

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ✓
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 1 ปี
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สำคัญทางระบบประสาท ที่เป็นสาเหตุนำไปสู่ความพิการ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลระยะยาว (จันทร์จิรา สีสว่าง และนางณภัทร รุ่งเนย, 2559) การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงต้องให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิต และจากการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเตรียมอย่างดีแล้ว พบว่า ยังคงมีจุดอ่อนในด้านการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไม่ถูกต้องและต่อเนื่องของผู้ดูแล เนื่องจากการได้รับความรู้การฝึกทักษะวิธีการปฏิบัติการดูแลด้านต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก แต่ได้รับการช่วยเหลือที่ล่าช้าหรืออาจไม่ได้รับเลย ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงจำ เป็นอย่างยิ่งที่ควรกำหนดแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน และควรปฏิบัติงานอย่างบูรณาการด้วยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งควรให้ความสำคัญในด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่องทันทีที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) ซึ่งจุดอ่อนเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของการทำงานของอวัยวะ (Impairment) หลงเหลืออยู่ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต (Functional or activity limitation) จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือใช้ชีวิตในสังคม (Social event involvement) ได้อย่างที่ควรจะเป็น ขณะเดียวกันก็จะเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวและสังคมด้วย นั่นคือ การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของตนเอง

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) หรือที่ชาวไทยเรียก “อัมพฤกษ์อัมพาต” เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขไทย และของสาธารณสุขทั่วโลก อัมพฤกษ์อัมพาตเป็นอาการและอาการแสดงของการมีแขนขา อ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งเป็นลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกบางรายอาจไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง แต่อาจจะมาจากสาเหตุอื่น ๆ ในสมองหรือไขสันหลัง เช่น การบาดเจ็บในสมอง (Traumatic Brain Injury) โรคมัลติเปิลสเคลอโรซิส (Multiple Sclerosis) และโรคเนื้องอกในสมอง (Brain Tumor) เป็นต้น (พรพจน์ ประภาอนันตชัย และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557) สาเหตุของการขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองมักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดหรือมีลิ่มเลือดเข้าไปอุดตัน ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ ส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อสมองที่ถูกทำลาย ปัจจุบันในประเทศไทย ได้อธิบายนิยามของโรคหลอดเลือดสมองโดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้กล่าว

โรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ไว้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวได้อย่างลำบากอย่างทันทีทันใด อาจเป็นนาทีหรือชั่วโมง

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นปัญหาสำคัญของทุกประเทศ เนื่องจากมีประชากรจำนวนมากในแต่ละประเทศเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization:WSO) รายงานว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ทั่วโลกราว 17 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้ เสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ อันดับ 3 รองจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2562 (ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก) ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน (ทุกๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2566) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพในระยะยาว จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ยังมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลือหลังจากรักษาไปแล้ว 6 เดือน (พรพจน์ ประภาอนันตชัย และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557) ซึ่งสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก โดยผู้ป่วยนอกค่ารักษาเฉลี่ย 1,629 บาทต่อคน ผู้ป่วยใน 257/100,000 คน (446/วัน) ค่ารักษาเฉลี่ย 29,571 บาทต่อคน ค่ารักษาทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อปี หากประมาณการผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง 0.5 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2560)

จากสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองของโลกและของประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าโรค หลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก ซึ่งใน พ.ศ. 2559 องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการป้องกัน การควบคุมโรคหลอดเลือด สมองใน 3 ประเด็นหลัก คือ (1) สร้างความตระหนักต่อโรค (Awareness) (2) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Access) และ (3) การลงมือปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Action) โรคหลอดเลือดสมองนับเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ สร้างความเครียดให้เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ผู้ที่เกี่ยวข้องจึงต้องเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาทางลดอุบัติการณ์และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

นิยาม

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular, CVD) หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะทาง Neurological deficit ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และมีสาเหตุมาจาก Vascular origin ทำให้เกิด Infarction หรือ Hemorrhage (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2554)

โรคหลอดเลือดสมอง หรือเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือ Stroke คือ ภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หรือมีเลือดออกในสมอง ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้เซลล์สมองขาด

นิยาม (ต่อ)

ออกซิเจน ส่งผลให้สมองถูกทำลาย และเกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น (พรหมวลัย ผดุงวิชัยกุล, 2560)

โรคหลอดเลือดสมองหมายถึงอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงเกิดจากสาเหตุทาง หลอดเลือดที่ทำให้เกิดสมองขาดเลือด หรือมีเลือดออกในสมอง (WHO, 1988) ซึ่งสอดคล้องกับฟรี และคณะ (Furie et al., 2011) ได้บอกความแตกต่างระหว่างโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) กับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack; TIA) โดยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือ TIA เป็นการชั่วคราวของระบบประสาทที่ผิดปกติเกิดขึ้นชั่วคราว จากการขาดเลือดที่สมอง ไซสันหลังหรือจอประสาทตา แต่ไม่พบเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดในตำแหน่งดังกล่าว

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือด เซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่

พยาธิสภาพ

โรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคที่มีความผิดปกติของสมองที่จะทำให้เกิดอาการขึ้นอย่างทันทีทันใด ที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่มา เลี้ยงสมองในบริเวณนั้น แบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ๆ ตามกลไกการเกิด โรค คือ ภาวะสมองขาดเลือดเนื่องจากมีหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic Stroke) และหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) โดยในกลุ่ม หลอดเลือดสมองแตกยังแบ่งเป็น 2 สาเหตุคือ ภาวะเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage, ICH) และภาวะเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage, SAH) (พรพจน์ ประภาอนันตชัย และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557)

โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามลักษณะของพยาธิสภาพสรีรวิทยาได้ 2 ประเภท ประกอบด้วย ภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) และภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) (Knight-Greenfield, Quitlong Nario, & Gupta, 2019)

1. ภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นภาวะที่เกิดได้มากที่สุด The Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) เป็นระบบที่ได้รับการพัฒนาในการจัดกลุ่มภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นกลุ่มย่อย จำแนกตามสาเหตุและแนวทางการจัดการที่เหมาะสมไว้ดังนี้ (Knight-Greenfield, Quitlong Nario, & Gupta, 2019)

1.1 หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง (Large Artery Atherosclerosis) การขาดเลือดกว้างมากกว่า 15-20 มิลลิเมตร ขอบเขตตั้งแต่ cortex, cerebellum, brainstem, และsubcortical regions เกิดจากหลอดเลือดใหญ่เกิดคราบไขมัน (Plaque) มาเกาะผนังหลอดเลือด รวมตัวกันทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด โดยผนังหลอดเลือดชั้นในหนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ มีไขมันไปสะสมระหว่างชั้นของหลอดเลือด ส่วนใหญ่เกิดบริเวณหลอดเลือดบริเวณ internal carotid artery, proximal intracranial vertebral arteries และ basilar artery จึงเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มากถึงร้อยละ 30-43 กลไกการเกิดการตายของสมองเป็นที่สองรองจากภาวะหลอดเลือดแข็งของหลอดเลือดนอกสมองเกิดจากสาเหตุร่วมกันของการมีเลือดไหลมาเลี้ยงน้อยลงและเกิดลิ่มเลือดอุดตันระหว่างหลอดเลือดแดง-หลอดเลือดแดง ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด (Knight-Greenfield, Quitlong Nario, & Gupta, 2019)

ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนโลหิตส่วนหน้าของสมอง เกิดจากหลอดเลือดแดง

พยาธิสภาพ(ต่อ)

บริเวณ middle cerebral artery (MCA) ทำให้เนื้อสมองตายจากขาดเลือดบริเวณเนื้อสมองสีเทา (gray matter) และเยื่อหุ้มสมอง (cortex) โดยทั่วไปจะเกิดบริเวณส่วนกลางของสมอง ได้แก่ กลีบขมับส่วนหน้า (anterior parietal lobe) กลีบหน้าผากด้านหลัง (posterior frontal lobe) และกลีบขมับส่วนบน (superior temporal lobe) ส่วนหลอดเลือด anterior cerebral artery (ACA) เกิดจากการขาดเลือดบริเวณ circle of Willis โรคหลอดเลือดส่วนต้นในกะโหลกศีรษะ (Proximal intracranial vascular disease) ยังถือว่าเป็นโรคที่เกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงใหญ่ มีการตั้งสมมติฐานหลายกลไกเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกรณีเหล่านี้ รวมถึงภาวะลิ่มเลือดอุดตันระหว่างหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดแดง ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด และการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ (Knight-Greenfield, Quitlong Nario, & Gupta, 2019)

