

**การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
ในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร**
**Development of a Nursing Care Model for Stroke Patients Using Nursing Practice Guidelines
in Akat Amnuai Hospital, Sakon Nakhon Province.**

(Received: July 25,2025 ; Revised: July 29,2025 ; Accepted: 30 13,2025)

สิทธิศักดิ์ งามสิทธิ์¹
Sittisak Ngasit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร การวิจัยดำเนินการใน 3 ระยะ คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติผ่านการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือหลักคือโปรแกรม "STROKE CARE" ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และคะแนน Barthel Index ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะในด้านความดันโลหิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีอัตราการภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับรักษาซ้ำต่ำกว่า พร้อมมีการปรับปรุงทางคลินิกอย่างต่อเนื่องตลอด 9 เดือนของการศึกษา

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, แนวปฏิบัติการพยาบาล, การดูแลต่อเนื่อง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This action research aimed to develop a nursing care model for stroke patients at Agard Amnuay Hospital, Sakon Nakhon Province, and evaluate clinical outcomes. The study was conducted in three phases: developing guidelines through multidisciplinary team participation, implementing the guidelines in the experimental group, and evaluating clinical outcomes compared to the control group. The sample consisted of 60 stroke patients, divided into experimental and control groups of 30 each, selected through matched randomization by age, gender, and disease type. The main instrument was the "STROKE CARE" program developed from evidence-based practice and continuity of care concepts.

Results showed that the experimental group had significantly better mean blood pressure, blood glucose levels, blood lipid levels, and Barthel Index scores compared to the control group ($p < 0.05$), particularly in blood pressure control and activities of daily living. The experimental group also had lower rates of complications and hospital readmissions, with continuous clinical improvement throughout the 9-month study period, while the control group showed no significant changes.

Keywords: Stroke, Nursing Practice Guideline, Continuity of Care, Action Research, Community Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการในประชากรทั่วโลก¹ โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลกรองจากโรคหัวใจขาดเลือด และ

เป็นสาเหตุหลักของความพิการระยะยาวในผู้ใหญ่² การศึกษาภาระโรคทั่วโลก (Global Burden of Disease: GBD) รายงานว่าในปี 2021 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 11.9 ล้านราย โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นทั่วไป 93.8 ล้านราย (95% CI: 89–99.3) ราย เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

7.25 ล้านราย และสูญเสียปีชีวิตที่ปรับตามความพิการ (DALYs) จากโรคหลอดเลือดสมอง 160 ล้านราย³ โดยภาระของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง สูงกว่าในประเทศที่มีรายได้สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติในระดับโลกสำหรับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังคงมีความท้าทายมากมายในการจัดตั้งบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางในภูมิภาคเอเชีย⁴ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคนี้ในภูมิภาค ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และภาวะอ้วน รวมถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ⁵ สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรไทย รองจากโรคมะเร็ง ในประเทศไทย โดยมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2565 คนไทยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 331,571 คน เพิ่มขึ้นจาก 312,858 คน และ 292,561 คน ในปี 2564 และ 2563 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรไทย โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 55.5 ต่อ 100,000 คน ในปี 2564 เพิ่มขึ้นจาก 47.15 ต่อ 100,000 คน ในปี 2561⁶ ดังนั้นประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบาย "Stroke Fast Track" และการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร (Stroke Service Network) ตั้งแต่ปี 2560 โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะยาวในชุมชน⁷ ซึ่งหนึ่งในกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การกระจายผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันและมีอาการคงที่จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม เพื่อลดความแออัดและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล

ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร โดยเฉพาะในเขตอำเภออากาศอำนวย จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลอากาศอำนวยพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลระยะยาว รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง โดยโรงพยาบาลอากาศอำนวยเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลแนวทางการพัฒนาศูนย์โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลที่ได้จัดทำไว้ แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนปี 2561 จนถึงแผนการพัฒนาในปี 2567-2568 ซึ่งมีความก้าวหน้าเป็นลำดับ โดยเฉพาะในด้านการรับผู้ป่วย refer back จากโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลสกลนคร) เพื่อลดความแออัดและให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใกล้บ้าน โดยมีการวางแผนเพิ่มสัดส่วนการรับผู้ป่วย refer back จากร้อยละ 50 ในปี 2563-2564 เป็นร้อยละ 75 ในปี 2565-2566 และเป้าหมายร้อยละ 95 ในปี 2567-2568 อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ ความพร้อมของคลินิกในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจร รวมถึงข้อจำกัดด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะยา Plavix, ยากลุ่ม Epileptic drug และยาลดไขมัน Atorvastatin ซึ่งมีต้นทุนสูง ทำให้ผู้ป่วยบางรายยังต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลสกลนคร ขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ refer back มาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมีความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องและเฉพาะเจาะจง และการขาดการติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Nursing Practice Guideline) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษา⁸ ซึ่งตีพิมพ์ใน American Heart Association/American Stroke Association ระบุว่า การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดอัตราการตาย ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของ⁹ พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีการประสานงานที่ดี (Coordinated multidisciplinary care) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการได้ร้อยละ 22 เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ และการศึกษาของ¹⁰ เกี่ยวกับการขยายขนาดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน Quality in Acute Stroke (QASC) Australia พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกตามหลักฐานภายในโรงพยาบาลสามารถเริ่มต้นและอำนวยความสะดวกได้นอกระบบการดูแลสุขภาพ ผ่านความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยและภาคอุตสาหกรรม ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันคือการดูแลที่เหมาะสมที่สุด บทบาทที่ชัดเจน และระบบการสื่อสารหลายชั้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับแผนการพัฒนาศูนย์โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลอากาศอำนวยในปี 2567-2568 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของคลินิก การสร้าง Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke Clinic และการทำวิจัยรวบรวมข้อมูลผลของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในรายที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ดังนั้น การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลอากาศอำนวยจึงมีความจำเป็นและสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับนโยบาย รวมถึงทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และมี

ศักยภาพในการสร้างประโยชน์ทั้งในด้านคุณภาพการดูแล ผลลัพธ์ทางคลินิก ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล การวิจัยนี้จึงไม่เพียงแต่จะส่งผลดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เท่านั้น แต่ยังมีคุณค่าในเชิงระบบต่อโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดในด้านบุคลากร ที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้นิเทศแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร และประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. ประชากรกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลในโรงพยาบาลอากาศอำนวย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ประชากรกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกประเภทที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 11 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน และตัวแทนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) โดยกำหนด effect size = 0.5 (ระดับปานกลาง) ตามเกณฑ์ของ¹¹ กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($d = 0.48$) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power) = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (dropout) ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 15% จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

การสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การวิจัยนี้ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีขั้นตอนดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ (จำนวน 1 คน) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา (จำนวน 1 คน) นักกายภาพบำบัด (จำนวน 2 คน) การคัดเลือกเภสัชกร (จำนวน 2 คน) โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การคัดเลือกตัวแทนผู้ป่วยและผู้ดูแล (จำนวน 5 คน) เกณฑ์การ

คัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารได้ และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และผู้ดูแล เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 6 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไป และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วย

การวิจัยนี้ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกและใช้วิธีการจับคู่ (Matching)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic, Hemorrhagic หรือ Embolic โดยแพทย์ 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีสัญญาณชีพคงที่ 4) มีการรู้สติดี หรือ หากมีความบกพร่องทางการสื่อสาร ต้องมีผู้ดูแลหลักที่สามารถให้ข้อมูลได้ 5) มีที่อยู่อาศัยในเขตอำเภออากาศอำนวย หรือ พื้นที่ใกล้เคียงที่สามารถเดินทางมาตามนัดได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure) หัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง หรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือมีโรคร่วมอื่นที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี เช่น มะเร็งระยะลุกลาม 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา 9 เดือน และ 4) ผู้ป่วยที่มีประวัติปฏิเสธการรักษาหรือขาดนัดบ่อยครั้ง

การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matching)

หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยจะทำการจับคู่ผู้ป่วยตามตัวแปรควบคุมที่สำคัญ ได้แก่ อายุ (± 5 ปี) เพศ และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (Ischemic, Hemorrhagic, Embolic) โดยการจับคู่นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน ลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Guideline Nursing Care for Stroke Patient) ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลสำหรับใช้ในการประเมินและติดตามผู้ป่วยทุก 3 เดือน ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ 1) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (Ischemic, Hemorrhagic, Embolic) 2) การได้รับยาตามแผนการรักษา 3) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (HT, DM, CKD, DLP) 4) การประเมินภาวะแทรกซ้อน 5) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 6) การติดตามดูแลที่ต่อเนื่อง

โปรแกรม "STROKE CARE" เป็นแนวทางในการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่เป็นโรค ประวัติการรักษา โรคร่วม และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแล

แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ประกอบด้วย

ความดันโลหิต (Blood Pressure) แบ่งระดับดังนี้ ระดับที่ 1 (Grade 1 HT: mild) 140-159 และ/หรือ 90-99 ระดับที่ 2 (Grade 2 HT: moderate) 160-179 และ/หรือ 100-109 และระดับที่ 3 (Grade 3 HT: severe) ≥ 180 และ/หรือ ≥ 100

ระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Glucose) แบ่งระดับดังนี้ ระดับดีมาก HbA1c $< 6.5\%$, ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 70-110 มก./ดล.

ระดับดี HbA1c $< 7\%$, ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 90-130 มก./ดล. และระดับไม่ดี HbA1c 7-8%, ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร < 150 มก./ดล.

ระดับไขมันในเลือด (Lipid Profile) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผลดังนี้ <100 เหมาะสม, 100-129 ใกล้เคียงค่าเหมาะสม (ยอมรับได้), 130-159 กำลัง, 160-189 สูง และ ≥ 190 สูงมาก

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ใช้ฉบับภาษาไทย มีสเกลการวัด: อันดับ (Ordinal Scale) ประกอบด้วย 10 ด้าน สถาบันประสาทวิทยา (2560) เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ 0-4 คะแนน: ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์, 5-8 คะแนน: ภาวะพึ่งพารุนแรง, 9-11 คะแนน: ภาวะพึ่งพาปานกลาง และ 12-20 คะแนน: ไม่เป็นการพึ่งพา

แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เกณฑ์การให้ 1 คะแนน: ไม่มีการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย 0 คะแนน: มีการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ) 0 คะแนน: เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง

แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 คะแนน (พึงพอใจมากที่สุด) และแปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจตามช่วงคะแนนดังนี้: 4.51-5.00 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด, 3.51-4.50 หมายถึงพึงพอใจมาก, 2.51-3.50 หมายถึงพึงพอใจปานกลาง,

1.51-2.50 หมายถึงพึงพอใจน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนวณค่า CVI ซึ่งมีค่า ≥ 0.80 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ได้รับความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (ICC = 0.92) และความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha = 0.85) แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและแบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทดสอบโดยพยาบาลวิชาชีพ 3 คน บันทึกข้อมูลผู้ป่วย 10 ราย ได้รับความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Cohen's Kappa = 0.81-0.92) แบบประเมินความพึงพอใจ ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ได้รับความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Cronbach's alpha = 0.86) และความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากร (Cronbach's alpha = 0.89) โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งหมดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.70)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยดำเนินการภายในระยะเวลา 1 ปี แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การพัฒนาแนวปฏิบัติ (2 เดือน)

การเตรียมการและศึกษาสถานการณ์ โดยการประสานงานขออนุญาต จัดประชุมชี้แจง คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ และศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรม สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ จัดประชุมร่างแนวปฏิบัติ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทดลองใช้กับผู้ป่วย 5 ราย และปรับปรุง และเตรียมความพร้อม โดยร่วมกันจัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรและผู้ป่วย และจัดเตรียมอุปกรณ์สื่อการสอน

