

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่

Developing Care System Network for Stroke Patients in Chiang Mai Province

นาฏยา	เอื้องไพโรจน์ *	Nataya	Uangpairoj *
ชนกพร	อุตตะมะ **	Chanokporn	Uttama **
จรรยา	กาวิเมือง **	Chanya	Kaweemuang **
ปริชาติ	ชันทรักษ์ **	Parichat	Khantarak **

บทคัดย่อ

ระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองต้องการการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้บริบทของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ โดยดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาโปรแกรม 3) นำไปใช้ 4) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 105 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมิถุนายน ถึงเดือน สิงหาคม 2563 จำนวน ผู้ป่วย 912 คน และกลุ่มศึกษา คือกลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2563 จำนวน 815 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสาร ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน paired t-test, Independent t- test และ exact probability ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมาตรฐานการดูแล ประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ระยะก่อนมาโรงพยาบาล (pre-hospital) เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2)ระยะการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (in hospital) การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการบริหารจัดการการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 3) ระยะการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (post hospital) การส่งต่อผู้ป่วยสู่การดูแลโดยชุมชน ทีมสหวิชาชีพ เข้าร่วมกับหน่วยงานในชุมชนติดตามเยี่ยม เพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล โดยมีองค์ประกอบหลัก คือ STROKE CARE และก่อให้เกิดผลลัพธ์ภาพรวมด้านการรักษาพยาบาล คือ อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน 60 นาที มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.25 เป็นร้อยละ 85.00 อัตราผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ตามมาตรฐานเวลา ภายใน 180 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ

* ผู้เขียนหลัก, หัวหน้าภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์

* Corresponding Author, Deputy Director of Nursing, Nakornping Hospital, nataya_ua@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

** Professional Nurse, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province

วันที่รับบทความ 18 มกราคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 23 กุมภาพันธ์ 2564 วันตอบรับบทความ 3 มีนาคม 2564

54.19 เป็น 59.92 อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบ ลดลงจากร้อยละ 6.90 เหลือร้อยละ 3.19 อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ลดลงจาก 7.01 เหลือ 4.75 อัตราการเกิดแผลกดทับลดลงจาก 1.20 เหลือ 0.98 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดลงจาก 7 วันเหลือ 5 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 25,230 บาท เหลือ 18,445 บาท อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงจากร้อยละ 8.55 เหลือ 4.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มจากร้อยละ 62.25 เป็น 72.10 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.62 เป็น 3.60 และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปได้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, เครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

A care system of Stroke required the rapid service access and the effective continuity care. This research and developmental study (R& D) aim to develop a system for stroke care network in Chiang Mai province. The process of this study was categorized in to four main stages which were (i) situation analysis (ii) program development (iii) implementation and (iv) evaluation. The sample of this study were recruited purposively which consisted 30 people from multidisciplinary team of stroke care in Chiang Mai province, 105 Registers Nurse and case manager from Nakhonping Hospital and the stroke patients who had been admitted at Nakhonping Hospital Chiang Mai province. The stroke patients were divided into two groups. The control group had 912 patients and data were collected from June to August 2020. The study group had 815 stroke patients who were cared for by using the complete stroke care program and data were collected from October to December 2020. Data were collected by using indept interview, focus group, and participatory observation and documentation study. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics, inferential statistics which were paired t-test, Independent t-test and exact probability, while the qualitative data were analyzed by using content analysis.

The results of the study revealed a standard care for stroke patients which composed of three stages which were (i) Pre hospital Stage which starts from screening the patients to admitted to the hospital (ii) In hospital Stage in which the patients had been cared for by the multidisciplinary team, nurse case manager who provided and managed the care through the period of hospitalization and training primary caregiver in caring for the patients (iii) Post hospital care this was to provide continuous care in the community by the community team together with the multidisciplinary team. The help was provided to the patients specifically according to their problems which comprise of the concept of STROKE CARE. This has resulted in effective care of the patients receiving rt-PA within 60 minutes increased from 81.25 % to 85 %. The patients received care with the standard