1.2 โรคหลอดเลือดสมองสาเหตุจากลิ่มเลือดขนาดเล็กที่มาจากหัวใจ (Cardioembolic) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดประมาณร้อยละ 21-31 ภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดส่วนใหญ่มักปรากฏในการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) จะพบความผิดปกติหลายจุดแพร่กระจายในตำแหน่งที่หลอดเลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นมักพบทั้งสองข้าง ความผิดปกติลักษณะนี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาการประเมินหัวใจและตรวจพิเศษอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับหัวใจเพิ่มเติมด้วย สาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือดมีได้หลายประการ ได้แก่ ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) กล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันที่หัวใจห้องล่างซ้าย (myocardial infarction with left ventricular thrombus) และเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อหรือการอักเสบ (infective or inflammatory endocarditis) นอกจากนี้ลิ่มเลือดอาจเกิดจากความผิดปกติของส่วนโค้งของเอออร์ตาที่เกิดจากการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนเสียงความถี่สูงทางหน้าอก (Transthoracic Echo) ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดทั้ง 2 ข้างได้เช่นกัน

1.3 การอุดตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Lacunar Infarction) เป็นสาเหตุการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดน้อยกว่า 20 มิลลิเมตร โดยปราศจากหลักฐานของความผิดปกติอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือด หลอดเลือดหดเกร็ง (vasospasm) หรือสาเหตุจากลิ่มเลือดขนาดเล็กที่มาจากหัวใจ การอุดตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันร้อยละ 10-23 ปัจจัยเสี่ยงของการอุดตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มักเกิดบริเวณ Basal Ganglia, Internal Capsule, Corona Radiata และ Brainstem การอุดตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กเกิดที่หลอดเลือด PCA บ่อยที่สุด และมักเกิดกลุ่มอาการเฉพาะ การวินิจฉัยการอุดตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กต้องแยกความผิดปกติของโรคของหลอดเลือดสมองส่วนต้นออกไปก่อน สิ่งที่มีพบจากการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนเสียงความถี่สูงทางหน้าอกเป็นลำดับต่อมาคือ อาจเกิดโรคของหลอดเลือดขนาดเล็กที่ทำให้เกิดการตายของหลอดเลือดแดงเล็กแบบเรื้อรัง (Chronic Lacunar Infarcts) จุดเลือดออกขนาดเล็กในสมอง (Cerebral Microbleeds) โรคเนื้อสมองสีขาวขาดเลือด (White matter Ischemic Disease) ช่องว่างรอบหลอดเลือดกับเนื้อสมองชัดเจนมากขึ้น (Prominent Perivascular Spaces) และสมองฝ่อ (Cerebral Atrophy) (Knight-Greenfield, Quitlong Nario, & Gupta, 2019)

1.4 Unusual Causes (สาเหตุที่ไม่ปกติ) ภาวะสมองขาดเลือดเกิดจากสาเหตุที่ไม่ปกติร้อยละ 2-11 ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่เรื่องปกติ สิ่งสำคัญคือต้องพิจารณาสาเหตุที่ไม่ปกติ เมื่อพบสาเหตุที่ไม่ปกติบ่อย ๆ เนื่องจากสิ่งเหล่านั้นมีผลกระทบต่อการจัดการ โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของหลอดเลือด (Vasculopathies) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเกิดจากสภาวะการแข็งตัวของเลือดมากเกินไป (Hypercoagulable States), ความผิดปกติทางโลหิตวิทยา (Hematologic Disorders), พยาธิสภาพที่ทำให้มีโลหิตที่ไหลจาก Systemic Veins มารวมกับโลหิตที่ไหลจาก Pulmonary Veins ทำให้มี Oxygen Saturation ในโลหิตที่ไป

พยาธิสภาพ(ต่อ)

เลี้ยงร่างกายลดลง (Right-to-Left Vascular Shunts) และหลอดเลือดแดงฉีกขาด (Arterial Dissections) แม้ว่ากระบวนการต่าง ๆ ของโรคเหล่านี้จะดูคล้ายกัน มีรูปแบบบางอย่างของหลอดเลือดจากสาเหตุของหลอดเลือดร่วมกัน แต่สามารถค้นพบร่องรอยความผิดปกติที่เป็นสาเหตุจากการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Knight-Greenfield, Quitlong Nario, & Gupta, 2019)

1.4.1 โรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของหลอดเลือด (Vasculopathies) เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดส่วนต้นมักส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดของหลอดเลือดที่เลี้ยงเนื้อสมองสีขาวชั้นลึกและปมประสาทฐาน (Basal Ganglia) อาจพบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage) ด้วย ภาวะขาดเลือดของหลอดเลือดที่เกิดจากโรค Moyamoya และ Sickle Cell Disease พบหลอดเลือดรอบ ๆ ขาดเลือดเป็นวงกว้าง โรค Moyamoya เกิดได้ทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่ มักทำให้เกิดรอยโรคของภาวะขาดเลือดขนาดใหญ่ ในเด็กส่วนมาภาวะขาดเลือดเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ขณะที่ในผู้ใหญ่เกิดจากการแตกมากกว่า การถ่ายภาพหลอดเลือดเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นการตีบหรือการอุดตันของส่วนปลายของหลอดเลือด Internal Carotid Artery (ICA) และส่วนต้นของเส้นเลือดสาขาที่สำรองไว้สำหรับการไหลเวียนส่วนหลัง (the posterior circulation) หลักฐานสำคัญคือการถ่ายภาพหลอดเลือดที่จะให้เห็นภาวะขาดเลือดของหลอดเลือดเป็นวงกว้าง

(Primary Angiitis of the Central Nervous System , PACNS) โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรังที่มีการอักเสบของหลอดเลือดขนาดเล็กและทางเดินหายใจส่วนบน (บริเวณจมูกและไซนัส) ทางเดินหายใจส่วนล่าง (ปอด) และที่ไต (Granulomatosis with Polyangiitis), โรคหลอดเลือดอักเสบที่มีการทำลายผนังของหลอดเลือด จนเกิดการตายของเยื่อหลอดเลือด (Polyarteritis Nodosa และโรคที่ทำให้เกิดกลุ่มเซลล์อักเสบ (Granulomas) ที่อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยมากมักพบบริเวณปอดและต่อมน้ำเหลือง (Sarcoidosis) การติดเชื้อที่เป็นสาเหตุ เช่น ซิฟิลิส (Syphilis) และ งูสวัด (Herpes Zoster) อาจทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดลำดับที่ 2 หรือ 3 ก็ได้ งูสวัดเกิดจากไวรัสที่แฝงตัวในปมประสาทถูกกระตุ้นให้กำเริบ ซึ่งมักจะแยกไม่ออกจาก PACNS โดยการถ่ายภาพ มักเกิดภาวะขาดเลือดของหลอดเลือดหลาย ๆ ตำแหน่ง พบได้บ่อยบริเวณ Basal Ganglia และ Subcortical White Matter การฉีดสีถ่ายภาพหลอดเลือด (Angiography) จะเห็นหลอดเลือดตีบแคบเป็นช่วง ๆ การเกิดลิ่มเลือด และลักษณะหลอดเลือด MCA และ ACA เป็นก้อนกลมคล้ายลูกปัด อาจพบภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid Hemorrhage)

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่เกิดจากโรคมะเร็ง (Neoplastic Vasculopathy) เกิดจากมะเร็งลุกลามจนทำให้ผู้ป่วยเกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดเฉียบพลัน ฉีดสีเอกซเรย์จะพบหลอดเลือดอุดตัน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) เป็นสาเหตุที่พบบ่อย ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ non Hodgkin ตัวอย่างเช่น Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) ทำให้เกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดเฉียบพลันและรอยโรคที่คล้ายการขาดเลือด ซึ่งมีการจำกัดการแพร่กระจายของสารทึบแสงในการถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) จึงพบความผิดปกติจากการถ่ายภาพที่ช่วงคลื่น T2 weight ซึ่งลักษณะภาพสามารถบ่งชี้รอยโรคที่เกิดขึ้นในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ดี เนื่องจากในช่วงคลื่นนี้ถ้ามีการอักเสบหรือบวม น้ำของเนื้อเยื่อประสาทของเหลวจะส่งสัญญาณที่มีความเข้มสูง (Signal Hyperintensity) ทำให้เกิดเป็นสีขาวขึ้นในภาพ เนื้อสมองตายจากการขาดเลือดมักพบบริเวณ Corpus callosum และเนื้อสมองขาวรอบ ๆ โพรงสมอง (periventricular white matter) และอาจพบ "watershed infarct" คือ การเกิดสมองขาดเลือดในบริเวณที่มีเลือดไปเลี้ยงน้อยในตำแหน่งที่ปลายเส้นเลือดสองเส้นมาบรรจบกัน ในกรณี Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) พบได้บ่อยว่า ทำให้หลอดเลือดขนาดเล็กอุดตัน ดังนั้นการฉีดสีและถ่ายภาพเอกซเรย์จึงปกติ ต่อมาจึงพบการเพิ่มความชัดของเยื่อหุ้มสมอง (Meningeal

