

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย Development of Stroke Patients Care Model in Srisangworn Sukhothai Hospital

อภันตรี กองทอง, พย.ม.
Aphantri Kongthong, M.N.S.
โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
Srisangworn Sukhothai hospital
E-mail: aphan.kt@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลหลัก และทีมสหสาขาวิชาชีพ การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแล 3) นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย หน่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี แผนการดูแล และแนวปฏิบัติทางคลินิก หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่าย และหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์มากกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการดูแลก่อนพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.02$, $p=.02$) มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.03$) แต่อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการเกิดแผลกดทับของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) และทีมสหสาขาวิชาชีพพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ดังนั้นจึงควรใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วย และทีมสุขภาพ ควรติดตามคุณภาพชีวิตและส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางการดูแล, รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate the stroke patient care model in Srisangwornasukhothai hospital. Samples were stroke patients, primary caregivers, and a multidisciplinary team. The development process was divided into four steps including 1) situation analysis, 2) development of the care model, 3) implementation of the model, and 4) evaluation of the model. Research instruments were composed of the stroke patient care model, clinical outcome record, a test about stroke care for caregivers, and a satisfaction questionnaire for the multidisciplinary team. Data were analyzed with frequency, percentage mean, a standard deviation, independent t-test, and Mann-Whitney U test.

The study results showed that patients in the stroke care model were composed of a stroke care unit, multidisciplinary teams, a nurse case manager, a stroke care plan, and a clinical practice guideline. After using the stroke patient care model, patients had more abilities to perform the daily activities than those before using the stroke patient care model both at the date of discharge and after 2 weeks ($p=.02$, $p=.02$), had less length of hospital stay than those before using the stroke patient care model ($p=.03$). However, pneumonia, urinary tract infection, and pressure sore incident rates between the two groups were not significant. The caregivers' knowledge about stroke significantly increased ($p\text{-value}=.001$). The overall satisfaction level of the multidisciplinary team is at a high level. Therefore, this model should be used in taking of these patients. The healthcare team should continue to evaluate patients' quality of life and promote their care.

Keywords: Developing nursing care guidelines, Nursing care, Patients with stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 (World Stroke Organization, 2018) จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรทั้งโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ได้มีการประมาณว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2535 และ 2563 (Murray & Lopez, 1997)

สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2555 – 2559 เท่ากับ 31.70, 35.90, 38.70, 43.30 และ 48.70 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2554 – 2558 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชายและเพศหญิง (ชาย 30,402 ราย, หญิง 31,044 ราย) และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 1 ในเพศหญิง (ณัฐจิรธรณ พันธ์มิ่ง, อลิสร่า อยู่เลิศ และ อามีนะห์ เจ๊ะปอ, 2561) ข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวน 4 โรคสำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2555 กับ พ.ศ. 2558 จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักบริหาร

ทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว พบว่าอัตราการตายในช่วงอายุ 30 - 69 ปีของทั้ง 4 โรคมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุด จาก 33.40 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.90 ต่อแสนประชากร (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ผู้ที่ป่วยจากโรคนี้ จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อติดตามต่อเนื่องไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 32 มีความพิการรุนแรงจนต้องมีผู้อื่นช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีภาวะซึมเศร้า และมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมหลายรูปแบบ เช่น วิตกกังวล ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงใด รักษาหายหรือไม่ ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกทางร่างกายคือ กระสับกระส่ายนอนไม่หลับ บางรายมีพฤติกรรมถดถอยเหมือนเด็ก บางรายมีพฤติกรรมต่อต้าน ปฏิเสธการดูแลจากผู้อื่น บางรายก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ (ณัฐธีรธรณ์ พันธมุง และคณะ, 2561) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายโรคหลอดเลือดสมอง (Direct cost) พบต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการรับบริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง และค่าเสียโอกาส (Indirect cost) เนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาท และสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาท รวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2552)