of 180-minute rise from 54.19 % to 59.92 %. Complication rate from pneumonia decreased from 6.90% to 3.19%, Urinary tract infection rate decreased from 7.01% to 4.75%, pressure ulcers rate decreased from 1.20% to 0.98%. Besides this, Length of stay (LOS) has lessened from 7 days to 5 days, average total expenditure in hospital were decreased from 25,230 THB to 18,445 THB, readmission within 28 days reduced from 8.55 % to 4.09 % statistically significant at .05. Additionally, the numbers of stroke patients who had ability to perform their activity of daily living has increased from 62.25% to 72.10%, their also had higher quality of life rating from 2.62 to 3.60. The patients and their caregivers were also reported to have higher satisfaction statistically significant at .05.

It could be concluded that the care system network for stroke patients that were developed could improve the patients care and the quality of life of the patients effectively

Keywords: *Care System for Stroke Patients, Stroke network*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง สถิติโลกระบุว่าปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป (World Stroke Organization [WSO], 2020) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยปีละประมาณ 300,000 คนต่อปี ทุก 10 วินาที มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตเพิ่ม 1 คน พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของอัตราการตายจาก 47.81 ต่อแสนประชากรในปี 2560 เป็น 52.97 ต่อแสนประชากรในปี 2562 และพบเสียชีวิตมากในอายุ 40-60 ปีตามลำดับ ตามลำดับ (Division of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control, 2020) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตร้อยละ 31 มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ร้อยละ 90 แม้เมื่อพ้นหายผู้ป่วยมักจะมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ (Veldeman et al., 2016) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างน้อย 100,000 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 12,619 บาทต่อเดือน (National

Trustworthy and Competent Authority in Epidemiological Surveillance and Investigation, 2013)

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเครือข่ายล้านนา 1 เป็นศูนย์ความเป็นเลิศในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเชื่อมโยงกับเครือข่าย มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2559 - 2562 จำนวน 898, 995, 1,153 และ 1,108 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.92, 10.55, 9.89 และ 11.01 ตามลำดับ ระยะวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 10.13, 9.92, 9.00 และ 9.65 วัน ตามลำดับ (เป้าหมายคือ 6 วัน) อัตราการกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.35, 8.15, 8.03 และ 7.41 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบ ร้อยละ 14.51, 10.90, 7.25 และ 10.76 ตามลำดับ อัตราของการเกิดทางเดินปัสสาวะอักเสบ ร้อยละ 6.35, 7.74, 6.64 และ 7.23 ตามลำดับ และอัตราการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 0.79, 1.32, 1.05 และ 1.27 ตามลำดับ (Policy and Planning Information Center Nakorping Hospital., 2019.) จากการวิเคราะห์ปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะพบว่า ระยะก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาได้ทันเวลา ตามมาตรฐาน ขาดความเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีรูปแบบเฉพาะสำหรับการคัดกรองผู้ป่วย ระบบการให้คำปรึกษาและระบบการส่งต่อฉุกเฉิน (Fast track) จากโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ พยาบาลขาดทักษะการพยาบาล ขาดการนำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์มาใช้ ทำให้การดูแลในระยะต่างๆ ของผู้ป่วยขาดความชัดเจน โดยเฉพาะในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูง อัตราการครองเตียงเป็นระยะเวลานาน อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันเพิ่มสูงขึ้น และการศึกษาของ (Wongsa, Soivong, & Chaiard, 2018) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัยพบว่าในช่วง 6 เดือนแรกมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เชื่อมโยงทั้งระบบแบบครบวงจรของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม เชื่อมโยงทั้งระบบเครือข่ายบริการอย่างไร้รอยต่อ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทุกระยะของความเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมความพึงพอใจ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิต ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

