

ผลของการใช้เครือข่ายระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือด สมองระยะกลางในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

กรองแก้ว โตชัยวัฒน์* นกชา สิงห์วีรธรรม** กิตติพร เนาว์สุวรรณ***

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่เหมาะสมอาจทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงจนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้เครือข่ายระบบเครือข่ายการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุง จ.ชลบุรี

วิธีการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มารักษาในโรงพยาบาลบางละมุง จ.ชลบุรี จำนวน 58 ราย สุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ระบบเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า และแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย : หลังเข้าร่วมพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ในขณะที่คะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามลดลง เมื่อเทียบกับ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80

สรุปผล : เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลสามารถลดความแออัดในการรับบริการทั้งในลักษณะผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก อีกทั้งยังเป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ : ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ คุณภาพชีวิต

* โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : นกชา สิงห์วีรธรรม, Email: noppcha@hotmail.com

Development of a rehabilitation care network system for intermediate stroke patients in the area of Bangramong Hospital, Chonburi Province

Krongkaew Tochaiwat^{*} Noppcha Singweratham^{**} Kittiporn Nawsuwan^{***}

Abstract

Background: Stroke patients require continuous and appropriate time to start rehabilitation care. Failure to do so results in limitation of activities of daily living and becoming bedridden patients.

Objective: This research design aims to investigate the development of a rehabilitation care network system for intermediate stroke patients in Bangramong Hospital, Chonburi Province.

Methodology: A one-group pre-test post-test quasi-experimental design was used. Purposive sampling was used to collect a sample of 58 patients. Four different questionnaires were used to collect data on activities of daily living, Quality of life, Anxiety and Depression, and satisfaction. All questionnaires showed an item-objective congruence (IOC) of between 0.67 to 1.00 and a Cronbach alpha coefficient reliability of 0.91. The data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank tests.

Results: The results showed that the development of the rehabilitation care network system for intermediate stroke patients in the area of Bangramong Hospital was statistically significant in regards to activities of daily living, quality of life, anxiety, and depression, and statistically significant during 1 week, 2 weeks, 4 weeks and 6 months, at .05, .01 and .001, respectively. Also, satisfaction was high, with a statistically significant of 0.001.

Conclusion: The network system for intermediate stroke patients in an area between t hospitals of two different sizes can improve hospital crowding in outpatient and in-patient departments. In addition, both hospitals also share resources.

Keywords: activities of daily living, anxiety and depression, intermediate stroke patient, network system, quality of life

^{*}Banglamung Hospital, Chonburi Province

^{**}Faculty of Public Health, Chaing Mai University

^{***}Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Corresponding Author: Noppcha Singweratham, E-mail: noppcha@hotmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 15 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้พบเสียชีวิตประมาณ 5 ล้านคนที่เหลือส่วนใหญ่พิการ¹⁻⁴ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year, DALYs) โดยพบการเสียชีวิตมากกว่า ร้อยละ 87 ในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง¹ สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในปี 2554-2558 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ⁴ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁵ และกลายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย⁶⁻⁷ โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับสมองมักส่งผลให้มีความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์⁸ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะในระยะแรก เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต การพัฒนาสมรรถภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้กลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม⁹⁻¹⁰ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี³⁻⁴

ระบบการรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 สาขาพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate care; IMC) ทำให้มี

การพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยเป้าประสงค์หลัก คือ ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) เพื่อไปดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โดยผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวใน รพศ. และรพท.กว่าครึ่งเป็นอาการที่ รพช.สามารถให้การดูแลรักษาได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบาย Intermediate care service plan ขึ้นโดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)¹¹ ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย (Transitional care) หลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute condition) ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง¹²⁻¹³ กลุ่มผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการคงที่แล้วถูกดูแลที่บ้านหรือชุมชนที่ผ่านมามีการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันแบบผู้ป่วยนอกและแบบที่บ้าน^{10,12} และโรงพยาบาลส่งต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ¹¹ โดยเชื่อมโยงและต่อเนื่องกันระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่เหมาะสมอาจทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงจนกลายเป็นผู้ป่วย ติดเตียง โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี ดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสภาพระยะกลางทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามขนาดและขีดความสามารถในการบริการ โรงพยาบาลบางละมุงเป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียงสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในจำนวนมาก ประกอบกับโรงพยาบาลมีอัตราการครองเตียงเกินร้อยละ 100.00 ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกร่วมกับที่บ้าน โดยจะได้รับการทำกายภาพบำบัด 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้ในพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุงมีโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงสามารถดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบเครือข่าย บริการสุขภาพ ดังนั้นโรงพยาบาลบางละมุงจึงสนใจใช้เครือข่ายระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระยะกลางในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและเป็นการลดความพิการช่วยเพิ่มศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองให้ผู้ป่วยมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะฟื้นฟูโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบ

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต่อการบริการของโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี กับเกณฑ์ร้อยละ 80

สมมติฐานการวิจัย

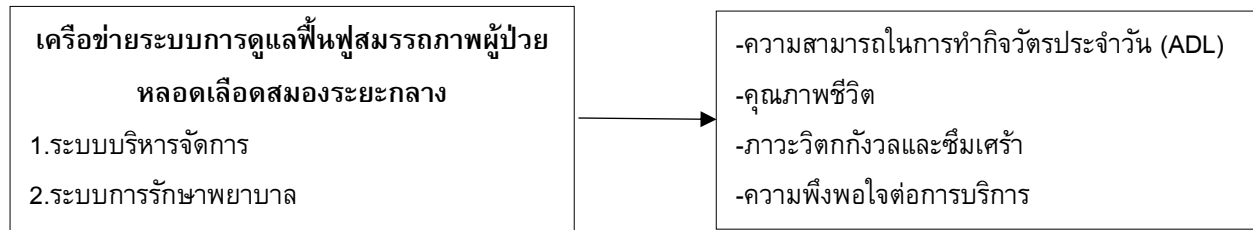
1. หลังการใช้ระบบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

2. หลังการใช้ระบบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีคะแนนภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามลดลง

3. หลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีความพึงพอใจต่อการบริการมากกว่าร้อยละ 80

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการดูแลรักษาหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute condition) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการ และระบบการรักษาพยาบาล โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เน้นการให้ครอบครัวหรือชุมชนมีศักยภาพในการดูแล ร่วมกับการดูแลจากแพทย์พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง^{11,14} ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre and Post-test Designs)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและพ้นจากภาวะวิกฤตแล้ว ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 156 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาเกิดโรคไม่เกิน 6 เดือน 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถทำตามคำสั่งและสื่อสารได้ 4) มีอาการคงที่และสามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ 5) ไม่มีอาการแสดงและอาการรบกวนจากโรค เช่น โรคปอด โรคหัวใจ เป็นต้น 6) มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) อยู่ในระดับต้องพึ่งพาปานกลาง 5-11 คะแนน และ 7) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสารจนไม่สามารถทำตามคำสั่งได้

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู มีระยะเวลาเกิดโรคไม่เกิน 6 เดือน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 58 ราย คำนวณตัวอย่าง

โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis¹⁵ ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5¹⁶ ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power= 0.95 ได้ตัวอย่าง 45 คน เนื่องจากตัวอย่างมีโอกาสออกกลางคันสูง (Drop out) ผู้วิจัยจึงเผื่อไว้ร้อยละ 30 จึงได้ตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 58 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ ระบบเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย ระบบการจัดการ เช่น สำรวจจำนวนผู้ป่วย การกำหนดแนวทางในการรับ-ส่งตัวผู้ป่วย การใช้สิทธิการรักษา เป็นต้น และระบบการรักษาพยาบาล เช่น กิจกรรม การคัดกรอง การจัดกิจกรรม สันทนาการ กิจกรรมบำบัด การแพทย์ทางเลือก และการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติบุคคลในครอบครัว ชนิดของ Stroke ระยะเวลาการเป็นโรค ข้างที่อ่อนแรง การเป็นซ้ำและผู้ดูแล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index: ADL)¹⁷ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อจาก 0 ถึง 2 คะแนน มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 10 ข้อ จาก 10 กิจกรรม รวม 0-20 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์แบบประเมินดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL Index) ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาปานกลาง และ 12-20 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีการพึ่งพา

ตอนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (EQ 5D-5L)¹⁸ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวดหรือไม่สบายตัว และความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดให้เลือกตอบ จากไม่มีปัญหาให้ 1 คะแนน ถึงมีปัญหามากที่สุดให้ 5 คะแนน ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพ ทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด และ 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง คำตอบที่ได้ในส่วนนี้สะท้อนถึงความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อสภาวะสุขภาพตนเองแต่ไม่ได้นำไปใช้ในการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Hospital Anxiety and Depression Score :HADS)¹⁹ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ และอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก

ตอนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ (IP Voice) โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร จังหวัดชลบุรี ขณะเข้ารับการรักษาตัว มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 15 ข้อ ถามเกี่ยวกับระบบบริการ เช่น ความสะอาด ความสะดวกสบาย พฤติกรรมการบริการ และการมีส่วนร่วมในการรักษาลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับจากพอใจ มากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงประเมินไม่ได้ให้ 1 คะแนน รวมทั้งสิ้น 75 คะแนน จากนั้นเทียบคะแนนเป็น 100

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำระบบเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นและแบบสอบถามความพึงพอใจให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 คน ผู้บริหารโรงพยาบาล 1 คน และอาจารย์จากมหาวิทยาลัย 1 คน ตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยในพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งมีลักษณะเหมือนกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความพึงพอใจได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 ส่วนแบบสอบถามอื่นๆ ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและมีคุณภาพมาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำหนังสือถึงผู้เกี่ยวข้อง จากนั้นอธิบาย

ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ระบบเครือข่ายที่สร้างขึ้น ขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากทั้ง 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลบางละมุง และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี

3. ประชุมทีมผู้วิจัย ทั้งแพทย์ พยาบาล เพื่อวางแผนงานในการวิจัยร่วมกันในเรื่องแนวทางการคัดกรองการส่งต่อและการติดตามเยี่ยม

4. ให้ตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (Pre test)

ขั้นตอนทดลอง

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตามระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ดังนี้

1.1 การบริหารจัดการ มีกิจกรรมดังนี้ 1) สำรวจจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู 2) กำหนดแนวทางในการส่งตัวผู้ป่วย 3) กำหนดแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อนอนโรงพยาบาล และ 4) ดำเนินการข้อตกลงเรื่องการใช้สิทธิการรักษา

1.2 การรักษาพยาบาล มีกิจกรรมดังนี้ 1) คัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วย 2) ออกใบส่งตัวผู้ป่วยจากโรงพยาบาลบางละมุง 3) ดำเนินการรับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน 4) ให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย 14 วัน ตามตารางกิจกรรมการดูแล 5) ฝึกกิจกรรมสันทนาการ เป็นกิจกรรมกลุ่ม เช่น ร้องเพลง เล่นเกมส์กระดาน 6) ฝึกการทำกายภาพบำบัดรายบุคคล ด้วยโปรแกรมออกกำลังกาย

ยืดกล้ามเนื้อและฝึกเดิน 7) ฝึกกิจกรรมบำบัดด้วยโปรแกรมกระตุ้นการกลืน และฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน 8) รักษาแพทย์ทางเลือก เช่น นวดแผนไทย ผิงเข็ม 9) จำหน่ายและติดตามผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลบางละมุง และ 10) ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร

2. ขณะทดลองผู้วิจัยให้ตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และแบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4

ขั้นหลังการทดลอง

1. ให้ตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า และแบบประเมินความพึงพอใจ (Post test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ก่อนและหลังพัฒนาระบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov smirnov, Sig<.001)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต่อการบริการของโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี กับเกณฑ์ร้อยละ 80 โดยใช้สถิติ One sample t-test

ข้อพิจารณาจริยธรรม

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่หนังสือรับรอง 038/2563 เลขที่ โครงการวิจัย CBO Rec 63-038 ลงวันที่ 17 สิงหาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศชายร้อยละ 63.80 มีอายุเฉลี่ย 59.55 ปี (SD=9.05) บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติป่วย ด้วยโรค Stroke มาก่อนร้อยละ 86.20 โดยชนิด ของ Stroke เป็นแบบตีบหรือตัน

ร้อยละ 72.40 ระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 2.98 เดือน (SD= 2.33) โดยมีการอ่อนแรงของแขน ข้างขวาร้อยละ 60.30 ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเป็น Stroke มาก่อนร้อยละ 89.70 และผู้ดูแลเป็นคู่ สมรสมากที่สุดร้อยละ 58.60

2. คะแนนความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูพบว่า หลังพัฒนาระบบผู้ป่วยมี คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001, .001 และ .001 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟู ระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	n	M	SD	Z	IQR	p (1-tailed)
ก่อน	58	9.28	2.89	-3.02	4.25	.001
หลัง 1 สัปดาห์	58	9.59	3.07		5.25	
ก่อน	58	9.28	2.89	-6.28	4.25	<.001
หลัง 2 สัปดาห์	58	11.40	3.57		6.00	
ก่อน	58	9.28	2.89	-6.65	4.25	<.001
หลัง 4 สัปดาห์	58	13.03	3.82		5.25	
ก่อน	58	9.28	2.89	-6.64	4.25	<.001
หลัง 6 เดือน	58	14.86	3.78		6.00	

3. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู พบว่าหลัง พัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพ ชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์,

4 สัปดาห์ และ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01, .001, .001 และ .001 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

คุณภาพชีวิต	n	M	SD	Z	IQR	p (1-tailed)
ก่อน	58	0.32	0.30	4.08	0.66	<.001
หลัง 1 สัปดาห์	58	0.40	0.29		0.52	
ก่อน	58	0.32	0.30	6.38	0.66	<.001
หลัง 2 สัปดาห์	58	0.53	0.27		0.44	
ก่อน	58	0.32	0.30	6.54	0.66	<.001
หลัง 4 สัปดาห์	58	0.64	0.25		0.30	
ก่อน	58	0.32	0.30	6.62	0.66	<.001
หลัง 6 เดือน	58	0.72	0.25		0.24	

4. ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู พบว่าหลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะวิตกกังวล ลดลงเมื่อเทียบ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01 และ .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า	n	M	SD	Z	IQR	p (1-tailed)
ภาวะวิตกกังวล						
ก่อน	58	6.74	3.21	-2.22		.013
หลัง 1 สัปดาห์	58	6.46	3.09			
ก่อน	58	6.74	3.21	-4.61		<.001
หลัง 2 สัปดาห์	58	5.29	2.72			
ก่อน	58	6.74	3.21	-4.95		<.001
หลัง 4 สัปดาห์	58	4.72	2.69			
ก่อน	58	6.74	3.21	-5.69		<.001
หลัง 6 เดือน	58	3.86	2.68			
ซึมเศร้า						
ก่อน	58	7.79	3.93	2.15		.016
หลัง 1 สัปดาห์	58	7.28	3.74			
ก่อน	58	7.79	3.93	3.05		.001
หลัง 2 สัปดาห์	58	6.91	3.75			
ก่อน	58	7.79	3.93	4.59		<.001
หลัง 4 สัปดาห์	58	6.10	3.63			
ก่อน	58	7.79	3.93	5.55		<.001
หลัง 6 เดือน	58	5.00	3.46			

5. ความพึงพอใจต่อระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูพบว่า หลังใช้ระบบผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80

อภิปรายผล

ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 59.55 ปี บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติป่วยโรค Stroke ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยมีอายุและประวัติป่วยมีความคล้ายกับการศึกษาของสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย⁵⁻⁷ แต่ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง⁵ ความดันโลหิตสูง⁶ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง^{2-3,9} จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วย Stroke เป็นความท้าทายในการดูแลเพราะว่าเป็นสาเหตุของความพิการ การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) จึงเป็นจุดเชื่อมโยงในการดูแลเพื่อลดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต⁸ เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางนั้นเป็นการส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องและสร้างความเชื่อมโยงของการจัดบริการ จากการกำหนดโครงการที่รองรับแผนงานการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ คือ ระบบบริการดูแลระยะกลาง¹¹ โดยการร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านรวมถึงการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่เครือข่ายชุมชน จากการดำเนินเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลบางละมุงและโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ถือได้ว่าเป็นการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยต่างจากการศึกษาอื่นๆ เนื่องจากที่ผ่านมา

เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน^{10,12} ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ¹¹ จากการดำเนินการดังกล่าวทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁹ รวมถึงผู้ดูแลได้มีโอกาสฝึกการดูแลและเข้าใจสภาพของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นก่อนที่จะกลับไปดูแลที่บ้าน

ระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทำให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านกับระยะผู้ป่วยนอก¹² จากระบบการดูแลผู้ป่วยที่ฟื้นฟูระยะวิกฤตและมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางอย่างและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงชุมชนในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายก็จะเป็นการส่งเสริมให้กลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้³⁻⁴ ทั้งนี้จากระบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลยังส่งผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต คะแนนภาวะวิตกกังวลและความพึงพอใจจากโรงพยาบาลสู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² ทั้งนี้การฟื้นฟูสภาพในลักษณะผู้ป่วยในจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพตามมาตรฐานการจัดบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ถึงอย่างไรก็ตามผู้ป่วยฟื้นฟูระยะกลางต้องอาศัยสหสาขาวิชาชีพ ญาติและครอบครัว⁹ ที่ต้องให้การดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยมีความรู้ความเข้าใจในแผนการดูแล³⁻⁴ เพื่อส่งเสริม

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านร่างกายและจิตใจให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีกำลังใจในการเผชิญชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลนั้นเป็นที่ที่ควรได้รับการพัฒนาตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อเป็นการลดความแออัดในการรับบริการทั้งในลักษณะผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก อีกทั้งผู้รับบริการจัดได้รับการดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานต่อการจัดบริการ

2. ควรมีการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤตเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและทันทั่วถึง ตลอดจนมีการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบเครือข่าย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลทั้งสองระดับ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต้นทุนและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการระหว่างโรงพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง

2. ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับญาติหรือผู้ดูแลแบบต่อเนื่องเป็นลักษณะชุดของการให้บริการ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูในลักษณะผู้ป่วยใน

References

1. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.

Lancet Neurol. 2021;20(10): 795-820. doi: 10.1016/S1474-4422 (21) 00252-0.

2. Ding Q, Liu S, Yao Y, Liu H, Cai T, Han L. Global, Regional, and national burden of ischemic stroke, 1990-2019. Neurology. 2022;98(3):e279-e290. Doi:10.1212/WNL.00000000000013115.

3. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Harvey RL, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery a guideline for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. Stroke. 2016;47(6):e98-e169. Doi:10.1161/STR.0000000000000098.

4. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Nicholas C, Bambakidis, N.C., et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. Stroke. 2019; 50(12): e344-e481. Doi:org/10.1161/STR.00000000 000000211.

5. Tieamkao, S. Stroke situation. Thai Journal of Neurology. 2021;37(4):54-60. (in Thai).

6. Chantkran W, Chaisakul J, Rangsin R, Mungthin M, Sokboonyarat B. Prevalence of and factors associated with stroke in hypertensive patients in Thailand from 2014 to 2018: A nationwide cross-sectional study. Scientific reports. 2021;11(17614) : 1- 11. Doi.org.10.1038/s41598-021-96878-4.

7. Teamkaw S. Stroke situation. Thai Journal of Neurology. 2021;37(4): 54-60. (in Thai).
8. Grefkes C, Fink GR. Recovery from stroke: current concepts and future perspectives. Neurol Res Pract. 2020;2(17):1-10. doi:10.1186/s42466-020-00060-6.
9. Pattapat W. Nursing care of elderly stroke patients in the recovery phase: a case study. Thai Red Cross Nursing Journal. 2021;14(2): 37-49. (in Thai).
10. Sakulpipatana P. Outcome of subacute post- stroke rehabilitation in outpatient-based VS Home- based. Region 11 Medical Journal. 2021;35(5):1-9. (in Thai).
11. Rattanachairit W, Chahorm R, Siwina S. Development of intermediate care from hospital to community healthcare network, Roi-Et. Research and Development Health System Journal. 2022;15(2):119-32. (in Thai).
12. Moonthee W, Monkong S, Sirapo-ngam Y, Leelacharas S. Impact of transitional care programme and family caregivers on stroke patients' s routine activity performance, complication, and satisfaction. Thai Journal of Nursing Council. 2016;31(1)95-110. (in Thai).
13. Riedel M, Hausleiter J, Martinoff S. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: Systematic review of randomize trials. Lancet. 2004;363 (9406).352-6. Doi: 10.1016/S0140-6736 (04)15434-2.
14. Satirangkoon T, Wongsuwansiri S, Kladchompong P. Clinical practice guidelines for intermediate care. Nonthaburi: Nursing division; 2019. (in Thai).
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences second edition. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
17. National Health Security Office (NHSO). A guide to support the management of the public health long-term care service system for the dependent elderly in the National Health Security System. Bangkok: National Health Security office; 2019. (in Thai).
18. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Dissertation] . Bangkok: Mahidol University; 2014.
19. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. Journal of the Psychiatric association of Thailand. 1996; 41(1):18-30. (in Thai).