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) มีผู้ป่วยในความดูแลหลัก 5 อำเภอ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยในทั้งหมดในปี 2559 - 2561 จำนวน 569, 615 และ 590 ราย มีอัตราการตายร้อยละ 12.40, 13.30 และ 11.20 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย, 2562) ซึ่งสูงเกินเกณฑ์ของการพัฒนาตามระบบ Service plan ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นระยะโดยเริ่มเปิดบริการให้ยาลดไขมันเมื่อมีนาคม 2558 โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาลดไขมันแล้วจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักโดยมีพยาบาลผู้จัดการติดตามให้ได้รับการดูแลตามแนวทาง อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ได้รับยาลดไขมันแล้ว เนื่องจากมีข้อห้ามในการรับยาและไม่สามารถรับการรักษในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งพบว่าในปี 2559 - 2561 อัตราผู้ป่วยที่เฝ้ายาลดไขมันแล้วมีเพียงร้อยละ 3.30, 4.60 และ 8.30 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาลดไขมันแล้วจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ หรือนักจิตวิทยาจะร่วมดูแลเมื่อแพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาเท่านั้น การพยาบาลที่ได้รับขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคล ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ในปี 2561 พบผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบมากถึงร้อยละ 7.80 ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 2.76 และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เท่ากับ 1.68 จากการศึกษาของอรุณรัตน์ อินทสุวรรณ์ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระนอง โดยรูปแบบการดูแลประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือมือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ระบบสารสนเทศควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามรูปแบบ พบว่าผลลัพธ์ตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการบรรลุเป้าหมายได้แก่ อัตราการ Re-admission ภายใน 28 วันโดยมีได้วางแผนร้อยละ 0.74 อัตราเกิดปอดอักเสบร้อยละ 1.85 อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 0.37 อัตราการเกิดแผลกดทับร้อยละ 3.13 การวางระบบในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมเหมาะสมกับความต้องการการดูแลจึงมีความจำเป็น ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

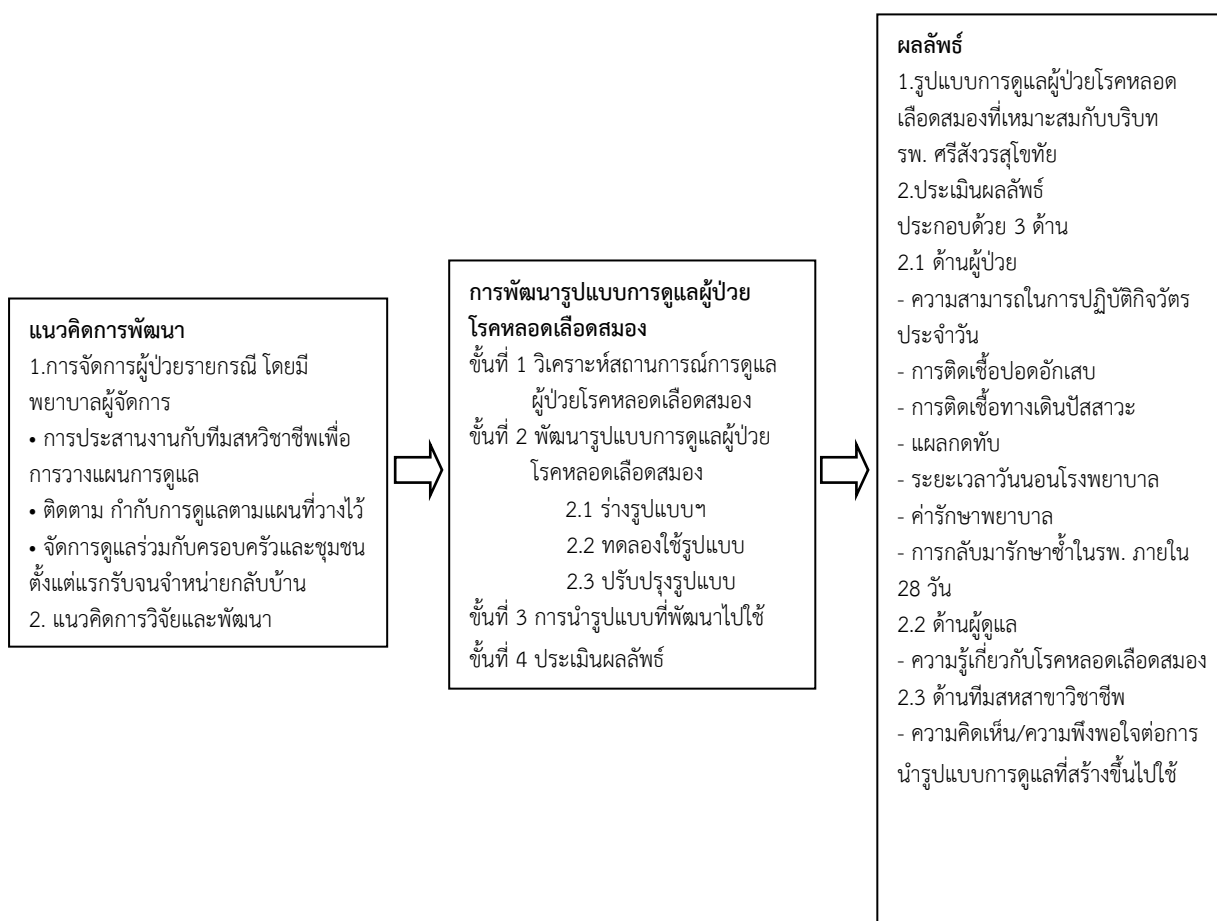
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ของโพเวลและทาเฮน (Powell & Tahan) (2010) เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายร่วมกับแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ของบอร์กและกอลล์ (Borg & Gall) (1983) ดังรูป