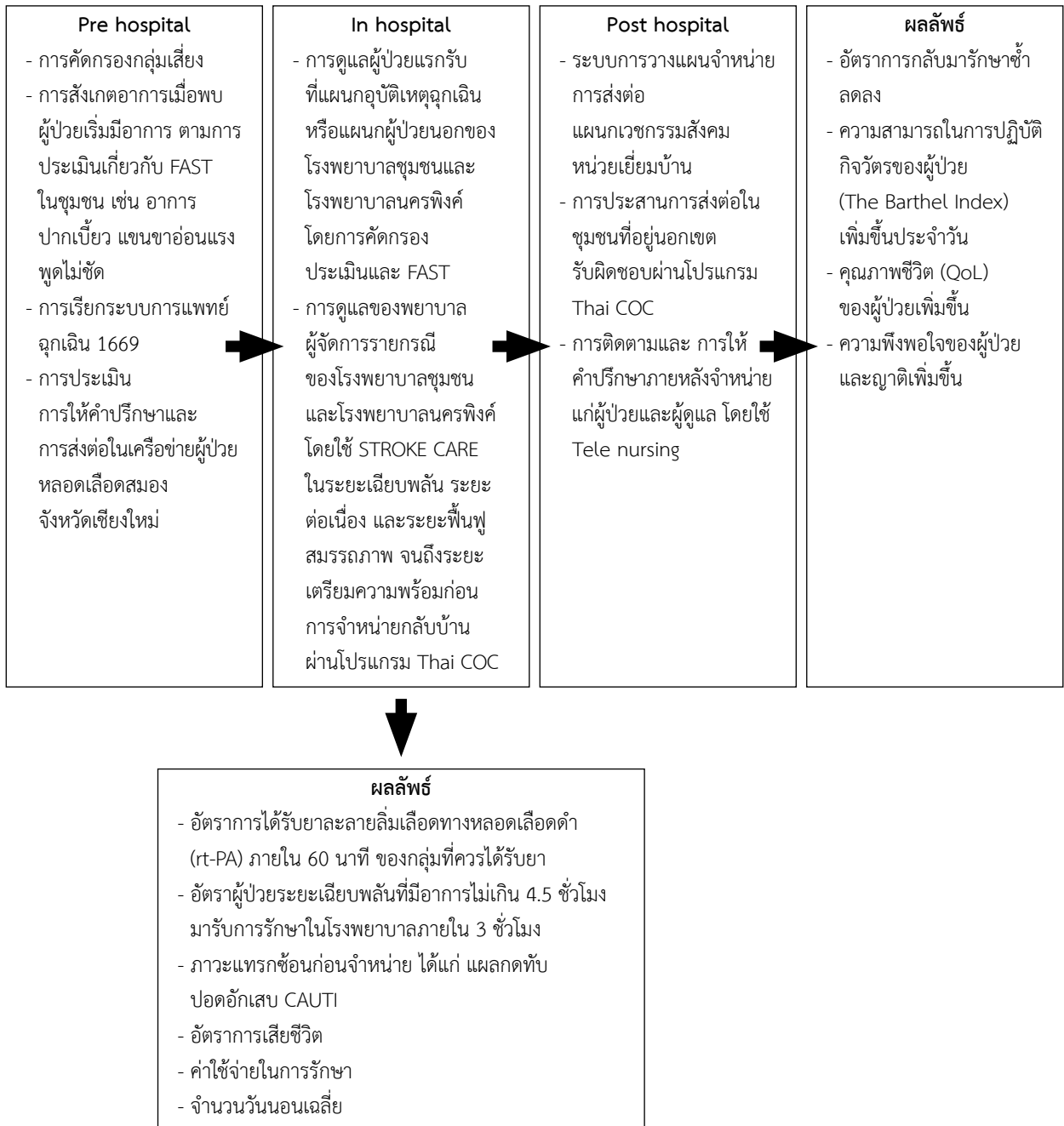
1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร โดยใช้บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ผลลัพธ์ด้านตัวผู้ป่วย 1) ผลลัพธ์รายบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 2) ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ อัตราการได้รับยาภายใน 60 นาที (door to needle time) อัตราผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 180 นาที (Onset to hospital time) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อัตราการกลับเข้ารับซ้ำ อัตราการเกิดปอดอักเสบ อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการเกิดทางเดินปัสสาวะอักเสบ ระยะวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

2.2 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤตและในระยะต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่แบบครบวงจร โดยใช้แนวคิดของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน การดูแลต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาเป็นกรอบเชิงเนื้อหา โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (pre-hospital) ระยะรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (in hospital) ระยะต่อเนื่องในชุมชน (post hospital) ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ที่มีการวิจัยดำเนินการวิจัยหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพิงค์ ตามเอกสารรับรองเลขที่