พยาธิสภาพ(ต่อ)

Enhancement) และ Central pontine เป็นสีขาว (Hyperintensity) จากน้ำคั่งในเส้นเลือดดำ (venous congestion) ที่เกิดจากหลอดเลือดอุดตันจากเซลล์มะเร็ง ส่วนที่พบน้อย ได้แก่ Multiple myeloma, T-cell leukemia และ Hairy cell leukemia

1.4.2 การฉีกขาดของหลอดเลือดแดง (Arterial Dissection) สาเหตุที่ผิดปกติอีกประการหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน คือ การฉีกขาดของหลอดเลือดแดง ภาวะนี้มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยอายุน้อยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (Focal Neurological Sign/Deficit: อาการอ่อนแรงที่แขนขาข้างใดข้างหนึ่ง เป็นต้น เกิดจากการทำงานบกพร่องของเส้นประสาทไขสันหลังหรือสมอง) และปวดศีรษะหรือปวดคอจากเหตุการณ์กระตุ้นต่าง ๆ ส่วนใหญ่มักเกิดจากการบาดเจ็บ เนื้อสมองตายจากการขาดเลือดส่วนใหญ่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดมากกว่า การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงน้อยลง การถ่ายภาพหลอดเลือดเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินรอยฉีกขาดของหลอดเลือด (Dissection flap) หรือการตีบแคบ (Stenosis) หรือการอุดตัน (Occlusion) ของหลอดเลือดที่เกิดตามหลังการฉีกขาดของหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ไม่มีภาพถ่ายหลอดเลือด ก็สามารถพบการฉีกขาดของ Distal Cervical ICA จากการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ซึ่งเป็นการตรวจที่สำคัญในการประเมินการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงที่คอบริเวณฐานกะโหลก (Knight-Greenfield, Quitlong Nario, & Gupta, 2019)

1.5 โรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ทราบสาเหตุ (Stroke of Undetermined Cause) จะระบุว่า ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อพบว่า มีการระบุสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายประการหรือหาสาเหตุไม่พบ ซึ่งอาจเกิดจากความผิดพลาดจากการถ่ายภาพหัวใจ การตรวจสุขภาพหัวใจ (Cardiac work-up) หรือการถ่ายภาพหลอดเลือด ควรพิจารณาว่าเป็นสาเหตุของหลอดเลือดสมองที่ไม่อยู่ในกลุ่มใด เช่น โรค PFO หรือ patent foramen ovale (ภาวะผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องบนขวาและห้องบนซ้ายทะลุ) หลอดเลือดแดงเอออร์ตาโค้งแข็ง (Aortic arch atherosclerosis) ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่เกิดขึ้นและกลับมาเต้นเป็นจังหวะปกติได้เอง (Paroxysmal Atrial Fibrillation) หรือ หลอดเลือดแดงคาโรติดแข็งที่ไม่มีการตีบของหลอดเลือด (nonstenosing atherosclerosis) (Knight-Greenfield, Quitlong Nario, & Gupta, 2019)

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)

โรคหลอดเลือดสมองแตก พบร้อยละ 5-21 ของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หนึ่งในสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูงโดยทั่วไป พบบริเวณ basal ganglia, thalamus, pons และ cerebellum

ความผิดปกติของหลอดเลือดก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติเอวีเอ็ม (Arteriovenous malformations: AVMs) เกิดขึ้นเมื่อหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำเชื่อมต่อกันอย่างผิดปกติ ก่อให้เกิดการรบกวนการไหลเวียนของเลือด และการไหลเวียนของออกซิเจน มักพบในโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุน้อย เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองแตกพบบ่อยที่สุด AVM มีลักษณะพิเศษ คือ มีการเชื่อมต่อของหลอดเลือดแดงและดำอย่างผิดปกติกับกลุ่มเส้นเลือดผิดปกติ (Vascular nidus) และไม่มีรอยต่อของหลอดเลือดฝอย (intervening capillary bed) การถ่ายภาพหลอดเลือดด้วย CTA, MRA หรือ DSA มีความสำคัญอย่างยิ่งในการวินิจฉัย

โรคหลอดเลือดสมองชนิดอะไมลอยด์ในสมอง (Cerebral amyloid angiopathy) เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของภาวะเลือดออกในสมองที่ต้องคำนึงถึงในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองและใต้เยื่อหุ้มสมองซ้ำหลายครั้ง การถ่ายภาพ Susceptibility-weighted เป็นกุญแจสำคัญในการวินิจฉัยโรคนี้ ซึ่งเมื่อถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะพบสัญญาณของเนื้อเยื่อที่มีจุดจาง ๆ หลายจุด กระจายบน Cortical และ Subcortical แต่บน

พยาธิสภาพ(ต่อ)

ภาพถ่ายหลอดเลือดดำจะปกติ (Knight-Greenfield, Quitlong Nario, & Gupta, 2019)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Risk factor of stroke)

ปัจจัยของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกได้เป็น 2 แบบคือ 1) ปัจจัยเสี่ยง ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Goldstein et al., 2011, อาคม อารยาวิชานนท์, 2553) ดังจะแสดงแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable risk factor)

1.1) อายุ อายุเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่า ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.2) เพศ โรคหลอดเลือดสมองพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

1.3) เชื้อชาติและสีผิวจากการศึกษาในประเทศตะวันตกพบว่าคนผิวดำมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาวและมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่า

1.4) พันธุกรรม ในผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยง ในการเกิดโรคนี้นี้มากกว่าประชากรทั่วไป

1.5) เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน เป็นเวลานาน 5 ปี มีความเสี่ยงเป็น 5 เท่า ของประชากรทั่วไป

2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factor) แยกออกเป็นปัจจัย เสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงรอง ดังนี้

2.1) ปัจจัยเสี่ยงหลักซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เช่น

2.1.1) ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่เสี่ยงสำคัญที่สุด พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองร้อยละ 80 ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเสื่อมของโรคหลอดเลือดสมอง ผนัง หลอดเลือดจะหนาและแข็งทำให้เกิด เลือดออกในสมองและเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงจะทำให้กลไกการระดับเลือดที่ไปเลี้ยง สมอง เสียไปและทำให้เกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลว ผลที่ตามมาคือเลือดไปเลี้ยงสมองน้อย

2.1.2) สูบบุหรี่ในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่จะเพิ่มปัจจัย เสี่ยงในการเกิดโรค หลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 1.5 – 2 เท่า

2.1.3) โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2-6 เท่า กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเชื่อว่ามี ความสัมพันธ์กับการเกิด Atherosclerosis และ ความดันโลหิตสูงซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองขาด เลือดไปเลี้ยงและจะเพิ่มอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซ้ำ

2.1.4) โรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งทำให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงแข็ง ก่อให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด

2.2) ปัจจัยเสี่ยงรองมักพบในผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่มีภาวะอ้วน ดื่มน้ำสุรา โรคเลือดโรคหัวใจ ประวัติ ครอบครัวมีบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองจึงมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะหลอดเลือดแดง แข็ง ปัจจัยส่วนบุคคลเช่น อายุ เชื้อชาติ เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

อาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย จะแตกต่างกันจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้อสมองที่ขาดเลือด และขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ ดังนี้คือ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1) อาการเตือนผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาจจะมีอาการเตือนแต่ไม่ได้สนใจ ได้แก่ อาการสับสน เวียนศีรษะ งุนงง ปวดศีรษะ แขนขาชาหรือเป็นอัมพาตชั่วคราว

2) อาการที่มาโรงพยาบาล ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมาโรงพยาบาลด้วย อาการหมดสติ หรือมีอาการทางระบบประสาท เช่น อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้เป็นต้น อาการเหล่านี้ มักเกิดขึ้นทันทีทันใดและจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน 2-3 นาทีหรือชั่วโมง

3) อาการทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ คอแข็ง ความดันโลหิตสูง มีความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและ อารมณ์เปลี่ยนแปลง อาการทั่วไปมักเกิดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันที แต่ระดับความรู้สึกตัวอาจค่อยๆ น้อยลงจนถึงขั้นหมดสติ ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากเลือดออกในสมอง อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และจะรุนแรงมากขึ้นถ้าเลือดยังคงออกต่อไป และไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคเสียชีวิตได้ง่าย สำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองตีบ อาการที่เกิดขึ้นจะค่อยเป็นค่อยไป มักจะเกิดหลังตื่นนอน ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจาก หลอดเลือดสมองอุดตันจากการมีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือด อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจ เป็นอาการนำก่อนเกิดความผิดปกติทางสมอง มีอาการชักบ่อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดอื่นๆ อาการชักจะเกิดติดต่อกัน (serial convulsion) ถ้าลิ่มเลือดที่ลอยมาอุดตันก่อนเลือดขนาดใหญ่จะทำให้เกิดอาการรุนแรง

4) อาการเฉพาะที่ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เสียหายที่

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1) ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ในระยะนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้ คือ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของ หัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

2) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลว ส่วนใหญ่ใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่าและผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนลำบาก การเคลื่อนไหวและการพูด (Phipps, 1991)

3) ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการ ไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมงกล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ เกร็ง แข็งขึ้นการดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4-6 เดือนหรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปีจะเห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีระยะของการเกิดโรคคือระยะเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้ระยะหลังเฉียบพลัน ซึ่งหากมีการรักษาดูแลได้ทันท่วงที จะสามารถทำตามปกติ และเมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยจะเน้นที่ ป่วยจะเน้นที่การลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ที่มิบทบาทสำคัญ คือผู้ดูแลในครอบครัวอาสาสมัครในชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จัดบริการครั้งละ 30-45 นาทีจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 2 เดือน ดังนี้

ครั้งที่ 1

1) จัดให้ผู้ป่วยนั่งในห้องตรวจ คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน แสงสว่างเพียงพอ

2) สร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตนเองเสนอการให้ความช่วยเหลือ พูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การควบคุมอาการ และปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง และการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไป เพื่อพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและความต้องการในการสนับสนุนการดูแลตนเอง

3) ทำ pretest สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การตรวจสมรรถภาพอด ข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งกระตุ้น ด้านการเข้ายาและติดตามการรักษา ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ และด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหัดกำเริบ และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน คือ ด้านอาการและอาการแสดง ด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ด้านการแสดงอารมณ์ และด้านสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อม

4) สนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในหัดและเหตุการณ์ที่เกิดการกำเริบรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการตนเอง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค รวมถึงความต้องการความรู้เพื่อการดูแลตนเอง

5) ให้ความรู้การดูแลตนเองตามคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มอบคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนเมื่ออยู่บ้านและให้นำกลับมาด้วยในนัดติดตามครั้งต่อไป

6) ตรวจสมรรถภาพอดและบันทึกผลการตรวจในแบบบันทึก

7) นัดผู้ป่วยครั้งต่อไปเพื่อติดตามอาการและพฤติกรรมดูแลตนเอง 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3

1) โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย

2) พูดคุย ทักทาย สนทนาเกี่ยวกับการควบคุมอาการและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองกำเริบรุนแรง

3) ให้ผู้ป่วยทบทวนพฤติกรรมดูแลตนเองในสถานการณ์จริงที่ผ่านมา เพื่อประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการใช้คำถามปลายเปิด ในช่วงเวลาที่ผ่านมาท่านมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างไร โดยผู้วิจัยรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ

4) นำปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่กล่าวมา ค้นหาสาเหตุของปัญหาร่วมกัน

5) ให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องตามคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ผู้วิจัยยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและประเด็นที่สนใจ และให้การชี้แนะการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมแต่ละบุคคล ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ในคู่มือและนำกลับมาสอบถามตามความสนใจ

5) นัดผู้ป่วยครั้งต่อไปเพื่อติดตามอาการและพฤติกรรมดูแลตนเอง 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 4

- 1) ประเมินสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วย
- 2) จัดให้ผู้ป่วยนั่งในห้องตรวจที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง งานผู้ป่วยนอก จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน
- 3) ทำ post test สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การตรวจสมรรถภาพปอด ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งกระตุ้น ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ และด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหืดกำเริบ และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน คือ ด้านอาการและอาการแสดง ด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ด้านการแสดงอารมณ์ และด้านสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อม
- 4) บันทึกผลการตรวจสมรรถภาพปอด
- 5) แจ้งผลการตรวจสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วยทราบและชมเชยในรายที่มีผลการตรวจสมรรถภาพปอดดีขึ้น และไม่มีการกำเริบรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 6) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย กล่าวคำชมเชยและชื่นชมในความสามารถของผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม และแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามแนวทางนี้ต่อไปอย่างสม่ำเสมอ
- 7) ผู้วิจัย กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย จนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี
- 8) สำหรับผู้ป่วยรายที่ยังมีปัญหาในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองตามคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกครั้ง และส่งต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลงานคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ในเรื่องการนัดติดตามอาการและให้การดูแลรักษาต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กมลชนก ม่วงเมืองแสน (2565) ศึกษา รูปแบบและกระบวนการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูแบบบูรณาการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คือ 4 CAREs MODEL” ประกอบด้วย 1st CARE คือ Modern Medicine Care แพทย์แผนปัจจุบันบำบัด, 2nd CARE คือ Alternative Medicine Care, 3rd CARE คือ Dharma care, 4th CARE คือ Family care ซึ่งจะเป็นต้นแบบการดูแลและบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน จึงควรเป็นการบูรณาการทั้ง ๔ องค์ประกอบ (4 CAREs MODEL) เข้าด้วยกัน เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย โดยมีการนำหลักธรรมมาช่วยในการบำบัด มีครอบครัวและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ขับเคลื่อนไปสู่ความมั่นคงทางสุขภาพ ๔ ด้าน ที่ประกอบด้วย ๑) ระบบของสุขภาพ ๒) องค์ประกอบของสุขภาพ ๓) ขอบเขตและความครอบคลุมด้านสุขภาพ ๔) สิทธิของบุคคลด้านสุขภาพ ซึ่งจะผลให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงระบบสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง และท้ายที่สุดจะนำไปสู่ความมั่นคงทางสุขภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืนได้

เจตจรรยา บุญญกุล (2557) ศึกษา รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางไฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 2 แนวทาง คือ 1) แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน และ 2) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินผลโดยรวมพบว่า ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ มีการช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพให้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง(ต่อ)

ผู้ป่วย แก่นนำชุมชนเกิดความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมดำเนินงานและให้การสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อช่วยในการออกกำลังกายและบริหารข้อ บุคลากรสุขภาพมีแนวทางในการเยี่ยมบ้านที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่อง

บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, สุภาภรณ์ ดั่งแพง และฉันทนา จันทวงศ์ (2560) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดต่อการทำหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวม (การทำหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($V = .56, F(3.44) = 18.84, p < .001$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อวัดซ้ำในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ($V = .96, F(9.38) = 1.08, p < .001$) นอกจากนี้เมื่อทดสอบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาพบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($V = .83, F(9, 38) = 20.54, p < .001$)

โบทัน บุญชู (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านต่อความมั่นใจและการเผชิญปัญหาในการเปลี่ยนผ่านของภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดที่เป็นครั้งแรก พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านของภาวะสุขภาพ 4 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายกลับบ้านมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,64) = 12.66, p < .05$) โดยใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านการบรรเทาความรู้สึกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ไม่พบความแตกต่างของการใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการอารมณ์ ($p > .05$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านของภาวะสุขภาพสามารถเพิ่มความมั่นใจและส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดที่เป็นครั้งแรกได้

ประภัสสร วีระประสิทธิ์ (2565) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี พบว่า ผู้ป่วยก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโรงพยาบาลท่าม่วง มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด กำลังกล้ามเนื้อ : แขนซ้ายระดับ 1 ขาซ้าย ระดับ 2 แขนและขาขวาระดับ 5 แบบ ประเมินกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Activity of Daily Living Index) ได้ 45 คะแนน หลังเข้ารับการดูแลโปรแกรมการดูแล กำลังกล้ามเนื้อ: แขนซ้ายระดับ 2+ ขาซ้ายระดับ 4+ แขนและขาขวาระดับ 5 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ได้ 90 คะแนน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น เดินได้โดยไม่ใช้ไม้เท้า 3 ขา

