

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ในระยะกึ่งวิกฤตต่อความก้าวหน้าในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

พริลาลักษณ์ ลากหลาย พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)

สุภาภรณ์ น้ำใจดี พย.บ.

มารศรี ปิ่นสุวรรณ พย.บ.

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วันรับ:	11 ม.ค. 2561
วันแก้ไข:	17 ก.ย. 2561
วันตอบรับ:	26 ก.ย. 2561

บทคัดย่อ การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตต่อความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี Neuroplasticity และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขององค์การอนามัยโลก ภายใต้กระบวนการพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และมีการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเมินผลรูปแบบการดูแล จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกก่อน และในระยะ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังได้รับรูปแบบการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ โดยประเมินความก้าวหน้าในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความก้าวหน้าในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการพยาบาลปกติ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตไม่แตกต่างกันในระยะติดตามผล 1 เดือน แต่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก, การดูแลในระยะกึ่งวิกฤต, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, ความพึงพอใจ

## บทนำ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นปัญหาอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ และต้องได้รับการฟื้นฟูจากเจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล<sup>(1,2)</sup> ซึ่งความ

พิการดังกล่าวเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) ในปี 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียอันดับ 3 ในผู้ชายรองจากการบริโภคเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ และอุบัติเหตุจราจร<sup>(3)</sup> ซึ่งมีความสอดคล้องกับสถิติภาพรวมของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล คือการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟู ลดความพิการซ้ำซ้อนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างรวดเร็ว

จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวนเตียงไม่เพียงพอเกิดความแออัด เมื่อผู้ป่วยพ้นหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันแล้ว ผู้ป่วยบางรายจึงถูกส่งกลับโรงพยาบาลชุมชนในสภาพกึ่งเฉียบพลันหรือจำหน่ายกลับบ้านทั้งที่สภาพร่างกาย และจิตใจไม่พร้อม ทำให้ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดโอกาสฟื้นฟูสภาพให้กลับมาใกล้เคียงเหมือนเดิม<sup>(4)</sup> ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการประเมินจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จากข้อจำกัดเรื่องทรัพยากร ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการดูแลไม่เป็นไปตามความคาดหวังของทีมดูแล และครอบครัว โดยพบว่าสถิติของโรงพยาบาล มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาด้วยปอดติดเชื้อจากการสำลัก แผลกดทับ การติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ เพิ่มขึ้นกว่าไตรมาสแรกที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 3.9

เพื่อความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพของผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองแตก คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งเฉียบพลัน 48 ชั่วโมงแรก วัตถุประสงค์ของการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลัน คือ “จัดหาบริการองค์รวมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ จากความเจ็บป่วย ป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น และอยู่อย่างพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด<sup>(5)</sup> โดยรูปแบบการดูแลนี้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Neuroplasticity<sup>(6)</sup> และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันขององค์การอนามัยโลก<sup>(7,8)</sup> ภายใต้กระบวนการพยาบาล คือประเมินปัญหาหรือความบกพร่อง กำหนด

เป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล ประสานงานส่งต่อปัญหากับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และจำหน่ายกลับบ้านโดยหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างเข้มแข็ง เกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตต่อความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Neuroplasticity<sup>(6)</sup> ความสามารถของสมองที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดชีวิต โดยการปฏิรูปร่างตัวเองด้วยการสร้างส่วนเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (neurons) เมื่อผู้ป่วยมีพยาธิที่สมองส่วนใดส่วนหนึ่งสมองส่วนที่ดีจะทำหน้าที่เชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (connections) ให้เซลล์ประสาทสามารถทำหน้าที่ได้ใหม่ (reconnect) การที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างรวดเร็วมีความจำเป็นต่อเซลล์ประสาทที่จะได้รับการกระตุ้น และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันขององค์การอนามัยโลก<sup>(7,8)</sup> เป็นกรอบแนวคิดในการจัดทำรูปแบบการดูแลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่ในระยะกึ่งเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก มีคะแนนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้นอาศัยพื้นฐานของกระบวนการพยาบาล (nursing process)<sup>(9)</sup> เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลฯ ประกอบด้วย การประเมินปัญหาหรือความบกพร่องของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมพยาบาลสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ฟื้นฟูสภาพร่างกาย/จิตใจผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล ประเมินผลการ

