

ผลของ CQI : Well Stroke IMC ต่ออัตราการส่งเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

The Result of the Continuous Quality Improvement Process for Well Stroke IMC on the Home Visitation Rate and Rehabilitation Rate Among Persons with Ischemic Stroke

ธัญธรณ์ มงคลสุขภิรมย์ พย.บ.

สุริดา แสงเลิศ พย.บ.

โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความจำเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อ สามารถติดตามสมรรถนะของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสร้างเสริมสุขภาพให้มีศักยภาพภายในระยะเวลา 6 เดือนแรกหลังการเจ็บป่วย โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) และหลักการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) มาใช้ในการดำเนินงาน ผลลัพธ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าร้อยละ 75 และได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อมากกว่าร้อยละ 75 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยระยะกลางกลุ่มนี้ได้รับการส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบมากขึ้น

คำสำคัญ : ระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง,
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อ

Abstract

Intermediate care of rehabilitation services for stroke patients was very necessary. Because these patients will be residual disabilities. Should undergo continuous rehabilitation. The purpose of this study was to Increase access to rehabilitation services and intermediate care of stroke patients in a seamless manner, Can be monitored in their activity of daily living and build their health to potential within the first six months after illness. The results showed that more than 75% of stroke patients received rehabilitation and more than 75% received seamless rehabilitation services. In addition, was found that this group of Intermediate patients was more systematically sent home visit information.

Keyword : Rehabilitation services, Ischemic Stroke, Intermediate care seamless

บทนำ

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ร้อยละ 70 ทำให้คุณภาพชีวิตมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50) ยังอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น⁽¹⁾ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพจะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อ ลดความพิการซ้ำซ้อน เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการทำงานและการเข้าสังคม⁽²⁾ หากมีการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในการช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ

การพัฒนาระบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ ได้ประยุกต์หลักการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) ซึ่งเป็นการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ไม่มี progressive neuro deficit ภายใน 24 ชั่วโมงหรือไม่มี plan CT เพื่อประเมินซ้ำเพิ่มเติม 2) ผู้ป่วยไม่ต้องการ Oxygen supplement แล้วภายใน 24 ชั่วโมง 3) ผู้ป่วยไม่ได้ on critical drug เช่น Nicardipine IV, Mannitol IV เป็นต้น และ 4) ผู้ป่วยที่มี Vital signs stable ได้แก่ SBP<180 or ≥90, DBP<110 or ≥60, HR ≥40 or ≤ 120, RR<30 ไม่มีหอบเหนื่อย เป็นต้น พร้อมทั้งประเมิน Barthel Index เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง⁽³⁾

โดยแผนการดำเนินงานระดับจังหวัดนั้น จังหวัดพิจิตรได้มีการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน โดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง เป็นต้น ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งให้มีเตียงรองรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางจำนวนแห่งละ 2 เตียง ร่วมกับให้ รพ.สต. และ PCC ลงเยี่ยมบ้านภายในระยะเวลา 6 เดือนแรก เพื่อติดตาม

สมรรถนะของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพิจิตร ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ผ่านมาพบว่าการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลแยกรายอำเภอ ทำให้ข้อมูลไม่สม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อ ทำให้ข้อมูลไม่มีความชัดเจน การส่งต่อข้อมูลเกิดความล่าช้า⁽⁵⁾ ผู้จัดทำจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾ ได้ดำเนินการ CQI: Well Stroke IMC เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางให้ได้รับการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการเชิงระบบการส่งเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (>ร้อยละ 75)
2. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index ≥ 15 with multiple impairment ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อ (> ร้อยละ 75)
3. อัตราการได้รับการส่ง HHC ในผู้ป่วย Stroke ที่มีคะแนน Barthel Index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index ≥15 with multiple impairment (>ร้อยละ 80)

วิธีการศึกษา (Methods)

เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพตามแนวคิดวงจรคุณภาพเดมมิง (Deming

