

ชื่อวิจัย การพัฒนาระบบวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก ภายใต้บริบทโรงพยาบาลนาเชือก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกนกวรรณ วิเศษดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และ
นางสาวมัลลิกา ภิรมย์บุญ นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกตามหลัก CD-METHOD สำหรับโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ (Stroke IMC Care Team Network) จำนวน 15 คน มีจำนวนผู้ป่วย 30 ราย การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนา 3) ระยะประเมินผล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยหลอดเลือดในสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการพรรณนา และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและการช่วยเหลือของผู้ดูแลที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า ระยะพัฒนาได้มีการค้นพบปัญหาที่ต้องพัฒนาเพิ่มมากขึ้นจึงเกิดวงล้อการพัฒนาที่ 2 เพิ่มขึ้น จากการสะท้อนปัญหาดังกล่าวเกิดเป็น การพัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านตามหลัก “CD-METHOD” เพิ่มขึ้นให้ครอบคลุมปัญหาและแก้ไขได้อย่างตรงประเด็นของผู้ป่วยในแต่ละคน ตั้งแต่แรก รับวินิจฉัยความต้องการ, ประเมินผลลัพธ์ร่วมกันวางแผนติดตามสอน, แนะนำปฏิบัติ, จำหน่ายฝึกทักษะ, ประสานงานลงสู่ชุมชน และ empower ผู้ป่วยและญาติ ผลลัพธ์ที่ได้พบว่าบุคลากรมีการเข้าร่วมอบรมพัฒนาความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 7.27 เพิ่มเป็นร้อยละ 12.72 และมีแนวทางคุณภาพการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ ในการกลับเตรียมตัวกลับไปอยู่ที่บ้านหลังจาก ออกจากโรงพยาบาลตามหลัก CD-METHOD ร้อยละ 96.56 ผู้ป่วยและญาติไม่ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างเพียงพอ ร้อยละผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง readmit ภายใน 28 วันหลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านร้อยละ 3 ลดลงจาก ร้อยละ 14 และน้อยกว่าร้อยละ 10 ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกไปอยู่ที่บ้านในช่วง 1 เดือนหลังกลับบ้านลดลงเป็นร้อยละ 2.56 จากร้อยละ 12.52 เป็นเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือน้อยกว่าร้อยละ 10

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากระบวนการดูแลสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกที่พัฒนาขึ้น สามารถใช้ได้จริงง่ายต่อการปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยลงได้ ลดการ readmit ภายใน 28 วันหลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ ในการกลับเตรียมตัวกลับไปอยู่ที่บ้านหลังจาก ออกจากโรงพยาบาลและสามารถต่อยอดเพื่อการพัฒนาในโอกาสต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลาง, ภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก, หลัก D-METHOD

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย¹⁰ มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและวิกฤต หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่และเหมาะสม จะส่งผลต่อชีวิตและความพิการ อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง สร้างภาระให้ครอบครัวและชุมชน ส่งผลกระทบหลายด้าน รวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมที่ประเมินค่าไม่ได้ซึ่ง ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ ปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์วัยผู้สูงอายุที่ร่างกายมีการเสื่อมถอยและความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ลดลง ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุถือเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เพราะจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นทุกปี และหากผู้สูงอายุมีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย จะส่งผลให้เกิดภาวะการดูแลของครอบครัวเกิดปัญหาในวงกว้าง และเกิดภาระของระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด ดื่มสุรา เป็นต้น

สถานการณ์ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากร ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 ล้านคน (ทุก ๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากระบบรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยสะสม โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิตจำนวน 39,086 ราย¹

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุที่คร่าชีวิตของคนไทยจำนวนมากในแต่ละปีมีอุบัติการณ์ เกิดสูงในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World health organization ; WHO) พบ อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมี คนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน จากรายงานขององค์การอัมพาตโลก (World stroke organization [WSO]) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลกรองจากโรคมะเร็ง โดยในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจำนวน 17 ล้านคน และในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 6.5 ล้านคน (WSO, 2017) ประเทศไทยจากสถิติสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน ปี 2563-2565 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง รายใหม่ของประเทศไทย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 328.00, 330.22 และ 330.72 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ในปี 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 10.35, 11.00 และ 10.92 ตามลำดับ¹⁰

จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จ พระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ปีพ.ศ. 2561-2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วงระยะฟื้นฟู (Golden period) แบบผู้ป่วยใน จำนวน 126, 107, 154, 156, 139 และ 179 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.27, 65.62, 98.71, 52.89, 63.18 และ 61.00 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีผลของการเจ็บป่วยก่อให้เกิดการสูญเสีย และภาวะทุพพลภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตในระยะยาว ทั้งตัวผู้ป่วยเองรวมถึงญาติหรือผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว การดูแลฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยต้องใช้ ระยะเวลาที่นานและต่อเนื่องจำเป็นต้องติดตามดูแล หลังจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาท สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาวที่

กลับไปอยู่ในชุมชน เพื่อฟื้นฟูสภาพทางด้าน ร่างกายและจิตใจ โดยมีการติดตามเยื่อมต่อเนื่อง ให้คำแนะนำด้าน การเคลื่อนไหว การสื่อสารการรับรู้ การกลืนเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด รวมถึง มีทักษะที่จำเป็น ในการดูแลตนเองสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างเต็มศักยภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมาเป็นซ้ำ⁴

การดูแลระยะฟื้นฟู (Intermediate care) คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้น ภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แต่ ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูขณะอยู่ในโรงพยาบาล คือ การบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (Out-patient geriatric rehabilitation) ส่งต่อการฟื้นฟูอย่างเข้มข้นสำหรับผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยใน (In-patient intensive geriatric rehabilitation) จำหน่ายกลับบ้านถึงชุมชนเป็นการฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุแบบนอกสถานที่ (Out-reached geriatric rehabilitation) และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้งจนครบ 6 เดือน⁹

การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเป้าหมาย คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เป็นภาระของญาติหรือผู้ดูแลน้อยที่สุด โดยสามารถเริ่มตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน เมื่ออาการผิดปกติของระบบ ประสาทและสัญญาณชีพคงที่อย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง โดยระยะแรกจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นจากการไม่เคลื่อนไหว ได้แก่ ข้อติด แผลกดทับ ภาวะ Orthostatic Hypotension หรือภาวะเส้นเลือดดำ อุดตัน (Deep Vein Thrombosis) โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ รวมทั้งการฝึกให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง สอนการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ การลดความวิตกกังวล ความกลัวต่างๆ

โรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเมื่อผ่านระยะวิกฤติหรือช่วง 24 ชั่วโมงแรก แล้วนั้นผู้ป่วยจะเข้าสู่ ระยะเปลี่ยนถ่ายเข้าสู่ระยะกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ สัญญาณชีพคงที่ เป็นช่วงเวลาทองของผู้ป่วยหลอดเลือด สมองที่ต้องได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมเพื่อลดพยาธิสภาพ หรือความพิการที่จะเกิดต่อผู้ป่วยในอนาคต คือช่วง 6 เดือน หลังภาวะวิกฤติ ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมและการเตรียมผู้ป่วย discharged plane ช่วงเปลี่ยนถ่ายที่ โรงพยาบาลในระยะเริ่มต้นจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก¹²โรงพยาบาลนาเชือกมีอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยหลอดเลือด ในสมองที่เพิ่มขึ้น จาก ปี พ.ศ. 2563-2565 ตามลำดับ ดังนี้ 13.97, 22.81 และ 23.63 จากสถิติ รพ.นาเชือก ปี พ.ศ.2563-2565 พบผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อนและ readmit ภายใน 28 วันหลังแพทย์ อนุญาตกลับบ้านร้อยละ 12 ,10,14 ตามลำดับ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่กลับฟื้นฟูในโรงพยาบาล ทั้ง Ischemic stroke ,Thrombotic Stroke, Embolic Stroke และกลุ่ม Hemorrhagic Stroke เข้าระบบการฟื้นฟูสภาพ 35 ,42 และ 44 รายตามลำดับ ซึ่งทางผู้ร่วมวิจัยจึงได้ศึกษาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาอยู่ซ้ำ ซึ่งพบว่า ปัญหาหลักเกิดจากผู้ป่วยไม่เข้าใจในแผนการรักษาและตัวโรค ทั้งนี้ขาดผู้ดูแลที่จะช่วยฟื้นฟูร่างกายขณะ อยู่ที่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพัฒนาและประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มี ภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกตามหลัก CD-METHOD