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน 2562 ถึง พฤษภาคม 2563 มีการศึกษา 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ 4) การประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
3. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำ ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2560 จำนวน 615 คน ยกเลิกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง 74 คน เหลือกลุ่มตัวอย่าง 541 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรักษาต่อหรือส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม 8 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแล คือทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มเดียวกับในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์

3. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาไปใช้ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาใน Stroke unit โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยระหว่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 64 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีระดับความรู้สึกตัว (GCS) ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ สมัครใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยมีวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนึงถึงความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ใช้หลักการวิเคราะห์กำลังของการทดสอบ Power analysis (Cohen, 1998) เพื่อการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ .08 และค่า Effect size เท่ากับ .70 และทำการเปิดตาราง Power tables สำเร็จรูป (Polit & Beck, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อยกลุ่มละ 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการศึกษา 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ อายุรแพทย์ 2 คน พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจาก Stroke unit 7 คน พยาบาลผู้จัดการ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน

4. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ (เป็นกลุ่มเดียวกับขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลไปใช้)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (Care maps) เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันปรับจากแนวทางการดูแลรักษาจากสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งกำหนดแผนการดูแลตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.2 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical nursing practice guideline: CNPG) ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลขณะและหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด แนวทางการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับจากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป โดยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2552)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสังเกตเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแล เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่าย วิธีการประเมินใช้การสังเกตการปฏิบัติและมี 2 คำตอบให้เลือก คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ หากปฏิบัติให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

2.2 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 บันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิดติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล และระยะเวลาวันนอน

2.3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ หากตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน หากตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” ให้ 0 คะแนน

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแล 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 และพึงพอใจน้อย เท่ากับ 1 คะแนน การแปลคะแนนในภาพรวมใช้หลักการอิงกลุ่มของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 2.33 - 3.00 เท่ากับระดับมาก คะแนน 1.67 - 2.32 เท่ากับ ระดับปานกลาง และคะแนน 1.00 - 1.66 เท่ากับ ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แผนการดูแล แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง แบบสังเกตเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแล แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงซึ่งดูแลโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ดูแลจำนวน 30 คน และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 และ 0.78 ตามลำดับ

การดำเนินการ

หลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ดำเนินการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น

