



การพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ทานตะวัน ยมรัตน์ พย.ม.¹ อนุชา ไทวงษ์ ปร.ด.^{2,3}

กัทธ ดานา ปร.ด.² สุจิตรา บุญพันธ์ พย.บ.¹

ภัทรนันท์ บุญแสง พย.บ.¹

(วันรับบทความ : 17 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ : 5 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ : 17 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และประเมินผลการใช้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 ราย และพยาบาลวิชาชีพกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 25 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ (CVI = 0.94) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (CVI = 0.90) แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจ (CVI = 0.92) และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดำเนินวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 - กันยายน พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบที่แบบรายคู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย จากการศึกษาดูแลผู้ป่วยพบว่า มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษา ร้อยละ 30.35 แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจนและไม่เป็นระบบ บุคลากรขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย หลังการพัฒนา เกิดแนวทางการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทหน่วยงาน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร 2) การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะญาติและผู้ดูแล 4) การเตรียมบ้านและอุปกรณ์การแพทย์ และ 5) มีระบบติดตามโดยใช้ระบบสารสนเทศ ผลจากการใช้แนวทางการบริการพยาบาล พบว่า บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) มีการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง (ร้อยละ 87.64) ส่งผลให้คะแนน Barthel Index ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 78.62 มีระดับการพึ่งพาตนเอง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น รวมถึงความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการที่มีแนวทางชัดเจนนี้ส่งผลให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพที่ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง การดูแลระยะกลาง การบริการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย, จังหวัดร้อยเอ็ด

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: anucha@smnc.ac.th โทร: 094-4320505



Development of Nursing Service and Rehabilitation Guidelines for Stroke Patients with Intermediate Care

Tantawan Yommaratb M.N.S.¹ Anucha Taiwong Ph.D.^{2,3}

Kamthorn Dana Ph.D.² Sujitra Boonpan B.N.S.¹

Pattaranan Boonsang B.N.S.¹

(Received Date: March 17, 2025, Revised Date: June 3, 2025, Accepted Date: June 17, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop nursing care and rehabilitation guidelines for intermediate-stage stroke patients at Kasetwisai Hospital, Roi Et Province. The study was comprised of three phases: situation and problem assessment, development of nursing care and rehabilitation guidelines, and evaluation of implementation. The sample consisted of 35 stroke patients and 25 professional nurses and multidisciplinary team members. The research instruments included medical record data forms, focus group discussion guidelines, personal information questionnaires, knowledge assessment forms (CVI = 0.94), nursing practice evaluation forms (CVI = 0.90), quality of life assessment forms, satisfaction assessment forms (CVI = 0.92), and activities of daily living assessment forms. The study was conducted from October 2023 to September 2024. The data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

The situation and problem assessment revealed a re-admission rate of 30.35%, unclear and unsystematic patient care guidelines, and the staff's lack of specialized knowledge and skills in patient care. Following this development, clear nursing care guidelines consistent with the organizational context were developed which were comprised of: 1) staff knowledge and skill development, 2) collaborative care among multidisciplinary professionals, 3) education and skill training for relatives and caregivers, 4) home and medical equipment preparation, and 5) follow-up systems using information technology. Results from the implementation of the nursing care guidelines showed that staff knowledge increased significantly ($p < .001$), with a high-level of guideline adherence (87.64%), which resulted in significantly increased patient Barthel Index scores. Additionally, 78.62% of patients showed reduced dependency levels and improved quality of life, and there was significantly increased satisfaction among both service providers and recipients ($p < .001$). This demonstrates that developing a service system with clear guidelines results in higher quality nursing care and patients receiving appropriate rehabilitation, which leads to improved ability to perform daily activities and a better quality of life.

Keywords: stroke patients, intermediate care, nursing services, rehabilitation, nursing outcomes

¹Registered Nurse, (Professional Level), Kasetwisai Hospital, Roi Et province

²Instructor, Srimahasakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Corresponding Author, E-mail: anucha@smnc.ac.th Tel: 094-4320505



