การศึกษาช่วยพัฒนาทักษะในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ดีกว่า ส่งผลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพสูง เช่นเดียวกับกับการศึกษาของสุรสิทธิ์ เทียมทิพย์⁽⁴¹⁾ ที่รายงานว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาความรู้และส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาใฝ่รู้และสามารถคิดอย่างมีเหตุผล ซึ่งมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการดูแลและการตัดสินใจที่ถูกต้องและทันเวลา

สรุป

ระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 7 ด้าน ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการดูแล โรคเรื้อรัง Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองทั้ง 7 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่ได้คะแนนสูงสุดคือ

การประสานงานกับชุมชน รองลงมาคือการจัดการระบบบริการสุขภาพ การออกแบบการให้บริการสุขภาพ การสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบเวชระเบียน การบูรณาการองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วย และด้านระดับปฏิบัติการที่มีคะแนนต่ำสุด ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าจะยังพบปัญหาการสื่อสารและการเชื่อมโยงข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการและชุมชน ส่งผลให้บางพื้นที่ยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างครบถ้วนตามคุณภาพการดูแล นอกจากนี้พบด้านระดับปฏิบัติการมีคุณภาพต่ำสุด แสดงถึงข้อจำกัดในการจัดเก็บและประเมินข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่เป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถติดตามผลการรักษาหรือพัฒนาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การขาดการฝึกอบรมในทักษะการสื่อสารยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพกับผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ในการนำผลไปใช้ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรสหรือผู้ที่อยู่ลำพัง โดยจัดให้มีระบบสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเครือข่ายชุมชนเพื่อช่วยเติมเต็ม การดูแล รวมทั้งควรมีการพัฒนาและออกแบบสื่อสุขภาพและการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับทุกระดับการศึกษา เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ลดความเหลื่อมล้ำด้านความรู้ และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลโดยรวม ทั้งนี้ การวางแผนพัฒนารูปแบบการบริการที่ครอบคลุมและต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่การรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบบริการ

และส่งเสริมการทำงานร่วมกับชุมชนให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น รวมถึงเพิ่มการฝึกอบรมและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลที่มีมาตรฐาน การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและครอบคลุมจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาต่อยอดในพื้นที่อื่นของเขตสุขภาพที่ 12 เพื่อเปรียบเทียบและยืนยันผลการศึกษานี้ รวมทั้งดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปฏิบัติการ เพื่อทำความเข้าใจปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างลึกซึ้งมากขึ้น นอกจากนี้ควรประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนนโยบายสุขภาพในระดับพื้นที่และระดับประเทศต่อไป

ในด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ควรพิจารณาใช้สถิติแบบ parametric correlation เช่น point biserial correlation หรือ Pearson's correlation เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกับปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งจะช่วยให้การตีความความสัมพันธ์เชิงปริมาณมีความชัดเจนและแม่นยำมากยิ่งขึ้น อีกทั้งควรดำเนินการ subgroup analysis เพื่อค้นหาความแตกต่างเฉพาะกลุ่มที่อาจสะท้อนถึงบริบทการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิที่มีความหลากหลายระหว่างพื้นที่ต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ทุกท่าน รวมถึงหน่วยงานบริการสุขภาพที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Waraporn K, Thosporn E. Cerebrovascular disease, risk factors, and quality of life: a systematic review. Chula Med Bull 2019;1(5):473-87.
2. ธนพล ทรงธรรมวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหัวหิน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566;32(1):120-31.
3. Yadav V, Gera C, Yadav R. Evolution in hemiplegic management: a review. International Journal of Health Sciences 2018;8(5):361-69.
4. กลุ่มงานส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2564.
5. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. International Journal of Stroke 2022;17(1):18-29.
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2566.
7. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (health KPI): ตัวชี้วัด 018.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล : <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 12 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://shorturl.asia/83kpv>
9. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอควนขนุน. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานของ คปสอ. ควนขนุน

- [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล : <https://shorturl.asia/0Ub6x>.
10. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research* 2002;37(3):791–820.
11. วารุณี เรืองมี, เนตรนาถ คู่พันธ์. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลเขาย่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์* 2559;27(3):64–72.
12. ยุติ ผงสา. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น* 2563;2(2):139–53.
13. ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, พรภัทรา แสนเหลา, กมลรัตน์ ทองสว่าง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล* 2564;70(4):34–43.
14. ศील เทพบุตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *สวรรณค์ประชารักษ์เวชสาร* 2563;17(3):112–24.
15. เชิดชาย งามหอม. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี* 2566;12(2):67–81.
16. สุวรรณี่ แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์, ฌอนม นามวงศ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2565;8(4):195–204.
17. ดารุณี โนนทิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2566;8(1):244–51.
18. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607–10.
19. จิรายุชาติสุวรรณ, เพียรผดุงรัชต์ พระระวี, อธิรัตน์ พระระวี, พานิชการ ฌภัทร. เปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทยต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร* 2560;17(3):356–64.
20. กัญจน์ณิชา เรืองชัยทวีสุข, อภิญา วงศ์พิริโยธา, นริสา วงศ์นารักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย* 2564;14(1):213–25.
21. ปัทมา โกมทุบุตร, อภินันท์ อร่ามรัตน์, วรพจน์ สัจจพันธ์ศรี, สยาม ชูติมา, ดุสิตา ตูประกาย, โภคิน ศักรินทร์กุล. ความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง (ACIC) ฉบับภาษาไทย. *J Med Assoc Thai* 2012;95(8):1105–13.
22. อาคม รัฐวงษา, อรสา กงตาล. การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย. *วารสารวิจัยมข* 2555;12(3):670–80.
23. Fulmer EB, Keener Mast D, Godoy Garraza L, Gilchrist S, Rasool A, Xu Y, et al. Impact of State Stroke Systems of Care Laws on Stroke Outcomes. *Healthcare* 2023;11(21):2–16.
24. จิตติมา สระขุนทด, ยุพิน พิมพ์จิตร, กัลยาวิโรจน์ อนนท์จารย์, เบญจพร สุขประเสริฐ. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีผู้ดูแลหลักในชุมชน โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี* 2567;13(2):32–8.
25. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (intermediate care in community). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยประชาชน; 2563.