1. ด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศรีสังวรสุโขทัยระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560 จำนวน 541 ฉบับ ทำการสรุปผลลัพธ์การดูแล ประกอบด้วย การติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ ระยะเวลาวันนอน ค่ารักษาพยาบาลและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

2. ด้านรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำเสนอผลลัพธ์ที่ได้จากการสืบค้น ข้อมูลต่อที่ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพด้านอายุรกรรม และใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมระดมสมอง วิเคราะห์รูปแบบการดูแลที่มีอยู่เดิม ปัญหา อุปสรรคต่างๆ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ตั้งคณะทำงานโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 23 คน ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม เภสัชกร แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับคณะทำงานโรคหลอดเลือดสมอง นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ มาวางแผนพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย

2.1 การเปิดหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ทีมบุคลากรที่ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกกระบวนการ วางแผนการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย การประสานการดูแล ติดตามกำกับและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาล ผู้จัดการ

2.4 การจัดทำแผนการดูแลให้ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาจนกระทั่งจำหน่าย

2.5 จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง

3. ผู้วิจัยทำบันทึกเสนอแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้บริหาร โรงพยาบาล เพื่อขออนุมัติดำเนินการปรับปรุง

4. หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยและคณะทำงานได้ร่วมดำเนินการ ประกอบด้วย 1) เตรียมความพร้อม ด้านสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นตามมาตรฐาน 2) เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร กำหนดบทบาท และ มอบหมายหน้าที่แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลร่วมกัน 3) จัดตั้งทีมประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) จัดทำแผนการดูแล โดย กำหนดระยะเวลา 7 วัน กำหนดกิจกรรมของแต่ละสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุมความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย และ 5) จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้

ดำเนินการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ โดยเปิดให้บริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งพื้นที่บางส่วน จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายมาใช้ในการนำแผนการดูแลและแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ระหว่างการใช้รูปแบบได้มีการพัฒนาปรับปรุง 2 รอบ เนื่องจากพบปัญหาพบว่าในกรณีเตียงเต็มและต้องรับผู้ป่วยใหม่ต้องมีการย้ายผู้ป่วยไป หอผู้ป่วยอายุรกรรมก่อนกำหนด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลไม่ครบถ้วนตามแผน และการประเมินด้านจิตใจใน ระยะเฉียบพลันประเมินได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากแยกจากพยาธิสภาพของโรคได้ยาก จึงมีการประชุมของทีมสหสาขา วิชาชีพ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์และแก้ปัญหาโดยพยาบาลผู้จัดการติดตามกำกับให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนตามแผน ก่อนย้ายออก และกำหนดให้ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาด้านการพูดทุกรายมาพบนักจิตวิทยาหลังจำหน่ายแล้ว 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย

โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ด้านผู้ป่วย ประเมิน Barthel index แรกรับและก่อนจำหน่าย ระยะเวลาวันนอน ค่ารักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้านผู้ดูแล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแล และความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนและหลังพัฒนา ด้วยสถิติ Independent t test
3. เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ด้วยสถิติ Chi-square
4. เปรียบเทียบระยะเวลาวันนอนและค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เลขที่ 06/2562 เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2562 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการ โดย 1) ขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยทำบันทึกเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเพื่อสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง 2) ขั้นตอนการพัฒนาและประเมินผล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย และขอทำหนังสือขอความยินยอมจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องใช้แนวปฏิบัติ พร้อมระบุว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความยินยอมโดยสมัครใจ และระบุสิทธิที่จะออกจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
 - 1.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์พบอุปสรรคต่อการบริการได้แก่ 1) ด้านสถานที่ ไม่มีหน่วยงานดูแลเฉพาะ 2) ด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน 3) แผนการดูแล พบว่า ไม่ครอบคลุมรวมทั้งขาดการประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง และ 4) ระบบบริการ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการดูแลร่วมกันจากทีมสหสาขา จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าด้านการรักษาทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางเดิม แพทย์เจ้าของไข้ต้องมีการปรึกษาก่อน ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องจึงจะสามารถเข้ามาร่วมดูแล
 - 1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) Stroke unit 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร โภชนาการและนักจิตวิทยา 3) พยาบาลผู้จัดการซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย 4) แผนการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ซึ่งกำหนดแผนการดูแลตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจัดทำโดยผ่านรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ แนวทางการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยและอายุรแพทย์ได้ร่วมกันปรับปรุงเพื่อใช้เป็นแนวทางในการ

รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นสามารถเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการพัฒนา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

ประเด็นการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่ (ประเมินและติดตามดูแลทุกขั้นตอน โดยพยาบาลผู้จัดการ)
1. การรับผู้ป่วย Admit	• หอผู้ป่วยอายุรกรรม • หอผู้ป่วยพิเศษ • หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (กรณีเตียงเต็ม)	• Ischemic เข้า Stroke unit ทุกราย • Hemorrhage เข้า Stroke Unit ตามเกณฑ์
2. การดูแลรักษา	• ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อมีการปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ • การพยาบาลขึ้นอยู่กับทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคล	• CPG / Care map กำหนด LOS ชัดเจน • ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลโดยไม่ต้องรอการปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ • พยาบาลมีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค
3. การดูแลระหว่างอยู่ รพ.		
3.1 การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง	• ประเมินซ้ำไม่ได้ตามระยะเวลาที่เหมาะสม	• ประเมินซ้ำสอดคล้องกับอาการผู้ป่วยแต่ละรายตาม Care map
3.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	• การประเมินการกลืนน้อยไม่ครบถ้วน • ขาดการกำกับและการป้องกันการเกิด UTI, Pneumonia, Bed sore	• มีแนวทางและประเมินการกลืนทุกราย • มีแนวทางปฏิบัติการป้องกันการเกิด UTI, Pneumonia, Bed sore
3.3 การฟื้นฟูสภาพ	• ได้รับการทำกายภาพบำบัด เมื่อมีคำสั่งจากแพทย์เจ้าของไข้	• ได้รับการทำกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัดทุกราย โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์เจ้าของไข้
3.4 การให้สุขศึกษา	• ได้รับการให้ความรู้จากพยาบาลที่มีทักษะ และความเชี่ยวชาญที่ต่างกัน • แผ่นพับ (บางราย)	• ได้รับความรู้ครบถ้วนตามหัวข้อที่กำหนด • มีการประเมินความรู้ผู้ดูแลทุกราย • แจกแผ่นพับทุกราย • สื่อวีดิทัศน์โรคหลอดเลือดสมอง
3.5 การวางแผนจำหน่าย	• ผู้ป่วยบางรายได้รับการเตรียมความพร้อมในวันจำหน่าย	• ได้รับการเตรียมความพร้อม/การวางแผนจำหน่ายตามระยะเวลาที่กำหนดใน Care map
4. การดูแลต่อเนื่อง	• ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจะได้รับการส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้าน • ไม่มีการติดตามหลังจำหน่ายจากพยาบาลในหอผู้ป่วย	• ส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านทุกราย • Stroke Nurse เยี่ยมผู้ป่วยที่แผนก OPD วันที่มาตรวจตามนัด • ประเมินความเครียด และภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์

สรุปในองค์ประกอบการรับผู้ป่วย admit มีการปรับปรุงให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบทุกรายเข้ารับการดูแลใน Stroke unit และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเข้า Stroke unit ตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่มีการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (กรณีเตียงเต็ม) องค์ประกอบการดูแลรักษาปรับปรุงโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพและสามารถประเมินสภาพและให้การดูแลรักษาโดยไม่ต้องรอการขอคำปรึกษาจากอายุรแพทย์เจ้าของไข้ โรงพยาบาลที่ให้การพยาบาลทุกคนผ่านการอบรมการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง องค์ประกอบการดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาลปรับปรุงให้ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนดเหมาะสมเฉพาะราย รวมทั้งมีการประเมินความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และองค์ประกอบการดูแลต่อเนื่องเพิ่มการติดตามของ Stroke nurse และการประเมินความเครียด และภาวะซึมเศร้าจากนักจิตวิทยาหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์

2. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

เปรียบเทียบลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ และหลังพัฒนารูปแบบในด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยของอายุ ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้สึกละตัวกลาสโกว และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน (ดังตาราง 2 และ 3)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=32)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=32)		χ^2	df	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	20	62.5	20	62.5	.000	1	1.000
หญิง	12	37.5	12	37.5			
สถานภาพสมรส							
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	7	21.90	10	31.20	.32	1	.57
คู่	25	78.10	22	68.80			
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษาหรือ น้อยกว่า	26	81.20	27	84.40	.00		1.00
มัธยมศึกษาหรือ มากกว่า	6	18.80	5	15.60			
โรคประจำตัว							
ไม่มี	2	6.20	4	12.50	.18		.67
มี	30	93.80	28	87.50			
ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง							
ตีบหรืออุดตัน	27	84.40	27	84.40	.00		1.00
ตีบหรืออุดตัน ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด	5	15.60	5	15.60			

Chi-square test

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระดับความรู้สึกตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อแรกเริ่ม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=32)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=32)		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
อายุ	65.91	7.63	66.13	9.51	-.10	.92
	Range= 45-78		Range= 46-79			
ค่าระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว	14.22	1.64	14.53	1.24	-.86	.39
	Range= 10-15		Range= 10-15			
ค่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	35.16	12.91	37.19	13.37	-.62	.54
	Range= 15-60		Range= 15-60			

2.1.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในแต่ละช่วงเวลาโดยใช้สถิติที พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในวันแรกเริ่มไม่แตกต่างกัน ($t = -.62$, $p = .54$) ส่วนวันก่อนจำหน่ายพบว่ากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.51$, $p = .02$) และวันหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.43$, $p = .02$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแล

ระยะเวลา	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=32)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=32)		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
วันแรกเริ่ม	35.16	12.91	37.19	13.37	-.618	.54
วันจำหน่าย	45.16	22.45	59.22	22.40	-2.51	.02
หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	60.94	24.21	75.00	21.96	-2.43	.02

*Independent sample t-test

2.1.2 ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ

เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในด้านการติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับและการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=32)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=32)		Fisher's exact test p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การติดเชื้อปอดอักเสบ					
เกิด	2	6.2	0	0	.49
ไม่เกิด	30	93.80	32	100	
การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ					
เกิด	2	6.2	0	0	.49
ไม่เกิด	30	93.80	32	100	
การเกิดแผลกดทับ					
เกิด	0	0	0	0	1.00
ไม่เกิด	32	100	32	100	
การกลับมารักษาซ้ำในรพ.ภายใน 28 วัน					
เกิด	0	0	1	3.1	1.00
ไม่เกิด	32	100	31	96.90	

2.1.3 ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอนน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) ส่วนค่ารักษาพยาบาล พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

ตัวแปร	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=32)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=32)		Mann-Whitney U	P-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ระยะเวลาวันนอน (วัน)	4.37	2.20	3.23	.89	313	.03
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)	21,260.57	14,413.44	19,841.75	15,373.86	426	.72

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล

กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 13.31 (S.D.= 2.96) กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 17.00 (S.D.= 2.03) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.96, p = .001$)

2.3 ด้านผู้ให้บริการ

การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยของทีมนิสิตพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 82.40 มีอายุเฉลี่ย 36 ปี เป็นวิชาชีพพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 41.18 รองลงมาได้แก่นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัดและนักโภชนาการร้อยละ 17.65

2.3.1 การปฏิบัติตามแนวทาง ทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ร้อยละ 100 ส่วนนักโภชนาการปฏิบัติตามแผนการดูแลได้น้อยที่สุดร้อยละ 30.10

2.3.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโดยรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และพบว่าระดับความพึงพอใจรายข้ออยู่ในระดับมากเช่นกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขา (n= 17)

หัวข้อการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประโยชน์ในการปฏิบัติงาน	3.00	.00	มาก
2. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	2.94	.25	มาก
3. เนื้อหาที่กำหนดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความครอบคลุมในการปฏิบัติ	2.93	.26	มาก
4. สามารถปฏิบัติได้ครบทุกขั้นตอน	2.63	.50	มาก
5. รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ	2.94	.25	มาก
6. รูปแบบมีความชัดเจนเป็นที่เข้าใจได้ตรงกันในการนำไปปฏิบัติ	2.75	.45	มาก
7. การปฏิบัติตามรูปแบบทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.94	.25	มาก
8. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	2.75	.45	มาก
9. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.00	.26	มาก
รวม	2.85	.18	มาก

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาและอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) Stroke unit 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) พยาบาลผู้จัดการ 4) แผนการดูแล และ 5) แนวปฏิบัติทางคลินิก การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของบุคลากร มีการนำแนวทางการแก้ปัญหามาปฏิบัติ ประเมินการปฏิบัติและมีการปรับปรุง โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการทำงาน แนวทางการแก้ปัญหามาสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล ทำให้ผลลัพธ์การดูแลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก สอดคล้องกับลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญโญ (2558) ในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญรัตน์ เพิกเดช (2563) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยผังปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับรายละเอียด หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมพยาบาลที่มีความรู้และทักษะรวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษา และแผนการดูแลที่ร่วมกันปรับปรุงขึ้น ซึ่งต่างจากการศึกษาของอรุณรัตน์ อินทสุพรรณ (2559) ที่พบว่าองค์ประกอบของรูปแบบที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยคือคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและระบบการนิเทศควบคุมกำกับการปฏิบัติตามรูปแบบ

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

2.1 คะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการใช้รูปแบบฯ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ที่พบว่า วันก่อนจำหน่ายและวันหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติกรพยาบาลตามแนวทาง แผนการดูแล การประสานให้เกิดการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทำกายภาพบำบัด รวมทั้งการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติด้วยการสอนเป็นรายบุคคล การให้ความรู้โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ และการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถจดจำได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงกระทั่งวันจำหน่าย ช่วยให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง อีกทั้งมีการนิเทศติดตามของพยาบาลผู้จัดการเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลตามที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญโญ (2558) ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นเมื่อจำหน่ายและภายหลังจำหน่าย 30 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) และสอดคล้องกับการศึกษาของปรางิ์ เกสรสันต์ และคณะ (2560) ในการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ IDEAL patient care model ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ยมากกว่าวันแรกรับเข้ารับรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.2 ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในกลุ่มก่อนการพัฒนารูปแบบเกิดการติดเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.2 ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบไม่พบทั้งการติดเชื้อทางเดินหายใจและติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ด้านการเกิดแผลกดทับพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนในแต่ละวันสอดคล้องกับการดำเนินโรคของผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ติดตามกำกับ ประสานการดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย ซึ่งช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ด้านการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.10 ซึ่งมีภาวะของ Progressive stroke ทำให้กลับมารักษาซ้ำ

2.3 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอน 4.37 วัน (S.D. = 2.20) กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอน 3.23 (S.D. = .89) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Mann-Whitney U พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนในแต่ละวัน รวมถึงพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ติดตามกำกับ ประสานการดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยและกลับบ้านได้เร็วขึ้นสอดคล้องการศึกษาของ สอดคล้องกับจิตลัดดา ประสานวงศ์ และคณะ (2555) พบว่า ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น สามารถลดวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 5.63 วันเหลือ 2.08 วัน ส่วนค่ารักษาพยาบาลกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล 21,260.57 บาท (S.D. = 14,413.44) ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล 19,841.75 บาท (S.D. = 15,373.86) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Mann-Whitney U พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน ลดวันนอน จึงทำให้ค่ารักษาพยาบาลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญโญ (2558) ที่พบว่า

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก่อนการพัฒนา ($\bar{X}$ = 15,800 บาท, S.D.= 13.48) กับหลังพัฒนา ($\bar{X}$ = 13,469 บาท, S.D.= 19.37) ไม่แตกต่างกัน

3. ผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่าคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 13.31 (S.D. = 2.96) กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 17.00 (S.D. = 2.03) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.96, p = .00$) ทั้งนี้เนื่องมาจากในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและญาติจะได้รับรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรค การดูแลและการปฏิบัติตัว ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญโญ (2558) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลเมื่อแรกรับและก่อนจำหน่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ด้านผู้ให้บริการ

การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า เป็นวิชาชีพพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 41.18 รองลงมา ได้แก่ นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด และนักโภชนาการร้อยละ 17.65

4.1 การปฏิบัติตามแผนการดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ร้อยละ 100 ส่วนนักโภชนาการปฏิบัติตามแผนการดูแลได้น้อยที่สุดร้อยละ 30.11 อย่างไรก็ตามในขั้นตอนการให้ความรู้โดยพยาบาลจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการแก่ผู้ป่วยทุกราย และในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อโรคที่เป็น จะได้รับการเสริมความรู้จากโภชนาการทุกราย

4.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพบว่าโดยรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากได้แสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจร่วมกันอีกทั้งรูปแบบการดูแล มีการกำหนดบทบาทและกิจกรรมรวมถึงการสื่อสารที่ชัดเจน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดความสะดวกแก่การนำไปใช้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุไร ดวงแก้ว และอภิธัญญา จำปามูล (2561) พบว่า ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการจัดการรายกรณีโดยรวมอยู่ในระดับมาก

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยไปใช้ ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทุก 3 เดือนหลังจำหน่าย เพื่อช่วยเสริมสร้างพลังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับการประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต

2. ด้านการบริหารและจัดการระบบบริการ ควรใช้การจัดการรายกรณีในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่ออื่นๆที่ควบคุมอาการไม่ได้ เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ข้อจำกัด

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาในภาพรวม ยังไม่ได้ศึกษาเชิงลึกในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง เช่น โปรแกรมการป้องกันติดเชื้อปอดอักเสบจากการสำลัก

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการวิจัยโดยการสร้างแผนการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ โดยมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. ควรศึกษาในประเด็นการพัฒนาแนวปฏิบัติเชิงลึกเฉพาะ ในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.(2562). ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุขและPA. สืบค้นจาก http://www.bps.moph.go.th/new_bps/StrategyPlanPA (25 มีนาคม 2562)
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: โอโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. (2562). ระบบ Hos Xp.: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย.
- จิตลัดดา ประสานวงศ์, ปฐมวดี สิงห์ตง, และรสสุคนธ์ สามแสน. (2555). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(2), 51-65.
- ณัฐจิรพรรณ พันธุ์มั่ง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และอามีนะห์ เจ๊ะปอ. (2561). ประเด็นสารณรงค์วันอัมพาทโลกปี 2561. *สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค*. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/_2561.pdf. (23 มีนาคม 2562)
- บุญญรัตน์ เพิกเดช. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 34(3), 7-21.
- ปราณี เกสรสันต์, ณาตยา ขนุนทอง, ขนิษฐา พันธุ์สุวรรณ, และวราพร พลายชุมพล. (2560). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ IDEAL Patient Care Model ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. *วารสารการพยาบาลและกรณีศึกษาสุขภาพ*, 35(2), 111-121.
- ลินดา สันตวาจา, และศรีธัญญา บุญโญ. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(1), 91-112.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2552). รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อรุณรัตน์ อินทสุวรรณ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรงพยาบาลระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(4), 335-343.
- อุไร ดวงแก้ว, และอภิญา จำปามูล. (2561). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะเวลาวันนอน ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(3), 42-50.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Borg, W. R. & Gall, M.D. (1983). *Research: An introduction* (4th ed.). Longman: New York.
- Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349(9064), 1498-504.

- Polit, D. F. & Beck, T. B. (2008). *Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Powell, S. K. & Tahan, H. A. (2010). *Case management: A practical guide for education and practice* (3rd ed.). Philadelphia: F.A Davis company.