ปัญจนา พรายอินทร์, บุญญรัตน์ เพิกเดช และพิมพ์ร สีสะวัฒนากุล. (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูตามแนวคิดการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมทั้งค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการควบคุมโรคร่วม ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือด ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พีรพรรณ อภิวงศ์วาร (2560) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า 1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสูง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง(ต่อ)

กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.359, p = 0.000$) 2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.026, p = 0.000$)

พรชัย จุลเมตต์, สมชาย ศรีทิพย์สถิตย์, จิตาภา จุฑาภูวตล และกนิษฐา ภู์พวง (2561) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพ็ญศรี แสนสุข (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า 1) ภายหลังใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และมีความทุกข์น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ภายหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความทุกข์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เริงฤทธิ์ ทองอยู่ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีเป้าหมายร่วมกันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -34.73, p < .00; t = -26.72, p < .00$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.86, p < .00; t = 7.93, p < .00$)

สุปรีดา มั่นคง (2559) ศึกษาการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่า ในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังจำหน่าย ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความพร้อมของญาติผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เสาวนีย์ กุลเสวตร์ (2557) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ว อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่ม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง(ต่อ)

ตัวอย่างมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายเพิ่มขึ้น ($p=0.03$) คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านความยากลำบากและข้อจำกัดในการปฏิบัติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความจำและการคิด ความสามารถในการสื่อสารการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาต และด้านความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม และคุณภาพชีวิตในด้านอารมณ์ความรู้สึกเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คุณภาพชีวิตโดยรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังการใช้แนวปฏิบัติพบว่า ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.89 เช่นเดียวกับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากร้อยละ 100

สงอรุณ ใจวงศ์ผาบ, ศรีวรรณ เรืองวัฒนา, ธนิตา จิตนารินทร์ และกนกรัตน์ มัชชะ (2563) ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำพูน พบว่า ระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การจัดตั้งหน่วยผู้ป่วยเฉพาะโรค การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย การแต่งตั้งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในการดูแล การพัฒนาสมรรถนะ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแล ภายหลังจากนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาไปใช้ พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อเรื่องวิจัย ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 17 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6.5 ล้านคน รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke survivors) 26 ล้านคน และพิการถาวร จำนวน 5 ล้านคน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) คนไทยทั้งประเทศสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years) รวมกว่า 18.5 ล้านปี โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ เป็นอันดับ 2 รองจากการบาดเจ็บทางถนน คิดเป็นร้อยละ 7.9 ในเพศชาย และ 8.2 ในเพศหญิง โดยในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะถึงร้อยละ 11.8 ในเพศชาย และร้อยละ 12.9 ในเพศหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566) โดยในทุก ๆ 2 นาทีจะมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นหนึ่งราย และทุก 6 วินาทีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตหนึ่งราย (ยงชัย นิลชนนท์, 2558) สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้น ๆ ของประเทศ ในปีงบประมาณ 2565 เมื่อเทียบกับปี 2560 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์สูงขึ้น จาก 278.49 เป็น 330.72 ต่อประชากรแสนคน (สมศักดิ์ เทียมเท่า, 2565) และจากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2566) พบว่า ในปี 2560-2566 อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 1 แสนคน เท่ากับ 47.81 47.15 52.97 52.80 และ 55.53 ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อเทียบกับโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า อัตราตายมากกว่าถึง 1.5-2 เท่าตัว (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) จากการศึกษาต้นทุนต่อวันนอนในการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการการดูแลระยะกลางมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.9 วันนอนต่อราย มีต้นทุนเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล ประกอบด้วย ต้นทุนค่าบริการพื้นฐาน ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ และต้นทุนค่าลงทุน โดยแบ่งตามสิทธิการรักษา ดังนี้ สิทธิบัตรทอง สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม มีต้นทุนเฉลี่ย 1,604 1,656 และ 1,716 บาทต่อวันนอนตามลำดับ (อรพรรณ ศฤงคาร และคณะ, 2564) โรคหลอดเลือดสมองจึงถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญสำหรับประเทศไทย

ในการคัดกรองภาวะสุขภาพเพื่อให้ได้รับการบริการที่เหมาะสม โดยเฉพาะการปรับยาโดยแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัด และการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสมโดยเภสัชกร และการนัดติดตามโดยพยาบาลหน้าห้องตรวจ ซึ่งเป็นระบบที่ดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน เพื่อให้สามารถพัฒนางานด้านนี้อย่างเป็นระบบจึงควรพัฒนาประสิทธิภาพการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขณะที่ยังพบแพทย์ที่โรงพยาบาลประจำคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ควรประเมินส่วนขาดในการดูแลตนเองและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมในบริบทของตนเอง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วขึ้น ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถจัดการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสม สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพตนเอง ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว และภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (Naylor, 2006) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (Naylor, 2006) ให้ความสำคัญกับช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านว่าเป็นช่วงวิกฤตลักษณะของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 1) การประเมินอย่างสมบูรณ์แบบเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกายอารมณ์การรู้คิดและการทำหน้าที่ รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม 2) นำแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่อาศัยหลักฐานที่เชื่อถือได้ไปปฏิบัติ 3) การดูแลเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อเนื่องไปถึงบ้านและติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตาม 4) สร้างกลไกที่จะได้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและสถาบันที่รับส่งต่อและ 5) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเน้นบทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้และทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีกิจกรรมการดูแลในโรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

ดงภาพที่ 1

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

กิจกรรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะ จำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที

ครั้งที่ 1 Pre-test สร้างสัมพันธภาพและสอนโดยใช้คู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่

- การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวตามระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน

- การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 และ 3 การเยี่ยมทางโทรศัพท์

- การฟื้นฟูสภาพ

- การจัดการด้านอาหาร

- การปฏิบัติตามแผนการรักษา

- การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

ครั้งที่ 4 Post-test ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. ระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เป็นวิจัยแบบวัดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-post test design) มี ขอบเขตการศึกษาผลของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ดีวก่อนใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (Naylor, 2006)

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่ คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 787 ราย เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 กำหนดอำนาจจำแนกในการทดสอบที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษาเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย รวมป้องกันการสูญหาย 10 % และการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

3.1 ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวตามระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน โดยใช้คู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1.1) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

1.2) การทำกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ่อนแรงครึ่งซีก

1.3) การบำบัดภาวะกลืนลำบาก

1.4) อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.5) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

และ 1.6) การเฝ้าระวังและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด

2) การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่อง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

3) การเยี่ยมทางโทรศัพท์

3.2 ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

4) ขอบเขตด้านเวลา ใช้เวลาในการศึกษาเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2566

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการทำวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ที่ได้รับการดูแลในระยะวิกฤตจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และได้รับการส่งตัวกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และ นัดกลับมาใช้บริการที่ คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2566 เก็บกลุ่มตัวอย่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2566

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว หมายถึง การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวตามระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่อง และการเยี่ยมทางโทรศัพท์

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวตามระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน โดยใช้คู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีประเด็นที่ผู้ป่วยควรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติที่เหมาะสม ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทำกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ่อนแรงครึ่งซีก การบำบัดภาวะกลืนลำบาก อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และการเฝ้าระวังและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด

การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่อง หมายถึง การที่บุคลากรของหน่วยงานผู้ป่วยนอกร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วย วางแผนการดูแล การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การเยี่ยมทางโทรศัพท์ หมายถึง การติดตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งความรู้ ทักษะ และการจัดการตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ การจัดการด้านอาหาร การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

ระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถในการรู้จำ เข้าใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ การจัดการด้านอาหาร การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบประเมิน

ความรู้โรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ดูแลหลังได้รับบริการ ตามรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวตามระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน ความพึงพอใจด้านการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่อง และความพึงพอใจด้านการเยี่ยมทางโทรศัพท์

ระเบียบวิธีวิจัย

ขอบเขตการวิจัย :

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษา ณ คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ซึ่งมีรูปแบบของบริการดังนี้คือ ผู้ป่วยยื่นบัตรนัด ตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ รับการซักประวัติ ชั่งน้ำหนักและวัดสัญญาณชีพโดยพยาบาล ตรวจร่างกายและรักษาโดยแพทย์ รับคำแนะนำต่าง ๆ จากพยาบาลหน้าห้องตรวจ และรับยา การเข้ารับบริการจะใช้เวลาและความรุนแรงของอาการเป็นตัวกำหนดลำดับของการเข้ารับการรักษา ภายใต้ต้นนโยบายด้านสุขภาพ คือ การบริการในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งรูปแบบบริการดังกล่าวนี้ ได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในทุกโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่นัดมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 30 ราย

1) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 กำหนดอำนาจจำแนกในการทดสอบที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษาเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดเพิ่มอีก 10% รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 33 ราย และการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

2) เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง นัดมาติดตามอาการที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

2.2) เป็นผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ที่ทำแบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL คะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป

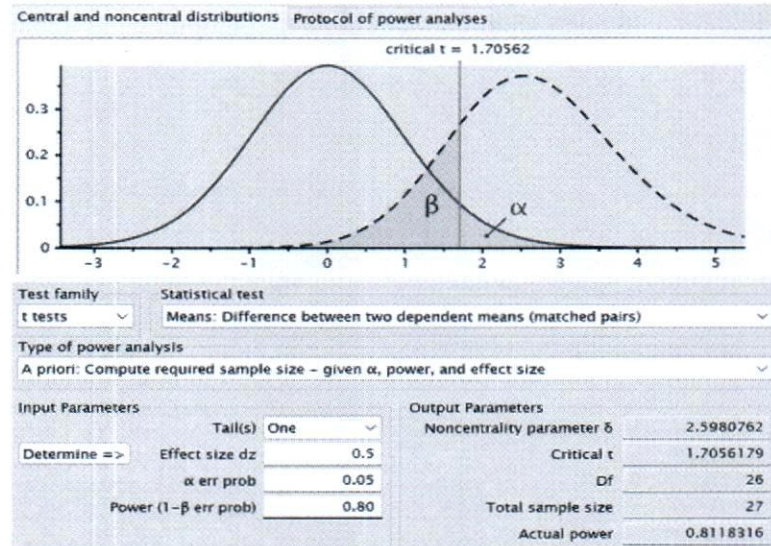
4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

2.2) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้

2.3) สนใจเข้าร่วมการวิจัย และยินดีให้ข้อมูลกับผู้วิจัย

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี G Power



3) เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

3.1) มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.2) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ลักษณะเครื่องมือ เป็นกิจกรรมบูรณาการเน้นบทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้และทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีกิจกรรมการดูแลในโรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 4 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ ลักษณะเครื่องมือเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระยะเวลาที่ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และยาที่ใช้ในการรักษา สืบค้นจากเวชระเบียน ลักษณะเครื่องมือเป็นข้อคำถามปลายปิด และปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เรล ลักษณะข้อคำถามปลายปิดที่มีคำตอบให้เลือก ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 10 ด้าน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดความรู้ที่มีลักษณะข้อคำถามปลายปิดที่มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ แบ่งเป็น 6 ด้าน จำนวน 29 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ลักษณะข้อคำถามปลายปิดที่มีคำตอบให้เลือก 3 ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อ

การเก็บรวบรวมและเก็บข้อมูล

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมการด้านความรู้ โดยการทบทวนวรรณกรรมและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรียนรู้เทคนิค การสร้างสัมพันธภาพ การสอนให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง

2. ทำหนังสือผ่านหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อขออนุญาตส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ย้อนหลังระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2565 และศึกษาไปข้างหน้าระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2566

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยที่งานคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรอตรวจ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยแนะนำตัว แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยทั้งหมด และบอกประโยชน์ที่เกิดจากผลการวิจัยในครั้งนี้ให้ผู้ป่วย ทราบสอบถามความสมัครใจและอธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงลายมือชื่อแล้ว ผู้วิจัยคัดลอกข้อมูล ประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน และประวัติโรคร่วมและยาที่ใช้รักษา และข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และยาที่ใช้ในการรักษา ลงในแบบบันทึกและดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ครั้งละ 30-45 นาทีจำนวน 4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 2 เดือน ดังนี้

ครั้งที่ 1

- 1) จัดให้ผู้ป่วยนั่งในห้องตรวจ คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน แสงสว่างเพียงพอ
- 2) สร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตนเองเสนอการให้ความช่วยเหลือ พูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การควบคุมอาการ และปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง และการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไป เพื่อพฤติกรรมที่ไม่

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

ถูกต้องและความต้องการในการสนับสนุนการดูแลตนเอง

3) ทำ pretest สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การตรวจสมรรถภาพปอด ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยง และกำจัดสิ่งกระตุ้น ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ และด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหืดกำเริบ และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน คือ ด้านอาการและอาการแสดง ด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ด้านการแสดงอารมณ์ และด้านสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อม

4) สนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในหืดและเหตุการณ์ที่เกิดการกำเริบรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการตนเอง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค รวมถึงความต้องการความรู้เพื่อการดูแลตนเอง

5) ให้ความรู้การดูแลตนเองตามคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มอบคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนเมื่ออยู่บ้านและให้นำกลับมาด้วยในนัดติดตามครั้งต่อไป

6) ตรวจสมรรถภาพปอดและบันทึกผลการตรวจในแบบบันทึก

7) นัดผู้ป่วยครั้งต่อไปเพื่อติดตามอาการและพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3

1) โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย

2) พูดคุย ทักทาย สนทนาเกี่ยวกับการควบคุมอาการและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองกำเริบรุนแรง

3) ให้ผู้ป่วยทบทวนพฤติกรรมการดูแลตนเองในสถานการณ์จริงที่ผ่านมา เพื่อประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการใช้คำถามปลายเปิด ในช่วงเวลาที่ผ่านมาท่านมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างไร โดยผู้วิจัยรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ

4) นำปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่กล่าวมา ค้นหาสาเหตุของปัญหาร่วมกัน

5) ให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องตามคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ผู้วิจัยยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและประเด็นที่สนใจ และให้การชี้แนะการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมแต่ละบุคคล ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ในคู่มือและนำมาสอบถามตามความสนใจ

5) นัดผู้ป่วยครั้งต่อไปเพื่อติดตามอาการและพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 4

1) ประเมินสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วย

2) จัดให้ผู้ป่วยนั่งในห้องตรวจที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง งานผู้ป่วยนอก จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน

3) ทำ post test สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การตรวจสมรรถภาพปอด ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยง และกำจัดสิ่งกระตุ้น ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ และด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมี

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

ภาวะหืดกำเริบ และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดเลือดสมอง 4 ด้าน คือ ด้านอาการและอาการแสดง ด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ด้านการแสดงอารมณ์ และด้านสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อม

- 4) บันทึกผลการตรวจสมรรถภาพปอด
- 5) แจ้งผลการตรวจสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วยทราบและชมเชยในรายที่มีผลการตรวจสมรรถภาพปอดดีขึ้น และไม่มีการกำเริบรุนแรงของโรคหืดเลือดสมอง
- 6) ประเมินพฤติกรรมกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย กล่าวคำชมเชยและชื่นชมในความสามารถของผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม และแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามแนวทางนี้ต่อไปอย่างสม่ำเสมอ
- 7) ผู้วิจัย กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย จนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี
- 8) สำหรับผู้ป่วยรายที่ยังมีปัญหาในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองตามคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดเลือดสมองอีกครั้ง และส่งต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลงานคลินิกโรคหืดเลือดสมอง ในเรื่องการนัดติดตามอาการและให้การดูแลรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจง ความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระยะเวลาที่ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดเลือดสมอง และยาที่ใช้ในการรักษา วิเคราะห์ด้วยการแจกแจง ความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ด้วยการแจกแจง ความถี่ คำนวณ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ความรู้โรคหืดเลือดสมองของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหืดเลือดสมองต่อรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเลือดสมองระยะฟื้นฟู วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
6. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหืดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วิเคราะห์ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
7. เปรียบเทียบความรู้โรคหืดเลือดสมองของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหืดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วิเคราะห์ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
8. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหืดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหืดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วิเคราะห์ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและอายุรแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง
11. เผยแพร่ผลงานโดยเข้าร่วมการนำเสนอผลงานแบบ Oral presentation โครงการประชุมวิชาการเพื่อรองรับนโยบายเร่งด่วนกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ระหว่างวันที่ 30 – 31 มกราคม 2567 ณ ห้องประชุมเฉลิมพระเกียรติ ๔๘ พรรษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

4.3. เป้าหมายของงาน

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วจำนวน 30 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 8 สัปดาห์

