

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
Development of Stroke Patients Care Model

ปัทมาพร ชนะมาร*
Pattamaporn Chanaman*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยบริการสุขภาพวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้ และ 4) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 83 คน ผู้ดูแลหลัก 83 คน และสหสาขาวิชาชีพ 36 คน เครื่องมือที่ใช้ 1) คู่มือการดูแลผู้ป่วย 2) แบบประเมิน Barthel Index Score 3) แผนการดูแล 4) แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย 5) แบบประเมินสมรรถนะของผู้ดูแล 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล 7) แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนการดูแล 8) แบบสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนตุลาคม 2560 ถึง มีนาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย 1) ด้านรูปแบบ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <.001$) ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ($p = <.001$) ความพิการลดลง ($p = <.001$) วันนอน ลดลง ($p = .015$) และค่ารักษาพยาบาลลดลง ($p = .035$) ไม่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และแผลกดทับ พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบร้อยละ 1.6 3) ด้านผู้ดูแล พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ($p = <.001$) 4) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบว่า สหวิชาชีพส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทาง ร้อยละ 100 โภชนาการปฏิบัติได้ ร้อยละ 40 และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้นควรมีนำรูปแบบไปใช้เพื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลโดยผู้ดูแล และสหวิชาชีพร่วมกันดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research and development aimed to develop and study the outcomes of a stroke patient care model Wapi Pathum Hospital Wapi Pathum District Maha Sarakham Province. The research was conducted in 4 phases: 1) situation study, 2) model development, 3) trial and 4) evaluation. The sample consisted of 3 groups: 83 stroke patients, 83 primary caregivers, and 36 multidisciplinary tools. 1) Patient Care Guide 2) Bathel Index Score Assessment Form 3) Care Plan 4) caregiver knowledge test; 5) caregiver competency assessment form; 6) caregiver satisfaction questionnaire; 7) care plan compliance check form; 8) multidisciplinary team and caregiver interview form. Data were collected from October 2017 to March 2019. Data was analyzed by frequency distribution, percentage, mean, comparison of mean differences with Paired t-test. Qualitative data were used for content analysis.

Research Result Wapi Pathum Hospital Network 2. Outcomes on patients showed a statistically significant reduction in violence ($p = <.001$), an increase in ability to perform daily activities ($p = <.001$), a decrease in disability ($p = <.001$) bedtime was decreased ($p = .015$) and medical expenses were reduced ($p = .035$). Respiratory tract infections and pressure sores were not detected. urinary tract infection and recurrence within 28 days was 1.6%. It was found that most multidisciplinary practices followed the guideline 100%, nutrition practiced 40% and overall satisfaction was at a high level. Therefore, the model should be applied so that stroke patients are cared for by their caregivers. and multidisciplinary care together continuously, resulting in better treatment results.

Keywords: care model, stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก เนื่องจากพบบ่อย มีผู้ป่วยจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายสูง การดำเนินโรคเฉียบพลัน ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย องค์การอนามัยโลก รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทั่วโลก พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 54.7 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1990 เป็น 101.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2019 พบความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5⁽¹⁾ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิต เนื่องจากประชากรทั้งโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ได้มีการประมาณว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2535 และ 2563⁽²⁾

สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากเป็นอันดับ 2 จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นจาก 41.73 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 54.20 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2564⁽³⁾ นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายโรคหลอดเลือดสมอง พบต้นทุนทางตรง สำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการรับบริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง และค่าเสียโอกาสเนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาท และสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาท รวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี⁽⁴⁾ อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ประมาณ 690 คนต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 50,000 - 60,000 รายต่อปี พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 250,000 รายต่อปี⁽⁵⁾

จังหวัดมหาสารคาม ปี 2558 - 2560 พบผู้ป่วย จำนวน 2877, 2854 และ 3,528 ราย เสียชีวิต 414, 599 และ 415 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.39, 20.99 และ 11.76 อ่าเภาวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม พบผู้ป่วย จำนวน 268, 279 และ 363 ราย เสียชีวิต 62, 66 และ 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.13, 23.66 และ 20.66⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เป็นสาเหตุหลักของความพิการและคุณภาพชีวิตลดลง และนำไปสู่การเสียชีวิตตามมา นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ โดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาล ทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงจากค่ารักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลรักษาต่อเนื่อง เมื่อกลับมาพักฟื้นที่บ้าน จากผลกระทบดังกล่าว การให้ความสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

โรงพยาบาลวาปีปทุม เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด 90 เตียง ที่ผ่านมาพบข้อจำกัดในการดูแลได้แก่ การไม่มีสถานที่เฉพาะ การดูแลขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคล การกำกับติดตามไม่ทั่วถึง ขาดการเชื่อมโยงการดูแลทั้งระบบ การเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เชื่อมโยงทั้งระบบให้ครอบคลุมตามแนวทางที่กำหนดตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพมุ่งบริการที่บุคคล (Individual care) ถึงครอบครัว (Family) และชุมชน (Community) พัฒนาระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มาตรวจตามนัด และประเมินความรู้ ทักษะการดูแล รวมถึงออก

เยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อประเมินและให้คำปรึกษาปัญหาการดูแลเฉพาะรายหรือโทรศัพท์ติดตามผลร่วมกับทีมติดตามเยี่ยมบ้าน และสะท้อนผลการติดตามเยี่ยม นำมาปรับแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

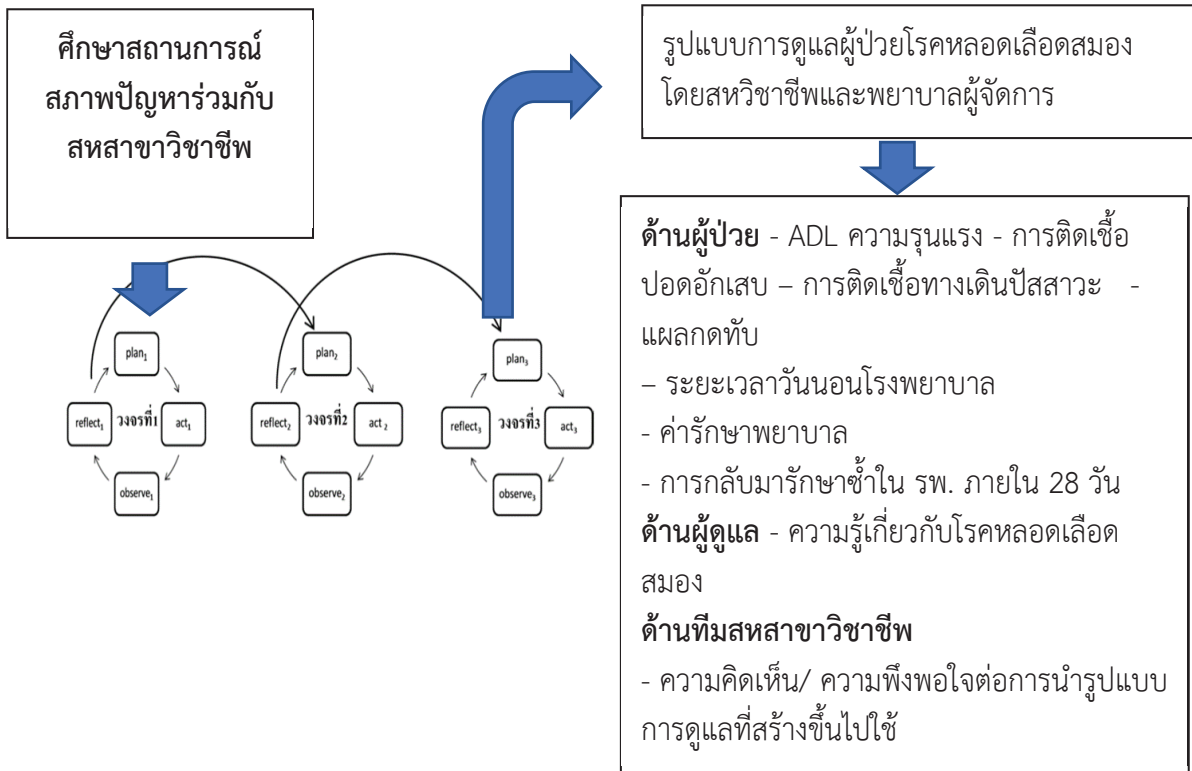
1. เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและมีพยาบาลผู้จัดการ
2. เพื่อศึกษากระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การปฏิบัติตาม

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ของโพเวลและทาเฮน⁽⁷⁾ เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายร่วมกับแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ของเคมมิส และแมกทากาด⁽⁸⁾ ดังรูป



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 ถึง พฤษภาคม 2563 มีการศึกษา 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ 4) การประเมินผลลัพธ์

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้ แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคณะผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงมีนาคม 2562 จำนวน 3 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีระดับความรู้สึกตัว (GCS) ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ ไม่ได้รับการผ่าตัด ไม่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ สมัครใจ และให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 83 ราย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่รับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ คู่สมรส บุตร หรือญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสามารถอ่านออกเขียน จำนวน 83 ราย

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 36 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 คน แพทย์ประจำการ 13 คน พยาบาลหอผู้ป่วยใน 15 คน พยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2 คน พยาบาลจัดการรายกรณี 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน เภสัชกร 1 คน และ นักโภชนาการ 1 คน

ผู้วิจัยกำหนดจำนวนผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยและผู้ดูแล 20 ราย ระยะที่ 2 ผู้ป่วยและผู้ดูแล 20 ราย และระยะที่ 3 ผู้ป่วยและผู้ดูแล 86 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมสภาพ ปัญหาของการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ประกอบด้วย

1.1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาวันนอน ค่ารักษาพยาบาล กระบวนการรักษาพยาบาลของสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด

1.1.2 สังเกตการณ์ให้ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้รักษาจนกระทั่งจำหน่าย และสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตามแนวสัมภาษณ์สหสาขาวิชาชีพด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับลักษณะการบริการที่ได้รับความพึงพอใจ ปัญหา อุปสรรค ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของบุคลากร
สหสาขาวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
ขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่พัฒนาไปใช้

2.1. แบบตรวจสอบ การปฏิบัติ
ตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ
แต่ละสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบตรวจสอบ
รายการ (Check list) กิจกรรมตามแผนการดูแล
ผู้ป่วยโดยระบุให้มีช่องลงบันทึก “เป็นตามแผน”
และ “ไม่เป็นตามแผน” ในแต่ละรายการ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content
Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน ประกอบด้วย
แพทย์ระบบประสาท 1 คน อายุแพทย์ 1 คน
พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และเป็น
ผู้ชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง 1 คน เกสซ์กร 1 คน และนักกายภาพบำบัด
1 คน

3. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย
ได้แก่

3.1 แผนการดูแลโรคหลอดเลือด
สมอง (Care maps) เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่ทีมสหสาขา
วิชาชีพร่วมกันปรับจากแนวทางการดูแลรักษาจาก
โรงพยาบาลแม่ข่าย และจากสถาบันประสาท
วิทยา ซึ่งกำหนดแผนการดูแลตั้งแต่วันที่
ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งถึงวันที่จำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล

3.2 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ
การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical
nursing practice guideline : CNPG) ได้ แก่
แนวทางการเตรียมผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับจากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป⁽⁹⁾

3.3 แบบสังเกตเกี่ยวกับการ
ปฏิบัติตามแผนการดูแล เป็นแบบสังเกตการ
ปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับ การดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจน
จำหน่าย วิธีการประเมินใช้การสังเกตการปฏิบัติ
และมี 2 คำตอบให้เลือก คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ
หากปฏิบัติให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 0
คะแนน

3.4 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น
ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป
ได้แก่ เพศ อายุสถานภาพสมรส การศึกษา และโรค
ประจำตัว ส่วนที่ 2 บันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่
การเกิดติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบ
ทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ คะแนน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่า
รักษาพยาบาล และระยะเวลาวันนอน

3.5 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค
หลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ
ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแผนกอายุรกรรม
โรงพยาบาลระยอง

3.6 แบบประเมินความพึงพอใจ
ของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแล
ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่
1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และวิชาชีพ
ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิด ประมาณค่า
จำนวน 9 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจ
มากเท่ากับ 3 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 2
คะแนน และพึงพอใจน้อย เท่ากับ 1 คะแนน การ
แปลคะแนนในภาพรวมใช้หลักการอิงกลุ่มของ
เบสท์⁽¹⁰⁾ 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 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองแบบสังเกตเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตามแผนการดูแลแบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงซึ่งดูแลโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ดูแล จำนวน 5 คน และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ จำนวน 5 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 และ 0.79 ตามลำดับ

การดำเนินการ

หลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ดำเนินการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดย (วงรอบที่ 1)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น

1. ศึกษาและวิเคราะห์สภาพเดิมของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 สังเกตและสัมภาษณ์ผู้ดูแล และบุคลากรทีมนิสิตสาขาวิชาชีพที่ได้รับการรักษาในเดือนมีนาคม 2561

2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. สร้างแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมระดมสมองวิเคราะห์รูปแบบการดูแลที่มีอยู่เดิม ปัญหา อุปสรรคต่างๆ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ตั้งคณะทำงานโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 27 คน ประกอบด้วยทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาลงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยในชาย หญิง เด็ก ศัลยกรรมชาย พิเศษสงฆ์ เกษัชกร แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับคณะทำงานโรคหลอดเลือดสมอง นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ มาวางแผนพัฒนารูปแบบประกอบด้วยสรุปเป็นแบบบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบุกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพ กำหนดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม มุ่งพัฒนาทั้งศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้เวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาล 7 วัน (สร้าง Care map 1)

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้

1. นำแผนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับที่ 1 ไปทดลองใช้ในผู้ป่วย 10 ราย และผู้ดูแล 10 ราย หลังการทดลองใช้แผนการดูแลฉบับที่ 1 ปรับกิจกรรม โดยกำหนดบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจนมีการผสมผสานกิจกรรมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประสานงาน ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลเหลือ 5 วัน ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเหลือ 7 วัน ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก และ

ปรับปรุงแก้ไข พัฒนาเป็น Care map 2 ทดลองใช้ ผู้ป่วย 10 ราย และผู้ดูแล 10 ราย

2. ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข สรุปประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประสานการดูแล ซึ่งแผนการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามระบบ และระยะเวลาการนอนโดยเฉลี่ย (Expected length of stay) กำหนดไว้ 7 วัน ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลักที่จำเป็นในการดูแล การประเมินสภาพผู้ป่วย การส่งปรึกษาแพทย์ นักโภชนาการ พยาบาลที่ปรึกษา การส่งตรวจต่างๆ รายการยา ชนิดอาหาร กิจกรรมที่ให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติ การดูแลจิตใจและสังคม ความรู้ที่ให้ผู้ผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย และการมาตรวจตามนัด

(วงรอบที่ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้

1. ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง และประกาศเป็นนโยบายในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ มีการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประสาน

2. นำ Care map ที่แก้ไขปรับปรุงไปใช้ใน 5 หอผู้ป่วยใน 63 ราย และผู้ดูแล 63 ราย

(วงรอบที่ 3)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น การประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ

1) ด้านผู้ป่วย เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย 30 วัน และประเมินระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล

2) ด้านผู้ดูแลเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังให้ การดูแลและประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย

3) ด้านบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนและหลังพัฒนา ด้วยสถิติ Independent t- test

3. เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันด้วยสถิติ Chi-square

4. เปรียบเทียบระยะเวลาวันนอนและค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Mann-Whitney U

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการ พิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลวาปีปทุม
เลขที่ 002/2560

ร้อยละ 68.57 ชนิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือ
อุดตัน ร้อยละ 86.72

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์
แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.15 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 64.67 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 65.71 มีประวัติการสูบบุหรี่

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 3) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) แนวปฏิบัติการดูแลและรักษาในโรงพยาบาล 5) แนวทางการรับและส่งต่อ 6) ระบบการให้คำปรึกษาแม่ข่าย-ลูกข่าย 7) การลงข้อมูลการวินิจฉัยโรค และ 8) การทบทวนเวชระเบียนโดยแพทย์ผู้ชำนาญการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเดิมกับรูปแบบใหม่

ประเด็นการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่ (ประเมินและติดตามดูแลทุกขั้นตอน โดยพยาบาลผู้จัดการ)
1. การรับผู้ป่วย Admit	- ตามหผู้ป่วยต่างๆ ซึ่งแบ่งตามเพศ แล้วแต่เตียงไหนว่าง	- มีการกำหนดเตียงไว้รองรับผู้ป่วยหผู้ป่วยละ 2 เตียง รวม 4 เตียง - จัดการดูแลแยกตามสี แดง เหลือง เขียว ติดหน้าเตียง หน้า Chart
2. การดูแลรักษา	- ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อมีการปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ - การพยาบาลขึ้นอยู่กับทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคล	- CPG / Care map กำหนด LOS ชัดเจน - ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลโดยไม่ต้องรอการปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ - พยาบาลมีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค - การพัฒนาการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ Pre-hos, In hos และ Post hos
3. การดูแลระหว่างอยู่ รพ. 3.1 การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง	- ประเมินซ้ำไม่ได้ตามระยะเวลาที่เหมาะสม	- ประเมินซ้ำสอดคล้องกับอาการผู้ป่วยแต่ละรายตาม Care map กำหนดหน้าที่ของแต่ละสหวิชาชีพชัดเจน
3.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	- การประเมินการกลืนน้อยไม่ครบถ้วน - ขาดการกำกับและการป้องกันการเกิด UTI, Pneumonia, Bedsore	- มีแนวทางและประเมินการกลืนทุกราย - มีแนวทางปฏิบัติการป้องกันการเกิด UTI, Pneumonia, Bedsore

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเดิมกับรูปแบบใหม่ (ต่อ)

ประเด็นการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่ (ประเมินและติดตามดูแลทุกขั้นตอน โดยพยาบาลผู้จัดการ)
3.3 การฟื้นฟูสภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการทำกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทยเมื่อมีคำสั่งจากแพทย์เจ้าของไข้ - ไม่เชื่อมโยงกับแพทย์แผนไทย 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการทำกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์เจ้าของไข้ โดยกำหนดเวลา ถ้า Admit ภายใน 15.30 น. Consult ได้ทันที - มีการกำหนดเวลาและความถี่ในการเยี่ยมบ้าน
3.4 การให้ความรู้ ผักทักษะ	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการให้ความรู้จากพยาบาลที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญที่ต่างกัน - แผ่นพับ (บางราย) 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับความรู้ครบถ้วนตามหัวข้อที่กำหนด - มีแบบประเมินความรู้ ทักษะผู้ดูแลทุกราย - แจกแผ่นพับทุกราย - สื่อวีดิทัศน์โรคหลอดเลือดสมอง
3.5 การวางแผนจำหน่าย	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการเตรียมความพร้อมในวันจำหน่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการเตรียมความพร้อม/การวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม มีการกำหนดผู้ดูแลตามระยะเวลาที่กำหนดใน Care map
4. การดูแลต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจะได้รับการส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้าน - ไม่มีการติดตามหลังจำหน่ายจากพยาบาลในหอผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านทุกราย วางแผนดูแลต่อเชิงรุก ตามพื้นที่ที่พบความชุกของผู้ป่วย - Stroke Nurse เยี่ยมผู้ป่วยที่แผนก OPD วันที่มาตรวจตามนัด - ประเมินความเครียด และภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ - มีการวางแผนเยี่ยมติดตาม จนครบ 6 เดือน

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ

3.1 ด้านผู้ป่วย

3.1.1 ความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในแต่ละช่วงเวลาโดยใช้สถิติที่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในวันแรกเริ่มไม่แตกต่างกัน ($t = .62, p = .54$)

ส่วนวันก่อนจำหน่ายพบว่ากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.61, p = .02$) และวันหลังจำหน่าย 28 วันพบว่ากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.68, p = .001$)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยรวมได้เป็นส่วนใหญ่ ภายหลังจากจำหน่าย 28 วัน ($X = 74.61, SD = 28.83$) มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p = .001$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงภายหลังการจำหน่าย 28 วัน ($X = 5.12, SD = 6.23$) มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ADL ความรุนแรงของอาการแรกรับ และหลังจำหน่าย 28 วัน ($n = 63$)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย	Mean		S.D.		t	p-value
	แรกรับ	หลังจำหน่าย 30 วัน	แรกรับ	หลังจำหน่าย 30 วัน		
ADL	55.39	74.61	22.82	28.83	6.68	.001*
ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย	6.34	5.12	6.58	6.23	3.78	.001*

3.1.2 จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ

เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในด้านการติดเชื้อปอดอักเสบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

การเกิดแผลกดทับและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

หลังพัฒนา ไม่พบอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบและแผลกดทับ แต่พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 3.17 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ
(n = 63)

ภาวะแทรกซ้อน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Fisher's exact test p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การติดเชื้อปอดอักเสบ					
เกิด	4	6.35	0	0	.51
ไม่เกิด	59	93.65	63	100	
การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ					
เกิด	7	10.94	2	3.17	.49
ไม่เกิด	56	89.06	61	96.83	
การเกิดแผลกดทับ					
เกิด	3	4.76	0	0	1.00
ไม่เกิด	60	95.24	63	100	
การกลับมารักษาซ้ำในรพ. ภายใน 28 วัน					
เกิด	14	22.22	2	3.17	.43
ไม่เกิด	49	77.78	61	96.83	

3.1.3 ค่าเฉลี่ยวันนอนค่ารักษาพยาบาล ทางสถิติ ($p = .02$) ส่วนค่ารักษาพยาบาล พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

กลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอนน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

ตัวแปร	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=63)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=63)		Mann-Whitney U	p-value
	mean	S.D.	Mean	S.D.		
ระยะเวลาวันนอน (วัน)	7.14	6.43	4.26	3.67	343	.02
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)	10,780	9,882.34	9,803	8,988.46	524	.43

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล
3.2.1 แกร็บ มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 11.23 (S.D. = 2.96) หลังจำหน่าย 30 วัน มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 17.48 (S.D. = 2.03)

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Independent t-test พบว่า หลังจำหน่าย 30 วัน มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าแกร็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.96, p = .001$)

3.2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ ($X = 34.23$, $SD = 2.061$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลแรกรับ หลังจำหน่าย 28 วัน ($n = 63$)

ความรู้ของผู้ดูแล	Mean	S.D.	t	p-value
แรกรับ	9.15	4.24	5.43	<.001
หลังจำหน่าย 28 วัน	12.24	2.38		

3.2.3 ด้านผู้ให้บริการ ($n = 36$) การปฏิบัติตามแนวทางทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด สามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ ร้อยละ 100 ส่วนนักโภชนาการปฏิบัติตามแผนการดูแลได้น้อยที่สุด ร้อยละ 32

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพบว่าโดยรวม ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก พบการกำหนดบทบาท และกิจกรรม รวมถึงการสื่อสารที่ชัดเจน เป็นไปใน แนวทางเดียวกัน เกิดความสะดวกแก่การนำไปใช้

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขา ($n = 36$)

หัวข้อการประเมิน	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประโยชน์ในการปฏิบัติงาน	3.00	.00	มาก
2. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	2.93	.26	มาก
3. เนื้อหาที่กำหนดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความครอบคลุมในการปฏิบัติ	2.75	.45	มาก
4. สามารถปฏิบัติได้ครบทุกขั้นตอน	2.75	.45	มาก
5. รูปแบบมีความชัดเจนเป็นที่เข้าใจได้ตรงกันในการนำไปปฏิบัติ	3.00	.26	มาก
6. การปฏิบัติตามรูปแบบทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.85	.18	มาก
7. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.94	.25	มาก

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลวาปีปทุม ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 3) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) แนวปฏิบัติการดูแลและรักษาในโรงพยาบาล 5) แนวทางการรับและส่งต่อ 6) ระบบการให้คำปรึกษาแม่ข่าย-ลูกข่าย 7) การลงข้อมูลการวินิจฉัยโรค และ 8) การทบทวนเวชระเบียนโดยแพทย์ผู้ชำนาญการ ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของบุคลากร มีการนำแนวทางการแก้ปัญหา มาปฏิบัติ ประเมินการปฏิบัติและมีการปรับปรุงโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการทำงาน แนวทางการแก้ปัญหาสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล ทำให้ผลลัพธ์การดูแลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแผนการดูแลร่วมกันของอภันตรี กองทอง⁽¹¹⁾ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ประกอบด้วย การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ดีขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของบุญญรัตน์ เฟิกเดช⁽¹²⁾ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ฝั่งปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมพยาบาลที่มีความรู้และทักษะรวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษา และแผนการดูแลที่ร่วมกันปรับปรุงขึ้น

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

2.1 คะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังการใช้รูปแบบฯ จากการ

วิเคราะห์ข้อมูล ที่พบว่าวันก่อนจำหน่ายและวันหลังจำหน่าย 28 วัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง แผนการดูแล การประสานให้เกิดการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทำกายภาพบำบัด รวมทั้งการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติด้วยการสอนเป็นรายบุคคล การให้ความรู้โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ และการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถจดจำได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงกระทั่งวันจำหน่าย ช่วยให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง อีกทั้งมีการนิเทศติดตามของพยาบาลผู้จัดการ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลตามที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี เกสรสันต์ และคณะ⁽¹³⁾ ในการศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ IDEAL patient care model ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ยมากกว่าวันแรกรับเข้ารับรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.2 ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่าการติดเชื้อปอดอักเสบ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.35 และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.94 ในกลุ่มก่อนการพัฒนา รูปแบบ ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบไม่พบการติดเชื้อปอดอักเสบ แต่พบติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.17 ด้านการเกิดแผลกดทับพบว่าทั้งสอง

กลุ่มไม่มีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดกิจกรรม ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนในแต่ละวัน สอดคล้องกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ดูแล รวมถึงพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ ติดตามกำกับ ประสานการดูแลให้เป็นไปตาม แผนการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะรายซึ่งช่วยป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ด้านการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน กลุ่มก่อน พัฒนารูปแบบไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาลภายใน 28 วัน ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.17 ซึ่งมีภาวะของการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ ทำให้กลับมารักษาซ้ำ

2.3 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบมี ค่าเฉลี่ยวันนอน 7.14 วัน (S.D. = 6.43) กลุ่มหลัง พัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอน 4.26 (S.D. = 3.67) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Mann-Whitney U พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = .02$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ารูปแบบ การดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดกิจกรรมของ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนในแต่ละวัน รวมถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ติดตามกำกับ ประสานการดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่ เหมาะสมเฉพาะราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยและกลับบ้านได้เร็วขึ้น ส่วนค่ารักษาพยาบาลกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล 10,780 บาท (S.D. = 9,882.34) ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมี ค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล 9,803 บาท (S.D. = 8,988.46) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Mann-Whitney U พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ค่ารักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

3. ผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่า คะแนนความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนการ พัฒนามีค่าเฉลี่ย แรกรับ มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดสมอง 11.23 (S.D. = 2.96) กลุ่มหลัง พัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความรู้ เรื่องโรค หลอดเลือดสมอง 17.48 (S.D. = 2.03) เมื่อ ทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าแรกรับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.96, p = .001$) ทั้งนี้เนื่องมาจากในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและ ญาติจะได้รับความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น

4. ด้านผู้ให้บริการการประเมิน ผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวชิรพยาบาลของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า เป็นวิชาชีพพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 54.64 รองลงมา ได้แก่ นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรม บำบัด และนักโภชนาการ ร้อยละ 12.1

4.1 การปฏิบัติตามแผนการดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดสามารถ ปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ ร้อยละ 100 ส่วนนักโภชนาการปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ น้อยที่สุด ร้อยละ 32

4.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบ การดูแล พบว่า โดยรวมระดับความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมาก พบการกำหนดบทบาท และกิจกรรม รวมถึงการสื่อสารที่ชัดเจนเป็นไปในแนวทาง เดียวกัน เกิดความสะดวกรวดเร็วกว่าที่คิด อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการให้ความรู้โดยพยาบาลจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการแก่ผู้ป่วยทุกราย และในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับเบาหวานที่ควบคุม ไม่ได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อโรคที่เป็น จะได้รับการ เสริมความรู้จากโภชนาการทุกรายเช่นเดียวกับ

การศึกษาของอูโร ดวงแก้ว และอภิญา จำปามูล⁽¹⁴⁾ พบว่า ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการจัดการรายกรณีโดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปและนำเสนอผลการวิจัยไปใช้

1. การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมไปใช้ ควรมีการดำเนินงาน 3 ระยะ Pre – hos, In hos และ Post hos ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จนครบ 6 เดือนหลังจำหน่าย การดำเนินการตามแผนควรมีการยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยเสริมสร้างพลังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับการประเมินความสามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต

2. ด้านการบริหารและจัดการระบบบริการ ควรใช้การจัดการรายกรณีในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังไม่ติดต่ออื่นๆ ที่ควบคุมอาการไม่ได้ เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

3. ควรมีการติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ทราบ ถึงปัญหาอุปสรรค การปฏิบัติเป็นระยะๆ และปรับปรุงให้เหมาะสม โดยใช้วงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (Stroke/ Cerebrovascular Disease [CVD]/ Cerebrovascular Accident [CVA]) [Internet]. [cited 2023 Mar 29]. Available from: <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/global-declaration-on-stroke-commitments-for-facing-stroke-new-delhi-india-september-8th-2023>

2. Murray, C. J., & Lopez, A. D. Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Diseases Study. *Lancet* 1997, 349: 1498-1504.
3. Bureau of Noncommunicable Diseases Department of Disease Control. (2021). Assessment of the risk of cardiovascular disease in patients with diabetes and high blood pressure.
4. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, พุทธิญา โอซารส, บุษกร โลหารขุน, อุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล, วิไลคุณันต์นริศัยกุล และ สุประวีณ์ โสภาเฉลิมพันธ์. ต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารกรมการแพทย์* 2562; 44: 167-173.
5. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). *อีโมชั่นอาร์ต จำกัด* 2562; 102-110.
6. งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวาปีปทุม. ระบบ Hos Xp. *งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลวาปีปทุม*; 2562.
7. Powell, SK & Tahan, HA. Case management: A practical guide for education and practice (3rded.). Philadelphia : F.A Davis company 2010; 38-42.
8. Kemmis, S., and R. McTaggart. *The Action Research Planner*. Geelong: Deakin University Press 1998; 51-53.

9. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
10. Best, J.W. Research in education. (3rded.) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall 1977.
11. อภันตรี กองทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข 2565; 1-17.
12. บุญญรัตน์ เพิกเดช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 2563; 11, 34(3): 7-21.
13. ปราณี เกสรสันต์, ณาตยา ขนนทอง, ชนิษฐา พันธุ์สุวรรณ, และวราพร พลายชุมพล. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ IDEAL Patient Care Model ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(2), 111-121.
14. อุไร ดวงแก้ว และอภิญา จำปามูล. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะเวลาวันนอนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(3): 42-50.