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จากรายงาน พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 7.80 ล้านคน และเสียชีวิต 3.60 ล้านคน และอีกกว่า 5 ล้านคน มีภาวะทุพพลภาพถาวร¹ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประมาณ 172.33 ถึง 328 ต่อประชากร 100,000 คน² ส่วนใหญ่มักเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke)³ และมีอัตราการเสียชีวิตทั่วประเทศระหว่าง พ.ศ. 2562-2564 อยู่ที่ร้อยละ 10.24, 10.35 และ 10.87 ตามลำดับ³ โดยเขตบริการสุขภาพที่ 7 (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 4.86-7.88² นอกจากนี้ยังมีอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 424.51 ต่อประชากรแสนคน โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อรายสูงถึง 37,179 บาท และยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวที่คาดการณ์ประมาณ 43,000-100,000 บาทต่อปี ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาระทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น⁴ ในขณะเดียวกันประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ซึ่งถือเป็นอีกปัจจัยสำคัญส่งผลให้มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคและการดำเนินชีวิตที่ทำให้มีความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) ที่เพิ่มขึ้นด้วย^{5,6} เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ผู้ป่วยมักประสบกับปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน โดยอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการเคลื่อนไหว ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้มและการติดเชื้อในปอด ปัญหาด้านการสื่อสาร ทั้งการพูดและการเข้าใจภาษา รวมถึงความผิดปกติของการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น อัมพาต ความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การสูญเสียความสามารถ และปัญหาการประสานงานของระบบประสาท ในผู้ป่วยรายที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดภาวะทุพพลภาพถาวรตามมา ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและต้องพึ่งพาผู้อื่น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาประมาณ 1-6 เดือนหลังเกิดโรค จึงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ต้องการการบูรณาการความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมทั้งการรักษาทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนทางจิตใจ และการเตรียมความพร้อมสำหรับการกลับสู่ชุมชน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาทองที่สำคัญสำหรับการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสมองยังคงมีความยืดหยุ่นในการปรับตัวและสร้างเส้นทางประสาทใหม่ เพื่อให้ร่างกายสามารถฟื้นตัวได้อย่างเต็มศักยภาพ และผู้ป่วยสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งลดภาระของครอบครัวและสังคม⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง (Intermediate care) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นในระยะ 2-6 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านคลินิกของผู้ป่วยได้⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าการฟื้นฟูแบบสหสาขาวิชาชีพที่ต่อเนื่องสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL) ได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸ และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ⁹ ได้แก่ 1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) การฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการทรงตัว 3) การฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสาร 4) การฟื้นฟูการกลืน และ 5) การสนับสนุนด้านจิตสังคม โดยการดูแลระยะกลางที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมีผู้รับผิดชอบหลักซึ่งมีบทบาทหลักในการประสานงานการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ มีการเพิ่มความเข้มข้นของกระบวนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปที่บ้านร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวออกแบบแผนการดูแลที่เฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย และมีการกำกับติดตามผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเหล่านี้ช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้¹⁰ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เน้นการพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาล มีการบริหารจัดการความพร้อมของทรัพยากร การสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และมีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ สามารถลดวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน^{11,12} ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี



จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบช่องว่างขององค์ความรู้และการปฏิบัติที่สำคัญหลายประการ จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 41, 76 และ 109 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้ เกิดภาวะแทรกซ้อน ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3 ราย (ติดเชืทางเดินปัสสาวะ 1 ราย และปอดอักเสบ 2 ราย) และปี 2566 จำนวน 4 ราย (ติดเชืทางเดินปัสสาวะ 2 ราย ปอดอักเสบ 1 ราย และสำลักอาหาร 1 ราย) มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 8, 6 และ 2 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย และพบว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะกลางยังขาดแนวทางที่เป็นระบบทำให้ผลลัพธ์การดูแลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีความครอบคลุม เป็นองค์รวม และมีความต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และการเชื่อมโยงระบบบริการตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งจะช่วย เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การลดภาระด้านโรค เศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเพื่อหาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอาศัยแนวคิดและทฤษฎีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมการประเมินและคัดกรอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูด้านต่าง ๆ การสนับสนุนด้านจิตสังคม การเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานงานในระบบบริการ โดยมีผลลัพธ์ที่คาดหวังแบ่งเป็น 1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในการเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ 2) ผลลัพธ์ด้านระบบบริการในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล การเข้าถึงบริการฟื้นฟู และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และปัญหา การพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และการประเมินผลการใช้แนวทาง ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด



วิธีการศึกษา ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยการผสมผสานระหว่างวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง โดยจะเน้นการเก็บข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรคและความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากบุคลากรที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 10 คน

2. เวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือนหลังเกิดโรค) ที่รับบริการในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ย้อนหลัง 1-2 ปี โดยคัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 10 ตัวอย่าง

เครื่องมือ คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน (Medical record form) ที่มีเนื้อหาครอบคลุมข้อมูลประวัติ การเจ็บป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์ทางคลินิก 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) เพื่อสนทนากลุ่มกับบุคลากรผู้ให้บริการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ประเด็นการสนทนาเกี่ยวกับ กระบวนการทำงาน การให้บริการผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขและโอกาสในการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลจากเวชระเบียนวิเคราะห์อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และอัตราการเสียชีวิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่และร้อยละ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยการถอดเทป บันทึกเสียงจากการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ (Verbatim) และทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ช่วงเดือน มกราคม พ.ศ. 2567

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา การศึกษาในระยะนี้ใช้กรอบแนวคิดของวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Quality and Safety) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว แลทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักกายภาพบำบัด 4 คน นักโภชนาการ 2 คน และแพทย์แผนไทย 3 คน รวมทั้งหมด 25 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล

ขั้นตอนการพัฒนา

1. การเตรียมการ (Preparation phase) ประกอบด้วย

1) การจัดตั้งคณะทำงาน กำหนดโครงสร้างทีมงาน บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานอย่างเป็นทางการ โดยได้รับการรับรองจากผู้บริหารโรงพยาบาล และจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ แผนการดำเนินงานให้ทุกคนทราบ

2) การทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) โดยทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจากองค์วิชาชีพชั้นนำทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย¹³ 2) Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation ของ American Heart Association/American Stroke Association¹⁴ 3) Post-Stroke Rehabilitation Guidelines ของ Australian Stroke Foundation¹⁵ ร่วมกับการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจากฐานข้อมูลวิชาการ

3) การสรุปผลการศึกษาระยะที่ 1 โดยวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่พบจากการศึกษาในระยะที่ 1 จัดทำรายงานสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา และเตรียมนำเสนอข้อมูลให้แก่คณะทำงานเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทาง



2. การพัฒนาร่างแนวทาง (Guideline development phase) มีรายละเอียด ดังนี้

Workshop	วัตถุประสงค์	ผู้เข้าร่วม	กิจกรรม
จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 (สป. 1 เดือนมกราคม 2567)	เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์และ กำหนดประเด็น สำคัญใน การพัฒนา	ทีมสหวิชาชีพ	- นำเสนอผลการศึกษาระยะที่ 1 เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาการบริการ พยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง - นำเสนอสรุปแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง - ใช้เทคนิค Gap analysis วิเคราะห์ช่องว่างระหว่างการปฏิบัติในปัจจุบันกับ แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ - ร่วมกันกำหนดประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา (Key improvement areas)
จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 (สป. 4 เดือนมกราคม 2567)	เพื่อกำหนด ขอบเขตและ องค์ประกอบ ของแนวทาง	ทีมสหวิชาชีพ	- กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแนวทาง - กำหนดขอบเขตของแนวทาง (Scope) และกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้แนวทาง - กำหนดคำนิยามและคำจำกัดความที่สำคัญ เช่น "ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลาง" "การฟื้นฟูสมรรถภาพ" และ "การบริการพยาบาล" - มอบหมายผู้รับผิดชอบในการร่างเนื้อหาแต่ละส่วน ประกอบด้วย (1) การประเมินผู้ป่วยและการวางแผนการดูแล (2) การพยาบาลและ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (3) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย (4) การฟื้นฟูด้านการสื่อสารความหมายและการกลืน (5) การดูแลด้านจิตสังคม และการสนับสนุนครอบครัว (6) การให้ความรู้และเตรียมจำหน่าย และ (7) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3. การตรวจสอบคุณภาพของแนวทาง (Guideline validation phase) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการ พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คือ ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความชัดเจนและความเข้าใจง่าย ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากนั้นคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ > 0.80

4. การทดลองนำร่อง (Pilot study) โดยจัดอบรมเตรียมความพร้อมบุคลากรครอบคลุมเนื้อหาภาพรวมและองค์ประกอบ ของแนวทาง วิธีการใช้แนวทางในสถานการณ์ต่างๆ การบันทึกข้อมูลและการประเมินผล การแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และผู้วิจัยมีระบบ สนับสนุนการใช้แนวทางฯ โดยการให้คำปรึกษาและพี่เลี้ยง มีช่องทางการสื่อสารและแก้ไขปัญหาผ่านกลุ่มไลน์ และโทรศัพท์

ระยะเวลา 2 เดือน (ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2567)

สถานที่ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเกษรวิสัย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 5 ราย

กิจกรรม นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย มีการประชุมทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามการดำเนินงาน บันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการนำแนวทางไปใช้ การให้ข้อเสนอแนะจากผู้ใช้นำทาง ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกเบื้องต้น คือ การเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และดำเนินการปรับปรุง เนื้อหาและรูปแบบของแนวทางตามผลการทดลองนำร่อง เกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติให้มีความชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวทาง ระหว่างเดือน เมษายน - กันยายน 2567

วิธีการศึกษา ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) โดยศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ทั้งในด้านกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ทางคลินิก



กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้บริการ คือทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักกายภาพบำบัด 4 คน นักโภชนาการ 2 คน และแพทย์แผนไทย 3 คน รวมทั้งหมด 25 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยอย่างน้อย 6 เดือน มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีแผนจะลาศึกษาต่อหรือโอนย้ายในช่วงระยะเวลาการวิจัย และไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการใช้แนวทางได้