Circle) หรือ (PDCA) ของ William Edwards Deming (2004) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 14 ราย ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตัวแปรต้น ได้แก่ The CQI process⁽⁷⁾ ตัวแปรตาม ได้แก่ อัตราการส่งเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือ ได้แก่ The CQI process, โปรแกรม CoC Phichit และแบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ ระยะเวลาดำเนินการ คือ เดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ.2567 ดำเนินการ 2 รอบ ดังนี้

จากการทบทวนข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2566 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 65 ราย มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care จำนวน 13 ราย ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 9 ราย แต่เข้าระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 4 ราย โดยพบว่า 2 ใน 4 ราย ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อ ผู้ศึกษาจึงดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ในเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2567

วงรอบที่ 1 การดำเนินงาน

การวางแผน (Plan) : ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องภายในหน่วยงาน ประกอบด้วย หัวหน้าหอ และพยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น จัดให้ผู้รับผิดชอบเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหลอดเลือดสมอง และสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไข โดยพัฒนากระบวนการในการจัดการเชิงระบบ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง

การลงมือปฏิบัติ (Do) : กำกับติดตามให้มีการส่งเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และเตรียมส่งเยี่ยมบ้านในรายที่แพทย์อนุญาตกลับบ้านในเวรเช้าและส่งฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน Barthel Index

<15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index ≥ 15 with multiple impairment ในเวรเช้าวันถัดไปหลังรับย้าย

การตรวจสอบ (Check) : พบว่ามีการส่งเยี่ยมบ้านและส่งฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดไม่ครบทุกราย

การปฏิบัติการแก้ไข (Act) : จัดประชุมทบทวนขั้นตอน และแก้ไขปัญหาคอขวดในการปฏิบัติ สรุปว่าให้พยาบาลเวรเช้าที่ทำกลับบ้านจัดบันทึก Diagnosis ผู้ป่วยที่จะเตรียมส่งเยี่ยมบ้าน และให้พยาบาลสมาชิกทีมเวรตึก ลงข้อมูลในโปรแกรม CoC Phichit โดยใช้ Username และ Password ของพยาบาลที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care: HHC) และใช้เทคนิคการโค้ช (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) และการกระตุ้นเตือน (reminding)

วงรอบที่ 2 การดำเนินงาน

การวางแผน (Plan) : กระตุ้นเตือน (reminding) ให้มีความตระหนักและปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมส่งเยี่ยมบ้าน และส่งฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

การลงมือปฏิบัติ (Do) : ส่งเสริมให้มีการส่งเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบ (Check) : มีการปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมส่งเยี่ยมบ้าน และส่งฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในเวรตึกบางเวรขาดการส่งเยี่ยมบ้านในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดไม่ครบทุกราย

การปฏิบัติการแก้ไข (Act) : ประชุม conference เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมส่งเยี่ยมบ้านและส่งฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และชี้แจงเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค พบว่าการเข้าใช้โปรแกรม CoC Phichit ขัดข้องไม่สามารถเข้าใช้ได้ ในเวรตึกบางเวร และให้แนวทางแก้ไขโดยให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care: HHC) ติดตามการบันทึกข้อมูลต่อไป