ระยะที่ 2: การนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล (9 เดือน) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคัดกรองตามเกณฑ์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขอความยินยอม แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยจับคู่ตามอายุ เพศ และชนิดของโรค

2) การเก็บข้อมูลก่อนทดลอง โดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินปัจจัยเสี่ยง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3) การดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติและโปรแกรม "STROKE CARE" โดยมีการนัด 4 ครั้ง (เดือนที่ 0, 3, 6 และ 9) ครอบคลุมการคัดกรอง การส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษา การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้ และการสนับสนุนทางอารมณ์ พร้อมติดตามทางโทรศัพท์ทุกเดือนและประสานงานกับ อสม. ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติตามมาตรฐาน นัดติดตามทุก 3 เดือน รวม 4 ครั้ง

4) การเก็บข้อมูลระหว่างทดลอง ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกทุก 3 เดือน (เดือนที่ 3 และ 6) และจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อติดตามความก้าวหน้า

5) การเก็บข้อมูลหลังทดลอง ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรในเดือนที่ 9

ระยะที่ 3: การประเมินผลและปรับปรุง (2 เดือน) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม และสรุปผลการวิจัย สะท้อนผลและรับฟังข้อเสนอแนะ จัดประชุมนำเสนอผล รับฟังข้อเสนอแนะ และวางแผนปรับปรุง และปรับปรุงแนวปฏิบัติ จัดทำคู่มือฉบับสมบูรณ์ และวางแผนขยายผล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน สำหรับสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน ได้ใช้สถิติที่หลากหลายตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่ Chi-square test สำหรับข้อมูลแจกแจงนับ Independent t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ และ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ในการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่ม การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในกลุ่มก่อน-หลังใช้ Paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง และ McNemar test สำหรับข้อมูลแจกแจงนับ ส่วนการเปรียบเทียบการวัดซ้ำในช่วงเดือนที่ 0, 3, 6, 9 ใช้ Repeated measures ANOVA หรือ Friedman test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ข้อมูลทั่วไปพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.3) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 65 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 70.0 ในกลุ่มควบคุม) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 63.3 ในกลุ่มควบคุม) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 43.3 ในกลุ่มควบคุม) มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 7,400 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา (ร้อยละ 83.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 80.0 ในกลุ่มควบคุม) สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic (ร้อยละ 70.0) รองลงมาคือ Hemorrhagic (ร้อยละ 23.3) และ Embolic (ร้อยละ 6.7) มีระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ยประมาณ 18 เดือน โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง

(ร้อยละ 83.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 80.0 ในกลุ่มควบคุม) รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 76.7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 73.3 ในกลุ่มควบคุม) และเบาหวาน (ร้อยละ 60.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 53.3 ในกลุ่มควบคุม) โดยส่วนใหญ่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 60.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 56.7 ในกลุ่มควบคุม) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > 0.05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน

2) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic (132.57 ± 11.32 mmHg) และ Diastolic (82.10 ± 7.54 mmHg) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (143.77 ± 14.98 และ 87.57 ± 8.96 mmHg ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$ และ $p = 0.011$) นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ($<140/90$ mmHg) ในกลุ่มทดลอง (73.3%) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (46.7%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.032$)

สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ย FBS, HbA1c และ LDL ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมได้ตามเกณฑ์สูงกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กลุ่มทดลองมีคะแนน Barthel Index (16.43 ± 2.91) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (14.57 ± 3.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.026$) และมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (86.7%) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (60.0%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$)

นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง (13.3%) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (40.0%) อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p = 0.020$) ส่วนการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ แม้ว่ากลุ่มทดลอง (10.0%) จะมีสัดส่วนที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (30.0%) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.053$)

3) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในการวัดซ้ำตลอดระยะเวลาการทดลอง

