

ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่

Effect of Clinical Practice Guideline for Preparation of Care Givers of Patients with Stroke
in Medical Ward at Phrae Hospital

เตือนใจ อินทรสมใจ พย.บ.*

เทวัญ ยอดยิ่ง พย.ม.**

บทคัดย่อ

- บทนำ:** โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุจากการแตก หรือการอุดตันของเส้นเลือดภายในสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด ซึ่งจากงานวิจัยที่เคยศึกษา พบว่าการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น
- วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น ความพึงพอใจของผู้ดูแล และความพึงพอใจของพยาบาล
- วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงพัฒนา (developmental research) ดำเนินการศึกษาตามกรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) และประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 20 คู่ และกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 20 คู่ รวม 80 คน โดยเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขณะแรกรับและขณะผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 เดือน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2556 ถึง เดือนเมษายน 2557 โดยใช้สถิติร้อยละ t-test และ exact probability test
- ผลการศึกษา:** หลังการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติได้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าหลังจำหน่าย 2 เดือน กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก (ADL = 75-90) ร้อยละ 70.0 เฉลี่ย 77.3 (SD = 3.9) ในกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง (ADL = 50-70) ร้อยละ 40 เฉลี่ย 56.3 (SD = 4.9) ($p = 0.022$) และพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 45.6 คะแนน (SD = 3.1) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่าคะแนนระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเพียง 12.6 คะแนน (SD = 3.8) ($p = 0.001$) ในส่วนของการกลับมารักษาซ้ำกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีการกลับมารักษาซ้ำ

*หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมรักษ์ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่

**หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่

ด้วยภาวะแทรกซ้อนจากปอดติดเชื้อ ร้อยละ 5 สำหรับกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนจากปอดติดเชื้อ ร้อยละ 15 และเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 5 ($p = 0.171$) ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90 ความพึงพอใจพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากในทุกด้าน

สรุป: การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น และมีแนวโน้มว่าช่วยลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำได้ จึงควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การดูแล อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การเตรียมผู้ดูแล, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Abstract

Background: Stroke is acute abnormality of neurological disease cause by arteries that connect to the brain becoming hemorrhage or blocked. It impacts on patient mortality and disability. Stroke care givers play a title role to encourage stroke patient do activities of daily living (ADL). Many research found better result that preparation of care givers of patients with stroke encourage them to do activities of daily living by themselves.

Objective: To develop clinical practice guideline for preparation of care givers of patients with stroke. To study outcome of clinical practice guideline: activities of daily living, re-admission, care giver satisfaction and nurse satisfaction.

Study design: Developmental research. This study follow the framework of the national health and medical research council (NHMRC), 1999. Evaluated outcome of clinical practice guideline. 80 care givers divided into two groups, 20 pairs of care giver were applied clinical practice guideline group and 20 pairs of care giver were not applied clinical practice guideline group. Compared activities of daily living score and re-admission of stroke patient during admission and followed up 2 months after discharge between September 2013 and April 2014. Statistics for data analysis were percentage, t-test and exact probability test.

Result: We developed clinical practice guideline for preparation of care givers of patients with stroke. After applied this guideline we found that: 2 months after discharge, applied clinical practice guideline group had daily living score at high level (ADL = 75-90) 70.0%, mean 77.3 (SD = 3.9), did not applied clinical practice guideline group had daily living score at moderate level (ADL = 50-70) 40.0%, mean 56.3 (SD = 4.9) ($p = 0.022$). Applied clinical practice guideline group had daily living score increased mean = 45.6 (SD = 3.1). Not applied clinical practice guideline group had daily living score increased mean = 12.6 (SD = 3.8) ($p = 0.001$). Re-admission caused in applied clinical practice guideline group was pneumonia 5%. Re-admission caused in did not applied clinical practice guideline group was pneumonia

15% and pressure ulcers 5% ($p= 0.171$). Care givers satisfaction after used guideline at high level was 90%, and nurse satisfaction at high level in all topics.

Conclusion: Clinical practice guideline for preparation of care givers of patients with stroke improved activities of daily living among stroke patients and trend to decrease re-admission. It should be used in caring stroke patient to increase efficacy of care and hospital quality improvement.