วัตถุประสงค์เฉพาะ /ตัววัดความสำเร็จที่สำคัญ เพื่อ

- 1.เกิดการพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดในสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก

2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกมากกว่าร้อยละ 90
3. ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง readmit ใน 28 วันลดลง น้อยกว่าร้อยละ 10
4. ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกไปอยู่ที่บ้านในช่วง 1 เดือนหลังกลับบ้านลดลง น้อยกว่าร้อยละ 10

กรอบแนวคิด

ใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart(1992)¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อสร้างความตระหนักและมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก ประกอบด้วย 2 วงรอบๆ ละ 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (Planning) เป็นการทบทวนสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการวิเคราะห์จากประสบการณ์เดิมและวิเคราะห์เป็นผู้ป่วยร่วมกับการปฏิบัติ (Action) และการสังเกตการณ์ (Observation) โดยปฏิบัติตามแผนรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นและการสะท้อนคิด (Reflection) โดยผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอภิปรายผลลัพธ์และสะท้อนข้อมูลการปฏิบัติแก่ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการตลอดจนร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขในรอบต่อไปจนกว่าจะได้ระบบบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงาน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้หลัก DMETHOD แนวคิด DMETHOD ได้ถูกนำมาใช้เป็น แนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ประกอบด้วยและ มีการพัฒนางานที่ 2 เป็น C-DMETHOD

C: Care Giver (CG) ญาติหรือผู้ดูแล ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะพึ่งพิงตามจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

D: Diagnosis ผู้ป่วยได้รับความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ สัญญาณเตือน และการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

M: Medicine ผู้ป่วยได้รับความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่าง ละเอียด ประกอบด้วย ชื่อยา การออกฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ในการใช้ยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง การใช้ยาตลอดจนการสังเกต ภาวะแทรกซ้อนรวมทั้ง ข้อห้ามการใช้ยา

E: Environment ผู้ป่วยได้รับ ความรู้และสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยของตนเอง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชนให้ข้อมูล เกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางราย อาจต้องฝึกอาชีพใหม่

T: Treatment ผู้ป่วยเข้าใจ เป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของ ตนเองและรายงานอาการ ที่สำคัญ ให้แพทย์และ พยาบาลทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะ ฉุกเฉินด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อน มาถึงสถานพยาบาล

H: Health ผู้ป่วยเข้าใจภาวะ สุขภาพของตนเอง เช่น ข้อจ กัด ผลกระทบจากการ เจ็บป่วยและสามารถ ปรับการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เหมาะสมกับข้อจ กัดด้านสุขภาพ เอื้อต่อการ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

O: Out patient ผู้ป่วยเข้าใจและทราบ ความสำคัญของการมาตรวจตามนัดการติดต่อขอ ความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อ สรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับ หน่วยงานอื่นที่จะรับช่วงดูแลต่อ

D: Diet ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือก รับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรคหลักเลี้ยงหรือ งดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

คำจำกัดความ / นิยามศัพท์เฉพาะ

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Phase of Stroke) หรือที่มักเรียกในบริบทการดูแลว่า “ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง (Subacute Stroke)” คือผู้ป่วยที่พ้นจากภาวะวิกฤตในระยะเฉียบพลันแล้ว แต่อาการยังไม่คงที่และยังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูนิยามผู้ป่วย Stroke ระยะกลาง

ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วง 48 ชั่วโมง – 6 เดือนหลังเกิดโรค (บางแนวทางกำหนดถึง 3 เดือน) โดย : พ้นระยะอันตราย (vital signs stable) ยังมีอาการทางระบบประสาท เช่น อัมพฤกษ์ พูดไม่ได้ กลืนลำบาก ต้องการการให้พยาบาลเฉพาะทางและการฟื้นฟู อาจอยู่ในหอผู้ป่วย IMC หรือ Stroke Unit ใช้แบบประเมิน ADL \leq 75 คะแนน หรือมี คะแนน ADL $>$ 75 คะแนนร่วมกับ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง (Multiple Impairment) ตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem

ลักษณะสำคัญของผู้ป่วย Stroke ระยะกลาง อาการคงที่แต่ยังมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือสื่อสาร ต้องการ rehabilitation เช่น กายภาพบำบัด, พูดบำบัดอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น กลืนลำบาก (dysphagia), แผลกดทับ, DVT ต้องมี การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เช่น ดูแลการกลืนอาหาร การพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง

เป้าหมายการดูแลในระยะกลาง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน กระตุ้นการฟื้นฟูทางร่างกายและจิตใจ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย เตรียมแผนการดูแลระยะยาว (long-term care / home program)

2) ภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก คืออาการที่ผู้ป่วยมี แรงกล้ามเนื้อลดลงหรือสูญเสียการเคลื่อนไหว ที่แขนและขาข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย โดยมักเกิดจากความผิดปกติของสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) Hemiparesis (เฮมิปาเรซิส) = อ่อนแรงครึ่งซีก (ยังพอเคลื่อนไหวได้) Hemiplegia (เฮมิเพลเจีย) = อัมพาตครึ่งซีก (ไม่สามารถยับยั้งได้เลย) อาการร่วมที่อาจพบ อ่อนแรงที่แขนและขาข้างเดียว พูดไม่ชัด/พูดไม่ได้ (หากสมองซีกซ้ายเสีย) กลืนลำบาก หน้าเบี้ยวครึ่งซีก การทรงตัวเสีย การรับรู้ หรือความเข้าใจผิดปกติ

3) หลัก D-METHOD

DMETHOD เป็นแนวคิดหรือหลักการที่ใช้ในการ วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล หรือ วางแผนการพยาบาล อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในงานเขียน การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) หรือแผนการพยาบาล (NCP) ประกอบด้วย

D (Define): เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากกล้ามเนื้อควบคุมการกลืนอ่อนแรง

M (Measurement): มีอาการสำลักเวลาให้อาหาร, ผล bedside swallow test positive

E (Evaluation): สาเหตุจากสมองส่วนควบคุมกล้ามเนื้อการกลืนถูกทำลาย

T (Treatment): NPO, ให้อาหารทางสาย NG, ฝึกกลืนกับนักกิจกรรมบำบัด

H (Holistic): มีภาวะวิตกกังวลเรื่องการฟื้นตัว, ญาติให้กำลังใจดี

O (Observation): ติดตามการสำลัก, สังเกตเสียงเปลี่ยนหลังกลืน, ดูแลท่าทางการกิน

D (Decision): จัดทำแผนการพยาบาลเน้นเรื่องการป้องกันการสำลัก และเตรียมแผนฟื้นฟูการกลืน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. เกิดกระบวนการพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดในสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก
3. ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง readmit ใน 28 วันลดลง
4. ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกไปอยู่ที่บ้านในช่วง 1 เดือนหลังกลับบ้านลดลง
5. มีการนำกระบวนการพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดในสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกไปปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาล ที่บริบทใกล้เคียงกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567

พื้นที่ศึกษา

หอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กขนาด 60 เตียง ระดับ F2 ที่มีระยะทางห่างจากจังหวัดมหาสารคาม ประมาณ 60 กิโลเมตร