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้ในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ป่วยในการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ(ต่อ)

2.หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวตามระยะเวลา เปลี่ยนผ่าน โดยใช้คู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง การทำกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ่อนแรงครึ่งซีก การบำบัดภาวะกลืนลำบาก อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การเฝ้าระวังและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด และ การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่อง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

6.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถจัดการตนเองเพื่อให้มีความรู้และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองได้

6.3 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว นำไปเป็นต้นแบบที่ดีให้กับหน่วยงานอื่น ๆ และโรงพยาบาลข้างเคียงหรือปรับใช้ในคลินิกเฉพาะโรคได้

7.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 การดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีการดำเนินการหลายขั้นตอนรวมถึงมีการสอบปากเปล่าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

7.2 การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในบางวันมีผู้ป่วยให้ความสนใจเข้าร่วมโครงการหลายท่านทำให้การจัดกิจกรรมมีความยุ่งยากในการควบคุมกลุ่มและการคัดกรองไม่ครอบคลุมขั้นตอนการปฏิบัติที่เหมาะสม และยังไม่เพียงพอต่อการควบคุมและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

7.3 การวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงที่ทำคอมพิวเตอร์ใช้งานไม่ได้ทำให้การดำเนินการล่าช้า

7.4 การเขียนรายงานการวิจัยเพื่อเผยแพร่มีความยุ่งยากในการติดต่อประสานกับทางวารสารและการหาที่นำเสนอช่วงนี้ค่อนข้างยากเพราะเต็มหมด

8.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อาจมาติดตามการรักษาค่อนข้างน้อยและเป็นวันหยุดราชการจึงทำให้เก็บกลุ่มตัวอย่างล่าช้าออกไป

8.2 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการบริการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของการให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาดี ดังนั้นใน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ (ต่อ)

การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างในสถานบริการที่แตกต่างกันมากขึ้น

8.3 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดครั้งเดียว (Cross-Sectional Study) ซึ่งแสดงถึงผลของประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงในภาพรวมได้ ดังนั้นถ้ามีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาวจะทำให้สามารถศึกษาแนวโน้มของประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้ดีขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

1. ด้านบริการ

1.1 ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ไปใช้ในคลินิกโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูมากยิ่งขึ้น

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการศึกษาแบบผสมผสานเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ทั้งนี้ให้สามารถนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วต่อไป

10. การเผยแพร่ผลงาน

รอดำเนินการเผยแพร่ผลงานโดยเข้าร่วมการนำเสนอผลงานแบบ Oral presentation โครงการประชุมวิชาการเพื่อรองรับนโยบายเร่งด่วนกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ระหว่างวันที่ 30 - 31 มกราคม 2567 ณ ห้องประชุมเฉลิมพระเกียรติ ๔๘ พรรษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางณัททัย ไสสุก ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 90
- 2) นางจตุพร พลธิรักษา ผู้วิจัยร่วมมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 10

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....



(นางณัททัย ไสสุก)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..... ๓ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1.นางณัททัย ไสสุก	
2.นางจตุพร พลธิรักษา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางสุวรรณา ชนะภัย)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
(วันที่) ๓ / มกราคม / ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)
(วันที่) ๓ / มกราคม / ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
(วันที่) ๓ / มกราคม / ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....
(นายธราพงษ์ กัปกโก)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(ตำแหน่ง)
(วันที่) ๙ / ก.พ. 2567 /

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

.....

1.เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพแบบครบวงจร
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ✓

2.หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ประชากรในประเทศไทยประมาณ 66 ล้านคน (ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2563) เกือบ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมดจะเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ขณะที่สัดส่วนของวัยแรงงาน (15-59 ปี) และประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) จะมีสัดส่วนลดลง โดยประชากรวัยเด็กถือเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนน้อยที่สุดของประเทศแทนที่กลุ่มประชากรสูงอายุ จากโครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงรวมถึงองค์ความรู้ เครื่องมือวิธีการตรวจ รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนาขึ้นมา ปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทยในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) ทั้งในแง่ของภาระโรค และอัตราการเสียชีวิต ซึ่งโรคในกลุ่ม NCDs เป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับนิสัยหรือพฤติกรรม การดำเนินชีวิตสาเหตุของการเกิดโรคมามากจากพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลเป็นสำคัญ โดยส่วนใหญ่โรคกลุ่ม NCDs สามารถป้องกันและตรวจคัดกรองได้ ซึ่งการตรวจคัดกรองโรค โดยการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นส่วนสำคัญหนึ่งที่ส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปเกิดความตระหนักในการเฝ้าระวังความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่เริ่มแรก และยังเป็นการชี้วัดภาวะสุขภาพของประชาชนในเบื้องต้น นำไปสู่การวินิจฉัยสาเหตุของความผิดปกติของร่างกายและการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันโรคต่อไป การให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบัน พบว่า ภาครัฐนั้นได้มีการกำหนดให้การตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (CSMBS) และสิทธิประกันสังคม (SSS) และในช่วงที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการจัดสร้างนโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน โดยจะมุ่งเน้นไปที่ความเหมาะสมตาม กลุ่มอายุ เพศ อาชีพ ซึ่งทำให้โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน หรือสถานบริการด้านสุขภาพอื่นๆ จัดให้มีโครงการ หรือโปรแกรมการตรวจสุขภาพ เพื่อรองรับนโยบายการสนับสนุนและมุ่งเน้นการป้องกันโรคของภาครัฐดังกล่าว เกิดการแข่งขันกันในการให้บริการเพื่อเสริมสร้างความประทับใจให้กับผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ เพื่อให้เกิดความประทับใจต่อการบริการ และตอบสนองความต้องการอย่างครบถ้วนตามที่ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพมุ่งหวังไว้เกิดการกลับมาใช้บริการซ้ำอีกในส่วนภาคประชาชนนั้น

งานศูนย์ตรวจสุขภาพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เปิดให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ที่มีมารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งในรูปแบบบริษัททั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน แบบ Walk in และแบบนัดล่วงหน้าเพื่อขอตรวจสุขภาพ ทุกวันจันทร์ - วันศุกร์ ยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดบริการตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. จากสถิติผู้มารับบริการทั้งหมด ปี 2564-2566 พบว่าจำนวนผู้มารับบริการ เท่ากับ 3,360, 4,000 และ 4,500 ราย (ข้อมูลต.ค. 2565-พ.ย. 2566) ตามลำดับ เฉลี่ยวันละ 15, 27 และ 30 รายต่อวัน ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และมียอดผู้มารับบริการกลุ่มโรงงานและกลุ่มข้าราชการตามหน่วยงานนัดหมายวันล่วงหน้า รอบละ 150 คน ต่อครั้ง (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566)

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

การให้บริการของงานศูนย์ตรวจ แบ่งออกได้ 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนตรวจ การพยาบาลระยะขณะตรวจ และการพยาบาลหลังตรวจ ในแต่ละระยะที่ให้บริการจะมีการทำหัตถการและตรวจรักษาต่าง ๆ ในระยะก่อนตรวจเป็นผู้ป่วย Walk in มาเข้ารับการรักษาในส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมตัวมา อาทิเช่น ไม่ได้งดน้ำงดอาหารเพื่อมาเจาะเลือด ไม่ได้เก็บอุจจาระหรือเก็บปัสสาวะได้ เข้ามาตรวจโดยไม่ได้นัดและตรงกันกับกลุ่มที่ตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท กลุ่มข้าราชการในบางวันส่งผลให้ผู้มาใช้บริการกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแล ไม่ได้รับคำแนะนำ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีนัดหมาย เกิดปัญหาระยะเวลาการรอคอยนาน เนื่องจากเมื่อเข้าสู่กระบวนการให้บริการผู้ป่วยระยะก่อนตรวจแล้ว ระหว่างรอพบแพทย์ ต้องมาบริเวณที่นั่งรอตรวจ ปะปนกับผู้ป่วยที่มีนัดหมาย บางครั้งเกิดความสับสน เบื่อหน่าย และวิตกกังวลเพราะการรอคอยที่ยาวนาน กว่าจะได้รับการตรวจ เกิดบรรยากาศที่ตึงเครียด เกิดความไม่พอใจให้กับผู้ป่วยและญาติ เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการไม่ทราบข้อมูลการตรวจรักษา ความห่วงกังวลในอาการขณะที่ต้องนั่งรอ รวมถึงเวลาที่สูญเสียจากการรอตรวจเป็นเวลานาน ๆ ที่ส่งผลในทางเศรษฐกิจของผู้มาใช้บริการและญาติด้วย เพราะต้องเสียเวลาในการกลางาน รวมถึงการขาดรายได้ในวันที่ต้องมาตรวจ จนนำไปสู่ความไม่พอใจในการใช้บริการ และบางรายมีการร้องเรียนระบบบริการ ตามช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