26. Deutschbein J, Grittner U, Schneider A, Schenk L. Community care coordination for stroke survivors: results of a complex intervention study. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):1143.
27. Chaknum P, Harnirattisai T, Somprasert C, Chiang LC. Development of the family-based care model for stroke survivors to promote healthy family dynamics: participatory action research. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2023;27(2):244–59.
28. กษพร เชื้อนธนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมิดา เชาวน์ชาเขต, ภัทรพล ตุ่มัด, จุฑามาศ ขาวสำน. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2562;282(2):273–85.
29. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพงานการแพทย์แผนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: งานดี ศรี-เอช; 2561.
30. กษพร พงษ์แต่, ปริมล หงษ์ศรี, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. มุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี* 2567;7(2):34–48.
31. เชิดชาย งามหอม. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี* 2566;12(2):67–81.
32. นงนภัทร รุ่งเนย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นกัธ แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญไธย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2565;31(1):112–23.
33. นารินทร์ บำรุงถิ่น, อรุณรัตน์ สุนทองบัว. ประสิทธิภาพของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในกลุ่มผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อำเภอเมืองชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร* 2566;43(1):59–73.
34. วิศรุต ศรีสว่าง, พวงเพชร สีหาบุราณ, พิทักษ์พงษ์ พรณ-พราว, ชุติกรณ ปักกาเวสา. พัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลหนองคู อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการ-ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2567;4(3):85–96.
35. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง guideline for intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan). นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
36. ปริมล หงษ์ศรี, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, วณิชา พิงชมภู. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร* 2560;44(4):93–104.
37. ศุภรินทร์ ยัมศิริ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาล-มหาสารคาม* 2567;21(2):90–100.
38. กุสุมา สุวรรณบุรณ์. การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ* 2561;14(3):3–15.
39. สมโภช บุญวัน, สมโภช รติโอฬาร, วรางคณา จันทรงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน* 2564;7(3):139–51.
40. พนารัตน์ เจนจบ, สมภรณ์ เทียนขาว, นฤมล เอกธรรม-สุทธิ, สมตระกูล ราศิริ. ระบบสารสนเทศทางเลือกในการดูแลแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน

- ประเทศไทย. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566;15(1):30-51.
41. สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก 2566;10(1):92-125.

Personal Factors Associated with the Quality of Stroke Patient Care among Healthcare Personnel in Primary Healthcare Services: a Case Study in Khuan Khanun District, Phatthalung Province

Chanakarn Noonduang, M.P.H. (Public Health)*; Dusanee Suwankhong, Ph.D. (Health Sciences)*; Kusumarn Noipha, Ph.D. (Biomedical Sciences)**

* Master of Public Health Program, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University;

** Thai Traditional Medicine Program, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(4):761-75.

Corresponding author: Dusanee Suwankhong, Email: dusanee.s@tsu.ac.th

Abstract: This study aimed to examine the level of quality of care for stroke patients based on the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) and investigate the relationship between personal factors and the quality of care for stroke patients among health personnel working in primary health care units in Khuan Khanun District, Phatthalung Province. Data were collected from 156 participants using the ACIC questionnaire, which consists of seven dimensions: (1) organization of the healthcare delivery system, (2) community linkages, (3) self-management support, (4) decision support, (5) delivery system design, (6) clinical information systems and (7) integration of chronic care model components. The data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum) and inferential statistics (Fisher's exact test) to examine the relationship between personal factors and quality of care levels. The results revealed that the overall mean score of quality of care across seven dimensions was at a good level (Mean = 6.81, SD = 1.66). The highest-scoring dimension was community linkages (Mean = 8.07, SD = 1.90), while the lowest was at operational level (Mean = 7.22, SD = 2.14). Marital status and education level were found to be significantly associated with the quality of care for stroke patients ($p < 0.05$). However, limitations were identified in terms of interagency coordination, community support and continuity of patient follow-up. These findings highlight the necessity to develop a comprehensive and continuous care system emphasizing collaboration among health service units, multidisciplinary teams and communities to reduce stroke complications and enhance patients' long-term quality of life.

Keywords: quality of care; stroke patients; healthcare personnel; primary healthcare