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย

- 1) ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 15 คน
- 2) ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก และญาติจำนวน 30 คน (ผู้ดูแล 15 คน ผู้ป่วย 15 คน) มีเกณฑ์คัดออกคือเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ไม่มีญาติ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก ADL \leq 20 แนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 1) แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยหลอดเลือดในสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก
- 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการพรรณนา
- 3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและการช่วยเหลือของผู้ดูแลที่บ้าน
- 4) แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการระดมสมองและสะท้อนคิดของทีมสหวิชาชีพพร้อมกับเครือข่ายบริการต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดในสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก

วิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ และร้อยละ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

จริยธรรมการศึกษา

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาเชือก โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ รมัตระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล EC 2566-40

การดำเนินการวิจัย

1. **ระยะวิเคราะห์สถานการณ์** โดยการสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพและการวิเคราะห์เอกสาร
 2. **ระยะพัฒนา** รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของ & Mc Taggart ประกอบด้วยขั้นวางแผน Planning ขั้นปฏิบัติ Action ขั้นสังเกตการณ์ Observing ขั้นสะท้อนผล Reflecting และแนวความคิดการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีกระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านตามหลัก D-METHOD พัฒนางล้อที่ 2 จากปัญหาที่ค้นพบจากการสะท้อนปัญหาดังกล่าวเกิดเป็น การพัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านตามหลัก CD-METHOD นาเชือก เพิ่มขึ้นให้ครอบคลุมปัญหาและแก้ไขได้อย่างตรงประเด็นของผู้ป่วยในแต่ละคน เริ่มจาก ประเมินตั้งแต่แรกรับวินิจฉัยความต้องการ, ประเมินผลลัพธ์ร่วมกันวางแผนติดตามสอน, แนะนำปฏิบัติ, จำหน่ายฝึกทักษะ, ประสานงานลงสู่ชุมชน และ empower ผู้ป่วยและญาติ

3. **ระยะประเมินผล** ศึกษาในผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย

- 1) ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 15 คน
- 2) ผู้ป่วยและญาติจำนวน 30 คน ประเมินผล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยหลอดเลือดในสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก
- 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการพรรณนา และแบบประเมินความสารถในการดูแลตนเองและการช่วยเหลือของผู้ดูแลที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ

ผลการดำเนินงานหรือการประเมินผลการเปลี่ยนแปลง พบว่า

1) **ระยะวิเคราะห์สถานการณ์** โดยการประชุมทีมสหวิชาชีพค้นหาปัญหาสาเหตุ สะท้อนคิดถึงผลลัพธ์การพัฒนาในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานร่วมกัน สะท้อนคิดเกี่ยวกับ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1.1) ด้านความพร้อมของบุคลากรยังมีจำนวนน้อยและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองขณะ admit ที่แตกต่างกันไปตามประสบการณ์และความรู้ของแต่ละบุคคล เข้าร่วมการอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากจากเขต 7 และระดับจังหวัด ร้อยละ 7.27

1.2) ผู้ป่วยและญาติไม่ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างเพียงพอ

1.3) ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดในสมองมีภาวะแทรกซ้อนและ readmit ภายใน 28 วันหลังแพทย์อนุญาตกลับบ้านร้อยละ 14.0

1.4) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกไปอยู่ที่บ้านในช่วง 1 เดือนหลังกลับบ้านร้อยละ 12.52

วงจรถูกปฏิบัติที่ 2 (เมษายน 2566- กันยายน 2567) นำประเด็นปัญหาที่พบในวงจรถูกปฏิบัติที่ 1 สู่กิจกรรมการพัฒนา (Acting) ดังนี้

2) **ระยะพัฒนาระบบบริการ** มีการพัฒนาเกิดขึ้นโดยเน้นกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยมีกิจกรรมหลักที่สำคัญ ได้แก่