Keywords: Clinical practice guideline, Stroke patient, Care giver preparation, Activities of daily living

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease or stroke) เกิดจากสองสาเหตุใหญ่ คือ หลอดเลือดแดงในสมองตีบหรือตัน ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์สมอง (ischemic stroke) พบร้อยละ 80 และหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้มีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ (cerebral hemorrhage) พบร้อยละ 20 โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงและอาจมีอาการป่วยที่เป็นภาวะเรื้อรังของระบบสมอง ทั้งนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่เรียกว่า อัมพฤกษ์-อัมพาต ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบอัตราการป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นโดยอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2551-2553 เป็น 216.58, 227.19 และ 247.33 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สอดคล้องกับอัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ 24.7, 24.7 และ 31.49 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่รอดชีวิต จะสูญเสียหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและประสาทรับความรู้สึก สูญเสียอำนาจการควบคุมตัวเอง และการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ อีกทั้งสูญเสียความมีคุณค่า และความเป็นตัวตนของผู้ป่วย⁽³⁾

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีจุดประสงค์เพื่อลดอัตราการตาย และลดความพิการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยพบว่า เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีอัตราการตายร้อยละ 20 ถ้ารอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยต้องอาศัยการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันไปตลอดชีวิตถึงร้อยละ 30 สำหรับรายที่อาการเกือบเป็นปกติ นั้น มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น⁽⁴⁾ ในส่วนผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองด้านต่างๆ ทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อ

แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก มีความผิดปกติทางการพูด พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด อ่านและเขียนไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาทางการเคี้ยวและการกลืนอาหาร รวมทั้งไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้⁽⁵⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจสูญเสียด้านความคิด ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน⁽⁶⁾ สำหรับผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวจากการสำรวจค่าใช้จ่ายเฉลี่ยตามกลุ่มโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยปี พ.ศ.2551 พบว่าต้องใช้ถึง 46,524 บาทต่อราย⁽⁷⁾ จากผลกระทบทางด้านต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันรายใหม่ ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลแพร่ ปี 2554 จำนวน 640 ราย ปี 2555 จำนวน 646 ราย ปี 2556 จำนวน 709 ราย พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่าย ในปี 2554, 2555 และ 2556 ตามลำดับ ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirate pneumonia) ร้อยละ 2.65, 3.71 และ 4.51 แผลกดทับ (bed sore) ร้อยละ 2.18, 2.32 และ 1.69 การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ร้อยละ 0.46, 0.15 และ 0.28 และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (re-admit) ร้อยละ 0.46, 0.46 และ 1.55⁽⁸⁾ ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่เนื่องจาก

การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีภาระงานมาก แนวปฏิบัติที่มีอยู่เป็นโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและพยาบาลมีการใช้โปรแกรมดังกล่าวเพียงบางส่วน ร่วมกับการสอนตามปกติ ทำให้มีการปฏิบัติที่หลากหลาย ส่งผลลัพท์ต่อความรู้ของผู้ดูแล และการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลยังไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการกลับมา รักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยภาวะแทรกซ้อน ดังข้อมูลสถิติดังกล่าว

ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เกิดประสิทธิผล จึงทำให้คณะผู้วิจัยสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนถึงภายหลังการจำหน่าย ในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ผู้ป่วยปฏิบัติเองไม่ได้ และช่วยเหลือ ในกิจกรรมบางอย่างที่ผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มที่ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะกระทำได้ เพื่อเป็นการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล และการดูแล ต่อเนื่องไปยังชุมชน (Home health care) เพื่อลด ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งยังเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดแพร่ ให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental research) โดยพัฒนาและศึกษาผล การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ ระหว่างเดือนกันยายน 2556 ถึง เดือนเมษายน 2557

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ระหว่างเดือน กันยายน 2556 ถึงเดือนตุลาคม 2556 ประกอบด้วย

ที่มบุงคกลางทางสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง และปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 7 คน พยาบาลวิชาชีพ 125 คน รวม 132 คน

2. ระยะการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนเมษายน 2557 แบ่งเป็น