153/2563 โดยใช้แนวคิดการพัฒนาระบบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน การดูแลต่อเนื่อง และแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง โดยการขับเคลื่อนผ่านพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager)

ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 ถึง ธันวาคม 2563 ดังนี้ การดำเนินการพัฒนา การดำเนินการแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ โดยทำการ ศึกษาจาก 3 แหล่งข้อมูลดังนี้

1. ทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบเดิม กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 15 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป ของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกการกลับมารักษารักษาซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่กลับมารักษารักษาซ้ำ และอัตราการเสียชีวิต ข้อมูลรายงานเป็นจำนวน และร้อยละ

2. สทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน หอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชายและหญิง คลินิกโรค หลอดเลือดสมอง จำนวน 20 คน โดยคัดเลือก แบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นแนวคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สรุปประเด็น นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

3. สัมภาษณ์เชิงลึกที่มีโครงสร้างกับทีม สหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกแบบจำเพาะ เครื่องมือวิจัยเป็น แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยแนวคำถาม ปลายเปิดในประเด็น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเนื้อหา และสรุปในภาพรวม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ทีมวิจัยศึกษาแนวคิด การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ทฤษฎีการดูแลต่อเนื่อง ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และรูปแบบการ จัดการรายกรณีเพื่อระดมสมองหาแนวทางการ พัฒนาระบบจำนวน 5 ครั้ง นำระบบไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย และ

ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ระยะการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้ 1) ขั้นเตรียมสมรรถนะ ของบุคลากร โดยคัดสรรพยาบาลผู้จัดการรายกรณี พัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ปฏิบัติ โดยผู้วิจัยจัดทบทวน ความรู้และพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลนครพิงค์ ทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล ร่วมพัฒนาศักยภาพของทีมนสหวิชาชีพ 2) ขั้นการนำระบบไปใช้ โดยผ่านพยาบาลผู้จัดการราย กรณีเป็นตัวขับเคลื่อนของระบบ

ระยะที่ 4 ศึกษาผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น โดยการประเมินผลลัพธ์การนำระบบที่พัฒนาไปใช้ใน เครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

4.1 ระบบการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ มีระบบดังนี้ ระบบ การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (pre-hospital) ระยะรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (in hospital) ระยะต่อเนื่องในชุมชน (post hospital)

4.2. ประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยใช้ระยะเวลา เป็นตัวกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเปรียบเทียบ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2563 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 912 ราย และกลุ่มศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่เดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2563 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 815 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองแบบครบวงจร และแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเป็นเครื่องมือที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้บทบาท พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่าน และมืองค์ประกอบของ STROKE CARE รวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียน ตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยตามแบบ บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์โดยรวม ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ระยะวันนอนโรงพยาบาล การกลับเข้ารักษาซ้ำ การเสียชีวิต 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ซึ่ง (Yamwong, 2008) ได้นำมาปรับเปลี่ยน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิง อนุมาน วิเคราะห์ด้วย exact probability test, Independent t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

4.3. ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่มีความพิการหลงเหลือ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง The One Group Pretest Posttest Design เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำประชาพิจารณ์ กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาจนเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 1 กลุ่ม ขนาดตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยต้องการทดสอบว่าหลังจากใช้โปรแกรม จะเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากเดิมร้อยละ 50 เพิ่มเป็นร้อยละ 70 คำนวณการทดสอบแบบทางเดียว ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งที่ .05 อำนาจทดสอบ .80 ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องศึกษากลุ่มละ 42 คน ในการวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน เครื่องมือในการวิจัยคือ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คณะผู้วิจัยดัดแปลงจาก the Barthel index of activities of daily living ของ Institute of Neurology. (2010) จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่เข้ารับการรักษา และ

ที่ 1 เดือนหลังจำหน่าย และ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย (Thai-SS-QoL-12) ทีมวิจัยใช้แบบสอบถามของ (Thangkrathok et al., 2016) ที่สร้าง ขึ้นมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ เครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบความตรงและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .91 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ chi-square เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย paired t-test