2.1) มีการสนับสนุนให้บุคลากร ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในที่ทำหน้าที่ดูแลระหว่าง admit และเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีการเข้าร่วมอบรมพัฒนาความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเส้นเลือดในสมอง จัดทำทีม Intermediate Care team+ stroke และพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อมีแนวทางคุณภาพการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (Protocol) จัดทำทีม **stroke IMC Doctor-Nurse co-ordination** โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager) เพื่อการติดตามผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์ให้ดียิ่งขึ้นโดยให้ความรู้ สอน แนะนำ ประเมินผลความเข้าใจก่อนผู้ป่วยและญาติ กลับบ้าน ติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ ทุก 2 สัปดาห์ใน 1-2 เดือนแรกหลังจากนั้นติดตามเดือนละ 1 ครั้งจนครบ 6 เดือน หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านและมีการจัดอบรมเพิ่มพูนทักษะความรู้ภายในโรงพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูระยะกลาง

2.2) ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวโรคและพยาธิสภาพของโรคเส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน ที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก โดยสหวิชาชีพ และมีการแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้หลัก D-METHOD

2.3) ให้ความรู้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยจัดทำคู่มือความรู้ สาธิต ทดลองและประเมินผล โดยจัดทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลและผู้ป่วยตามหลัก หลัก D-METHOD จำนวน 7 ข้อโดยประกอบไปด้วย

D – Diagnosis ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการเจ็บป่วย

M – Medicine ความรู้เรื่องยา

E – Environment สภาพแวดล้อมของการดูแล

T – Treatment วิธีการรักษาเหตุการณ์ที่จำเป็น

H – Health การดูแลสุขภาพองค์รวม

O – Out patient วิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมารับบริการ

D – Diet อาหารและโภชนาการ

มีการพัฒนางานจากการสังเกตปัญหาเกิดการพัฒนาเป็นวงล้อที่ 2 เกิดกระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านตามหลัก CD-METHOD นาเชือก เพิ่มขึ้น C - care giver ผู้ดูแลหลัก โดยดำเนินงานตามขั้นตอน

1. ค้นหาผู้ป่วยและประเมินความต้องการอย่างรอบด้าน ตั้งแต่แรกรับ
2. ประสานความร่วมมือในการวางแผนจำหน่ายระหว่าง ทีมดูแลอื่น ๆ ผู้ป่วย ญาติ
3. ค้นหาทางเลือกในการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย และการส่งต่อไปยังสถานที่ดูแลที่เหมาะสมกับเงื่อนไขและสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน
4. ติดต่อบริการกับแหล่งบริการ เพื่อส่งต่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแล
5. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ให้กำลังใจให้เกิดความกระตือรือร้นในการร่วมดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล

2.4) มี **ระบบ Buddy** ในการขึ้นเวรแต่ละเวร คือ **พี่ดูแลน้อง** มีการขึ้นเวรสลับ generation เพื่อให้พี่สามารถดูแลน้อง ทั้งด้านความรู้ ทักษะในการให้การพยาบาล การประเมินผู้ป่วย พี่น้องใหม่อาจจะยังขาดทักษะประสบการณ์ พี่ๆก็จะช่วยเติมเต็ม และช่วยในการดูแลตลอดจนนิเทศทักษะในการประเมินผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลต่างๆที่ยังขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยตลอดเล็ดลอดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก เช่น การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการติดตกหล่น การบริการการฟื้นฟูร่างกาย

2.5) จัดให้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน จากการดูแลผู้ป่วยตลอดเล็ดลอดสมอง เดือนละ 1 ครั้ง (ถ้าไม่มี case จะเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาการ อัปเดตแนวทางการดูแลใหม่ๆภายในทีม) และพัฒนาสมรรถนะทีม โดยการทดสอบความรู้และทักษะทุกๆ 3 เดือน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบประชุมร่วมกัน (Case Conference)