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่ และยังไม่เคยรับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง และไม่สามารถปฏิบัติได้ (Barthel ADL Index) < 75 มีระดับความรู้สึกตัว ประเมินโดยใช้แบบประเมิน ความรู้สึกตัว (Gastro Coma Score) อยู่ที่ 10-15 คะแนน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ 20 คน และ กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ 20 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง เป็นบุคคลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองโดยตรง มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอ ทั้งขณะ อยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และ ยินดีเข้าร่วมและร่วมมือในการวิจัย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ 20 คน และกลุ่มที่ไม่ใช้แนว ปฏิบัติ 20 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากการ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยอำนาจการทำนาย (power) ที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) ที่.05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการ ศึกษา (effect size) เท่ากับ .50⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คู่ รวม 40 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนาขึ้นบน หลักฐานเชิงประจักษ์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ช่วย

ในการดูแลผู้ป่วย การพักอาศัยกับผู้ป่วย และประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบ

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับที่อ่อนแรง ขณะแรกรับ ระดับความรู้สึกตัวขณะแรกรับและความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

3. แบบประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index)

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความง่าย และความสะดวก ความชัดเจน เข้าใจง่าย ความพึงพอใจโดยรวม ประโยชน์ต่อหน่วยงาน ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง โดยแบ่งระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบ จำนวน 1 ท่าน

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาและวิธีรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ตั้งแต่เดือน กันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2556 ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบตามรูปแบบการพัฒนาของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁽¹⁰⁾ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของการดำเนินงาน โดยประชุมชี้แจงความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบในหน่วยงาน และหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นกำหนดขอบเขตของการดำเนินงานโดยการเริ่มพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลแพร์ ทำการกำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดำเนินงาน สร้างทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร

2. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบ

3. กำหนดผลลัพธ์ของการดูแล

4. ทบทวนวรรณกรรมเพื่อสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ และทำการประเมินหลักฐานดังกล่าว เพื่อหาข้อปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับหน่วยงาน สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยกำหนดคำที่ใช้ในการค้นหา ได้แก่ clinical practice guidelines for stroke, best practice, evidence-based practice, care giver for stroke, Activities of Daily Living

5. ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบจากหลักฐานที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดโดยพิจารณาตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบด้านเนื้อหา และภาษา นำความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 คน ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อประเมินผลความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ และปรับแก้แนวปฏิบัติตามความเหมาะสม ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2556 – เมษายน 2557 ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การเผยแพร่และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ ผู้วิจัยดำเนินการ โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกแก่พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยแบ่งจัดการประชุมเป็น 4 ครั้ง เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจตรงกันจนครบทุกคน และจัดประชุมกลุ่มย่อยจนกระทั่งพยาบาลได้รับทราบจนครบหมดทุกคน ภายหลังจากอบรมได้มอบคู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับสมบูรณ์ให้ทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแจกคู่มือการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับย่อให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน เพื่อความสะดวกในการพกพาขณะปฏิบัติงาน หลังจากนั้นกำหนดให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเป็นระยะเวลา 5 เดือน ในระหว่างที่พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ได้แก่ จัดบอร์ดวิชาการให้ความรู้ เพื่อให้สามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง ติดโปสเตอร์เตือน กระตุ้นให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ นิเทศติดตามและกำกับ จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อทราบปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติทางคลินิก 1 สัปดาห์ / ครั้ง และแก้ไขปัญหาที่พบในแต่ละสัปดาห์ ให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ

2. การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ผู้ป่วยตามแบบเก็บข้อมูล สอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติ และสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเมื่อเสร็จสิ้นระยะที่นำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยใช้สถิติร้อยละ t-test และ exact probability test

3. ความพึงพอใจของผู้ดูแลและพยาบาล ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรม 2) การประเมินอาการและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล 3) การจัดการดูแลอาการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย 4) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 5) การปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานของหน่วยงาน โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านเนื้อหา จากนั้นนำไปผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นในกลุ่มผู้ปฏิบัติ ร่วมสรุปและจัดทำแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งคุณภาพของหลักฐานที่นำมาใช้มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 4A

ระยะการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ($p = 0.358$) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี เฉลี่ย 51.3 ปี ($SD = 12.2$) ในกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี เฉลี่ย 51.2 ปี ($SD = 10.7$) ($p = 0.847$) ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ตารางที่ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรของผู้ป่วย สำหรับในกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

โดยเป็นคู่สมรส ทั้งสองกลุ่ม มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย
พักอาศัยบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และไม่เคยมีประสบการณ์
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	4	20.0	6	30.0	0.358
หญิง	16	80.0	14	70.0	
อายุ (ปี)					
30-40	3	15.0	3	15.0	0.847
41-50	8	40.0	5	25.0	
51-60	6	30.0	7	35.0	
มากกว่า 60	3	15.0	5	25.0	
ค่าเฉลี่ย (SD)	51.3	12.2	51.2	10.7	
สถานภาพสมรส					
โสด	1	5.0	2	10.0	1.000
หม้าย	1	5.0	1	5.0	
คู่	18	90.0	17	85.0	
การศึกษา					
ประถมศึกษา	14	70.0	11	55.0	0.999
มัธยมศึกษา	0	0.0	5	25.0	
อนุปริญญา	2	10.0	2	10.0	
ปริญญาตรี	2	10.0	2	10.0	
สูงกว่าปริญญาตรี	2	10.0	0	0.0	
อาชีพปัจจุบัน					
เกษตรกร	7	35.0	5	25.0	0.737
รับจ้างทั่วไป	6	30.0	10	50.0	
ค้าขาย	4	20.0	3	15.0	
รับราชการ	2	10.0	2	10.0	
ข้าราชการบำนาญ	1	5.0	0	0.0	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ภาระหน้าที่ของผู้ดูแล และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
บุตร	9	45.0	8	40.0	0.829
คู่สมรส	8	40.0	10	50.0	
ญาติ/พี่น้อง	3	15.0	2	10.0	
ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย					
มี	17	85.0	11	55.0	0.041
ไม่มี	3	15.0	9	45.0	
การพักอาศัยกับผู้ป่วย					
อาศัยบ้านเดียวกัน	16	80.0	18	90.0	0.331
อาศัยคนละบ้าน	4	20.0	2	10.0	
ประสบการณ์ในการดูแล					
เคย	4	20.0	3	15.0	0.500
ไม่เคย	16	80.0	17	85.0	

สำหรับลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติมีสัดส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1 ต่อ 1 ทั้งสองกลุ่มมีอายุมากกว่า 60 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษาในจำนวนที่เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และไม่ออกกำลังกาย ทั้งสองกลุ่มมีระดับดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ที่ 18.5-22.9 กก./ตารางเมตร ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.1 (SD = 3.2) ในกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.1 (SD = 2.9) (p = 0.293) (ตารางที่ 3)

ในส่วนของคุณลักษณะของการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติมีระดับของแขนขาที่อ่อนแรง เกรด 1 ในกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติมีระดับของแขนขาที่อ่อนแรง เกรด 3 ทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้สึกตัวแรกรับ 14-15 คะแนน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 13-14 คะแนน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	11	55.0	10	50.0	0.500	
หญิง	9	45.0	10	50.0		
อายุ (ปี)						
30-40	0	0.0	1	5.0	1.000	
41-50	2	10.0	3	15.0		
51-60	4	20.0	3	15.0		
มากกว่า 60	14	70.0	13	65.0		
ค่าเฉลี่ย (SD)	67.5	13.40	63.36	12.79		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	17	85.0	17	85.0		1.000
มัธยมศึกษา	1	5.0	2	10.0		
อนุปริญญา	2	10.0	1	5.0		
สถานภาพสมรส						
โสด	3	15.0	1	5.0	0.199	
ม้าย	7	35.0	3	15.0		
คู่	10	50.0	16	80.0		
ประวัติการสูบบุหรี่						
สูบ	14	70.0	14	70.0	0.634	
ไม่สูบ	6	30.0	6	30.0		
ประวัติการดื่มสุรา						
ดื่ม	14	70.0	15	75.0	0.500	
ไม่ดื่ม	6	30.0	5	25.0		
การออกกำลังกาย						
ไม่	13	65.0	15	75.0	0.853	
3-4 ครั้ง/สัปดาห์	6	35.0	4	20.0		
สม่ำเสมอ	1	5.0	1	5.0		
ระดับดัชนีมวลกาย (กก./ตารางเมตร)						
< 18.5	2	10.0	1	5.0	0.293	
18.5-22.9	8	40.0	12	60.0		
23-24.9	6	20.0	5	25.0		
> 25	4	30.0	2	10.0		
ค่าเฉลี่ย (SD)	23.1	3.2	22.1	2.9		

