



การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลพะเยา

อนงค์ ถาวร ส.ม.*

ศศิวิมล พงษ์นิตละอาภรณ์ พย.ม.*

กฤตพัทธ์ ฝักฝน PhD**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลพะเยา และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และการป้องกันความพิการ กลุ่มผู้ร่วมวิจัย คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 14 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพะเยา ในเดือนมิถุนายน 2556 – กรกฎาคม 2557 จำนวน 49 คน การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในด้านกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน และการประสานงาน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน 2) ขั้นดำเนินการ ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหาสภาพเดิมของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน การพัฒนารูปแบบการดูแล การปฏิบัติตามแผน การสังเกตติดตาม สะท้อนปฏิบัติ และการปรับปรุง 3) ขั้นประเมินผล โดยรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ประกอบด้วย 1) การดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) รูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 3) รูปแบบการวางแผนจำหน่าย จากการประเมินผลการใช้รูปแบบ พบว่า ขณะรับไว้ในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเท่ากับ 64.59 คะแนน (SD = 22.77) คะแนนความพิการเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 คะแนน (SD = 1.50) ในขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 79.67 คะแนน (SD = 17.61) และความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองลดลงเท่ากับ 1.61 คะแนน (SD = 1.20) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพะเยา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายใน 10 อันดับแรกทั่วโลก ในปี 2008 ประเทศสหรัฐอเมริกามีรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวนถึง 600,000 คน² ในปี 2552 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรค

หลอดเลือดสมองเป็นอันดับสาม รองจากโรคมะเร็ง และโรคหัวใจ และคาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปี 150,000 ราย ปี 2552 เสียชีวิต 21 ต่อแสนประชากร ค่ารักษาทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อปี หากประมาณการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 0.5 ล้านคนจะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี ก่อให้เกิดความพิการที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อครอบครัวและประเทศ³ สำหรับโรงพยาบาลพะเยา พบว่า สถิติการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2556 มีจำนวน 461; 49; 500 และ 504 ราย⁴ ซึ่งจะเห็นว่า

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา

**พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา



แนวโน้มสูงขึ้นทุกปีตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตันมีจำนวนมากถึงร้อยละ 80 ในขณะที่ร้อยละ 20 คือ ผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งอาการและการแสดง พยาธิสภาพ และการพยากรณ์โรค^{5,6} การใช้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการพบว่า สามารถช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันฉับพลัน และช่วยลดอัตราการความพิการได้⁶

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้รอดพ้นจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ใน 3 จะมีความพิการที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ และสังคมส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง รวมทั้งยังมีภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัวและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น^{7,8} ดังนั้น การพัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือตีบตันเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะช่วยยืดอายุผู้ป่วยและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย การมีช่องทางด่วน (Stroke fast track) สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดจากเส้นเลือดสมองตีบ โดยให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ภายใน 3 ชั่วโมงแรก⁹ และการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจรในปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลรักษา โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันพบว่าสามารถลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาลดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรค รวมทั้งลดความพิการของผู้ป่วย และภาระทางสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰

โรงพยาบาลพะเยา เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 400 เตียง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันมีอัตราการใช้บริการเฉลี่ย 490 ราย/ปี และเป็นอันดับ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหมด โรงพยาบาลพะเยาเข้าร่วมเป็นลูกข่ายที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดสมอง ทางหลอดเลือดดำได้ ตั้งแต่ปี 2553 จนถึงปัจจุบัน ได้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในระยะเฉียบพลัน จนกระทั่งจำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายการณ์ในการประสานและติดตามดูแลผู้ป่วย แต่ในส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและยังขาดการดูแลร่วมกัน แต่ละวิชาชีพมุ่งดูแลตามอาการที่ปรากฏโดยยึดแผนการรักษาของแพทย์เป็นหลัก การตัดสินใจส่งต่อหรือปรึกษาขอรับการดูแลจากแผนกอื่นอยู่ภายใต้การตัดสินใจของแพทย์เจ้าของไข้ เกสซิคและนักโภชนาการไม่มีบทบาทในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพิการโดยใช้ดัชนี บาร์เทล เอดีแอล (Barthel ADL Index) และโมดิฟาย แรงคินสเกล (Modified Rankin Scale) จะทำในเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเท่านั้น ในฐานะผู้บริหารการพยาบาลจึงเห็นว่าเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร โดยมุ่งเน้นให้สหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายใต้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปฏิบัติตาม Care map และ Flow chart ที่พัฒนาร่วมกันให้สอดคล้องตามบริบทของโรงพยาบาลและมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การประเมินความพิการ ทั้งนี้เพื่อเป็นการปรับปรุงคุณภาพการรักษายาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันให้มีคุณภาพมาตรฐานยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และความพิการ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) ทำการวิจัยเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 – เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2557 โดยดำเนินการวิจัยที่แผนกห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพะเยา ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 14 คน และผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกายและได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จำนวน 56 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ กลุ่มอาการที่ปรากฏ ระยะเวลาของการเกิดอาการ และโรคประจำตัว
2) แบบประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ได้แก่ 2.1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน สุขาภิบาลส่วนบุคคล การใช้ส้วหรือกระโถน การอาบน้ำ เช็ดตัว การเดิน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ มีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน การแปลผล Barthel ADL Index คะแนน 0 – 20 = Total dependence ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด คะแนน 25 – 45 = Severe dependence ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก คะแนน 50 – 70 = Moderate dependence ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง คะแนน 75 – 95 = Mild dependence ช่วยเหลือตัวเองได้ คะแนน 100 = Independence ปกติ 2.2) แบบประเมินความพิการ (The Modified Rankin Scale: mRS) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข เป็นแบบประเมินความพิการที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนตั้งแต่ 0 – 6 คะแนน การแปลผล คะแนน 0 = ไม่มีอาการผิดปกติเลย 1 = ไม้มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทุกอย่าง 2 = มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง 3 = มีความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน บางอย่างแต่สามารถเดินเองได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย 4 = มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองโดยไม่มีคนช่วยได้ 5 = มีความผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียง ปัสสาวะรดต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และ 6 = เสียชีวิต และ 3) รูปแบบการดูแลต่อเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลพะเยาที่พัฒนาขึ้น แบบประเมิน The Barthel ADL Index และ The Modified Rankin Scale ผ่านการทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพะเยาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ .86 และ .78 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย

1) การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในด้านกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน และ 3) การประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

1) วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาล ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยการทบทวนรายงานเวชระเบียน และสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้มาประกอบเป็นข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุ และแนวทางการแก้ไข้ปัญหา

2) การทบทวนวรรณกรรมและแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ที่



มีอยู่ ทั้งในและต่างประเทศ โดยคณะผู้วิจัย เพื่อร่วมกัน ระดมสมองและร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันตั้งแต่ใน ระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

3) สักร่างรูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้นแก่ผู้ทรง คุนวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่อายุรแพทย์ทั่วไป แพทย์ เวชปฏิบัติฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อขอรับ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และนำข้อคิดเห็นมา ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุนวุฒิ

4) จัดเวทีแสดงความคิดเห็น ครั้งที่ 1 เพื่อ เสนอร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้นจากขั้นตอนที่ 1 - 2 และให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะต่อร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยผู้เข้าร่วมเวทีแสดง ความคิดเห็นประกอบด้วยอายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์ ประจำบ้าน เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

5) คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะจากการ ประชุมแสดงความคิดเห็นครั้งที่ 1 (ขั้นตอนที่ 4) มาพิจารณา ปรับแก้ร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน เพื่อให้ร่างรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เฉียบพลันมีความถูกต้องเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ ในการปฏิบัติจริง

6) จัดเวทีแสดงความคิดเห็น ครั้งที่ 2 เพื่อ เสนอร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันเฉียบพลัน ที่ผ่านการปรับแก้ไข ต่อทีม สหสาขาวิชาชีพชุดเดิม เพื่อขอข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

7) คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะจากการ ประชุมแสดงความคิดเห็นครั้งที่ 2 (ขั้นตอนที่ 6) มา พิจารณาปรับแก้ไขร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน และส่งร่างแนวทาง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เฉียบพลันที่ผ่านการปรับแก้ไข ไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพ ชุดเดิม เพื่อขอข้อคิดเห็นและความเห็นชอบต่อร่างรูปแบบ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เฉียบพลัน หากมีคิดเห็น ประเด็นคำถามและข้อเสนอแนะ ทีมคณะผู้วิจัยจะติดต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นราย บุคคลเพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจ และพิจารณาปรับ แก้ไขร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันเฉียบพลัน

8) คณะผู้วิจัยรวบรวม แนวทางการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน และประกาศใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

9) การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน และ เครื่องมือวิจัย โดยใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันเฉียบพลันจำนวน 20 ราย

10) สังเกตและสะท้อนปัญหาที่พบจากการ ทดลองการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยการสอบถามและ ประชุมร่วมระหว่างทีมสหสาขาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันปรับปรุง วางแผนและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

11) ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันภายหลัง การปรับปรุงครั้งที่ 1 โดยใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันจำนวน 56 ราย โดยมี พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้กำกับติดตามการปฏิบัติ ตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น และให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ทีม สหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล พยาบาลวิชาชีพที่ ผ่านการอบรมด้านการประเมินสภาพผู้ป่วยหลอดเลือด สมองและการใช้เครื่องมือวิจัย จะทำหน้าที่ประเมินความ สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และ ความพึงการในวันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและวันที่ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติ paired t-test เพื่อ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน และความพึงการขณะรับไว้ในความดูแลและ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพะเยา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 29 คน (ร้อยละ 59.2) และเพศหญิง 20 คน (ร้อยละ 40.8) มีอายุเฉลี่ย 66.4 ปี กลุ่มตัวอย่างอายุมากที่สุด 85 ปี และอายุน้อยสุด 41 ปี (SD = 10.80) มาโรงพยาบาลด้วยอาการแขนขาช็อกใดซีกหนึ่งอ่อนแรงมากที่สุด จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 40.82) มีอาการร่วมของแขนขาอ่อนแรงและมุมปากเบี้ยว จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 32.7) พุดไม่ชัด ปากเบี้ยว จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 10.2) เดินเซ เวียนศีรษะ และอาการร่วมของแขนขาอ่อนแรงและปากเบี้ยวพุดไม่ชัด และเดินเซ เวียนศีรษะจำนวนอย่างละ 2 ราย (ร้อยละ 4.1) กลุ่มตัวอย่าง 36 ราย (ร้อยละ 73.5) มีอาการมานานมากกว่า 3 ชั่วโมงจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล มีโรคประจำตัวที่พบคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าไม่มีรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน การดูแลผู้ป่วยลักษณะเบ็ดเสร็จโดยแพทย์เจ้าของไข้ ทำให้ขาดการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การตัดสินใจด้านการรักษาอยู่ภายใต้การตัดสินใจของแพทย์เจ้าของไข้ เกสซักรและนักโภชนาการไม่มีบทบาทในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การติดตามส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานไม่มีแบบแผนชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง และพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ขาดการติดตามต่อเนื่องภายหลังพ้นจากการดูแลในระยะวิกฤต ไม่มีรูปแบบการสอนและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ชัดเจน ตลอดจนไม่มีแบบแผนการส่งเสริมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือ

อุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา โดยกำหนดระยะเวลาของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 7 วัน ดังนี้

3.1 รูปแบบการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ รูปแบบการดูแลโดยแพทย์ที่ครอบคลุมการประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง สัญญาณชีพ สัญญาณประสาท ประวัติการเจ็บป่วย ความสามารถในการกลืน เป็นต้น รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาและการให้ยาเพื่อบำบัดช่วยเหลือ รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลต่อเนื่องที่ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ สัญญาณประสาท การติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สุนัขวิทยา ความสะอาดของผิวหนัง การเฝ้าระวังอันตราย ตลอดจนประเมินการกลืน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพิการ การได้รับอาหารตามสภาพ การได้รับยาตามแผนการรักษา และการเตรียมความพร้อมเพื่อการฟื้นฟูสภาพ รูปแบบการดูแลโดยทีมกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย การประเมิน การจัดท่านอน การบริหารเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และการติดตามรายงานความก้าวหน้า รูปแบบการดูแลด้านจิตสังคมโดยนักจิตวิทยาหรือพยาบาลจิตเวช ได้แก่ การประเมินสภาพจิตสังคม การให้คำปรึกษา การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล และการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญในรายที่มีความผิดปกติ

3.2 รูปแบบการสอนและให้คำปรึกษา โดยแพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านความก้าวหน้าของโรค และแผนการรักษา และประมาณระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล ในขณะที่พยาบาลทำหน้าที่สอนและให้คำปรึกษาด้านทักษะการดูแลเบื้องต้นแก่ญาติ เช่น การให้อาหารทางสายยาง สอนการรับประทานอาหารในรายที่มีปัญหาทางการกลืน และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และ เกสซักร ทำหน้าที่สอนการใส่ยา อันตรายจากการใส่ยา ข้อพึงระวังและข้อสังเกตอาการข้างเคียงจากการใส่ยา เป็นต้น

3.3 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะเสี่ยงและการป้องกันกลับเป็นซ้ำ เตรียมการดูแลตนเองที่บ้าน การเตรียมญาติ/ผู้ดูแลที่บ้าน การให้ความรู้เรื่องการเตรียมสถานที่อยู่อาศัย ใน



รายที่พบปัญหาส่งปรึกษาหนักสังคมสงเคราะห์ในการช่วยเหลือ และการประสานส่งต่อแผนกเวชกรรมสังคมเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันเฉียบพลัน จากการรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันเฉียบพลันได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 56 คน แต่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตและถูกส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิจำนวน 7 คน ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างเพื่อการรายงานผลการวิจัยจำนวน 49 คน ผลการให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือตีบตันพบว่า ระยะเวลาไว้ในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 64.59 คะแนน (SD = 22.77) หรืออยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลางและมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ 79.67 คะแนน (SD = 17.61) หรืออยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองได้ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขณะแรกรับไว้ในความดูแลและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และค่าคะแนนเฉลี่ยความพิการขณะแรกรับไว้ในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพิการเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 คะแนน (SD = 1.50) ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยความพิการก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ 1.61 คะแนน (SD = 1.20) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความพิการขณะแรกรับไว้ในความดูแลและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือตีบตัน ได้แก่ อาการแขนขาอ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรงร่วมกับอาการปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองอุดตัน¹¹ การวิจัยนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนานเกินกว่า 3 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติ เมืองทวิวงศ์ษา และคณะ¹² ที่พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตันส่วนใหญ่มาถึงโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา นับตั้งแต่เกิดอาการ มีระยะเวลานานมากกว่า 4.5 ชั่วโมง ซึ่งมีผลต่อการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลพะเยา เป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งเดียวในพื้นที่ที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันหรือตีบตันได้ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติยังไม่มีความเข้าใจในอาการที่จะต้องเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน และปัญหาด้านการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ประวัติว่ามีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการรายงานของ American Heart Association 2014¹³ ที่รายงานว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้ว ร้อยละ 77 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ปริมาณ HDL ในกระแสเลือดก็ความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน และการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโรคร่วมสูงสุด คือ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง¹⁴

จากผลการวิจัยภายหลังการให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือตีบตัน ที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) สูงกว่าขณะแรกรับไว้ในความดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความพิการตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยมีค่าคะแนนความพิการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยมีความพิการลดลงอย่างเห็นได้ชัดจนสอดคล้องกับการศึกษาของ เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ¹⁵ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ



พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการจำหน่ายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากในแผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นมานั้น มีการรวมทีมสหสาขาในการประเมินผู้ป่วย และการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง มีการประสานงานการดูแลตามหลักเกณฑ์และแนวทางการรักษาที่ชัดเจน สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของไทย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และลักษณะของการเจ็บป่วยจากการศึกษาของ สมนึก สกุลหงส์โสภณ สิริวรรณ อนนต์โชค และกฤษณี โหสกุล¹⁶ ที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพาตโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจะต่ำในช่วงเดือนแรกของความเจ็บป่วย แต่จะดีขึ้นเมื่อระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพและการดูแลที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในโรงพยาบาล สงขลานครินทร์¹⁷ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้าการศึกษาอยู่ในระดับรุนแรงมาก เพราะเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงทำให้ได้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงและซับซ้อนสูง จึงทำให้คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมไม่แตกต่างกันด้วยปัจจัยด้านความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ประเด็นสำคัญของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ คือ รูปแบบและแนวทางของการดูแลต่อเนื่องภายในโรงพยาบาลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่ทำหน้าที่ประสานทีมการดูแล และการติดตามประเมินผลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่วางไว้อย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยพัฒนาและทดสอบที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวเพื่อติดตามความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพิการในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะเวลา 3 หรือ 6 หรือ 12 เดือน เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาคิดเห็น หรือความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้เพื่อใช้สำหรับปรับเปลี่ยนหรือสร้างความเข้าใจ และทัศนคติต่อการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา ที่สนับสนุนในการศึกษารั้งนี้ และขอขอบพระคุณทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันฉับพลันในครั้งนี้ ตลอดจนผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี

References

1. Thorvaldsen P, Asplund K, Kuulasmaa K, Rajakangas AM, Schroll M. Stroke incidence, case fatality and mortality in the WHO MONICA project. *Stroke* 2006; 26(3): 361–367.
2. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics – 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2008;117(4):e25–146.
3. Thai Stroke Society. Stroke situation of Thailand. 2014 [cited 2014 August 10]. Available from : <http://thaistrokesociety.org/purpose>



4. Medical Record and Statistics Phayao Hospital. Statistics of stroke patients, Phayao Hospital, fiscal year 2010–2013. Phayao Hospital; 2014.
5. Demchuk AM, Bal F. Thrombolytic therapy for acute ischemic stroke what can we do to improve outcomes? *Drug* 2012; 72(14): 1833–1845.
6. Schretzman D. Acute ischemic stroke. *Dimensions of critical care nursing* 2001; 20(2):14–21.
7. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DJ, Murray CJL. *Global burden of disease and risk factors*. Washington (DC): World Bank; 2006.
8. Piyabanditkul L. Exploring patient's problems to improve quality of life after stroke in community. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(4):6–14.
9. Suwanwela NC, Eusattasak N, Phanthumjinda K, Piravej K, Locharoenkul C. Combination of acute stroke unit and short-term stroke ward with early supported discharge mortality and complications after acute stroke. *J Med Assoc Thai* 2007; 90(6): 1089–1096.
10. Neurological Institute. Study report for medical services development in tertiary and higher care for stroke patients. Bangkok; 2009.
11. Leelajarus S, Viroonraj J. Stroke: Nursing care and advice. *Journal of Public Health Nursing* 2007; 21(3):80–93.
12. Muengtaweepongsa S, Hungkok W, Harnirattisai T. Poor recognition of prompted treatment seeking even with good knowledge of stroke warning signs contribute to delayed arrival of acute ischemic patients in Thailand. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases* 2014; 23(5):948–952.
13. Go AS, Mozaffarian D, Roger LV, Benjamin JE, Berry J, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics – 2014 update a report from the American Heart Association. *Circulation* 2013;129:e28–e292.
14. Singphoo K, Tiankao S, Ariyanuchikul S, Sangpongsanon S, Kamsa-ard S, Lekbunyasit O, et al. The expenditures of stroke outpatients at Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J* 2009; 24(1):54–59.
15. Piumboriboon K, Pongcharoen C. Development of care model for stroke in Choapraya Yommaraj Hospital at Suphanburi. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 4–21.
16. Sakunhongsophon S, Ananthachock S, Hosakun K. Selected factors, activities of daily living and complications in strokes survivors at home. *Journal of Nursing and Education* 2011; 4(2): 36–52.
17. Juntawises U, Sathirapanya P, Voragul C, Wattanasit Y, Yeesakul C, Sasatranuruk S. The result of the clinical pathway implementation for ischemic stroke patients in Songklanagarind Hospital. *Songkla Med J* 2009; 27(2): 117–129.



The Development of Continuing Care Model for Patients with Acute Ischemic Stroke in Phayao Hospital

Anong Thawon MPH*

Sasivimol Phongninlaaphorn M.N.S.*

Krittapat Fukfon PhD **

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to develop the continuing care model for patients with acute ischemic stroke and to test the developed care model for acute ischemic stroke patients who were admitted in Phayao Hospital, Phayao Province. The participants were 14 multidisciplinary professions and 49 acute ischemic stroke patients admitted in Phayao Hospital during June 2013 to July 2014. The process composed of 3 steps 1) preparation phase with the researcher preparing, reviewing research methodology and data collection, studying basic information of the unit, and coordinating among multidisciplinary team 2) implementation phase included problem identification, planning, acting, monitoring, observing and reflecting and revising and 3) evaluation phase include quantitative and qualitative data collection.

The results showed there were 3 components of the continuing care model for patients with acute ischemic stroke including 1) providing care by multidisciplinary team 2) teaching and counselling model for patients and caregivers and 3) discharge planning model. After implementation of the continuing care model, the study found the average of the Barthel Activity Daily Living (ADL) Index was 64.59 (SD = 22.77) during admission period and the Modified Ranking Scale was 2.27 (SD = 1.50). At the last day of admission, the Barthel ADL Index increased to 19.67 (SD = 17.61) and the Modified Ranking Scale decreased to 1.61 (S.D. 1.20) which was statistically significant difference ($p < 0.05$).

Keywords: continuing care, acute ischemic stroke, Phayao Hospital

*Registered nurse, Phayao Hospital

**Registered nurse, Boromarajonani College of Nursing Phayao