ผู้เสนอผลงานในฐานะหัวหน้างานศูนย์ตรวจสุขภาพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จึงมีความสนใจที่จะแก้ไขปัญหาเรื่องการพยาบาลระยะก่อนตรวจ การพยาบาลระยะขณะตรวจ และการพยาบาลหลังตรวจ ซึ่งการพยาบาลระยะก่อนตรวจ เป็นสิ่งที่ต้องเตรียมตัวผู้มาใช้บริการตามขั้นตอนของการตรวจสุขภาพมากที่สุด พยาบาลให้ความสำคัญทุกกระบวนการตรวจโดยเน้นหนักทางการพยาบาลระยะหลังตรวจสำหรับกลุ่มผู้ป่วย/ผู้มาใช้บริการ ด้วยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพแบบครบวงจร งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันการเจ็บป่วยลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตหากไม่ดูแลป้องกัน ให้ผู้มาใช้บริการมีความรู้ที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเนื่องที่บ้านด้วยตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมช่วยควบคุมอาการและป้องกันโรคที่เสี่ยงตรวจสุขภาพหรือได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วช่วยให้ความรู้ ผู้มาใช้บริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองสามารถดูแลตนเองได้และช่วยชะลอการเกิดวินิจฉัยโรคได้

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

การตรวจสุขภาพประจำปี 2565 ลดระยะเวลาในการรับบริการตรวจสุขภาพลง 22.82 นาที (ร้อยละ 32) และ 13.90 นาที (ร้อยละ 22) เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2563 และ 2564 ตามลำดับ แต่เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของระยะเวลารวมที่ใช้บริการตรวจสุขภาพของผู้รับบริการปี 2563-2565 โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis test พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของระยะเวลารวมที่ใช้บริการตรวจสุขภาพไม่แตกต่างกัน Chi-square 3.245 (p-value = 0.197)สรุปผลการศึกษา : Corporate Checkup workflow แบบใหม่ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นสามารถลดระยะเวลาในการตรวจสุขภาพของผู้รับบริการในกลุ่มบริษัทคู่สัญญาของโรงพยาบาลได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติและคณะ,2563) การตรวจสุขภาพเป็นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเกิดโรคในอนาคต ทำให้ประชาชนทราบความเสี่ยงล่วงหน้าและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดและ/ หรือให้มีโอกาสเกิดโรคซ้ำที่สุด (อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติและคณะ,2563) การศึกษาเชิงพรรณนาในผู้ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีที่มีสิทธิตามสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการจำนวน 1,987 คน โดยเลือกรายการตรวจสุขภาพ ได้แก่

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

การตรวจโลหิตทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการถ่ายภาพรังสีทรวงอก โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของสถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลราชวิถีในปี พ.ศ.2560 ผล: ผู้มาตรวจสุขภาพมีอายุเฉลี่ย 53.6 ปี (อายุต่ำสุด 30 ปีและสูงสุด 81 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 35-60 ปีร้อยละ 87.7 เป็นเพศหญิง ผลตรวจทางโลหิตทางห้องปฏิบัติการพบว่าระดับฮีโมโกลบินค่าต่ำกว่าปกติร้อยละ 12.2 (95% CI 10.7, 13.6) ระดับฮีมาโตคริตต่ำร้อยละ 9.4 (95% CI 8.1, 10.7) หากพิจารณาภาวะโลหิตจาง (ฮีโมโกลบิน < 10 mg/dl) พบร้อยละ 0.9 ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่าสูงร้อยละ 14.2 (95% CI 12.7, 15.7) ระดับโคเลสเตอรอลสูงร้อยละ 62.4 (95% CI 60.3, 64.5) ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงร้อยละ 9.4 (95% CI 8.1, 10.7) ระดับ LDL-cholesterol สูงร้อยละ 38.7 (95% CI 36.6, 40.8) ระดับ HDL-cholesterol ต่ำร้อยละ 1.1 (95% CI 0.6, 1.6) BUN และ creatinine สูงพบไม่เกินร้อยละ 1 ค่า AST, ALT, alkaline phosphatase ผิดปกติไม่เกินร้อยละ 6 ระดับกรดยูริกในเลือดสูงร้อยละ 17.7 (95% CI 16.0, 19.4) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบความผิดปกติร้อยละ 12.5 (95% CI 11.1, 13.9) ภาพถ่ายทางรังสีทรวงอกผิดปกติร้อยละ 7.9 (95% CI 6.7, 9.1) ได้แก่ ความผิดปกติของหัวใจ ปอด ทรวงอก แต่ไม่พบมะเร็งปอดและวัณโรคปอดระยะเริ่มแรก (อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติและคณะ, 2563) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 อายุเฉลี่ย 40.34 ปี

ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพแบบครบวงจร งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำหรับกลุ่มที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพ พยาบาลเป็นหนึ่งวิชาชีพที่สามารถให้ความรู้ผู้ป่วยในการส่งเสริมป้องกันโรคต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์ ถูกต้อง การให้การพยาบาลก่อนตรวจ การพยาบาลขณะรอตรวจ และการพยาบาลหลังตรวจในการตรวจสุขภาพเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสนใจทุกขั้นตอน โดยเฉพาะการพยาบาลหลังตรวจเป็นเรื่องที่สำคัญเพราะบางบริษัทหรือบางคนไม่ได้ยอมรับผลตรวจทางพยาบาลศูนย์ตรวจสุขภาพเป็นผู้ส่งผลตามไปที่หลัง ดังนั้นแล้วการพัฒนางานเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้สามารถปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพได้ถูกต้อง จึงต้องเป็นบทบาทของพยาบาลในการให้คำแนะนำ เมื่อผู้ป่วย/ผู้มาใช้บริการ/ผู้ที่เสี่ยง สามารถดูแลป้องกันโรคได้ ส่งผลให้ไม่เกิดความเจ็บป่วยหรือชะลอการป่วยออกไปเป็นการดูแลที่คุ้มค่า ลดต้นทุนค่ายา ค่ารักษา ประหยัดงบประมาณของประเทศทางอ้อมที่ไม่ต้องจ่ายงบประมาณในการรักษาโรคของประชาชนหากมีความรู้ในการป้องกันโรคมกกว่าเป็นโรคแล้วมารักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพแบบครบวงจร กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. เพื่อให้ผู้ที่มาตรวจสุขภาพประจำปีมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้
3. เพื่อลดขั้นตอนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพ
4. เพื่อเป็นแนวทางการจัดการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมแก่หน่วยงาน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพทุกราย
2. บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนในงานศูนย์ตรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ดำเนินการใช้แนวทางการพัฒนารูปแบบระบบงานศูนย์ตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ดังนี้
 - 1.1 จัดทำรูปแบบระบบงานศูนย์ตรวจสุขภาพ โดยจัดทำ QR Code การนัดหมายการตรวจสุขภาพ QR Code ปรีกษาปัญหาสุขภาพออนไลน์ และ QR Code ความรู้การเสี่ยงของโรคต่างๆ พร้อมทั้งการปฏิบัติตัวลงทะเบียนนัดล่วงหน้า
 2. กำกับติดตามการทดลองใช้แนวทางการพัฒนารูปแบบระบบงานศูนย์ตรวจสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
 3. รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคที่พบ
 4. วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด
 5. ประเมินผลการดำเนินการหลังทดลองใช้แนวทางการพัฒนารูปแบบระบบงานศูนย์ตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนัดผู้รับบริการเป็นช่วงเวลาได้เพื่อลดความแออัดของผู้มารับบริการในงานศูนย์ตรวจสุขภาพ
2. ผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการของงานศูนย์ตรวจสุขภาพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
3. ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการได้ความรู้ในการปฏิบัติตัว

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีระบบการดูแลผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่ศูนย์ตรวจสุขภาพแบบครบวงจร กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ที่พัฒนาแล้ว จำนวน 1 ฉบับ
2. พยาบาลทุกคนในงานศูนย์ตรวจสุขภาพ สามารถวางแผนการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละวันได้และมีความคล่องตัวในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่างๆ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
3. ระยะเวลารอคอยรับบริการที่งานศูนย์ตรวจสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที

(ลงชื่อ)

(นางณัททัย ไสสุก)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๓ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน