

การพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

Development of a model of continuation of care after critical to mid-term in patients with acute ischemic stroke

(Received: August 26,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

ราตรี มนัสสิลา¹ และสุกัลยา ดาซัน

Ratree Manassila and Sukalaya Datuan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน จำนวน 32 คน เลือกแบบแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความพึงพอใจ แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบ ๖ บันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) แผนการดูแล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบไปด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1.การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) 2.การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) 3.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) 4.การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) 5.การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/Families) 6.การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) และ 3) แนวปฏิบัติทางคลินิก การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล ทำให้ผลลัพธ์การดูแลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า วันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจระดับที่พึงพอใจมากและรุนแรงลดน้อยกว่าวันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพบว่าโดยรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลาง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

ABSTRACT

This study was action research aimed to study the effects of a post-critical continuation of care model in patients with acute ischemic stroke. Ban Dung Crown Prince Hospital Udon Thani Province. The research was conducted between October 2021 - September 2022. The samples 32 ischemic stroke patients by purposive sampling. Data were collected by assessment form for the ability to perform daily activities. disability assessment form a satisfaction questionnaire for multidisciplinary personnel in the form of group discussion recordings Quantitative data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, and qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed that the model consisted of 1) a multidisciplinary team 2) a care plan, a model of care for stroke patients that consisted of 6 processes, namely 1. Access and entry (Access & Entry) 2. Patient Assessment 3. Planning of Care 4. Discharge Planning 5. Information and Empowerment for Patients/ Families) 6. Continuity of Care and 3) Clinical Practice Guidelines Collaboration of relevant multidisciplinary teams can be practical in a hospital context. resulting in the majority of care outcomes having a positive change The mean ability to perform daily activities was statistically significantly higher than the group before the model development ($p = .00$). And 2 weeks

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

after discharge from the hospital, cerebrovascular patients had less severe and abnormal level of disability than the date of admission to the hospital. Satisfaction with the care model found that the overall level of satisfaction was at a high level.

Keywords: model development, continuing care models after the crisis to Intermedia, patients with acute ischemic stroke.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลกในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 รายงานจาก WHO พบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน ในปี 2563 จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 2 เท่า เป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม¹⁴ อัตราตายและความพิการในระยะยาวสูงเป็นอันดับหนึ่งในสหรัฐเกิดความพิการมากกว่า 100,000 ราย ในประเทศอังกฤษ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 3,000 ราย ในแต่ละปี ในประเทศไทยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยทั่วประเทศพบ 252.59 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2547 เพิ่มขึ้น 354 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555⁵ ทุก 4 นาที คนไทยเป็นโรคนี้ 1 คนหรือวันละ 360 คน ทุก ๆ 10 นาที มีคนไทยเสียชีวิต มีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 10-12 มักมีอาการรุนแรงกว่าเดิม โอกาสรักษาหายเป็นปกติมีน้อยลงมาก⁶ จากการขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองอุดตันและหลอดเลือดสมองแตกก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทต่อผู้ป่วยทันที มักเป็นสาเหตุหลักของความพิการทั่วโลก¹¹ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตถ้าอาการรุนแรงและเป็นตำแหน่งที่สำคัญ ผู้ที่รอดชีวิตร้อยละ 31 มักมีความพิการเหลืออยู่ ร้อยละ 90 มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน แม้เมื่อพ้นหายผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือการเคลื่อนที่ ในจำนวนนี้ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้

¹³ ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ ผู้ป่วยในปี 2551 และ 2552 จำนวน 88,470 และ 137,864 ราย อัตราป่วย 326.29 และ 475.84 ต่อแสนประชากร¹³ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 100,000 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเฉลี่ย 12,619 บาทต่อเดือน

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง พบว่า สถิติการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดต้นในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 146, 201 และ 180 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองติดต้นมีจำนวนมากถึงร้อยละ 80 ในขณะที่ร้อยละ 20 คือ ผู้ป่วยเลือดออกในสมอง⁹ ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งอาการและการแสดง พยาธิสภาพ และการพยากรณ์โรค การใช้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการพบว่าสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดต้นได้ และช่วยลดอัตราความพิการได้ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดปัญหาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสุขภาพ ผู้รอดพ้นจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ใน 3 จะมีความพิการที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ และสังคม ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง รวมทั้งยังมีภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัวและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น⁷ ดังนั้น การพัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือติดต้นเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะช่วยยืดอายุผู้ป่วยและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย การมีช่องทางด่วน (Stroke fast track) สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดจาก

เส้นเลือดสมองตีบตันโดยให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วภายใน 3 ชั่วโมงแรก และการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจรในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลรักษา โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันพบว่าสามารถลดอัตราการตายลดค่าใช้จ่ายในการรักษาลดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรค รวมทั้งลดความพิการของผู้ป่วยและภาระทางสังคมได้¹

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงเป็นโรงพยาบาลระดับ M1 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิกฤติที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 23, 31 และ 40 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562, 2563 และ 2564 มีจำนวน 170, 228 และ 219 คน ตามลำดับ ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อมากลับมาดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 23, 31 และ 40 คน ตามลำดับ ยังพบว่า มีผู้ป่วยที่กลับมารักษซ้ำภายใน 28 วัน ในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 19, 10. และ 8 คน ตามลำดับ และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษซ้ำปี พ.ศ. 2564 พบว่าส่วนใหญ่มาด้วยอาการแทรกซ้อน มีไข้ หายใจหอบ เหนื่อย วิงเวียน เกิดแผลกดทับ และมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการท้องเสีย เป็นต้น⁹ ซึ่งการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และยังขาดการดูแลร่วมกันแต่ละวิชาชีพมุ่งดูแลตามอาการที่ปรากฏโดยยึดแผนการรักษาของแพทย์เป็นหลัก โรงพยาบาลส่งปรึกษาขอรับการดูแลจากแผนกอื่นยังไม่ครอบคลุม ไม่กล้าตัดสินใจ ยังอยู่ภายใต้การตัดสินใจของแพทย์เจ้าของไข้ เกสซ์กรมการดูแลคนไข้เรื้อยาวหลังกลับบ้านเท่านั้น ทีมแพทย์แผนไทยยังไม่มีบทบาทในการเข้าร่วมเป็นทีมในการวางแผนการดูแล

ผู้ป่วยทั้งที่แพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน โดยการส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองที่บ้าน⁹

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบแผนการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่จะสามารถจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล มีการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องประสานงานกับทีมสุขภาพในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวตาม Care map และ Flow chart ที่พัฒนาร่วมกัน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษานจนกระทั่งกลับบ้าน จัดระบบการวางแผนจำหน่ายและมีระบบการส่งต่อไปยังทีมเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกระยะของความเจ็บป่วย ส่งเสริมการฟื้นฟู ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน และมีมาตรฐานการบริการซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามีความคุ้มค่าที่จะนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเฉียบพลันมาใช้และต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาลู่รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ที่มีระดับความพิการปานกลางหรือดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีค่าคะแนน 50-70 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 35 ราย ดำเนินการพัฒนาแนวทางและเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ที่ได้รับความยินยอมจากญาติในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 32 คน โดยเลือกแบบแบบเจาะจง

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สภาพเดิมค้นหาปัญหาโดยดำเนินการ ดังนี้

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ประเด็นที่ทบทวน คือ ประเภทของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลาง ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) การฟื้นฟู ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษ จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนที่แพทย์วินิจิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างกรกฎาคม 2564 – กันยายน 2564

1.2 สทนากลุ่ม แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด และนักการแพทย์แผนไทย เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบกำหนดทีมและตำแหน่งในทีมประชุมวิชาการเพื่อ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ในแต่ละช่วงเวลาของแต่ละวิชาชีพ ระดมสมองทีมเพื่อกำหนดรูปแบบ

ระยะที่ 3 ระยะการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน สู่การปฏิบัติภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรม จึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบไปด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) 2. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) 3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) 4. การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) 5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/Families) 6. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงแบบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนา ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน งานกายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทย งานโภชนาการ ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงขั้นตอนและวิธีการในการใช้รูปแบบฯ โดยกำหนดให้ผู้ใช้อุปแบบทุกรายทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นตามรายละเอียดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 32 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) เลือก Test Family เป็น T-Tests, กำหนด Statistical Test เป็น Means: Differences between Two Dependent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น (Power of Analysis) เท่ากับ 0.95 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 22 คน

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากรวมกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก
2. มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 5-11 คะแนน
3. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยไม่มีความบกพร่องด้านรู้คิด
4. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีความยินยอมอยู่ในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วย