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในการวัดซ้ำตลอดระยะเวลาการทดลอง 9 เดือน โดยวัดที่ก่อนทดลอง, 3 เดือน, 6 เดือน และ 9 เดือน พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา (Group $\times$ Time interaction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ได้แก่ ความดันโลหิต Systolic ($F = 18.423$, $p < 0.001$) ความดันโลหิต Diastolic ($F = 12.975$, $p < 0.001$) ระดับน้ำตาลในเลือด FBS ($F = 7.254$, $p = 0.009$) และ HbA1c ($F = 8.173$, $p = 0.006$) ระดับไขมันในเลือด LDL ($F = 10.637$, $p = 0.002$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Index ($F = 14.982$, $p < 0.001$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกตลอดระยะเวลาการทดลองในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

4) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่าความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.50, S.D. = 0.55) โดยด้านกระบวนการดูแล มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51, S.D. = 0.56) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ การติดตามอย่างสม่ำเสมอ (ค่าเฉลี่ย 4.67) และการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เข้าใจง่าย (ค่าเฉลี่ย 4.63) และพบว่าด้านเนื้อหาความรู้และทักษะ มีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.50, S.D. = 0.54) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา (ค่าเฉลี่ย 4.63) และความรู้เกี่ยวกับ

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (ค่าเฉลี่ย 4.60) และด้านผลลัพธ์ มีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.49, S.D. = 0.56) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ ความพึงพอใจโดยรวมต่อการดูแล (ค่าเฉลี่ย 4.67) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ค่าเฉลี่ย 4.53)

ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น
พบว่า ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51, S.D. = 0.53) และพบว่าด้านเนื้อหาและรูปแบบของแนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.47, S.D. = 0.55) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ ความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 4.67) และความทันสมัยของเนื้อหา (ค่าเฉลี่ย 4.60) ส่วนด้านการนำไปใช้ มีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.47, S.D. = 0.54) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (ค่าเฉลี่ย 4.60) และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย 4.53) และด้านผลลัพธ์ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.64, S.D. = 0.49) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ การมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย 4.73) และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย 4.67)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการวิจัยนี้ได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนา ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกตามหลักฐานภายในโรงพยาบาลสามารถเริ่มต้นและอำนวยความสะดวก

ได้ผ่านความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันคือการดูแลที่เหมาะสมที่สุด บทบาทที่ชัดเจน และระบบการสื่อสารหลายชั้น รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้โปรแกรม "STROKE CARE" ซึ่งมีองค์ประกอบครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในด้านการประเมินและคัดกรอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง⁸ การที่แนวปฏิบัตินี้ได้รับการพัฒนาโดยทีมสหวิชาชีพและมีการนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษา¹³ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพทำให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงได้

การที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการที่เน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในองค์ประกอบ "R - Risk Factor Management" ที่มีการให้ความรู้ คำแนะนำ และการติดตามการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ¹⁴ ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีการประสานงานที่ดีสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม ในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด แม้ในกลุ่มทดลองจะมีแนวโน้มที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดต้อง

ใช้ระยะเวลานานกว่าจะเห็นผลชัดเจน และอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าระยะเวลาการติดตาม 9 เดือนยังไม่เพียงพอที่จะเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ที่พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะในองค์ประกอบ "O - Ongoing Rehabilitation" ที่มีการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง การสอนทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน และการติดตามความก้าวหน้าในการฟื้นฟู รวมถึงองค์ประกอบ "A - Adaptive Living" ที่ส่งเสริมการปรับตัวในการดำเนินชีวิตและการใช้อุปกรณ์ช่วยในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษา¹⁶ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็วขึ้นและมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 10.0 เทียบกับร้อยละ 30.0) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.053$) อย่างไรก็ตาม ค่า p -value ที่ใกล้เคียงกับระดับนัยสำคัญ 0.05 แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าหากเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือระยะเวลาในการติดตามให้มากขึ้น อาจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ การที่อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ (R - Regular Follow-up) การให้

ความรู้เกี่ยวกับโรค (K - Knowledge Enhancement) และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (C - Complication Prevention) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 13.3 เทียบกับร้อยละ 40.0, $p = 0.020$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในองค์ประกอบ "C - Complication Prevention" ที่มีการให้คำแนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ รวมถึงการติดตามและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ¹⁷ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจนสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงการติดตาม 9 เดือน (จากร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 40.0, $p = 0.031$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง (จากร้อยละ 16.7 เป็นร้อยละ 13.3) แสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบปกติอาจไม่เพียงพอในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว หากไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

