ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและสมรรถนะของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชน

Effectiveness of a Transitional Care–Based Home Visit Program on Functional Recovery and Caregiver Competency Among Stroke Patients in a Community Hospital Setting

อรัญญา โชติสุวรรณ์, ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ**, รัชต์วรรณ ตู้แก้ว***

Aranya Chotsuwan, Saknarin Limcharoen**, Ratchawan Tookaew***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังแบบวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลหลัก 15 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โปรแกรมแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมในโรงพยาบาล เน้นการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ดูแล และระยะที่ 2 การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการประยุกต์ใช้ทักษะในสถานการณ์จริง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความรู้และทักษะของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์คัดเลือกคือผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป มีคะแนน ADL 5–11 คะแนน มีสติสัมปชัญญะดี และยินยอมเข้าร่วม ส่วนผู้ดูแลอายุ 18–70 ปี เป็นเครือญาติและสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกคือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (ADL < 5 คะแนน) หรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบระยะเวลา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า คะแนน ADL ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 268.374$, $p < .001$, $\eta p^2 = 0.950$) โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 9.20 ก่อนทดลองเป็น 18.27 ในเดือนที่ 2 หลังโปรแกรม ทักษะผู้ดูแลด้านการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 68.070$, $p < .001$, $\eta p^2 = 0.829$) รวมถึงทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($F = 42.082$, $p < .001$, $\eta p^2 = 0.751$) ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 2.940$, $p = .104$, $\eta p^2 = 0.174$)

สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยบูรณาการแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้านมีแนวโน้มช่วยเพิ่มทักษะผู้ดูแลและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล และอาจเป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน, การเยี่ยมบ้าน, ทักษะผู้ดูแล, กิจวัตรประจำวัน, โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง

* กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดจันทบุรี

* Primary and Holistic care Department. Thamai Hospital, Chanthaburi Province

**Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University, Chanthaburi Province,Thailand

Corresponding author: รัชต์วรรณ ตู้แก้ว Email: rtookaew@gmail.com

Received 08/01/2026 *Revised 28/01/2026* *Accepted 26/06/2026*

ABSTRACT

This experimental research employed a one-group repeated-measures design to evaluate the effectiveness of a continuity of care programme integrating transitional care and home visits for patients with stroke in a community hospital setting. The sample comprised 15 primary caregivers and 15 patients with stroke, selected through purposive sampling. The intervention was implemented in two phases: (1) a hospital-based preparatory phase focusing on enhancing caregivers' knowledge and caregiving skills, and (2) a home visit phase providing continuous follow-up and support in the community. Research instruments included a caregiver knowledge questionnaire, caregiver skill assessment tools (promoting activities of daily living and complication prevention), the Barthel Index of Activities of Daily Living (ADL), and a complication monitoring form. Data were analysed using descriptive statistics and repeated-measures ANOVA.

The results showed that patients' ADL scores significantly improved over time ($F = 268.374$, $p < .001$, *partial* $\eta^2 = 0.950$), increasing from a mean of 9.20 at baseline to 18.27 at two months post-intervention. Caregivers' skills in promoting activities of daily living and patient safety also significantly improved ($F = 68.070$, $p < .001$, *partial* $\eta^2 = 0.829$). Similarly, skills in preventing complications showed a significant increase over time ($F = 42.082$, $p < .001$, *partial* $\eta^2 = 0.751$). However, caregivers' knowledge of stroke did not show a statistically significant change ($F = 2.940$, $p = .104$, *partial* $\eta^2 = 0.174$).

In conclusion, the continuity of care programme demonstrates strong potential to enhance caregivers' skills and promote functional recovery in patients with stroke. The integration of transitional care and home visit approaches may represent an appropriate model for strengthening continuity of care in community hospital settings.

Keywords: Stroke, Transitional Care, Home Visits, Caregiver Skills, Activities of Daily Living, Continuity of Care Program

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease: CVD) เป็นภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ร้ายแรง อันเกิดจากการตีบ ตัน หรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองอย่างถาวร และนำไปสู่ความพิการระยะยาว เช่น อัมพฤกษ์/อัมพาต ความบกพร่องด้านการสื่อสาร และการกลืน โดยการศึกษาของ Feigin et al.[1] ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพโดยรวม ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาภาระโรคทั่วโลก ((Global Burden of Disease Study 2019)[2] ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในลำดับต้นของโลก โดยภาระโรคส่วนใหญ่อยู่ในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง ในบริบทของประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 278.49 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 [3] และในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่ถึง 349,126 ราย และเสียชีวิต 36,214 ราย โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี [4] สะท้อนถึงภาระโรคที่ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกัน ข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลท่าใหม่พบแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 29.82 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 เป็น 43.0 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2567[5] ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายของระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ

แม้ว่าความก้าวหน้าทางการรักษาในระยะเฉียบพลันจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 60 ยังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 20 ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาว[3] เนื่องจากยังคงมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) รวมถึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าการฟื้นฟูในระยะหลังจำหน่ายมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่ว ย โดยการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบและอภิมานของดวงมาลย์ คำหม่อม [6] พบว่าโปรแกรมฟื้นฟูที่บ้าน (Home-based rehabilitation) สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างมีนัยสำคัญ และให้ผลลัพธ์ไม่ด้อยกว่าการฟื้นฟูในโรงพยาบาล รวมถึงดีกว่าการดูแลตามปกติ นอกจากนี้การศึกษาของ Basheikh et al.[7] โปรแกรมออกกำลังกายที่บ้านภายใต้การกำกับของบุคลากรสุขภาพยังช่วยเพิ่มผลลัพธ์ด้าน Barthel Index และ motor function ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน แนวทางการฟื้นฟูที่เน้นบทบาทของผู้ดูแล (caregiver-mediated intervention) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาของ Choo et al. [8] พบว่าการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลสามารถส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการฟื้นฟูของผู้ป่วย อีกทั้ง Bartoli et al.[9]และ Zuil-Escobar et al.[10] มีการศึกษาพบว่าการประยุกต์ใช้ telehealth ร่วมกับการดูแลที่บ้านยังช่วยเสริมผลลัพธ์ทั้งในด้าน functional outcomes ของผู้ป่วยและการปรับตัวของผู้ดูแล

อย่างไรก็ตาม แม้หลักฐานจะสนับสนุนประสิทธิผลของการดูแลที่บ้าน แต่ยังพบข้อจำกัดสำคัญในวรรณกรรม ได้แก่ ความไม่สม่ำเสมอของรูปแบบโปรแกรมและระดับความเข้มข้นของ intervention การขาดการบูรณาการระหว่างการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกับการติดตามดูแลที่บ้านอย่างเป็นระบบ การเน้นผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเป็นหลักโดยละเลยผลลัพธ์ด้านทักษะของผู้ดูแล และข้อจำกัดด้านบริบทของประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง ที่ระบบบริการยังไม่เชื่อมโยงอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ หนึ่งนุช บุตรวัง[11] โรงพยาบาลวานรนิวาส พบว่าการส่งเสริมทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้เทคนิค Coaching ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจาวันและช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น บริบทของโรงพยาบาลท่าใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง แม้จะมีระบบวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการเยี่ยมบ้านในระยะฟื้นฟู แต่ยังคงพบ

ช่องว่างสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care gap) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่ยังไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจและทักษะในการดูแลต่อเนื่อง ขาดเครื่องมือสนับสนุนที่ได้มาตรฐาน และยังขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและชุมชน ดังนั้นจึงเกิดช่องว่างทางวิชาการและเชิงปฏิบัติที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บูรณาการการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในโรงพยาบาลร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลเป็นกลไกหลักในการส่งเสริมผลลัพธ์ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) เพื่อสร้างความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและชุมชน โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจของผู้ดูแล ควบคู่กับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในบริบทชีวิตจริง ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของโรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์รองของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัย ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานของการศึกษา

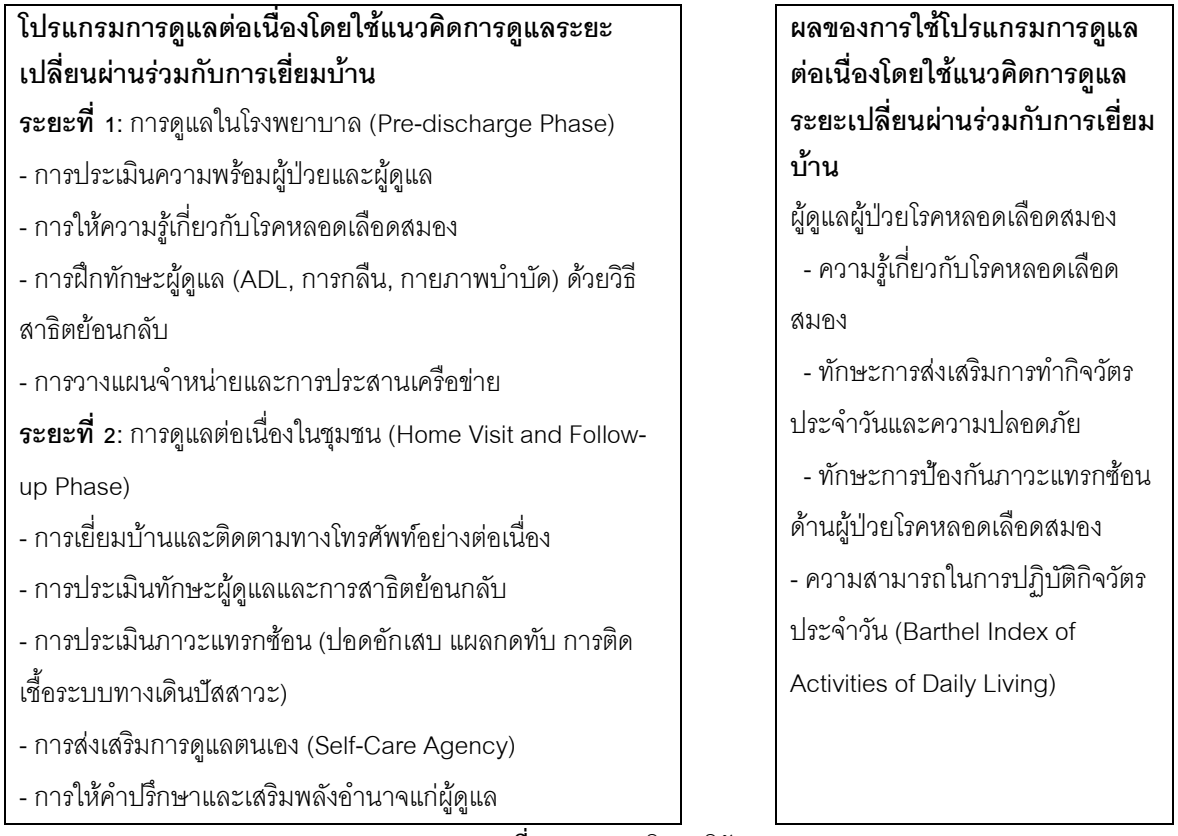
1. หลังได้รับโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัย ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) ของ Naylor[12] เป็นฐาน ร่วมกับการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่และต้องพึ่งพาผู้ดูแล ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลจึงเป็นกลไกหลักของความต่อเนื่องในการดูแล โปรแกรมแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การดูแลในโรงพยาบาล (pre-discharge phase) เน้นการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ดูแลทั้งด้านความรู้และทักษะ ผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสาธิต และการฝึกปฏิบัติย้อนกลับ เช่น การดูแลการกลืนอย่างปลอดภัยและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะที่ 2 การดูแลในชุมชน (home-based care phase) ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care & Home Visit)[13] มาใช้ โดยมุ่งเน้นการติดตามเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยหลังจำหน่าย ประกอบด้วยการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินทักษะผู้ดูแล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นฟูในชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์มุ่งเพิ่มความสามารถผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิต ผ่านการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research Design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังแบบวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักของโรงพยาบาลท่าใหม่ ดำเนินการศึกษาผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี และจำหน่ายกลับบ้าน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาในโรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี และจำหน่ายกลับบ้าน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ดูแลหลักจำนวน 15 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก จำนวน 15 คน

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ดูแลหลัก คือ มีอายุ 18–70 ปี เป็นเครือญาติ และมีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ ติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีคะแนน ADL ระหว่าง 5–11 คะแนน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (ADL < 5 คะแนน) หรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบระยะเวลา

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์ด้วย Repeated-measures ANOVA กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size, f) เท่ากับ 0.40 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และค่าพลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 โดยสมมุติให้มีการวัดผล 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กำหนดค่าความสัมพันธ์ระหว่างการวัดซ้ำเท่ากับ 0.50 และค่าการปรับ nonsphericity correction เท่ากับ 1 ผลการคำนวณพบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 14 หน่วยวิเคราะห์ ในการศึกษานี้กำหนดหน่วยวิเคราะห์เป็นคู่ผู้ดูแล–ผู้ป่วย (dyad) ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คู่ ประกอบด้วยผู้ดูแล 15 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวางแผนและเตรียมการ ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และอนุญาตจากโรงพยาบาลท่าใหม่ คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 1 คน และอบรมขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจำนวน 15 คู่ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม พร้อมประเมินก่อนทดลอง (pre-test) ได้แก่ Barthel ADL Index ความรู้และทักษะผู้ดูแล

2.ระยะดำเนินการทดลอง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะย่อย คือ

ระยะก่อนจำหน่าย (pre-discharge phase) ในโรงพยาบาล ดำเนินการให้ความรู้รายบุคคล ฝึกทักษะผู้ดูแลด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติย้อนกลับ ครอบคลุมการกลืนอย่างปลอดภัย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษาและเสริมพลังผู้ดูแล และการวางแผนจำหน่ายร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ HHC+

ระยะที่สองเป็นการดูแลในชุมชน (home visit and follow-up phase) ติดตาม 3 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประเมินตาม INHOMESSS และฝึกทักษะซ้ำ สัปดาห์ที่ 4 ติดตามทางโทรศัพท์ประเมินความต่อเนื่องและปัญหาอุปสรรค และสัปดาห์ที่ 8 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งให้คำปรึกษาและเสริมพลังอำนาจ

3. ระยะประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม สัปดาห์ที่ 8 ประเมิน post-test โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม ได้แก่ Barthel ADL Index ความรู้และทักษะผู้ดูแล และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ (1) เครื่องมือสำหรับการวัดผลลัพธ์ และ (2) เครื่องมือในการทดลอง คือโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

1. **เครื่องมือวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย 4 ส่วน** ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 7 ข้อ และผู้ดูแล 11 ข้อ ครอบคลุมข้อมูลประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2) แบบประเมิน Barthel ADL Index ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[14] จำนวน 10 กิจกรรม ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คะแนน 0–20 โดยคะแนนสูงหมายถึงการพึ่งพาตนเองที่ดี และใช้ช่วง 5–11 คะแนนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3) แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล พัฒนาจากเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแบบถูก–ผิด 10 ข้อ และทักษะ 2 ด้าน ได้แก่ การกลืนอย่างปลอดภัย 15 ข้อ และการทำกายภาพบำบัด 25 ข้อ โดยต้องผ่านเกณฑ์การปฏิบัติครบทุกขั้นตอน

4) แบบประเมินการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ประกอบด้วย การเกิดแผลกดทับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อทางเดินหายใจ พัฒนาจากเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรม คู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[15] จำนวน 27 ข้อ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตวิทยาการวัด โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เท่ากับ 0.80 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.83 แสดงถึงความน่าเชื่อถือในระดับดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model: TCM) ของ Mary Naylor[12] ร่วมกับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแลในการฟื้นฟูผู้ป่วย

โปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะหลัก ได้แก่

ระยะที่ 1 การดูแลในโรงพยาบาล (pre-discharge phase) ดำเนินการก่อนจำหน่าย 1–2 วัน ประกอบด้วย การให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการเกิดซ้ำ และการดูแลต่อเนื่องตามแนวทางสถาบันประสาทวิทยา[16]

- การฝึกทักษะผู้ดูแลโดยใช้การสาธิต ฝึกปฏิบัติ และประเมินย้อนกลับ ครอบคลุมการกลืนอย่างปลอดภัย การทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

- การวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ กำหนดเป้าหมายการฟื้นฟู และระบบติดตามต่อเนื่อง พร้อมการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยทบทวนทักษะและเชื่อมต่อข้อมูลผ่านระบบ HHC+

ระยะที่ 2 การดูแลในชุมชน (post-discharge phase) ดำเนินต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย

- สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประเมินตาม INHOMESSS ทบทวนความรู้ ฝึกทักษะซ้ำ ประเมิน ADL และภาวะแทรกซ้อน พร้อมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล

- เดือนที่ 1 ติดตามทางโทรศัพท์ ประเมินความต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรค และสนับสนุนการมาพบแพทย์ตามนัด รวมถึงปรับแผนการดูแลรายบุคคล

- เดือนที่ 2 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (สิ้นสุดโปรแกรม) ประเมิน ADL ภาวะแทรกซ้อน และทักษะผู้ดูแล พร้อมเสริมพลังอำนาจและส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ HCU-EC1639/2568 เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS โดยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัย ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การทดสอบสมมติฐานใช้ Repeated Measures ANOVA เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนก่อนและหลังโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามตัวแปรผลลัพธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและสมรรถนะของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชน ของโรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี พบว่า

1. ผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) อายุ <60 ปี ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 53.80 ปี (SD = 12.34) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.30 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.0 รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 26.70 รายได้เฉลี่ย 11,933.33 บาท (SD = 13,961.21) รายได้ <10,000 บาท ร้อยละ 80.00 และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 80.00

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุ ≥60 ปี ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 60.07 ปี (SD = 16.77) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.40 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60.00 รายได้เฉลี่ย 10,450.00 บาท (SD = 6,335.81) รายได้ <10,000 บาท ร้อยละ 66.70 และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 86.60 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=15 dyads)

ข้อมูล	จำนวน (n=15)	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก		
- เพศชาย	0	0
- เพศหญิง	15	100
- อายุเฉลี่ย (ปี) Mean ± SD	Mean = 53.80 (SD = 12.34)	
สถานภาพสมรส		
- โสด	3	20.00
- คู่	11	73.30
- หม้าย	1	6.70

ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	9	60.00
- มัธยมศึกษา	4	26.70
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	13.30
อาชีพ		
- ทำสวน	2	13.30
- ค้าขาย	4	26.70
- แม่บ้าน/ พ่อบ้าน	2	13.30
- รับจ้าง	6	40.00
- อื่น ๆ	1	6.70
รายได้เฉลี่ย (บาท) Mean ± SD	Mean = 11,933.33 SD = 13,961.21	
ความเพียงพอของรายได้		
- ไม่เพียงพอ	6	40.00
- เพียงพอไม่เหลือเก็บ	6	40.00
- เพียงพอเหลือเก็บ	3	20.00
สิทธิการรักษาพยาบาล		
- ต้นสังกัด	1	6.70
- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	12	80.00
- ประกันสังคม	2	13.30
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
- สามี/ ภรรยา	6	40.00
- พ่อ/ แม่	4	26.70
- พี/ น้อง	5	33.30
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
- เพศชาย	3	20.00
- เพศหญิง	12	80.00
- อายุเฉลี่ย (ปี) Mean ± SD	Mean = 60.07 SD = 16.77	
สถานภาพสมรส		
- โสด	3	20.00
- คู่	8	53.40
- หม้าย	2	13.30
- หย่า/ แยก	2	13.30
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	5	53.30
- มัธยมศึกษา	6	40.00

- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	6.70
อาชีพ		
- ทำสวน	2	13.30
- ค้าขาย	1	6.70
- แม่บ้าน/ พ่อบ้าน	2	13.30
- รับจ้าง	9	60.0
- อื่น ๆ	1	6.70
รายได้เฉลี่ย (บาท) Mean ± SD	Mean = 10,450.00 SD = 6,335.81	
ความเพียงพอของรายได้		
- ไม่เพียงพอ	4	26.70
- เพียงพอไม่เหลือเก็บ	8	53.40
- เพียงพอเหลือเก็บ	3	20.00
สิทธิการรักษาพยาบาล		
- ต้นสังกัด	1	6.70
- สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	13	86.60
- ประกันสังคม	1	6.70

3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากก่อนทดลอง (Mean = 9.20) เป็นหลัง 1 เดือน (Mean = 14.80) และ 2 เดือน (Mean = 18.27) โดยผู้ป่วยร้อยละ 93.30 มีคะแนน ≥12 ในเดือนที่ 1 และร้อยละ 100 ในเดือนที่ 2

4. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในช่วง 5–7 คะแนน (ร้อยละ 66.67; Mean = 7.07, SD = 1.79) หลังการทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (Mean = 7.67, SD = 0.48) และยังคงอยู่ในช่วงเดิม (ร้อยละ 66.67) อย่างไรก็ตาม หลังการทดลอง 2 เดือน ผู้ดูแลทั้งหมดมีคะแนนอยู่ในระดับสูงขึ้น (≥8 คะแนน; ร้อยละ 100.00) โดยมีค่าเฉลี่ย 8.00 (SD = 0.00)

5. ทักษะการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัย ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลมีทักษะการส่งเสริมการกลืนอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.17, SD = 0.91) โดยกิจกรรมที่มีคะแนนสูง ได้แก่ การจัดท่ารับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหาร (Mean = 5.00, SD = 0.00) ขณะที่การนวดกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนมีคะแนนต่ำ (Mean = 1.58, SD = 1.85) หลังการทดลอง 1 เดือน ทักษะโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก และทุกกิจกรรมมีการปฏิบัติในระดับสูง และคงระดับสูงต่อเนื่องในเดือนที่ 2 (Mean = 5.00, SD = 0.00 ทุกกิจกรรม) ในด้านการส่งเสริมกายภาพบำบัด ผู้ดูแลมีทักษะอยู่ในระดับปานกลางก่อนการทดลอง (Mean = 3.23, SD = 1.13) โดย passive exercise มีคะแนนสูงสุด (Mean = 4.27, SD = 1.25) และการฝึกหายใจต่ำสุด (Mean = 2.50, SD = 2.50) หลังการทดลอง 1 เดือน ทักษะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.81, *SD* = 0.23) และสูงสุดในเดือนที่ 2 (Mean = 5.00, *SD* = 0.00 ทุกกิจกรรม)

6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนการทดลอง ทักษะโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.48, *SD* = 0.29) โดยกิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุดคือการให้อาหารทางสายยาง (Mean = 4.93, *SD* = 0.26) และต่ำสุดคือ

การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Mean = 3.50, *SD* = 0.74) หลังการทดลอง 1 เดือน ทักษะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากเกือบสูงสุด (Mean = 4.95, *SD* = 0.09) และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในเดือนที่ 2 (Mean = 5.00, SD = 0.00)

7. ความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง (Mean = 7.07, SD = 1.79) เป็นเดือนที่ 1 (Mean = 7.67, SD = 0.48) และเดือนที่ 2 (Mean = 8.00, SD = 0.00) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลาง (*d* = 0.38 และ 0.58) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน	หลังการทดลอง 2 เดือน
		7.07	7.67	8.00
ก่อนการทดลอง	7.07	-		
หลังการทดลอง 1 เดือน	7.67	-0.60 (*d* = 0.38)	-	
หลังการทดลอง 2 เดือน	8.00	-0.933 (*d* = 0.58)	-.333 (*d* = 0.21)	-

8. ทักษะการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากก่อนทดลอง (Mean = 3.203) เป็นเดือนที่ 1 (Mean = 4.817) และเดือนที่ 2 (Mean = 5.000) โดยมีขนาดอิทธิพลสูงมาก (*d* = 1.62 และ 1.80, *p* < 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ทักษะการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

ทักษะการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัยของผู้ดูแลผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน	หลังการทดลอง 2 เดือน
		3.203	4.817	5.000
ก่อนการทดลอง	3.203	-		
หลังการทดลอง 1 เดือน	4.817	-1.614* (d = 1.62)	-	
หลังการทดลอง 2 เดือน	5.000	-1.797* (d = 1.80)	-1.83* (d = 0.18)	-

*$P < 0.05$

9. ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง (Mean = 4.477, SD = 0.29) เป็นเดือนที่ 1 (Mean = 4.946, SD = 0.09) และเดือนที่ 2 (Mean = 4.992, SD = 0.00) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูง (*d* = 0.98 และ 1.07, *p* < 0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมฯ

ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน	หลังการทดลอง 2 เดือน
		4.477	4.946	4.992
ก่อนการทดลอง	4.477	-		
หลังการทดลอง 1 เดือน	4.946	-.469* (d = 0.98)	-	
หลังการทดลอง 2 เดือน	4.992	-.515* (d = 1.07)	-.046* (d = 0.09)	-

*$P < 0.05$

10. ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากก่อนทดลอง (Mean = 9.20) เป็นหลัง 1 เดือน (Mean = 14.80) และสูงสุดในเดือนที่ 2 (Mean = 18.27) ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมากเมื่อเปรียบเทียบก่อนทดลองกับหลัง 1 เดือน ($d = 1.95$) และหลัง 2 เดือน ($d = 3.15$) และยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องระหว่างเดือนที่ 1 และ 2 โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูง ($d = 1.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ค่าเฉลี่ย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน	หลังการทดลอง 2 เดือน
		9.20	14.80	18.27
ก่อนการทดลอง	9.20	-		
หลังการทดลอง 1 เดือน	14.80	-5.600* (d = 1.95)	-	
หลังการทดลอง 2 เดือน	18.267	-9.067* (d = 3.15)	-3.467* (d = 1.05)	-