3) ระยะเวลาประเมินผลลัพธ์การพัฒนา

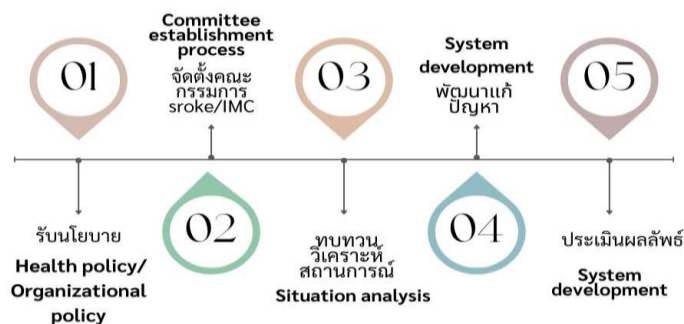
3.1) การสนับสนุนให้บุคลากร ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในที่ทำหน้าที่ดูแลระหว่าง admit และเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง บุคลากรมีการเข้าร่วมอบรมพัฒนาความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยตลอดเล็ดลอดสมอง เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 7.27 เพิ่มเป็นร้อยละ 12.72 และมีแนวทางคุณภาพการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและชี้แจงบุคลากรให้เข้าใจตรงกัน

3.2) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ ในการกลับเตรียมตัวกลับไปอยู่ที่บ้านหลังจาก ออกจากโรงพยาบาลตามหลัก CD-METHOD ร้อยละ 96.56

3.3) ผู้ป่วยและญาติไม่ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างเพียงพอ ร้อยละผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง readmit ภายใน 28 วันหลังแพทย์อนุญาตกลับบ้านร้อยละ 3 ลดลงจาก ร้อยละ 14 และน้อยกว่าร้อยละ 10 ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.4) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกไปอยู่ที่บ้านในช่วง 1 เดือนหลังกลับบ้านลดลงเป็นร้อยละ 2.56 จากร้อยละ 12.52 เป็นเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ น้อยกว่าร้อยละ 10

วงจรการกระบวนการพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก



ภาพที่ 1 วงจรการกระบวนการพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก



ภาพที่ 2 รูปแบบการศึกษาวิจัยพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart(1992)

ระยะประเมินผล

- 1.เกิดการกรพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดในสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก โดยใช้หลักการวางแผนการจำหน่าย CD-METHOD
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก ร้อยละ 96.56 (มากกว่าร้อยละ 90)
3. ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง readmit ใน 28 วันลดลง ร้อยละ 3.00 (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 10)
4. ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกไปอยู่ที่บ้านในช่วง 1 เดือนหลังกลับบ้านลดลงร้อยละ 2.56 (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 10)

อภิปรายผล

การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะอ่อนแรง สามารถช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการบูรณาการการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากการใช้ระบบวางแผนจำหน่ายในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นญาติมีความรู้และความเข้าใจโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูอาการหรือพยาธิสภาพที่ยังคงเหลืออยู่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายมากขึ้น ครอบครัวมีความพร้อมและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดอัตราการกลับมา admit ซ้ำภายใน 28 วัน

ระบบวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง ช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม มี ระบบ Buddy ในการขึ้นเวรแต่ละเวร คือ พี่ดูแลน้อง เพื่อให้พี่สามารถดูแลน้อง ทั้งด้านความรู้ ทักษะในการให้การพยาบาล การประเมินผู้ป่วยและการให้การพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลต่างๆที่ยังขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก เช่น การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการปวดตกหล่นจัดให้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน จากการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เดือนละ 1 ครั้ง และพัฒนาสมรรถนะทีม โดยการทดสอบความรู้และทักษะทุกๆ 1-3 เดือน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบประชุมร่วมกัน (Case Conference) การบริการการฟื้นฟูร่างกายเครื่องมือประเมิน เช่น Barthel Index แบบประเมินความพร้อมของญาติ และแบบประเมินภาวะพึงพิง มีประโยชน์ในการตัดสินใจจัดทำแผนจำหน่ายเฉพาะราย โดยใช้หลักการวางแผนการจำหน่าย CD-METHOD การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายโดยเน้นการสอนและฝึกปฏิบัติซ้ำโดยต้องอาศัยความร่วมมือของสหวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลต่อ ความมั่นคงทางสังคม ร่างกาย จิตใจ

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านการศึกษาวิจัย แนวทางการวิจัยที่ควรพัฒนามีดังต่อไปนี้