1. อาการของโรครุนแรงขึ้นระหว่างนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผลทำให้ต้องย้ายเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนัก หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. ย้ายสถานพยาบาลหรือไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่าย
3. ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้พยาบาลและทีมสหวิชาชีพใช้รูปแบบฯ ตอบแบบประเมินประสิทธิภาพรูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ 2) แบบประเมินปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบฯ ไปใช้โดยใช้คำถามปลายเปิด หลังจากที่ได้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นการใช้รูปแบบแล้ว เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ในการสรุปผลการศึกษา ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบฯ การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองนำเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลาง

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ใช้วิธีการประเมินผล ดังนี้

4.1 การสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยมีผู้สังเกตแบบมีส่วนร่วม คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยใน การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน มีความพึงพอใจในแบบแผนการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนกระทั่งมารับการดูแลต่อเนื่อง

4.3 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและการใช้เครื่องมือวิจัย จะทำหน้าที่ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและความพึงพอใจในวันที่ย้ายผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

4.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมพัฒนาร่วมกันสรุป อภิปรายผลเพื่อประเมินผลการดำเนินการและแนวความคิดเห็นในการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จ

พระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การรับผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วย การฟื้นฟู การวางแผนจำหน่ายและส่งต่อ แผนการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (Care maps) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical nursing practice guideline: CNPG)

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 บันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิดติดเชื้อมดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ

2.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living Index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การอาบน้ำ เช็ดตัว การเดินการขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการถ่ายอุจจาระและการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0, 5 และ 10 ซึ่งมีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน การแปลผล คะแนน 0-20 ระดับความสามารถน้อยมาก คะแนน 25-45 ระดับความสามารถน้อย คะแนน 50-70 ระดับความสามารถปานกลาง คะแนน 75-90 ระดับความสามารถมาก และคะแนน 100 ระดับความสามารถมากที่สุด (ปกติ)

2.3 แบบประเมินความพิการ ใช้ modified Rankin Scale (mRS) ในการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดย mRS มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 6 คะแนนสูง แปลว่า มีความพิการมาก คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ คะแนน 6 หมายถึง เสียชีวิต (Rankin,

1957) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เสียชีวิต (mRS = 6) ไม่ได้ถูกนำมาเข้ามาในการศึกษานี้

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสาขาวิชาชีพในรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ฯ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และวิชาชีพ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า จำนวน 9 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจมากเท่ากับ 3 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยเท่ากับ 1 คะแนน การแปลคะแนนในภาพรวมใช้หลักการอิงกลุ่มของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 2.33 - 3.00 เท่ากับระดับมาก คะแนน 1.67 - 2.32 เท่ากับระดับปานกลาง คะแนน 1.00 - 1.66 เท่ากับ ระดับน้อย

2.5 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงชักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน จำนวน 5 ข้อ โดยรายละเอียดของข้อคำถามจะประกอบด้วย สภาพและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผลกระทบที่เกิดขึ้น วิธีการหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตรวจสอบความตรง โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาสาระ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

เฉียบพลัน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบสังเกตการปฏิบัติของสหวิชาชีพแบบมีส่วนร่วมเป็นการสังเกตการณ์ ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.76, 0.87, 0.78 และ 0.93 ตามลำดับ จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองและมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86, 0.78, 0.77 และ 0.79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติอนุมานได้แก่ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ และหลังพัฒนารูปแบบในด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยของอายุ ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้สึกร่างกายสโกว และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในแต่ละช่วงเวลาโดยใช้สถิติที พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในวันแรกไม่แตกต่างกัน ($t = -0.62, p = .54$) ส่วนวันก่อนจำหน่าย พบว่า กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.51, p = .02$) และวันหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.43, p = .02$)

ผลการประเมินความพิการ (The Modified Rankin Scale : mRs)

จากการศึกษาผลการประเมินความพิการ (The Modified Rankin Scale : mRs) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง พบว่า

วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ (3) คือ มีความผิดปกติพอควรต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน บางอย่างแต่สามารถเดินได้โดยไม่มีคนช่วย ร้อยละ 25.00 และมีความพิการระดับ (4) คือ มีความผิดปกติ

มากสามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถ
ทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่มีคนช่วยได้ ร้อยละ
46.88 และความพิการระดับระดับ (5) คือ มีความ
ผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียงปัสสาวะราดต้องการ
การดูแลอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 28.13

วันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจาก
โรงพยาบาลผู้ป่วยมีความพิการระดับ (2) คือ มีความ
ผิดปกติเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบ
ทุกอย่าง ร้อยละ 25.00 ความพิการระดับ (3) คือ มี
ความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำ
กิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่มี
คนช่วย ร้อยละ 53.12 ความพิการระดับ (4) คือ มี
ความผิดปกติมาก สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วย
พยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่มีคน
ช่วยได้ ร้อยละ 12.50 และความพิการระดับ(5) มี
ความผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียงปัสสาวะราด
ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 9.37

หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2
สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความพิการระดับ ระดับ (1) คือไม่มี
ความผิดปกติที่รุนแรง สามารถประกอบกิจวัตร
ประจำวันได้ทุกอย่างทำงานอาชีพได้ ร้อยละ 9.38
ความพิการระดับ ระดับ (2) คือ มีความผิดปกติ
เล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุก
อย่าง ร้อยละ 28.13ความพิการระดับ (3) คือ มีความ
ผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตร
ประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่มีคนช่วย
ร้อยละ 46.88 ความพิการระดับ (4) คือ มีความ
ผิดปกติมาก สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่มีคนช่วยได้
ร้อยละ 6.25 และความพิการระดับ(5) มีความ
ผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียงปัสสาวะราด
ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 9.38

ซึ่งจะเห็นว่าวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออก
จากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2
สัปดาห์ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความพิการระดับที่
ผิดปกติมากและรุนแรงลดลงน้อยกว่าวันที่รับผู้ป่วย
ไว้ในโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ
เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมา
รักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของกลุ่ม
ตัวอย่างระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลัง
พัฒนารูปแบบในด้านการติดเชื้อปอดอักเสบ การติด
เชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับและการ
กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยใช้
สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่า ทั้งสอง
กลุ่มมีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

ด้านผู้ให้บริการ

การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแล
ต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ของ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัด
อุดรธานี ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปเป็นเพศ
หญิงมากที่สุดร้อยละ 82.40 มีอายุเฉลี่ย 36 ปี เป็น
วิชาชีพพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 41.18 รองลงมา
ได้แก่นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัดและนัก
โภชนาการร้อยละ 17.65

การปฏิบัติตามแนวทาง ทีมสหสาขา
วิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด
และนักกิจกรรมบำบัดสามารถปฏิบัติตามแผนการ
ดูแลได้ร้อยละ 100 ส่วนนักโภชนาการปฏิบัติตาม
แผนการดูแลได้น้อยที่สุดร้อยละ 30.10

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโดยรวมระดับความพึง
พอใจอยู่ในระดับมาก

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาและอภิปราย
ผล ตามวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

**1. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะ
วิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
หรืออุดตันเฉียบพลัน** โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
บ้านดุง จังหวัดอุดรธานี รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น
ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) แผนการดูแล
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่
ประกอบไปด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1.การเข้าถึง
และเข้ารับบริการ (Access & Entry) 2.การประเมิน

ผู้ป่วย (Patient Assessment) 3.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) 4.การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) 5.การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/Families) 6.การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) และ 3) แนวปฏิบัติทางคลินิก การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของบุคลากร มีการนำแนวทางการแก้ปัญหาไปปฏิบัติ ประเมินการปฏิบัติและมีการปรับปรุง โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน เป็นผู้ประสานการทำงาน แนวทางการแก้ปัญหามีผลนำมาปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล ทำให้ผลลัพธ์การดูแลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก

สอดคล้องกับลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญโญ (2558) ในการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญรัตน์ เพิกเดช (2563) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย ฝังปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมพยาบาลที่มีความรู้และทักษะรวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษา และแผนการดูแลที่ร่วมกันปรับปรุงขึ้น ซึ่งต่างจากการศึกษาของอรุณรัตน์ อินทสุวรรณ (2559) ที่พบว่าองค์ประกอบของรูปแบบที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยคือคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและระบบการนิเทศควบคุมกำกับปฏิบัติตามรูปแบบ

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

2.1 คะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการใช้รูปแบบฯ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ที่พบว่าวันก่อนจำหน่ายและวันหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มหลังพัฒนา

มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง แผนการดูแล การประสานให้เกิดการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทำกายภาพบำบัด รวมทั้งการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติด้วยการสอนเป็นรายบุคคล การให้ความรู้โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ และการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถจดจำได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงกระทั่งวันจำหน่าย ช่วยให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง อีกทั้งมีการนิเทศติดตามของพยาบาลผู้จัดการเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลตามที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้มากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของลินดา สันตวาจาและศรีธัญญา บุญโญ (2558) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นเมื่อจำหน่ายและภายหลังจำหน่าย 30 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) และสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี เกสรสันต์และคณะ (2560) ในการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ IDEAL patient care model ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ยมากกว่าวันแรกรับเข้ารับรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.2 ผลการประเมินความพิการ (The Modified Rankin Scale : mRs) จากการศึกษาผลการประเมินความพิการ (The Modified Rankin Scale : mRs) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง พบว่า วันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผู้ป่วย

หลอดเลือดสมองมีความพิการระดับที่ผิดปกติมาก และรุนแรงลงน้อยกว่าวันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

2.3 ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่า การติดเชื้อทางเดินหายใจ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในกลุ่มก่อนการพัฒนาแบบเกิดการติดเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.2 ส่วนกลุ่มหลังพัฒนาแบบไม่พบทั้งการติดเชื้อทางเดินหายใจและติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ด้านการเกิดแผลกดทับพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น มีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนในแต่ละวันสอดคล้องกับการดำเนินโรคของผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ติดตามกำกับ ประสานการดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย ซึ่งช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ด้านการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน กลุ่มก่อนพัฒนาแบบไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ส่วนกลุ่มหลังพัฒนาแบบมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.10 ซึ่งมีภาวะของ Progressive stroke ทำให้กลับมารักษาซ้ำ

3. ด้านผู้ให้บริการ

การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัด

อุดรธานี ของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า เป็นวิชาชีพพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 41.18 รองลงมา ได้แก่ นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด และนักโภชนาการ ร้อยละ 17.65

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพบว่า โดยรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากได้แสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจร่วมกันอีกทั้งรูปแบบการดูแล มีการกำหนดบทบาทและกิจกรรมรวมถึงการสื่อสารที่ชัดเจน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดความสะดวกแก่การนำไปใช้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อูไร ดวงแก้ว และอภิญญา จำปามูล(2561) พบว่า ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการจัดการรายกรณีโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ไปใช้ ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทุก 3 เดือนหลังจำหน่าย เพื่อช่วยเสริมสร้างพลังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับการประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต

2. ด้านการบริหารและจัดการระบบบริการ ควรใช้การจัดการรายกรณีในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่ออื่นๆที่ควบคุมอาการไม่ได้ เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมการแพทย์และสถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการประเมินสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง. ม.ป.ท. 2561
- 2.กฤษฎา เขียวเปลื้อง. ผลการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในโรงพยาบาลระนอง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561;32:1083-1094.
- 3.จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ และคณะ. ผลของการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของสหสาขาวิชาชีพ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2563;14:91-105.

- 4.ณัฐอิวรรณ พันธมุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และอามีนะห์ เจ๊ะปอ. (2561). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี 2561. สืบค้นจาก <https://www.thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=13251&gid=16>.
- 5.สถาบันประสาทวิทยา. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา.
- 6.สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2559). รักษ์สมอง. ขอนแก่น : คลังนานา.
- 7.สุทิน มณีชมภู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. เชียงใหม่:โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2564] <https://www.cmneuro.go.th/TH/research/63-Full%20Paper-%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%B4%E0%B8%99%20%E0%B8%A1%E0%B8%93%E0%B8%B5%E0%B8%8A%E0%B8%A1%E0%B8%A0%E0%B8%B9.pdf>
- 8.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง, 2563
- 9.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง, 2564
- 10.อุไร ดวงแก้วและอภิญญา จำปามูล. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36:42-50
- 11.Jauuch, E. C. et al. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 44, 870-947.
- 12.National Health Security Office (NHSO). (2008). Handbook of health security: The project of one stop service of development of a comprehensive stroke management system. Bangkok : National Health Security Office.
- 13.National Trustworthy and Competent Authority in Epidemiological Surveillance and Investigation. (2013). An Investigation Report on Chronic Non-Chronic Disease Surveillance (2007-2009). Retrieved August 2016, from http://203.157.15.4/ncd/chronic/chronic_52_10091170940.doc
- 14.World Health Organization. (2015). World Stroke Campaign. Retrieved August 2016, from <http://www.worldstroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>