*$P < 0.05$

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพบว่าความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับเล็กถึงปานกลาง (d = 0.21–0.58) สะท้อนว่าโปรแกรมมีผลต่อการพัฒนาความรู้ในระดับจำกัดเมื่อเทียบกับทักษะการปฏิบัติ สอดคล้องกับ Costa et al.[17] และ BaniHani et al.[18] ที่พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลมักให้ผลระดับต่ำถึงปานกลาง โดยเฉพาะระยะสั้น เนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้พื้นฐานเดิมอยู่แล้ว ทำให้เกิด Ceiling Effect อธิบายได้ว่าความรู้เชิงทฤษฎีต้องอาศัยการประมวลผลทางปัญญาและการทบทวนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถูกจำกัดด้วยภาระการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชีวิตประจำวัน Len et al.[19] ระบุว่าภาระการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัดด้านเวลาและพลังงานในการเรียนรู้เชิงลึก ทำให้การเพิ่มความรู้ไม่เด่นชัด นอกจากนี้ Di Nitto et al.[20] พบว่าโปรแกรมระยะเปลี่ยนผ่านมักส่งผลต่อทักษะมากกว่าความรู้ เนื่องจากเน้นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง การโค้ช (Coaching) และการเยี่ยมบ้านช่วยเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) มากกว่าการรับความรู้เชิงทฤษฎี ดังนั้นโปรแกรมจึงมีผลจำกัดต่อการเพิ่มความรู้เชิงทฤษฎี แต่มีแนวโน้มส่งผลชัดเจนต่อทักษะการดูแลในสถานการณ์จริง สะท้อนว่าการเรียนรู้ในบริบทการดูแลระยะยาวเน้นการประยุกต์ใช้มากกว่าการจดจำข้อมูล และชี้ให้เห็นความสำคัญของการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติร่วมกับการติดตามต่อเนื่องมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

2. ผลการศึกษาพบว่าทักษะการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและความปลอดภัยของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา (Mean = 3.203, 4.817, 5.000) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก ($d = 1.62$ และ 1.80) สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างชัดเจนทั้งเชิงสถิติและเชิงคลินิก สอดคล้องกับ Sukwatjanee et al.[21] และ Nordin et al.[22] ที่พบว่าการฝึกทักษะร่วมกับการโค้ชในบริบทของบ้านผู้ป่วย (Home Environment) ช่วยเพิ่มสมรรถนะผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากเชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงหลัง 1 เดือนถึง 2 เดือน มีขนาดอิทธิพลต่ำ ($d = 0.18$) สะท้อนภาวะที่ผลลัพธ์หยุดเพิ่มขึ้นหรือเพิ่มขึ้นน้อยมากของการพัฒนาทักษะ อธิบายได้จากการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติจริง (Experiential Learning) ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้รวดเร็วในระยะแรกและคงที่ในระยะต่อมา

Zhang et al.[23] ระบุว่าการเยี่ยมบ้านช่วยเสริมแรงและลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติของผู้ดูแล ทำให้ทักษะมีความถูกต้องและมั่นคงมากขึ้น ขณะเดียวกัน Islam et al.[24] พบว่าการฝึกในบริบทจริงมีประสิทธิภาพสูงกว่าการสอนเชิงทฤษฎีในการสร้างความคงทนของทักษะ เนื่องจากผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์ตรงได้อย่างเป็นระบบและการศึกษาของภาสิกา กิมหงษ์ [25] พบว่าโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน ช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลของญาติและช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้านจึงมีแนวโน้มส่งผลดีในการพัฒนาทักษะผู้ดูแล โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของการเรียนรู้และสามารถคงระดับทักษะได้อย่างต่อเนื่องในระยะติดตามผล

3. ผลการศึกษาพบว่าทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Mean = 4.477, 4.946, 4.992) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (d = 0.98, 1.07) สะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมทั้งเชิงสถิติและเชิงคลินิก สอดคล้องกับ Demir et al.[26] และ Yang et al.[27] ที่พบว่าการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มสมรรถนะผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึง Farombi et al.[28] ที่รายงานว่าการติดตามต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ Deutschbein et al.[29] ที่พบว่าการให้คำแนะนำแบบโค้ชในชุมชนช่วยเพิ่มทักษะการตัดสินใจและการจัดการความเสี่ยงของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงหลัง 1–2 เดือนมีขนาดอิทธิพลต่ำมาก (d = 0.09) สะท้อนการคงระดับของทักษะ (Skill Stabilization) อธิบายได้จากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสถานการณ์จริง (Active and Situated Learning) ที่ส่งเสริมการฝึกปฏิบัติซ้ำในบริบทบ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความชำนาญและความมั่นใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรารัตน์ นิลสวัสดิ์ [30] พบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเปลี่ยนผ่านช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลถ่ายทอดความรู้และทักษะเฉพาะราย ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ดังนั้นโปรแกรมจึงมีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสามารถรักษาระดับทักษะได้อย่างคงที่ในระยะติดตามผล สะท้อนความสำคัญของการดูแลต่อเนื่องในระบบชุมชน ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงมากกว่าทฤษฎีเพียงอย่างเดียว

4. ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Mean = 9.20, 14.80, 18.27) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (d = 1.95–3.15) สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างเด่นชัดทั้งเชิงสถิติและเชิงคลินิก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Do et al.[31] ที่พบว่าโปรแกรม Home-based Rehabilitation ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องช่วยเพิ่มคะแนน Barthel Index ได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้ง Kim et al.[32] ที่รายงานว่าการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านช่วยลดภาวะพึ่งพิงและส่งเสริมการฟื้นตัวด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและ Chen et al.[33] ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามต่อเนื่องช่วยลดความพิการระยะยาวและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อธิบายได้ว่าการฟื้นฟูแบบต่อเนื่องในบริบทบ้านช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะจริงซ้ำ ๆ ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เชิงหน้าที่ (Functional Recovery) และการปรับตัวของระบบประสาท (Neuroplasticity) อีกทั้งการมีผู้ดูแลและทีมสุขภาพสนับสนุนอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการฝึกฟื้นฟู ลดความเสี่ยงของการหยุดชะงักของการรักษาในระยะเปลี่ยนผ่านหลังจำหน่าย ดังนั้นโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้าน จึงมีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและสนับสนุนการฟื้นตัวระยะยาวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างชัดเจน

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการเยี่ยมบ้านมีแนวโน้มช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแล

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่

1. การใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจไม่สามารถแยกผลของโปรแกรมออกจากการฟื้นตัวตามธรรมชาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะวิกฤติได้อย่างชัดเจน

2. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดและคัดเลือกจากโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียว จึงอาจส่งผลต่อความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังประชากรหรือบริบทอื่น

3. การศึกษามุ่งเน้นผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาปานกลางและผู้ดูแลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูงหรือผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร

4. การติดตามผล 8 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งไม่ได้ถูกควบคุมหรือวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและสมรรถนะของผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านและยกระดับมาตรฐานการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน งานวิจัยในอนาคตควรให้ความสำคัญกับประเด็นดังต่อไปนี้:

1. **การออกแบบระเบียบวิธีวิจัยให้เข้มแข็งมากขึ้น โดยการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT)** เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจน (Causal Inference) โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (Standard Care) ควบคู่ไปกับการเพิ่มขนาดและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง (Multi-center Study) ที่ครอบคลุมบริบทสังคมเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยลดอคติจากการคัดเลือก (Selection Bias) และเพิ่มอำนาจในการอ้างอิงผลการวิจัย (Generalizability) สู่ประชากรในวงกว้างได้อย่างน่าเชื่อถือ

2. **การเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็นการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Perspective)** โดยการขยายกรอบเวลาในการติดตามผลเป็น 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน (Sustainability) ของผลลัพธ์ทั้งในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย (Functional Recovery Maintenance) และระดับสมรรถนะของผู้ดูแล (Caregiver Competency) ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพสะท้อนของ "วิถีการฟื้นตัว" (Recovery Trajectory) และโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นช้ากว่าช่วง 2 เดือนแรก

3. **การบูรณาการวิธีการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed-Methods Approach)** โดยเพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Inquiry) เพื่อทำความเข้าใจ "ปรากฏการณ์เชิงลึก" ที่เกิดขึ้นในบริบทที่บ้าน (Naturalistic Setting) โดยมุ่งสำรวจประสบการณ์ตรง ความเครียดสะสม (Caregiver Burden) แรงสนับสนุนทางสังคม และอุปสรรคที่แท้จริงในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ข้อมูลเชิงลึกเหล่านี้จะช่วยให้นักวิจัยสามารถปรับปรุงโปรแกรม (Intervention Refinement) ให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและตอบโจทย์ความต้องการส่วนบุคคล (Person-centered Care) ได้อย่างลุ่มลึกมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1 Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. **Int J Stroke** 2025; 20(2): 132-144. DOI :10.1177/17474930241308142

2 GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet** 2020; 396(10258): 1204–1222. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9

3 สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. **วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย** 2566; 39(2): 39–46.

4 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [อ้างเมื่อ 24 มิถุนายน 2569]. จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/02/รายงานสถิติสาธารณสุข-ประจำปี2566_V2.pdf

5 โรงพยาบาลท่าใหม่. **รายงานสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2565–2567**. จันทบุรี: โรงพยาบาลท่าใหม่; 2567.

6 ดวงมาลย์ คำหม่อม. ประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพร่. **วารสารโรงพยาบาลแพร่** 2563; 28(1): 92-106

7 Basheikh MA, Badahdah AA. Efficacy of Home-Based Physical Exercise in Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Arch Rehabil Res Clin Transl** 2025; 7(4): 100494. DOI: 10.1016/j.arrct.2025.100494.

8 Choo WT, Jiang Y, Chan KFG, Ramachandran HJ, Teo JYC, Seah CWA, al et. Effectiveness of caregiver-mediated exercise interventions on activities of daily living, anxiety and depression post-stroke rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing** 2022; *78*(7): 1870–1882. DOI: /10.1111/jan.15239

9 Bartoli D, Petrosino F, Nuccio E, Damico V, Rago C, Veronese M, al et. The impact of a video-educational and tele-supporting program on the caregiver–stroke survivor dyad during transitional care (D-STEPS: Dyadic support through tele-health and educational programs in stroke care): A longitudinal study protocol. **Healthcare** 2025; 13(16): Article 2039. DOI: 10.3390/healthcare13162039

10 Zuil-Escobar JC, Martín-Urrialde JA, Mesa-Jiménez JA, Palomo-Carrión R, Martínez-Cepa CB. Telehealth in informal caregivers of stroke survivors: A systematic review. **Journal of Clinical Medicine** 2024; 13(6): Article 1810. DOI: 10.3390/jcm13061810

11 หนึ่งนุช บุตรวัง. **การศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะผู้ดูแลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร [รายงานการวิจัย]**. สกลนคร: โรงพยาบาลวานรนิวาส สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2565.

12 Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The importance of transitional care in achieving health reform. **Health Aff (Millwood)** 2011; 30(4): 746–54. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0041.

13 นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ธีรพร สถิรอังกูร, ทิพย์สุดา ลาภภักดี. **การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.

14 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ: ณจันตา ครีเอชั่น; 2564.

15 สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.

16 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)** สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2560.

17 Costa FMd, Canto DFd, Felipe LT, Rosset I, Paskulin LMG. Educational interventions for training caregivers of stroke survivors: a scoping review. **Texto Contexto Enferm** 2024; 33: e20240111. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2024-0111en.

18 BaniHani HA, Esmail MM, Ibrahim SM, Ghozy S, Keser Z, Esterov D, al et. Effectiveness of telemedicine-based rehabilitation after stroke: a systematic review. **Journal of Neurology** 2026; 273(6): 327. DOI: 10.1007/s00415-026-13871-5.

19 Len NTH, Ly HT, Sen HTN. Caregiver burden and related factors on caregivers of the elderly with chronic diseases. **Frontiers of Nursing** 2026; 13(1): 105-114. DOI: 10.2478/FON-2026-0012.

20 Di Nitto M, Durante A, Caggianelli G, Fiorini J, Sferrazza S, Pampoorickel K, et al. Effectiveness of transitional care interventions in patients with serious illness and their caregivers: a systematic review and metanalysis of randomized controlled trial. **BMC Nurs** 2025; 24: 565. DOI: 10.1186/s12912-025-03189-4.

21 Sukwatjanee A, Rujipong P. Effects of a caregiver preparation program on the care skills and burden of caring for stroke patients: a randomized controlled trial. **Nursing Journal CMU** 2024; 51(3): 54-67.

22 Nordin NAM, Aziz NA, Sulong S, Aljunid SM. Effectiveness of home-based carer-assisted in comparison to hospital-based therapist-delivered therapy for people with stroke: a randomised controlled trial. **NeuroRehabilitation** 2019; 45(1): 87-97. DOI: 10.3233/NRE-192758.

23 Zhang L, Yan YN, Sun ZX, Yan DR, Chen YW, Lin KC, al et. Effects of coaching-based teleoccupational guidance for home-based stroke survivors and their family caregivers: a pilot randomised controlled trial. **Int J Environ Res Public Health** 2022; 19(23): 16355. DOI: 10.3390/ijerph192316355.

24 Islam M, Khandaker N, Rahman MS, Sultana A, Yasmin K, Dewan PD, al et. Efficacy of caregivers training in rehabilitation of stroke survivors in Bangladesh: a quasi-experimental study. **Cureus** 2023; 15(1): e33812. DOI: 10.7759/cureus.33812.

25 ภาสิกา กิมหงษ์. **ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย; 2566.

26 Demir Avcı Y, Gözüm S. Effect of transitional care model-based interventions for patients with stroke and their caregivers on increasing caregiver competence and patient outcomes: a study protocol for a randomized controlled trial. **Florence Nightingale J Nurs** 2021; 29(2): 176-185. DOI: 10.5152/FNJN.2021.19214.

27 Yang X, Han Y, Liu Y, Zhao N, He Y, Li F. Effects of transitional care interventions on rehospitalization, functional outcomes, and quality of life in stroke survivors: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Front Neurol** 2026; 17: 1769501. DOI: 10.3389/fneur.2026.1769501.

28 Farombi TH, Khan HTA, Lawal M, Akinyemi R. Impact of intermediate home-based care on functional health of older adults with stroke in low-income and middle-income countries: a systematic review. **J Alzheimers Dis Rep** 2025; 9: 25424823251318227. DOI: 10.1177/25424823251318227.

29 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: 1143. DOI: 10.1186/s12913-020-05993-x.

30 วิรารัตน์ นิลสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และความสามารถการจัดการตนเองของผู้ดูแล. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2565;2(3):57-70.

31 Do Y, Lim Y, Jin S, Lee H. Effectiveness of home–based rehabilitation on activities of daily living in patients with stroke: systematic review and meta-analysis. **PTJ** 2025; 105: pzaf044. DOI: 10.1093/ptj/pzaf044

32 Kim SK, Jo HS, Park Y, Yim I. Efficacy of transitional care services for patients with stroke: systematic review and meta-analysis. **Nurs Res** 2025; 74(6): 484-496. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000858.

33 Chen J, Jin W, Dong WS, Jin Y, Qiao FL, Zhou YF, al et. Effects of home-based telesupervising rehabilitation on physical function for stroke survivors with hemiplegia: a randomized controlled trial. **Am J Phys Med Rehabil** 2017; 96(3): 152-160. DOI: 10.1097/PHM.0000000000000559.