ตารางที่ 4 ลักษณะของการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัวที่เป็นมาก่อน					
ไม่มี	4	20.0	11	55.0	0.400
เบาหวาน	5	25.0	1	5.0	
ความดันโลหิตสูง	8	40.0	6	30.0	
ไขมัน	1	5.0	0	0.0	
หัวใจ	2	10.0	2	10.0	
ระดับที่อ่อนแรงขณะแรกรับ					
เกรด 0	3	15.0	7	35.0	0.082
เกรด 1	7	35.0	1	5.0	
เกรด 2	5	25.0	4	20.0	
เกรด 3	5	25.0	8	40.0	
ระดับความรู้สึกรับตัวขณะแรกรับ(คะแนน)					
11-13	4	20.0	3	15.0	0.500
14-15	16	80.0	17	85.0	
ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ(คะแนน)					
< 12	6	30.0	5	25.0	0.702
3-14	9	45.0	12	60.0	
15-16	5	25.0	3	15.0	

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขณะเข้ารับการรักษา กลุ่มใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อย (ADL = 25-45) ร้อยละ 45.0 เฉลี่ย 31.7 (SD = 3.1) สำหรับกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลาง (ADL = 50-70) ร้อยละ 55 เฉลี่ย 43.7 (SD = 4.5) (p = 0.045) ขณะผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หลังจำหน่าย 2 เดือน กลุ่มใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก (ADL = 75-90) ร้อยละ 70.0 เฉลี่ย 77.3 (SD = 3.9) ในกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง (ADL = 50-70) ร้อยละ 40 เฉลี่ย 56.3

(SD = 4.9) (p = 0.022) พบว่าหลังการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 เดือน ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติมีค่าคะแนนระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 45.6 คะแนน (SD = 3.1) ในขณะที่กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติมีค่าคะแนนระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเพียง 12.6 คะแนน (SD = 3.8) (p = 0.001) (ตารางที่ 5)

ในส่วนของการกลับมารักษาซ้ำกลุ่มใช้แนวปฏิบัติมีการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนจากปอดติดเชื้อ ร้อยละ 5 สำหรับกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนจากปอดติดเชื้อ ร้อยละ 15 และเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 5 (p = 0.171) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ ขณะแรกรับ และขณะติดตาม 2 เดือน

ลักษณะ	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ขณะแรกรับ					
ไม่สามารถปฏิบัติได้ (ADL = 0 -20)	7	35.0	4	20.0	0.045
น้อย (ADL = 25-45)	9	45.0	5	25.0	
ปานกลาง (ADL = 50-70)	4	20.0	11	55.0	
Mean [SD]	31.7	3.1	43.7	4.5	
ขณะมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 เดือน					
ไม่สามารถปฏิบัติได้ (ADL = 0 -20)	0	0.0	1	5.0	0.022
น้อย (ADL = 25-45)	3	15.0	6	30.0	
ปานกลาง (ADL = 50-70)	3	15.0	8	40.0	
มาก (ADL = 75-90)	14	70.0	5	25.0	
Mean [SD]	77.3	3.6	56.3	4.9	
คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่เพิ่มขึ้น	45.6	3.1	12.6	3.8	0.001

ตารางที่ 6 การกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (n = 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การกลับมารักษาซ้ำ					
ปอดติดเชื้อ	1	5.0	3	15.0	0.171
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	0	0.0	0	0.0	
แผลกดทับ	0	0.0	1	5.0	
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	19	85.0	16	80.0	

สำหรับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 90 (ตารางที่ 7) ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากในทุกด้านโดยแยกเป็นด้านต่างๆ ได้แก่ มีความง่ายและสะดวกในการ