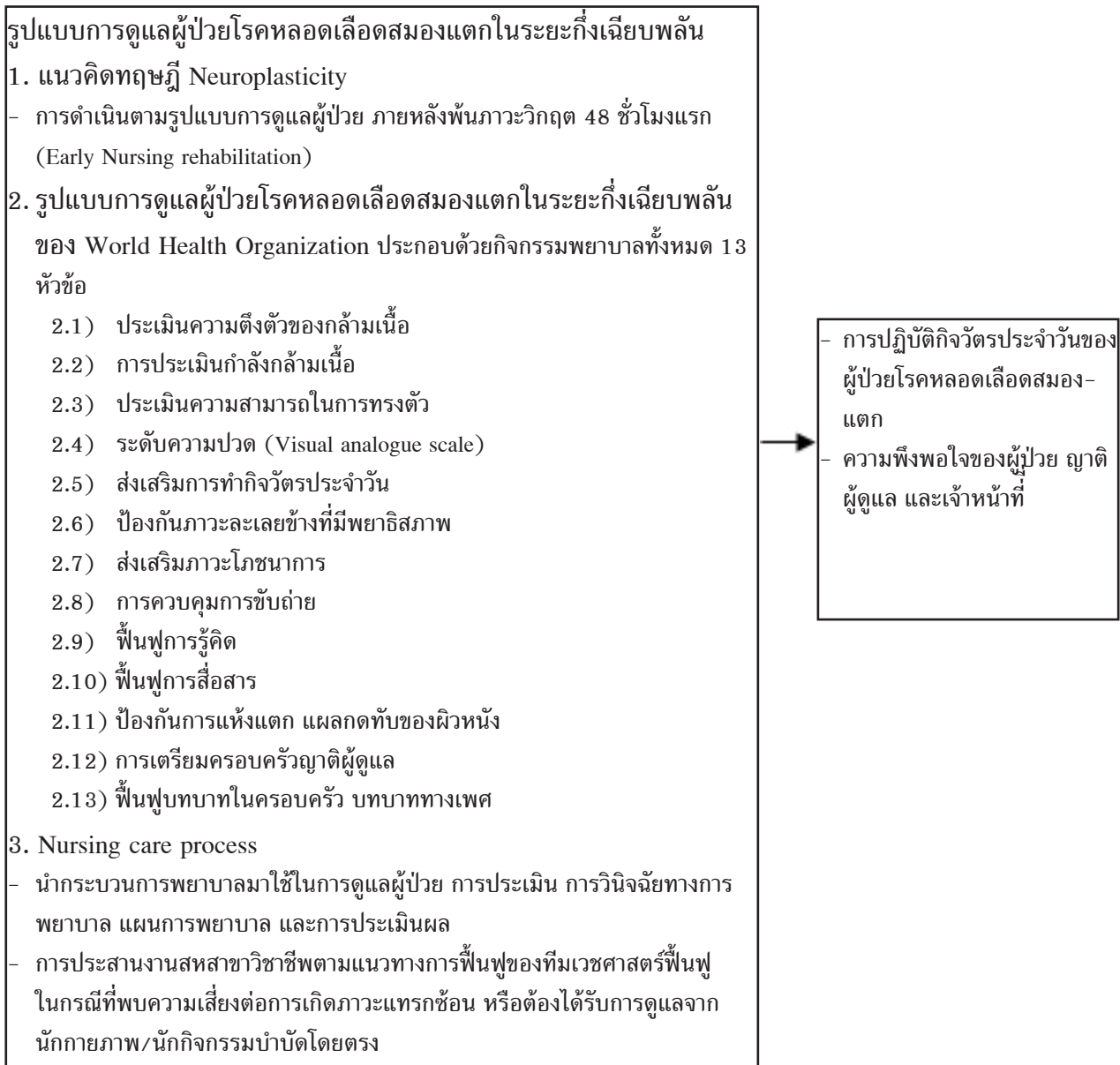
พยาบาล ประสานงานส่งต่อปัญหาให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ดังแสดงในภาพที่ 1

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) รูปแบบเป็น non-randomized control group pretest-posttest design โดยเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนมกราคมถึง เมษายน พ.ศ. 2560 จำนวน 60 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกครั้งแรก มีคะแนน Glasgow coma score (GCS) มากกว่าหรือเท่ากับ 13

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



คะแนนคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงในระยะ 48 ชั่วโมงภายหลังเข้าการรักษาครั้งแรก ไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด แพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มฟื้นฟู และกายภาพได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยการลงนามหนังสือยินยอมหรือลงนามแทนโดยผู้มีอำนาจกระทำแทน

กลุ่มตัวอย่างญาติ หมายถึง ญาติผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องหรือบุตร ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงระยะพักฟื้นที่บ้าน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนึงถึงความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงใช้หลักการวิเคราะห์กำลังของการทดสอบ Power Analysis<sup>(10)</sup> เพื่อการวิเคราะห์การแปรปรวนของค่าเฉลี่ย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) ที่ 0.80 และค่า effect size เท่ากับ .5 และทำการเปิดตาราง Power Tables สำเร็จรูป<sup>(11)</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อยกลุ่มละ 30 คู่ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งเฉียบพลัน พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี Neuroplasticity<sup>(6)</sup> และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันขององค์การอนามัยโลก<sup>(7,8)</sup> ประกอบด้วยกิจกรรมพยาบาลทั้งหมด 13 หัวข้อหลัก ประกอบด้วย (1) ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (2) การประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (3) ประเมินความสามารถในการทรงตัว (4) ระดับความปวด (Visual analogue scale) (5) ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน (6) ป้องกันภาวะละลายแข็งที่มีพยาธิสภาพ (7) ส่งเสริมภาวะโภชนาการ (8) การควบคุมการขับถ่าย (9) ฟื้นฟูการรับรู้คิด (10) ฟื้นฟูการสื่อสาร (11) ป้องกันการแห้งแตก แผลกดทับของผิวหนัง (12) การเตรียมครอบครัวญาติผู้ดูแล และ (13) ฟื้นฟูบทบาทในครอบครัว บทบาททางเพศ ในระยะกึ่งวิกฤต 48 ชั่วโมงคุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ศัลยกรรมระบบประสาท 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน นำข้อคิดเห็นมาคำนวณได้ค่า CVI=0.83 ปรับแก้รายละเอียดตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว มีจำนวนหัวข้อหลักเท่าเดิม แต่เพิ่มรายละเอียดของเนื้อหาให้มีความชัดเจนมากขึ้น ก่อนนำเครื่องมือไปหาความเที่ยงของเนื้อหา (reliability) โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ 0.89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล (2) เวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลจำนวนวันนอนเฉลี่ย ภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก แผลกดทับ เป็นต้น (3) แบบประเมินดัชนี Barthel (Barthel index of Activities of Daily Living) เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ซึ่งประเมินกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน สุขาวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การอาบน้ำ เช็ดตัว การเดิน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ แต่ละกิจกรรมมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น ๆ มีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนนและต่ำสุด 0 คะแนน<sup>(12)</sup> (4) แบบประเมินความพึงใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ เป็นแบบวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลและบริการที่ได้รับในรูปแบบปกติของโรงพยาบาล โดยใช้รูปแบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ satisfaction questionnaire (CQS-8) ที่สร้างขึ้นโดยลาเซน<sup>(13)</sup> และ

แปลเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกนธ์ และธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์<sup>(14)</sup> ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8 - 32 คะแนน<sup>(14)</sup> คะแนนรวมมากแสดงว่า ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลมาก ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยฯ ได้ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 และในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.80

### การเก็บข้อมูล

จัดตั้งทีมโดยมีการร่วมมือกันระหว่างหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และศัลยแพทย์ ประสาทและสมอง มีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดกิจกรรมและแผนงาน

1. พัฒนาบุคลากรด้านการพยาบาลโดยส่งพยาบาลวิชาชีพ (ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเพียง 2 ท่าน) ไปอบรมเฉพาะทาง เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีนักกายภาพบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเข้ามีส่วนร่วม แนะนำความรู้เพิ่มเติมในการดูแลตามรูปแบบการดูแล ที่พัฒนาขึ้น

2. ผู้วิจัยทำหน้าที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และลงนามไปยินยอม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ และเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลฯ ส่วนคณะผู้วิจัยอีก 2 ท่าน ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย เสร็จสิ้นแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม คณะผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบราเทิล โดยวิธีการสังเกต ทดสอบ และสัมภาษณ์ ผู้ป่วยก่อนได้รับการ

พยาบาลปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำการ ที่ไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน นัดเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ในช่วง 2 สัปดาห์ และ 1 เดือนตามลำดับ ในครั้งที่ 3 ของการเก็บข้อมูลมีการเก็บข้อมูลเพิ่มในเรื่องความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองแล้ว กลุ่มควบคุมทั้ง 30 รายจะได้รับรูปแบบการดูแลฯ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลฯ เท่านั้น โดยจะได้รับการพยาบาลปกติของโรงพยาบาลควบคู่ไปด้วย โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนี Barthel โดยวิธีการสังเกต ทดสอบ และสัมภาษณ์ ก่อนได้รับรูปแบบการดูแลฯ ใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 2 เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว โดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เรื่องความสำคัญในการรับฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และวิธีการต่างๆ ในการฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งหมด 13 หัวข้อหลัก พร้อมประกอบสื่อการสอนพาวเวอร์พอยท์ มีการซักถามข้อสงสัย และทวนสอบความรู้ที่ได้รับ ใช้เวลา 40-50 นาที

ครั้งที่ 3 สาธิตการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการดูแลฯ 13 หัวข้อหลัก และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 40-50 นาที มีการกระตุ้นโดยการกล่าวคำชื่นชมจากครอบครัว และผู้วิจัย

เมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการดูแลฯ 13 หัวข้อหลัก 2 สัปดาห์ คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 และติดต่อนัดหมาย เพื่อเก็บข้อมูลอีกครั้งในระยะ 1 เดือนที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยติดตาม สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล รวมทั้งให้ผู้ป่วย และญาติกรอกคะแนนความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและใส่ซองปิดผนึกส่งกับผู้ช่วยวิจัย และติดตามข้อมูลการเข้ารับการ

รักษาซ้ำจากเวชระเบียน

3. คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลฯของเจ้าหน้าที่ และทีมสหสาขาวิชาชีพในระยะสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน โดยการกรอกคะแนนความพึงพอใจลงในแบบประเมินโดยไม่ต้องระบุชื่อผู้ทำแบบประเมิน ใส่ซองปิดผนึก และส่งกลับที่ผู้ช่วยวิจัย

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 2559/489 ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยการปฏิเสธนั้นไม่มีผลใดๆต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ การเข้าร่วมการวิจัยต้องได้รับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา

#### ผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการทดสอบความแตกต่างของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ อายุ ระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score จำนวนวันนอนระยะเวลานอนเฉลี่ย และคะแนนดัชนี Barthel ก่อนการทดลอง ด้วยการใช้สถิติ independent t-test พบว่า ตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

การศึกษาครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า วันนอนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.72 SD=1.04 กลุ่มทดลองเท่ากับ 4.23 SD=1.98 ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับปรึกษาดูแลร่วมจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 21 ราย ส่วนกลุ่มทดลองได้รับเพียง 12 ราย นอกจากนี้ยังได้เก็บอัตราการเกิดปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มควบคุม 13 ราย กลุ่มทดลอง 6 ราย กลุ่มควบคุมเกิดแผลกดทับ 5 ราย แต่ไม่พบแผลกดทับในกลุ่มทดลอง การติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะกลุ่มควบคุม 11 ราย กลุ่มทดลอง 5 ราย การกลับเข้ารับรักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม 9 ราย กลุ่มทดลอง 3 ราย การเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัว GCS 13 – 15 คะแนน กลุ่มควบคุม 5 ราย แต่กลับไม่พบการเสียชีวิตในกลุ่มทดลอง แต่เนื่องจากข้อมูลมีระดับการวัดเป็นข้อมูลนามบัญญัติ จึงเลือกทดสอบไคสแควร์ พบว่า ได้ค่าสถิติไคสแควร์ Pearson Chi-square เท่ากับ 1.52, 5.23, 1.71, 0.99, 3.42 ค่า  $p=0.02$  .00 .01 .04 และ 0.01 ตามลำดับ ( $p>0.05$ ) สรุปผลได้ว่า ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลปกติมีความแตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (n=30) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤต (n=30)

ลักษณะผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
อายุ (ปี)	55.8	12.3	61.2	13.1	1.5	0.67
ระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma score	14	1.2	13.7	1.4	1.2	0.72
ระยะเวลานอนเฉลี่ย	5.1	1.6	4.6	1.7	0.3	0.57
คะแนนดัชนีบาร์เทลก่อนการทดลอง	49.4	5.9	56.7	7.7	1.4	0.77

หมายเหตุ: \* $p<0.05$

ทางสถิติ ( $p>0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ จึงเลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำ (one way repeated-measures ANOVA) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกลุ่ม

ควบคุม และกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{1,58}=65.33$ ;  $p<0.001$ ) และช่วงเวลาที่วัดมีผลต่อคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{1,24,58}=11.06$ ;  $p<0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni สรุปผลได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคู่มีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p<0.01$  ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตจำแนกตามข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (n=60)

ตัวชี้วัด	ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก				$\chi^2$	p-value
	รูปแบบเดิม		รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤต			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ปรีกษาพร้อมจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	21	70.0	12	40.0	1.5	0.02*
2. ปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล	13	43.3	6	20.0	5.2	0.00*
3. การเกิดแผลกดทับ	5	16.6	0	0	1.7	0.01*
4. การกลับรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก	9	30.0	3	10.0	0.9	0.04*
5. การเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มี GCS 13-15 คะแนน	5	16.6	0	0.0	3.4	0.01*

หมายเหตุ: \* $p<0.05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกระหว่างกลุ่มควบคุม (n=30) และกลุ่มทดลอง (n=30) หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	4053.6	1	4053.6	65.3	0.000*
ความคลาดเคลื่อน 1	3901.3	58	73.1		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	1443.5	1.2	701.1	12.7	0.000*
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน* ระยะเวลา	326.3	1.2	237.1	11.0	0.000*
ความคลาดเคลื่อน 2	877.4	58	12.2		

หมายเหตุ: \* $p<0.01$

ที่ 4 และภาพที่ 2

จากการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลทุกตัวแปร ด้วยสถิติ Shapiro – Wilk Test พบว่าข้อมูล

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤต เป็นตัวแปรเดียวที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงเลือกใช้สถิตินอนพาราเมตริก วิเคราะห์หาความแตกต่างของระดับความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ในระยะสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบไคสแควร์พบว่าได้ค่า

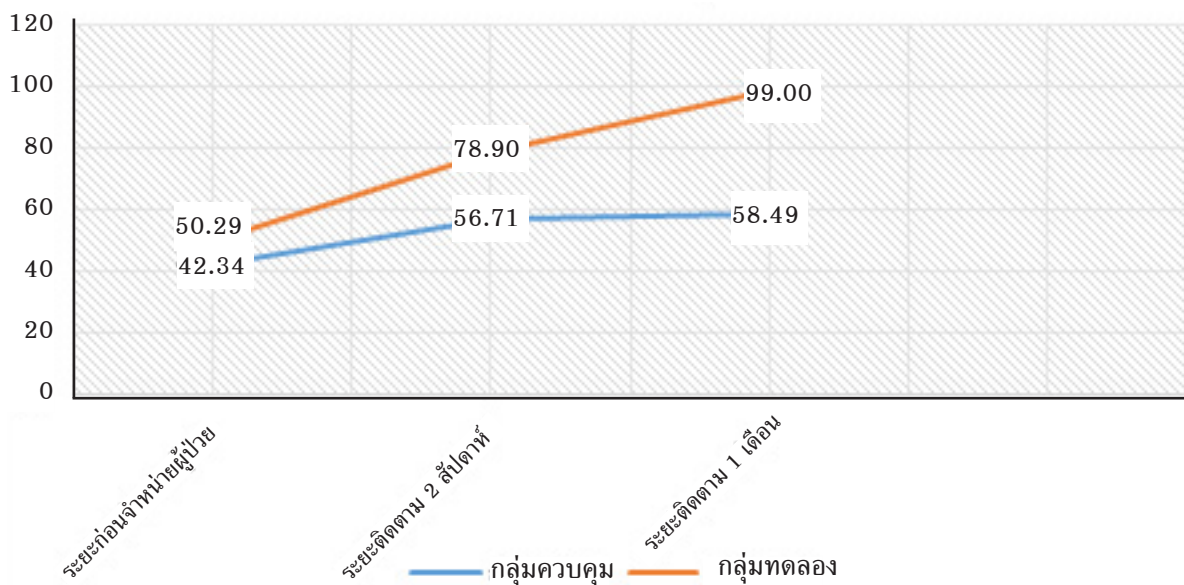
สถิติ Pearson Chi-square เท่ากับ 0.97, 0.27, 0.11 และค่า  $p=1.03, 0.03, 0.04$  ตามลำดับ ( $p>0.05$ ) สรุปผลได้ว่า ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ( $n=30$ ) ในระยะก่อนจำหน่าย ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และระยะติดตาม 1 เดือน

Time 1	Time 2	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (1-2)	S.E.	p-value
ก่อนจำหน่าย	ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	-2.8	0.30	0.000*
	ระยะติดตาม 1 เดือน	-2.8	0.29	0.000*
ระยะติดตาม 2 สัปดาห์	ระยะติดตาม 1 เดือน	-2.8	0.24	0.000*

หมายเหตุ: \* $p<0.01$

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นรายคู่ของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกกลุ่มทดลอง





ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระลอกที่วิกฤตระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ				$\chi^2$	p-value
	การพยาบาลรูปแบบเดิม		การพยาบาลรูปแบบใหม่			
	ปานกลาง	มาก	ปานกลาง	มาก		
เจ้าหน้าที่ (ราย)	15	18	20	13	0.97	1.03
ผู้ป่วย (ราย)	23	7	5	25	0.27	0.03*
ญาติผู้ดูแล (ราย)	26	4	3	27	0.11	0.04*

หมายเหตุ: \*p>0.05

### วิจารณ์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระลอกที่วิกฤต ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีผลต่อการฟื้นหายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก และการกลับมาที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการพยาบาลปกติ จากทีมสหสาขา จากทฤษฎี Neuroplasticity<sup>(6)</sup> ตามแนวคิดทางพยาธิสรีรวิทยาของ mesenchymal stem cells (MSCs) ที่ว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดพยาธิสภาพที่สมอง MSCs จะมีการตอบสนองต่อระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นต่อสิ่งเร้าในที่นี้ หมายถึง การเร่งฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง MSCs มีความเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของสมอง เป็นตัวส่งกระแสประสาทภายหลังจากที่เกิดพยาธิสภาพไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยจากการศึกษาหลายการศึกษาได้ให้การสนับสนุนว่าการเร่งฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 12 สัปดาห์หลังเกิดโรคสามารถทำให้ผู้ป่วยฟื้นหาย กลับมาที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงก่อนการเกิดโรค<sup>(1,5,8)</sup> ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในช่วงเวลาในการเริ่มฟื้นฟูผู้ป่วยซึ่งจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกนี้ได้เริ่มให้การพยาบาลผู้ป่วยในระลอกที่วิกฤต คือ ช่วงภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก 48 ชั่วโมงโดยที่

ผู้ป่วยต้องมีระดับความรู้สึกตัว (GCS) คงที่ไม่เปลี่ยนแปลงและมีแนวโน้มที่ดีขึ้น จากการที่ผู้ป่วยได้มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลรูปแบบเดิม จากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น มีทั้งความรู้ที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถนำมาปรับใช้ตามความต้องการ และปัญหาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทั้งนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการฝึกทักษะการปฏิบัติ วิธีการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง เห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น เกิดความมั่นใจในการดูแลทั้งในระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลตลอดจนเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน<sup>(4)</sup> นอกจากนี้การให้ความรู้ และพัฒนาทักษะของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในลักษณะรายบุคคลตามปัญหาที่พบจากการประเมินร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลกับ ผู้วิจัย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ต้องการข้อมูลในการดูแลรักษาพยาบาลที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ ความรู้ ความมั่นใจในตนเอง จะสามารถทำให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การบวมร่ง การทำกิจวัตรประจำวัน การบวมร่งด้านความรู้คิด การบวมร่งด้านการสื่อสาร และการกลืนอาหาร การติดเชืกระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น<sup>(4,15,16)</sup> เมื่อพิจารณาคะแนน

ความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน อาจมาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะต้องมีทักษะที่ซับซ้อน ความยากลำบากในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามรูปแบบอย่างรวดเร็ว และภาระงานประจำกับจำนวนผู้ป่วยที่มีอย่างไม่จำกัด การให้พยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงทำให้พยาบาลประจำยังมีคะแนนความพึงพอใจในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้ว่าคะแนนความพึงพอใจไม่ใช่ดัชนีที่ใช้วัด และประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วย แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ละเลยไม่ได้ ต้องมีการประเมินต่อเนื่องสม่ำเสมอ

#### ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการสรุปผลอ้างอิง เนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการอ้างอิงไปถึงผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่รับบริการในสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ

#### ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะกึ่งวิกฤตเป็นรูปแบบใหม่ มีกิจกรรมค่อนข้างมาก ควรปรับกิจกรรมให้เหมาะสม กระชับ เพื่อให้พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจมากขึ้นในการนำรูปแบบไปปรับใช้เข้ากับงานประจำต่อไป อีกทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกดียิ่งขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Facts and figures about stroke [Internet]. 2012 [cited 2013 Jul 7]. Available from: <https://www.world-stroke.org/component/content/article/16-forpatients/84-facts-and-figures-about-stroke>

- Marianne B. Cerebrovascular accident (stroke) [Internet]. 2017 [cited 2013 Jul 7]. Available from: <http://nurseslabs.com/cerebrovascular-accident-stroke>
- The Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Major disease attributable to disability-adjusted life years (DALYs) of Thai people by sex [Internet]. 2014 [cited 2017 January 21]. Available from: [http://www.bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/statistical](http://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistical)
- พิราลักษณ์ ลากหลาย, ศุภร วงศ์ทัตญญู, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. Rama Nurs J 2017;23:78-98.
- Department of Health. National service framework for older people. Modern standards and service models [Internet]. 2002 [cited 2017 Jan 17]. Available from: <http://www.doh.gov.uk/nsf/olderpeople.htm>
- American Association of Neurological Surgeons. Spasticity [Internet]. 1017 [cited 2017 Jan 6]. Available from: <http://www.aans.org/Patients/Neurosurgical-Conditions-and-Treatments/Spasticity>
- World Health Organization. World stroke campaign [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 21]. Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
- Stroke Association. Disclaimer and privacy policy to stroke rehab [Internet]. 2010-2017 [cited 2017 February 12]. Available from: <http://www.stroke-rehab.com/disclaimer-and-privacy-policy.html>
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: ธนาเพรส; 2552.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- Polit DF, Beck TB. Nursing research: generating and assign evidence for nursing practice. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 2008.

12. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา; 2559.
13. Larsen DL, Attkison, CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann* 1979;2:197-207
14. รณชัย คงสกนธ์, อีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. การตรวจสอบความเชื่อถือได้และความแม่นยำของแบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ (CSQ-8) ฉบับภาษาไทยกับการรักษาทางจิตเวช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2543; 45:155-63.
15. บุศรินทร์ รัตนสิทธิ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถและความเครียดจากการวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
16. กรรณก रिมนิล, ศุภร วงศ์วิญญู, สุปรีดา มั่นคง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถ แห่งตนของญาติผู้ดูแล. *วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร* 2559;22:293-309.

**Abstract: Effects of an Intermediate-Care Nursing Model on the Progressed of Barthel Activity of Daily Living Index in Hemorrhagic Stroke Patients**

**Piraluk Laplai, M.N.S. (Adult Nursing); Supaporn Numjidee, B.N.S.; Marasri Pinsuwan, B.N.S.**

*Pra Nakhon Sri Ayutthaya Hospital, Pra Nakhon Sri Ayutthaya Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;28:286-96.*

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of an intermediate-care nursing model on the progressed of barthel activity of daily living index in hemorrhage stroke patients and multi-disciplinary team, and family caregivers' satisfaction. The model was developed based on Neuroplasticity and Stroke Intermediate Care by World Health Organization theory under nursing process. Sixty stroke patients were recruited by purposive sampling, and divided into 2 groups: 30 in the experimental group and 30 in the control group. The experimental group received services based on the intermediate-care nursing model and the control group received regular nursing care services. The effects of the model were evaluated when the stroke patients completed the questionnaires before, two weeks, and one month after receiving the services based on the intermediate-care nursing model. Data were analyzed with descriptive statistics and repeated measures ANOVA. The results revealed that stroke patients in the experimental group had significantly higher Barthel score (activity of daily living index) than those in the control group, both at 2 weeks and 1 month after applying the model. However, there was no difference in multidisciplinary team satisfaction between the experimental and the control groups. In contrast, the level of satisfaction was significantly different among hemorrhagic stroke patients and family caregivers' between the experimental group and the control group.

**Keywords:** hemorrhagic stroke patients, intermediate-nursing care, barthel activity of daily living index, satisfaction