กิจกรรมการพัฒนางาน

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบพัฒนา																																																							
การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด	- เก็บข้อมูลตัวชี้วัดในภาพรวม <table><tr><th>Ischemic stroke</th></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke (I63-I66)</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา-PA</td></tr><tr><td>อัตราการได้รับยา-PA (ข้อมูลจาก คุณอังคณา กายเทวี)</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่เกิด complication ขณะนอนโรงพยาบาล</td></tr><tr><td>- Bed sore</td></tr><tr><td>- pneumonia (กรณีไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ)</td></tr><tr><td>- VAP (กรณีใส่เครื่องช่วยหายใจ)</td></tr><tr><td>- UTI</td></tr><tr><td>- ข้อติด</td></tr><tr><td>- ไส้หลุด</td></tr><tr><td>อัตราการเกิด complication</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินทักษะการเคลื่อนไหวรวม (ADL การกลืน)</td></tr><tr><td>อัตราการผ่านการประเมินทักษะ</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด</td></tr><tr><td>อัตราผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่ส่งดูแลต่อเนื่อง</td></tr><tr><td>อัตราการส่งต่อ</td></tr><tr><td>อัตราการตอบกลับ (ข้อมูลจากคุณจินตลีน ภิรมานัน)</td></tr></table>	Ischemic stroke	จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke (I63-I66)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา-PA	อัตราการได้รับยา-PA (ข้อมูลจาก คุณอังคณา กายเทวี)	จำนวนผู้ป่วยที่เกิด complication ขณะนอนโรงพยาบาล	- Bed sore	- pneumonia (กรณีไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ)	- VAP (กรณีใส่เครื่องช่วยหายใจ)	- UTI	- ข้อติด	- ไส้หลุด	อัตราการเกิด complication	จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินทักษะการเคลื่อนไหวรวม (ADL การกลืน)	อัตราการผ่านการประเมินทักษะ	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด	อัตราผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งดูแลต่อเนื่อง	อัตราการส่งต่อ	อัตราการตอบกลับ (ข้อมูลจากคุณจินตลีน ภิรมานัน)	- เก็บข้อมูลตัวชี้วัดโดยแยกจำนวนผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ IMC และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ/ได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อ <table><tr><td>จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง HHC</td><td></td></tr><tr><td>อัตราการได้รับการส่ง HHC ที่มี Barthel ADL ≤ 75</td><td>80%</td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยเข้า ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments</td><td></td></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยเข้า IMC</td><td></td></tr><tr><td>รพ. พิจิตร</td><td></td></tr><tr><td>Refer IMC IPD case</td><td></td></tr><tr><td>รพช. ตะพานหิน</td><td></td></tr><tr><td>รพช. ดงเจริญ</td><td></td></tr><tr><td>รพช. พังดง</td><td></td></tr><tr><td>รพช. บางมูลนาก</td><td></td></tr><tr><td>รพช. บึงนาราง</td><td></td></tr><tr><td>รพช. โพทะเล</td><td></td></tr><tr><td>รพช. โพธิ์ประทับช้าง</td><td></td></tr><tr><td>รพช. วชิรบำรุง</td><td></td></tr><tr><td>รพช. วังทรายพูน</td><td></td></tr><tr><td>รพช. สากเหล็ก</td><td></td></tr><tr><td>รพช. สามง่าม</td><td></td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วย Stroke เข้า IMC ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments</td><td>75%</td></tr></table>	จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง HHC		อัตราการได้รับการส่ง HHC ที่มี Barthel ADL ≤ 75	80%	จำนวนผู้ป่วยเข้า ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments		จำนวนผู้ป่วยเข้า IMC		รพ. พิจิตร		Refer IMC IPD case		รพช. ตะพานหิน		รพช. ดงเจริญ		รพช. พังดง		รพช. บางมูลนาก		รพช. บึงนาราง		รพช. โพทะเล		รพช. โพธิ์ประทับช้าง		รพช. วชิรบำรุง		รพช. วังทรายพูน		รพช. สากเหล็ก		รพช. สามง่าม		ร้อยละของผู้ป่วย Stroke เข้า IMC ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments	75%
Ischemic stroke																																																									
จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke (I63-I66)																																																									
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา-PA																																																									
อัตราการได้รับยา-PA (ข้อมูลจาก คุณอังคณา กายเทวี)																																																									
จำนวนผู้ป่วยที่เกิด complication ขณะนอนโรงพยาบาล																																																									
- Bed sore																																																									
- pneumonia (กรณีไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ)																																																									
- VAP (กรณีใส่เครื่องช่วยหายใจ)																																																									
- UTI																																																									
- ข้อติด																																																									
- ไส้หลุด																																																									
อัตราการเกิด complication																																																									
จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินทักษะการเคลื่อนไหวรวม (ADL การกลืน)																																																									
อัตราการผ่านการประเมินทักษะ																																																									
จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด																																																									
อัตราผู้ป่วยที่ส่งกายภาพบำบัด																																																									
จำนวนผู้ป่วยที่ส่งดูแลต่อเนื่อง																																																									
อัตราการส่งต่อ																																																									
อัตราการตอบกลับ (ข้อมูลจากคุณจินตลีน ภิรมานัน)																																																									
จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง HHC																																																									
อัตราการได้รับการส่ง HHC ที่มี Barthel ADL ≤ 75	80%																																																								
จำนวนผู้ป่วยเข้า ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments																																																									
จำนวนผู้ป่วยเข้า IMC																																																									
รพ. พิจิตร																																																									
Refer IMC IPD case																																																									
รพช. ตะพานหิน																																																									
รพช. ดงเจริญ																																																									
รพช. พังดง																																																									
รพช. บางมูลนาก																																																									
รพช. บึงนาราง																																																									
รพช. โพทะเล																																																									
รพช. โพธิ์ประทับช้าง																																																									
รพช. วชิรบำรุง																																																									
รพช. วังทรายพูน																																																									
รพช. สากเหล็ก																																																									
รพช. สามง่าม																																																									
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke เข้า IMC ที่มี Barthel index <15 or >15 with multiple impairments	75%																																																								
การส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม CoC Phichit	- การส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านโดยใช้ Username และ Password ของพยาบาลที่ทำหน้าที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน	- การส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านโดยใช้ Username และ Password ของพยาบาลที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care: HHC) และบันทึกข้อมูลในเวรดิค																																																							