นำไปปฏิบัติ ร้อยละ 71.2 มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ร้อยละ 74.2 มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 90.9 มีประโยชน์ต่อผู้หน่วยงาน ร้อยละ 87.1 มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ร้อยละ 91.7 มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา ร้อยละ 81.1 และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ร้อยละ 84.8 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิก	ระดับความคิดเห็น (n = 20)					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	18	90.0	2	10.0	0	0.0

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจและความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิก	ระดับความคิดเห็น (n = 20)					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความง่ายและสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	94	71.2	37	28.0	1	0.8
มีความชัดเจน เข้าใจง่าย	98	74.2	34	25.8	0	0.0
มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ	120	90.9	12	9.1	0	0.0
มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	115	87.1	17	12.9	0	0.0
มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล	121	91.7	11	8.3	0	0.0
มีประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหา	107	81.1	25	18.9	0	0.0
มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง	112	84.8	20	15.2	0	0.0

วิจารณ์

การใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ได้ความรู้จากการฝึกจากสถานการณ์จริง ประกอบกับผู้ดูแลได้รับความรู้ในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้ผู้ดูแลได้รับการเรียนรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความมั่นใจ และเกิดการพัฒนาคู่มือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾

ผู้ศึกษาได้นำแผนภาพประกอบการสอน และแจกคู่มือเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแล

ซึ่งภายในแผนภาพและคู่มือประกอบด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเตรียมอาหารและให้อาหารผู้ป่วย การป้องกันแผลกดทับ การบริหารร่างกายเพื่อป้องกันข้อติดแข็ง การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การใช้ยา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งภายในแผนภาพและคู่มือมีรูปภาพประกอบที่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาการเรียนรู้ สามารถจดจำนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง⁽¹²⁾ นอกจากนี้ผู้ศึกษายังมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์จากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในระยะ 2-6 เดือนหลังจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน

เครียด กังวล และต้องการความช่วยเหลือในการจัดการ ภาวะที่บ้าน⁽¹³⁾ ดังนั้นการที่ผู้ศึกษาได้ทำการติดตามเยี่ยม ทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจ เกิดความมั่นใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งจะปรับปรุง ข้อบกพร่องต่างๆในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพ สูงสุด ซึ่งการติดตามผู้ป่วยจากบุคลากรสุขภาพทำให้เกิดการแบ่งเบาภาระ ความเครียดทำให้ผู้ดูแลสามารถ ปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น⁽¹⁴⁾

สำหรับข้อมูลสนับสนุนด้านอื่นๆ จะเห็นได้ว่าผู้ดูแล หลักส่วนใหญ่ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติเป็นบุตรของผู้ป่วย ทำให้เกิดการยอมรับ เต็มใจในการดูแลผู้ป่วยตาม ขนบธรรมเนียมประเพณีของไทยที่ บุตรต้องดูแลบิดา มารดา ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่ ได้รับการอบรมเลี้ยงดูในเรื่องของการดูแลงานบ้านและ สมาชิกในครอบครัว ซึ่งเพศหญิงจะเป็นเพศที่สามารถ เรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยได้โดยง่าย⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่ยังอยู่รวมกันกับผู้ป่วย และประกอบอาชีพ เกษตรกรทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ยิ่งส่งเสริม ให้การดูแลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยเหตุผล ดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่า กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ

ในส่วนของ การให้การพยาบาลในกลุ่มไม่ใช้ แนวปฏิบัติพยาบาลจะพูดคุยและตอบคำถามกับผู้ดูแล ในประเด็นที่ผู้ดูแลสอบถาม การประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และเตรียมการให้ความรู้ และฝึกทักษะไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิด การรับรู้ที่ไม่เป็นระบบ เกิดความไม่เข้าใจในการดูแล ผู้ป่วย จึงไม่สามารถพิจารณาและตัดสินใจในการเลือก กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับ การปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นเมื่อกลับไปอยู่บ้านจึงทำให้ มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่ากลุ่มใช้แนวปฏิบัติ

สำหรับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ต่อการดูแลที่ได้รับหลังการใช้แนวปฏิบัติพบว่า มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับมากถึง ร้อยละ 90 อันเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลที่สามารถ

นำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและ ยังได้รับคู่มือในการดูแล เมื่อพบปัญหาในการดูแลที่บ้าน สามารถเปิดคู่มือเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ในส่วนของ พยาบาลพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจใน ระดับมากในทุกด้าน โดย ให้ความเห็นว่า แนวปฏิบัติ มีความชัดเจน มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ใน สถานการณ์จริง มีความง่าย ความสะดวก แต่ต้องใช้ เวลาในการปฏิบัติพอสมควร

แม้ว่าผลการศึกษายกจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีกิจวัตรประจำวันดีขึ้น แต่ในส่วนของ การรักษาซ้ำ ยังพบผู้ป่วยในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกลับมารักษาซ้ำด้วย ภาวะปอดติดเชื้อ เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ซึ่งเป็น ภรรยาของผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน ต้องหารายได้คนเดียว ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล จำเป็น ต้องให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้อง รับประทานอาหารด้วยตนเองและเกิดการสำลัก และเกิด ภาวะปอดติดเชื้อดังกล่าว แม้ว่าผู้ศึกษาจะติดต่อให้ สถานบริการสุขภาพใกล้บ้านได้เข้าติดตามเยี่ยมบ้าน และดูแลผู้ป่วยรายนี้ที่บ้านอย่างใกล้ชิดแล้ว

สำหรับข้อจำกัดอื่น เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ไม่เพียงพอต่อการศึกษาในการกลับมารักษาซ้ำ ทำให้ ไม่เพียงพอต่อการทดสอบทางสถิติ การศึกษาในอนาคต จึงควรเพิ่มตัวอย่างในการศึกษาเพื่อทดสอบทางสถิติ ในการเตรียมผู้ดูแลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

สรุป

แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเตรียมความพร้อมของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ ช่วยให้ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น และมีแนวโน้มว่าช่วยลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำได้ จึงควรนำไปใช้ในหอผู้ป่วย ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเข้ารับการรักษา เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ ในการให้การดูแล อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ ในการให้บริการของโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Stroke Association. Let's Talk about Risk Factors[online]. 2003[cited 2005 May 28]. Available from: <http://www.Stroke Association. org>.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2554. [ออนไลน์]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
3. Bakas T, Austin JK, Okonkwo KF, Lewis RR, Chadwick LC. Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *J Neurosci Nurs* 2002; 34(5): 242-51.
4. สมชาย ไทวณะบุตร. สถาบันประสาทวิทยา. เรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ - อัมพาต) [ออนไลน์]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaicam.go.th/.../455_
5. Kernich CA. Management of clients with stroke. In: . Black JM, Hawks JH, Keene A editors. *Medical-surgical Nursing* . 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001. pp1 953-81.
6. Devassenapathy A, Hachinski V. Cerebrovascular disease. In: Rizzo M, Eslinge PJ, Editors. *Principles and practice of behavioral neurology and neuropsychology* .Philadelphia: W.B. Saunders; 2004. pp.579-612.
7. สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยตามกลุ่มโรคของผู้ป่วยในที่มีความสำคัญ 5 อันดับแรกเปรียบเทียบ 3 ปี [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://pni.go.th/pnigoth/?page_id=639.
8. โรงพยาบาลแพร์. สถิติตัวชี้วัดโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพร์. แพร์: ทีมนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพร์; 2556.
9. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research conduct, critique, & utilization*. 5thed. Philadelphia: Elsevier; 2005.
10. National Health and Medical Research Council. A guideline to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines [online]. 1999 [cited 2007August 9]. Available from: <http://www.csp:nsw.gov.au/nhmrc/downloads/pdfs/NHMRC clinical practice.pdf>
11. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง; 2537.
12. ประณีต ส่งวัฒนา, แสงอรุณ อิศระมาลัย, เนตรนภา คู่พันธ์วี, ปัทมาโลหเจริญวนิช, กาญจนา แรกพิณีจ. การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาล* 2543; 15(3): 1-19.
13. Bull MJ. Factors Influencing Family Caregiver Burden and Health. *West J Nurs Res* 1990; 12(6): 758-77.
14. Lindgren CL. Burnout and social support in family caregivers. *West J Nurs Res* 1990; 12(4): 469-87.
15. ฟาริดา อิบราฮิม. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2539.