1.1) การนำผลงานงานเพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกตามหลัก CD-METHOD ในบริบทของโรงพยาบาลนาเชือก สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ คือ ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกตามหลัก CD-METHOD ผู้ป่วย สามารถดูแลตนเองได้ นั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น ลดอัตราการสูญเสียค่าใช้จ่ายทางการรักษาที่เพิ่มขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน การ readmit และลดการที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะการเป็นผู้ป่วยติดเตียง ดังนั้นการพัฒนาแนวทางนี้สามารถนำไปใช้ ได้ในโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงหรือปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของแต่ละที่ในอนาคต

1.2) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยจำเพาะเช่น การกลืนลำบาก การป้องกันแผลกดทับ ข้อติด ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ความผิดด้านการสื่อสารและการสื่อความหมายร่วมด้วย อย่างครบวงจร และครอบคลุมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านร่วมด้วย

1.3) ศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพอื่นๆ ในการพัฒนาผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนถ่าย เช่น วันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายรายการอื่น หรือมีการเปรียบเทียบเคสรายการนี้ร่วมด้วย

2) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ ควรพัฒนามีดังต่อไปนี้

2.1) ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลตามระบบที่ชัดเจนอย่างต่อเนื่อง และกำหนดค่าเป้าหมายที่ท้าทายในแต่ละขั้นตอนการบริการเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการบริการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพในเครือข่ายสุขภาพอำเภอณาเชือกและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่ง ในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องการติดตามและประเมินภาวะแทรกซ้อน และติดตามอาการผู้ป่วยต่อเมื่อกลับสู่ชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาการ Readmit ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอาการทรุดลง

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดต่อประจำปี พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566. เข้าถึงได้จาก:https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc&news_views=1623
- 2.คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) พ.ศ. 2564- 2565 สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2559). การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2563]; แหล่งข้อมูล: <https://www.rehabmed.or.th/files/book.pdf>
- 3.คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่ง เฉียบพลัน (Intermediate Care). (2566). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บอรัม ทู ปี พับลิชชิ่ง.
4. จรุงฤกษ์ ป้องเจริญ. (2565). บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือด สมองแตก : กรณีศึกษา โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, 3 (1), 5-18.
5. จันทรา พรหมน้อย, เพ็ญศิริ อัดถาววงศ์, วศินี สมศิริ, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ทิพย์สุนันท์ กิจรุ่งโรจน์, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, ปารีชาติ ตันติลาพันธ์, อรุณ แก้วประสม. การพัฒนานวัตกรรมจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพ ทางไกลในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สิงหาคม 2565 พิมพ์ที่ : บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด
- 6.บุษกร โลหารชุน, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, วิไล คุปต์นิรติศัยกุล และคณะ, (2564). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถนะ ผู้ป่วยระยะกลาง (Guideline for Intermediate Care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบ สุขภาพ (Service plan). พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรสาคร: บริษัท บอรัม ทู ปี พับลิชชิ่งจำกัด.
- 7.พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. คณะแพทยศาสตร์-มหาวิทยาลัยนเรศวร [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf มาตย์วิเศษ, ป. & วรณการ, น. (2567). ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองด้วยศาสตร์

- การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน และระดับกำลังของกล้ามเนื้อในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม, 21(3), 109–123. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/270618>
8. โรงพยาบาลมหาสารคาม. (2566). โรงพยาบาลมหาสารคาม เปิดหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู. สืบค้นจาก <https://www.mkh.go.th/th/node/22943>
 9. สมสุขจิระวัฒน์, พ. (2564). ผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/5295/>
 10. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566, 31 มกราคม). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 39(2)
 11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบปกติ รอบที่ 2/2565. 2565
 12. อินทรสงเคราะห์, ว. (2566). การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบมีส่วนร่วม ตำบลโคกพระ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ, 3(3), 353–365. สืบค้นจาก <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/672>
 - 10 Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer* (3rd ed.) Victoria : Deakin University