การที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านกระบวนการดูแล โดยเฉพาะการติดตามอย่างสม่ำเสมอและการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เข้าใจง่าย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในด้านการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการได้รับข้อมูลที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับการศึกษา¹⁹ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอและการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูง ส่วนบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจสูงสุดในด้านผลลัพธ์ โดยเฉพาะการมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย และเห็นผลลัพธ์ที่ดีจากการใช้แนวปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษา¹³ ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่มีมาตรฐานในระดับสูง

เอกสารอ้างอิง

- 1.Venketasubramanian N.(2025). Stroke Epidemiology in Asia. *Cerebrovascular Diseases Extra*. 2025:1-29.
- 2.Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, Chiuve SE, Cushman M, Delling FN, Deo R, De Ferranti SD.(2018). Heart disease and stroke statistics—2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018 Mar 20;137(12):e67-492.
- 3.Ferrari AJ, Santomauro DF, Aali A, Abate YH, Abbafati C, Abastabar H, Abd ElHafeez S, Abdelmasseh M, Abd-Elsalam S, Abdollahi A, Abdullahi A.(2021). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2024 May 18;403(10440):2133-61.

- 4.Pandian JD, Kalkonde Y, Sebastian IA, Felix C, Urimubenshi G, Bosch J.(2020). Stroke systems of care in low-income and middle-income countries: challenges and opportunities. *The Lancet*. 2020 Oct 31;396(10260):1443-51.
- 5.Tan KS, Pandian JD, Liu L, Toyoda K, Leung TW, Uchiyama S, Kuroda S, Suwanwela NC, Aaron S, Chang HM, Venketasubramanian N.(2024). Stroke in Asia. *Cerebrovascular Diseases Extra*. 2024 Aug 16;14(1):58-75.
- 6.Ministry of Public Health, Thailand.(2019). Public health statistics A.D. 2019 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019 [cited 2025 Mar 30]. Available from: <http://bps.moph.go.th>
- 7.Department of Medical Services.(2020). Guidelines for development of stroke service network (in Thai). Bangkok: Ministry of Public Health; 2020.
- 8.Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE.(2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016 Jun;47(6):e98-169.
- 9.Langhorne P, Baylan S, Trialists ES.(2017). Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(7).
- 10.McInnes E, Dale S, Bagot K, Coughlan K, Grimshaw J, Pfeilschifter W, Cadilhac DA, Fischer T, van der Merwe J, QASC Europe Steering Committee, QASC Europe Implementation Committee.(2024). The Quality in Acute Stroke Care (QASC) global scale-up using a cascading facilitation framework: a qualitative process evaluation. *BMC Health Services Research*. 2024 Jan 29;24(1):144.
- 11.Cohen J.(2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. routledge; 2013 May 13.
- 12.Prasat Neurological Institute.(2017). Barthel ADL Index assessment form. In: Department of Medical Services. *Stroke rehabilitation guidelines (in Thai)*. Bangkok: Ministry of Public Health; 2017. p. 45–7.
- 13.อภิญา อินทริเศษ, สายสกุล สิงหาญ.(2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาฏน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2567;4(3):58–71.
- 14.Langhorne P, Ramachandra S, Stroke Unit Trialists' Collaboration.(2020). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(4).
- 15.ปัทมาพร ชนะมาร.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยบริการสุขภาพวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*. 2566;7(14):13–15.
- 16.นวลีย์ ไชยสวัสดิ์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสุขภาพ โรงพยาบาลกระแสนธุ์. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*. 2567;16(1):110–112.
- 17.วรรณวิมล ทุมมี.(2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*. 2566;8(2):545–546.
- 18.บุญรัตน์ เพิกเดช.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*. 2563;34(3):7–8.
- 19.หนูแดง จันทอุบถัมภ์, วาสนา นาชัยเริ่ม.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกมลาไสย. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*. 2563;5(4):55–56.