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบ Paired t-test ค่า Effect size = 0.50 (ขนาดผลกระทบระดับปานกลาง) ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 35 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ คือ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10: I60-I69) โดยแพทย์ อยู่ในระยะกลางของโรค (2 สัปดาห์ถึง 6 เดือนหลังเกิดโรค) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้สึกตัวดี (Glasgow Coma Score: GCS = 15 คะแนน) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ หรือมีผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลได้ มีสัญญาณชีพคงที่และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน มีความบกพร่องด้านการรับรู้และการสื่อสารระดับรุนแรงที่ไม่สามารถทำการประเมินได้ และมีโรคร่วมรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลวระดับรุนแรง และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย (Discontinuation criteria) คือ ผู้ป่วยขอลอนตัวจากการวิจัย ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดติดตามการรักษาได้ 2 ครั้งติดต่อกัน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ดูแล รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบทดสอบความรู้แบบเลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 30 ข้อ เนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การประเมินอาการ การพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว การแปลผล คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดย คะแนน 24-30 ($\geq$ ร้อยละ 80) แปลว่าระดับความรู้ดี คะแนน 18-23 (ร้อยละ 60-79) แปลว่าระดับความรู้ปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 18 ($<$ ร้อยละ 60) แปลว่าระดับความรู้ต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ซึ่งประเมินโดยผู้วิจัย เป็นการประเมินการปฏิบัติตามขั้นตอนในแนวทาง ประกอบด้วยรายการกิจกรรมตามแนวทางในแต่ละด้าน ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย แกร็บ การวางแผนการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การประเมินผลและการติดตาม และการให้ความรู้และการเตรียมจำหน่าย การแปลผล บันทึกการปฏิบัติเป็น "ปฏิบัติ" หรือ "ไม่ปฏิบัติ" และคำนวณร้อยละของการปฏิบัติ โดยร้อยละ 80 ขึ้นไป แปลว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางดี และน้อยกว่าร้อยละ 80 แปลว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางต้องปรับปรุง



ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QOL ฉบับภาษาไทย) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 49 ข้อ ครอบคลุม 12 ด้าน ได้แก่ พลังงาน บทบาทในครอบครัว ภาษา การเคลื่อนไหว อารมณ์ บุคลิกภาพ การดูแลตนเอง สังคม ความคิด หน้าที่การงาน การมองเห็น และการใช้มือ การแปลผล คะแนนเต็ม 245 คะแนน (คะแนนยิ่งสูงยิ่งแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี) ถ้าคะแนนน้อยกว่า 122.50 แปลว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 122.5-183.7 แปลว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่า 183.70 แปลว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเนื้อหาครอบคลุมความชัดเจนและความเข้าใจง่ายของแนวทาง ความเหมาะสมของขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ ความสะดวกในการนำไปใช้ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้นโยบาย และความเป็นไปได้ในการใช้นโยบายอย่างต่อเนื่อง การแปลผล โดยคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 = ความพึงพอใจระดับมากที่สุด 3.51-4.50 = ระดับมาก 2.51-3.50 = ระดับปานกลาง 1.51-2.50 = ระดับน้อย และ 1.00-1.50 = ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการได้รับบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ มีเนื้อหาครอบคลุม การให้บริการของบุคลากร ข้อมูลและการสื่อสาร กระบวนการดูแล และฟื้นฟูสภาพ สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก การแปลผล เช่นเดียวกับแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) แบบประเมินมาตรฐานที่ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดิน การขึ้นลงบันได และการเดินขึ้นลงบันได คะแนนเต็ม 100 คะแนน การแปลผล โดย 0-20 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด 21-60 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นมาก 61-90 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง 91-99 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย และ 100 คะแนน = ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Independence)

นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ คือ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง และแบบประเมินความพึงพอใจให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94, 0.90 และ 0.92 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 10 ราย สำหรับแบบประเมินความรู้ วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR 20) ได้ 0.70 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางวิเคราะห์ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินความเชื่อมั่น (Inter-Rater Reliability) ได้เท่ากับ 0.84 และแบบประเมินความพึงพอใจวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83 (บุคลากร) และ 0.78 (ผู้ป่วยและญาติ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางในแต่ละขั้นตอนและภาพรวม และเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้นโยบายโดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 2162566 ลงวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ยินดียใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจะลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อแผนการรักษาที่ได้รับข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพ



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การปัญหาและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 10 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 65.35 ปี (S.D. = 8.71) มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 80.25) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 50.74) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 40.61) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) ร้อยละ 70 และชนิดเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ร้อยละ 30 มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.65 วัน (S.D. = 3.24) และพบว่ามียาติดการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันร้อยละ 30.35 โดยสาเหตุจากภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 10.14) ปอดอักเสบ (ร้อยละ 10.35) และความดันโลหิตสูงมากจนควบคุมไม่ได้ที่บ้าน (ร้อยละ 10.41) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30.74 มีปัญหาการกลืนลำบากและปัญหาการสื่อสาร

จากการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล สามารถสรุปประเด็นสำคัญแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการประสานงาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางยังขาดแนวทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพว่า "เรายังไม่มีแนวทางเฉพาะในการดูแลคนไข้โรคระยะกลาง ส่วนใหญ่ดูแลตามอาการแล้วแต่แพทย์จะสั่ง ทำให้การดูแลไม่ค่อยต่อเนื่อง" (ผู้ให้ข้อมูล N1) นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากไม่มีการประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และการสื่อสารระหว่างวิชาชีพยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (2) ด้านบุคลากรและทรัพยากรขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะนักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสภาพ นักกายภาพบำบัดกล่าวว่า "เราทำงานหนักมาก ดูแลคนไข้หลายประเภท ไม่ใช่แค่โรคใดโรคหนึ่ง บางทีคนไข้เยอะต้องเร่งให้ทันเวลา ทำให้การฟื้นฟูคนไข้โรคใดโรคหนึ่งได้เต็มที่เท่าที่ควร" (ผู้ให้ข้อมูล P1) ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือในการฟื้นฟูสภาพยังไม่เพียงพอและขาดความทันสมัย ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าต้องใช้อุปกรณ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยหลายประเภท ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ (3) ด้านความรู้และทักษะของบุคลากร บุคลากรส่วนใหญ่ยอมรับว่า ยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูการกลืน การฟื้นฟูการพูด และการจัดการกับภาวะเกร็งของกล้ามเนื้อ และ (4) ด้านระบบการติดตามและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังไม่เป็นระบบ และขาดการประสานงานที่ดีกับหน่วยบริการในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผลการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติทางคลินิกจากมาตรฐานและแนวทางขององค์กรวิชาชีพ พบองค์ประกอบสำคัญในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย

องค์ประกอบ	กิจกรรม
1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ (Initial assessment)	-การประเมินสภาพร่างกายแบบองค์รวม, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index), การทรงตัวและการเคลื่อนไหว, การสื่อความหมายและการกลืน, ด้านจิตสังคมและภาวะซึมเศร้า และความต้องการและความพร้อมของครอบครัว
2. การวางแผนการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ (Care planning)	-การประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแล, กำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว, จัดทำแผนการฟื้นฟูสภาพเฉพาะราย และกำหนดระยะเวลาและตัวชี้วัดความสำเร็จ
3. การปฏิบัติการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ (Nursing care and Rehabilitation)	-การฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหว, ฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ฟื้นฟูด้านการสื่อความหมายและการกลืน, ป้องกันภาวะแทรกซ้อน (แผลกดทับ ข้อติด ปอดอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ), การดูแลด้านโภชนาการ และการดูแลด้านจิตสังคมและการจัดการความเครียด
4. การประเมินผลและการติดตาม (Evaluation and Monitoring)	-ประเมินความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง, ปรับแผนการดูแลตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย, บันทึกผลการประเมินและการดูแลอย่างเป็นระบบ และติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
5. การให้ความรู้และการเตรียมจำหน่าย (Education and Discharge planning)	-ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง, ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล, เตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน และวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว



องค์ประกอบ	กิจกรรม
6. การดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อในชุมชน (Continuity of care and Community referral)	-ส่งต่อข้อมูลให้หน่วยบริการปฐมภูมิ, สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, การติดตามเยี่ยมบ้าน และการประสานงานกับชุมชน
7. การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ (Management and Quality improvement)	-โครงสร้างและบทบาทของทีมนสหวิชาชีพ, การพัฒนาศักยภาพบุคลากร, การจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม และการติดตามประเมินผลคุณภาพการดูแล

ผลการทดลองนำร่อง พบร้อยละของกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทาง ร้อยละ 78.56 กิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การฟื้นฟูด้านการสื่อความหมายและการกลืน ร้อยละ 65.74 พบปัญหาและอุปสรรคภาระงานมากทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ครบถ้วน แบบฟอร์มการบันทึกมีความซับซ้อนและใช้เวลานาน จากนั้นมีการปรับปรุงแนวทาง โดยปรับลดความซับซ้อนของแบบฟอร์มการประเมินและการบันทึก เพิ่มแนวทางสำหรับพยาบาลในการคัดกรอง การบริการและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น พัฒนาแนวทางการส่งต่อและการดูแลแบบออนไลน์ และจัดทำคู่มือฉบับย่อสำหรับการปฏิบัติงานประจำวัน ซึ่งผลสรุปการพัฒนาประกอบด้วย 5 Activity of model (Knowledge- Active team working- Skill of caring- Environment and Equipment – Tele-nursing (KASET) model) ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร (Knowledge) 2) การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Active team working) 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะญาติและผู้ดูแล (Skill of caring) 4) การเตรียมบ้านและอุปกรณ์การแพทย์ (Environment and Equipment) และ 5) มีระบบติดตามโดยใช้ระบบสารสนเทศ (Tele-nursing)

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=35) และบุคลากรผู้ให้บริการ (n=25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 35)			บุคลากรผู้ให้บริการ (n = 25)		
เพศ			เพศ		
ชาย	25	71.43	ชาย	2	8
หญิง	10	28.57	หญิง	23	92
ช่วงอายุ (ปี)			ช่วงอายุ (ปี)		
< 60 ปี	5	14.29	20-30 ปี	17	68
60 – 70 ปี	26	74.29	31-40 ปี	5	20
> 70 ปี	4	11.42	41-50 ปี	3	12
Mean = 64.8, S.D. = 6.82, Min = 53, Max=76			Mean = 29.04, S.D. = 6.61, Min = 24, Max = 45		
อาชีพ			การประกอบวิชาชีพ		
เกษตรกรรม	22	62.86	แพทย์	2	8
รับจ้าง	7	20	พยาบาลวิชาชีพ	14	56
ค้าขาย	4	11.43	นักกายภาพบำบัด	4	16
รับราชการ	2	5.71	แพทย์แผนไทย	3	12
ระดับการศึกษา			นักโภชนาการ	2	8
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	8.57	ประสบการณ์การทำงาน		
ประถมศึกษา	27	77.14	< 5 ปี	12	48
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	8.58	5-10 ปี	8	32
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	5.71	11-20 ปี	3	12



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/บาท			> 20 ปี	2	8
≤ 1,500	25	71.43	Mean = 4.64, S.D. = 1.57, Min = 2, Max = 22		
> 1,500	10	28.57			
โรคประจำตัว					
โรคความดันโลหิตสูง	22	62.86			
โรคเบาหวาน	8	22.86			
โรคหัวใจ	1	2.85			
โรคไตเรื้อรัง	4	11.43			
ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
1-2 วัน	14	40			
3-4 วัน	12	34.29			
5-6 วัน	3	8.57			
7-8 วัน	5	14.29			
9-10 วัน	1	2.85			

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.43) อายุเฉลี่ย 64.8 ปี (S.D. = 6.82) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.14) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 62.86) มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.86) เบาหวาน (ร้อยละ 22.86) ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ร้อยละ 85.71) สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ มีจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 92) มีช่วงอายุที่ 20-30 ปี มีอายุเฉลี่ย 29.04 ปี (S.D. = 6.61) เป็นพยาบาลวิชาชีพ 14 คน (ร้อยละ 56) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 4.64 ปี (S.D. = 1.57)

3.2 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการให้บริการ ผลลัพธ์ทางคลินิกและด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลพบว่าการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติพาราเมตริก ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวทางบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษรวิสัย

ตัวแปร	ก่อนใช้ (Mean ± S.D.)	หลังใช้ (Mean ± S.D.)	Mean difference (95% CI)	t	p-value
บุคลากรผู้ให้บริการ					
1. คะแนนความรู้	19.52 ± 4.21	26.35 ± 3.12	6.82 (5.30, 8.34)	9.47	<.001*
2. คะแนนความพึงพอใจ	3.25 ± 0.68	4.38 ± 0.45	1.13 (0.89, 1.37)	9.78	<.001*
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
1. Barthel Index (คะแนนเต็ม 100)	45.31 ± 18.70	72.85 ± 15.42	27.52 (23.11, 31.94)	12.73	<.001*
2. SS-QOL (คะแนนเต็ม 245)	110.52 ± 25.61	168.30 ± 22.91	57.84 (48.91, 66.72)	13.22	<.001*
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย (คะแนนเต็ม 5)	3.48 ± 0.72	4.56 ± 0.38	1.08 (0.87, 1.29)	10.44	<.001*

*ระดับนัยสำคัญที่ .05



โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการให้บริการ พบผลการศึกษา ดังนี้ 1) ความรู้ของบุคลากร คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 19.52 ± 4.21 คะแนน เป็น 26.35 ± 3.12 คะแนน ($p < .001$) โดยพบว่าบุคลากรที่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 84 2) การปฏิบัติตามแนวทางฯ อัตราการปฏิบัติตามแนวทางโดยรวมร้อยละ 87.64 โดยพบว่าขั้นตอนที่ปฏิบัติได้มากที่สุด คือ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ (ร้อยละ 94.21) และขั้นตอนที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การฟื้นฟูด้านการกลืน (ร้อยละ 76.85) และ 3) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.25 ± 0.68 คะแนน เป็น 4.38 ± 0.45 คะแนน ($p < .001$) โดยความพึงพอใจสูงสุดในด้านความชัดเจนของแนวทาง (4.65 ± 0.33 คะแนน) (2) ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 45.31 ± 18.70 คะแนน เป็น 72.85 ± 15.42 คะแนน ($p < .001$) ผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาตนเองอย่างน้อย 1 ระดับคิดเป็นร้อยละ 78.62 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คะแนน SS-QOL เพิ่มขึ้นจาก 110.52 ± 25.61 คะแนน เป็น 168.30 ± 22.91 คะแนน ($p < .001$) โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ ด้านการเคลื่อนไหว (เพิ่มขึ้นร้อยละ 62.41) และด้านการดูแลตนเอง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 59.74) และ 3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นจาก 3.48 ± 0.72 คะแนน เป็น 4.56 ± 0.38 คะแนน ($p < .001$) โดยความพึงพอใจสูงสุดในด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร (4.72 ± 0.33 คะแนน) และด้านการให้บริการของบุคลากร (4.68 ± 0.35 คะแนน)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่โรงพยาบาลเกษรวิสัย ซึ่งบ่งบอกให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันที่สูงถึงร้อยละ 30.35 ซึ่งมีสาเหตุหลักจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและปอดอักเสบ ปัญหาสำคัญที่พบคือการขาดแนวทางการดูแลที่ชัดเจนและเป็นระบบ การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ไม่มีประสิทธิภาพ ข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง นอกจากนี้ บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายและการประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่เป็นระบบเพียงพอ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำสูง ประเด็นเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การพัฒนาแนวทางบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีองค์ประกอบครอบคลุมในประเด็นสำคัญ ตั้งแต่การประเมินแรกรับจนถึงการบริหารจัดการคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศทางคลินิก จากมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพต่าง ๆ¹³⁻¹⁵ อย่างไรก็ตาม ผลการทดลองนำร่องพบว่าการปฏิบัติตามแนวทางได้เพียงร้อยละ 78.56 โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือการฟื้นฟูด้านการสื่อความหมายและการกลืน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการนำแนวทางไปปฏิบัติจริง¹⁶ อันเนื่องมาจากภาระงานที่มาก และความซับซ้อนของแบบฟอร์มการบันทึกที่ใช้เวลานาน ยากต่อการบันทึก¹⁷ สิ่งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มักประสบปัญหาด้านภาระงานและความซับซ้อนของเอกสาร นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนแนวทาง โดยการลดความซับซ้อนของแบบฟอร์ม เพิ่มแนวทางคัดกรองและช่วยเหลือเบื้องต้น พัฒนาระบบส่งต่อและการดูแลแบบออนไลน์ และจัดทำคู่มือฉบับย่อ ผลการพัฒนา KASET model ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร (Knowledge) 2) การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Active team working) 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะญาติและผู้ดูแล (Skill of caring) 4) การเตรียมบ้านและอุปกรณ์การแพทย์ (Environment and Equipment) และ 5) มีระบบติดตามโดยใช้ระบบสารสนเทศ (Tele nursing) ผลการพัฒนาครั้งนี้แสดงถึงการพัฒนาที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาที่พบจากการทดลองนำร่อง การปรับเปลี่ยนดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (PDCA) ที่เน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นบนพื้นฐานของข้อมูลจริงจากการปฏิบัติงาน¹⁸ ทั้งนี้การพัฒนากระบวนการส่งต่อและติดตามออนไลน์สอดคล้องกับแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้นรายงานว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล¹⁹ และลดภาระงานของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญ



ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ชัดเจนของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ทางคลินิก กล่าวคือ บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยเฉพาะสัดส่วนของบุคลากรที่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง แม้ว่าจะพบประเด็นที่ควรต่อยอดในการพัฒนาบางอย่าง เช่น การฟื้นฟูด้านการกลืนที่มีอัตราการปฏิบัติต่ำที่สุดส่วนในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการพึ่งพาตนเอง ที่น่าสนใจคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมาก ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนน Barthel Index นอกจากนี้ ระดับความพึงพอใจทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เป็นระบบไม่เพียงส่งผลต่อความสามารถทางคลินิกของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อมิติด้านอารมณ์และความรู้สึกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดอีกด้วย²⁰ ผลลัพธ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการที่มีแนวทางชัดเจนสามารถส่งผลกระทบในวงกว้างต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย มีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันสูงถึงร้อยละ 30.35 จากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพครอบคลุม 5 องค์ประกอบสำคัญหรือเรียกว่า KASET model ซึ่งประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร (Knowledge) 2) การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Active team working) 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะญาติและผู้ดูแล (Skill of caring) 4) การเตรียมบ้านและอุปกรณ์การแพทย์ (Environment and Equipment) และ 5) มีระบบติดตามโดยใช้ระบบสารสนเทศ (Tele nursing) แม้เริ่มต้นปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 78.56 ได้รับการปรับปรุงโดยลดความซับซ้อนของแบบฟอร์ม พัฒนาแนวทางคัดกรอง ระบบส่งต่อและดูแลแบบออนไลน์ และคู่มือฉบับย่อ ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยสัดส่วนผู้มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 84 และมีการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง (ร้อยละ 87.64) ส่งผลให้คะแนน Barthel Index ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยร้อยละ 78.62 มีระดับการพึ่งพาตนเอง คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น รวมถึงความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการที่มีแนวทางชัดเจนนี้ส่งผลให้การบริการพยาบาลเกิดคุณภาพที่ดี

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในบริบทอื่น ๆ ที่มีทรัพยากรและบุคลากรแตกต่างกัน ระยะเวลาในการติดตามผลการพัฒนาค่อนข้างสั้น ทำให้ยังไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้ โดยเฉพาะอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากพ้นระยะการติดตาม นอกจากนี้ แม้ว่าการพัฒนา KASET model จะช่วยปรับปรุงการปฏิบัติตามแนวทางได้มากขึ้น แต่ยังพบว่กิจกรรมบางประเภท เช่น การฟื้นฟูด้านการกลืน มีอัตราการปฏิบัติค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านทักษะเฉพาะทางของบุคลากรที่ยังต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนสำหรับกลุ่มที่มีความรุนแรงสูงหรือค่า Barthel Index (BI) ต่ำมาก ควรพิจารณาวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการฟื้นฟู การกลืนและการสื่อสารความหมาย เพื่อการดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุม และควรขยายระยะเวลาการศึกษาติดตามผลการใช้ KASET model ในระยะยาว โดยเฉพาะการประเมินความยั่งยืนของการลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ และศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายผลรูปแบบการดูแลไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน



References

1. Zhu W, He X, Huang D, Jiang Y, Hong W, Ke S, et al. Global and regional burden of ischemic stroke disease from 1990 to 2021: an age-period-cohort analysis. *Translational stroke research*. [Internet]. 2024 [Cited 2024 Oct 21]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/386406368_Global_and_regional_burden_of_ischemic_stroke_disease_from_1990_to_2021_an_age-period-cohort_analysis
2. Tiamkao S, Ienghong K, Cheung LW, Celebi I, Suzuki T, Apiratwarakul K. Stroke incidence, rate of thrombolytic therapy, mortality in Thailand from 2009 to 2021. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2022;10(E): 110–5. doi:10.3889/oamjms.2022.8051
3. Taweephon T, Saksit P, Hiransuthikul A, Vorasayan P, Akarathanawat W, Chutinet A. Incidence of recurrent ischemic stroke and its associated factors in a tertiary care center in Thailand: a retrospective cohort study. *BMC Neurology*. 2024;24: 152. doi:10.1186/s12883-024-03640-0
4. Kumluang S, Wu O, Langhorne P, Geue C. Stroke resource utilisation and all-cause mortality in Thailand 2017–2020: a retrospective, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023;13: e072259. doi:10.1136/bmjopen-2023-072259
5. Wongrostrai Y, Chiangkhong A, Suwanwong C, Khunakorncharatphong A. Lifestyle and occupational factors associated with recurrent stroke among working-age adults in urban areas of Thailand. *F1000Research*. [Internet]. 2024 [Cited 2024 Nov 12]. Available from: <https://f1000research.com/articles/13-1445>
6. Chantkran W, Chaisakul J, Rangsin R, Mungthin M, Sakboonyarat B. Prevalence of and factors associated with stroke in hypertensive patients in Thailand from 2014 to 2018: a nationwide cross-sectional study. *Scientific Reports*. [Internet]. 2021 [Cited 2024 Nov 25]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8413271/pdf/41598_2021_Article_96878.pdf
7. Thiengtham S, Chiang-Hanisko L, D’Avolio D, Sritanyarat W. Experience of transitional care among Thai-Isan older stroke survivors and their family caregivers. *Qualitative Health Research*. 2024;34(12):1191-202. doi: 10.1177/10497323241232937
8. Liu B, Cai J, Zhou L. Effectiveness of integrated care models for stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship*. 2024;57(2):266-97. doi: 10.1111/jnu.13027
9. Saragih ID, Everard G, Saragih IS, Lee B.-O. The beneficial effects of transitional care for patients with stroke: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2024;80:789–806. doi: 10.1111/jan.15850
10. Septianingrum Y, Nurjanah S, Nursalam N. Can transitional care decrease readmission in stroke patients?. *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan*. 2022;11(2):261-74. doi:10.36720/nhjk.v11i2.434
11. Siriprapapol S, Panprasert S, Didsaprae S. Development of a care system for hemorrhagic stroke patients from hypertension at Somdetphraphutthaloetla Hospital, Thailand. *Journal of Health Science*. 2022; 31(2): s353-64. (in Thai)



12. Kumthornthip W, Tassatarn S, Chotiyarnwong C. Does early rehabilitation admission improve functional outcomes of stroke patients after a short hospital stay? A Thai retrospective study on 596 patients. *Journal of The Medical Association of Thailand*. 2024;107:1013-20.
doi:10.35755/jmedassocthai.2024.12.1013-1020-00664
13. Thai Rehabilitation Medicine Association. Development of care for patients in the rehabilitation period (Subacute Rehabilitation) and extract lessons learned from operations under the Ministry of Public Health [Internet]. 2018 [Cited 2024 Oct 05]. Available from: <https://www.rehabmed.or.th/files/book.pdf>
14. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR. American Heart Association Stroke Council, 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.V.
doi: 10.1161/STR.0000000000000098
15. Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management. Melbourne, Victoria. [Internet]. 2022 [Cited 2024 Oct 05]. Available from: <https://strokefoundation.org.au/media/sqfevyko/stroke-rehabilitation-framework-2022-update-final.pdf>
16. Lens C, Demeestere J, Casolla B, Christensen H, Fischer U, Kelly P, et al. From guidelines to clinical practice in care for ischaemic stroke patients: a systematic review and expert opinion. *European Journal of Neurology*. 2024;31(12):e16417. doi:10.1111/ene.16417
17. Berenspöhler S, Minnerup J, Dugas M, Varghese J. Common data elements for meaningful stroke documentation in routine care and clinical research: retrospective data analysis. *JMIR Medical Informatics*. 2021;9(10): e27396. doi:10.2196/27396
18. Hansen D, den Hartog SJ, van Leeuwen N, Boiten J, Dinkelaar W, van Doormaal PJ, et al. Quality improvement intervention for reducing acute treatment times in ischemic stroke: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Neurology*. 2025;82(2):160–7. doi: 10.1001/jamaneurol.2024.4304.
19. Verma A, Towfighi A, Brown A, Abhat a. Casillas A. Moving towards equity with digital health innovations for stroke care. *Stroke*. 2022;53(3):689–97. doi:10.1161/STROKEAHA.121.035307
20. Sukmawati T, Ramadania, Pebrianti W. Enhancing patient satisfaction by healthcare service providers: a systematic literature review. *Asian Journal of Economics, Business and Accounting*. 2024;24(12):342–56. doi: 10.9734/ajeba/2024/v24i121613