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระยะการเปลี่ยนผ่านสรุปตามขั้นตอนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ มีดังนี้

1.1 อาคารสถานที่ จำนวนเตียงในหอผู้ป่วย อายุรกรรมที่รองรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องไม่เพียงพอ เนื่องจากมีเตียงจำกัด

1.2 วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ต่อความต้องการของผู้รับบริการ เช่น เครื่องเฝ้าติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือด และอุปกรณ์ตรวจร่างกาย

1.3 สมรรถนะของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี พร่องความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความรู้การให้ยาละลายลิ่มเลือด ความสามารถในการประเมินและการจัดการภาวะเร่งด่วน การสื่อสารประสานงาน การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่ผ่านมายังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทำงานร่วมกันเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุมทำให้ผู้ป่วยได้รับการ

ดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง

2. ผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การพัฒนาหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย การแต่งตั้งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้ครบทั้งในรพ.ในทุกหอผู้ป่วยอายุรกรรม การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในการดูแล การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และการประเมินผล การนำปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแล ภายหลังการนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่พัฒนาไปใช้ และประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ดังนี้

1. ผลลัพธ์รายบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน ภายหลังจากมีการนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมาใช้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีคะแนนที่เพิ่มสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ในเวลาเริ่มโปรแกรมและที่ 1 เดือนหลังจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน (n=50)

องค์ประกอบ	Baseline (n=50)		1-month (n=50)		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม	2.62	1.07	3.60	1.01	- 5.054	0.001*
- ระดับคุณภาพชีวิต	ระดับปานกลาง		ระดับมาก			
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	62.25	9.13	72.10	7.38	- 6.735	0.001*
- ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ระดับปานกลาง		ระดับดี			

*ค่า $P < .05$

2. ผลลัพธ์โดยรวมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในช่วงเดือนมิถุนายน จนถึงเดือนธันวาคม 2563 โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลรักษาในภาพรวม ก่อนการพัฒนาระบบใน 3 เดือนแรก ตั้งแต่ มิถุนายน ถึงเดือน สิงหาคม 2563 และหลังพัฒนาระบบ เดือน ตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2563 พบว่าการได้รับยา

ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) มีอัตราเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่าย จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน มีอัตราลดลง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ภาพรวมก่อนและหลังการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาล	กลุ่มก่อนนำระบบมาใช้ มิ.ย. - ส.ค. 2563 n = 912		กลุ่มที่ใช้ระบบ ต.ค - ธ.ค. 63 n= 815		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน 60 นาทีของกลุ่มที่ควรได้รับยา (n=32, 20)	26	81.52	19	95	0.035*
อัตราผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง (n=286, 267)	155	54.19	148	55.43	0.691
ภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่าย					
แผลกดทับ	11	1.20	8	0.98	0.035*
ปอดอักเสบ	63	6.90	26	3.19	0.014*
CAUTI	64	7.01	39	4.78	0.036*
อัตราการเสียชีวิต	68	7.45	45	5.52	0.044*
ค่าใช้จ่ายในการรักษา (บาท)		25,230		18,445	0.645
จำนวนวันนอนเฉลี่ย		7.32		4.86	0.483*
อัตราการกลับมารักษาซ้ำ	78	8.55	40	4.09	0.039*

* ค่า $p < .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ กลุ่มก่อนและหลังการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรมาใช้

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความพึงพอใจ			
	mean	SD	t	p-value
กลุ่มก่อนนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ (n =50)	110	13.34	- 2.240	0.034*
กลุ่มใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n =50)	118	11.58		

* ค่า $p < .05$

3. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ

3.1 อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต ของหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติครบถ้วนในการรายงานแพทย์

ด่วน ภายในระยะเวลา 4 นาที และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ส่วนแนวปฏิบัติด้านอื่นอัตราการปฏิบัติของพยาบาลมากกว่าร้อยละ 85 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต ของหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง (n=15)

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	จำนวนร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ
แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต		
- การคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาล	14	93.33
- การประเมินอาการในระยะฉุกเฉินเฉียบพลัน	14	93.33
- การประเมินอาการทางระบบประสาทเบื้องต้น โดยพยาบาล	14	93.33
- การรายงานแพทย์ด่วน ภายในระยะเวลา 4 นาที	15	100
- การประเมินผู้ป่วยเข้าระบบทางด่วน (stroke fast track)	14	93.33
- ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมง	13	86.66
- ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด	15	100

3.2 อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะต่อเนื่อง ของหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม

พบว่าทุกแนวปฏิบัติ พยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 85 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะต่อเนื่องของหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม (n=90)

แนวปฏิบัติทางการแพทย์	จำนวนร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ
แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย		
- แนวทางประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะต่อเนื่อง เช่น การประเมินสภาพโดยใช้แบบประเมินทางระบบประสาท (NIHSS/GCS)	77	85.55
- กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุ	78	86.66
- แนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการส่งตรวจพิเศษ	80	88.88
- กิจกรรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อวางแผนจำหน่าย	79	87.77

การอภิปรายผล

กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ สร้างขึ้นโดยทีมวิจัย ช่วยให้ผลลัพธ์ด้านตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้เกิดมาตรฐานการดูแล ประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ระยะก่อนมาโรงพยาบาล (pre-hospital) เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล โดยทีมสหสาขา และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้บริการเชิงรุกในชุมชนเพิ่มขึ้น ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินตนเองของโรคหลอดเลือดสมอง มีสื่อในการให้ความรู้ การเข้าถึงระบบการเรียกใช้บริการ 1669 ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น สำหรับโรงพยาบาลชุมชนมีระบบการให้คำปรึกษา ระบบช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลเครือข่าย 2) ระยะการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (in hospital) การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพใน

โรงพยาบาล การใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการบริหารจัดการการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน การดูแลต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีการประเมินผลการปฏิบัติผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่าย ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลดีขึ้น 3) ระยะการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (post hospital) การส่งต่อผู้ป่วยสู่การดูแลโดยชุมชน เพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล ใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการติดตามให้ข้อมูลย้อนกลับในเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ และให้คำปรึกษาใช้ Tele nursing ภายหลังจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอตามแผนการดูแล มีการประสานงานการส่งต่อโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายร่วมกับหน่วยงานในชุมชน

เห็นได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่นี้ เริ่มตั้งแต่การรณรงค์ผ่านหน่วยบริการสุขภาพ

ในเครือข่าย เพื่อคัดกรองและประเมินอาการเริ่มแรกของโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงการบริการให้คำปรึกษากับประชาชน บุคลากรทางสุขภาพทุกระดับโดยผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล หน่วยบริการมีการให้คำปรึกษาไปพร้อมๆ กับระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็วในระยะแรกสำหรับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุงจนมีมาตรฐานการดูแลเพิ่มขึ้นโดยเกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ การใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

ในการบริหารจัดการการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่การดูแลโดยชุมชนทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมกับหน่วยงานในชุมชนติดตามเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamkhong (2014) ซึ่งมีการพัฒนาตั้งแต่กระบวนการคัดกรองการรักษาพยาบาล จนถึงการส่งต่อกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งเป็นระบบการดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงหลายภาคส่วนตั้งแต่ท้องถิ่นชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิและการศึกษาของ Kuswan & Hankunakul (2009) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยใช้แนวคิดเชิงระบบร่วมกับการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติตามระดับขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ด้านการดูแลผู้ป่วยทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพรวดเร็วขึ้น ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจและได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจากการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้ พบว่าระดับความพึงพอใจดีขึ้น

ด้านระบบการพยาบาล ทำให้เกิดความชัดเจนในการนำรูปแบบการจัดการทางพยาบาลที่เน้นการมองผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและระบบสุขภาพ ซึ่งการศึกษา

ของ Sangsongrit et al. (2014) พบว่าปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยา มีผลต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เห็นแนวทางในการวัดผลลัพธ์ในทางการปฏิบัติ เพื่อการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพการมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีโดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดี ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Phanichkul (2011) การไม่มีภาวะแทรกซ้อนไม่มีความพิการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Warlae (2016) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการวางแผนดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน มีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาได้รับการสอนและคำแนะนำอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับ (Polchaiyo, Masaeng, Kerdkaew, 2017) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมาตรฐานการดูแล เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการ การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการบริหารจัดการการดูแลการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การส่งต่อผู้ป่วยสู่การดูแลโดยชุมชนทีมสหวิชาชีพ เข้าร่วมกับหน่วยงานในชุมชนติดตามเยี่ยม เพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล และก่อให้เกิดประสิทธิผลทางคลินิก คืออัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยลดลง

สรุป การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องมีระบบการดูแลที่ดีมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การส่งเข้ามารับการรักษา การส่งต่ออย่างรวดเร็ว การดูแลรักษาในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่องในโรงพยาบาล อย่างปลอดภัย และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมและสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันและกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่ต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพและกลไกสำคัญที่ทำให้ระบบมีความยั่งยืน
2. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระยะกลาง (Intermediate care)

เอกสารอ้างอิง

- Division of NCDs Department of Disease Control (2020). *Annual Report 2019*. Bangkok: Graphic and Design Printing House. (In Thai)
- Institute of Neurology. (2010). *Treatment of patients with cerebrovascular disease in the acute phase*. Bangkok: Jichak Sale Printing. (In Thai)
- Khamkhong, M. (2014). Stroke patient care: community hospital context. *Journal of Mahidol University. Academic*, 18(35), 133-143. (In Thai)
- Krejcie RV, Morgan DW. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-10.
- Kusuwan,C., & Hankunakul, W. (2009). Development of continuous care system in vascular patients brain in Nopparat Rajathanee Hospital. *Journal of the Department of Medicine*, 34(5), 376-382. (In Thai)
- National Trustworthy and Competent Authority in Epidemiological Surveillance and Investigation. (2013). *An investigation report on chronic non-chronic disease surveillance (2007-2009)*. Retrieved August 2020, from http://203.157.15.4/ncd/chronic/chronic_52_10091170940.doc
- Phanichkul, K. (2011). *Factors correlated with quality of life of stroke patients*. Saraburi. (In Thai)
- Polchaiyo, S., Masaeng, A., Kardkaew, B. (2017). Development of a care system for stroke patients under the context Tertiary Hospital. *Nakhon Phanom University Journal 25th anniversary academic session*, 26-35. (In Thai)
- Policy and Planning Information Center Nakorn Ping Hospital. (2019). *Stroke patient statistics*. Chiang Mai: Nakorn Ping Hospital. (In Thai)
- Sangsonggri, N., et al. (2014). Predictors of medication adherence in ischemic stroke patients. *Nursing Journal*, 41(2), 61-71. (In Thai)

- Thangkrathok, P., Phosai,W., PhiphatSombat, P. Trinaatthawan, P., & Suksathan,V. (2016). Correctness and accuracy of the stroke patient-specific quality of life survey version. *Thai Journal of Health Sciences*, 26(3), 3-43. (In Thai)
- Veldeman M, Höllig A, Clusmann H, Stevanovic A, Rossaint R, Coburn M. (2016). Delayed cerebral ischaemia prevention and treatment after aneurysmal subarachnoid haemorrhage: A systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 117(1), 17-40.
- Warlae, H. (2016) *Factors affecting health quality of life of stroke patients. Yala Hospital, Yala Province*. (Master of Science. Department of Public Health), Graduate School Yala, Rajabhat University. (In Thai)
- Wongsa, D., Soivong, P, & Chaiard., J. (2018). Quality of life among stroke persons within six months post diagnosis. *Nursing Journal*, 45(2), 40- 50. (In Thai)
- World Stroke Organization. (2020). What is stroke ?. Retrieved on19 Jan 2020 Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org/Facts/Pages/WhatIsStroke.aspx>
- Yamwong, C. (2008). Development of stroke patient care planning system using nurses: Case manager Sawanpracharak Hospital. *Sawan Pracharak Vejsarn*, 1(5),769-779. (In Thai)