ผลการศึกษา

จากการสำรวจปัญหากระบวนการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนำมาพัฒนาระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางโดยการเปลี่ยนแปลงกระบวนการใน

การดำเนินงาน ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีหลักการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพที่ต่อเนื่อง และทำให้ติดตามข้อมูลการตอบกลับจากการเยี่ยมบ้านเบื้องต้นได้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลลัพธ์	
		ปีงบประมาณ	
		2566	2567
1. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	> ร้อยละ 75	(9/13)*100 69.23	(14/14)*100 100
2. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index ≥15 with multiple impairment ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อ (7-14 วัน)	> ร้อยละ 75	(4/13)*100 30.77	(13/14)*100 92.86
3. อัตราการได้รับการส่ง HHC ในผู้ป่วย Stroke ที่มีคะแนน Barthel Index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index ≥15 with multiple impairment	> ร้อยละ 80	(5/13)*100 38.46	(14/14)*100 100

สรุปผลการศึกษา

บทเรียนที่ได้รับจากการทำงานเป็นทีมร่วมกับการประสานงานการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ นัดตรวจติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้ในการประสานการทำงานกับงานที่เกี่ยวข้องอื่น ตลอดจนการนำเสนอกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย และสะดวกในการทำงานเชิงระบบมากขึ้น สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการพัฒนาคุณภาพนั้นเกิดจากความร่วมมือในการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน มีการทบทวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขเชิงระบบ และมีการประสานการทำงานกับงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืน ซึ่งข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนานั้นหากพยาบาลที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care: HHC) ในหน่วยงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหลอดเลือดสมอง และสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีการติดตามข้อมูลการตอบกลับ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกันภายใน

หน่วยงาน และขยายผลไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพที่ต่อเนื่อง อาจช่วยให้เกิดการพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งกาญจน์ สิทธิฤทธิกวิน. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2565; 36(1): 98-114.
2. พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา รื้อทอง, พรทิพย์พา ธิมายอม, พรพิมล วิเชียรไพศาล. บรรณานิติการ. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2559.
3. กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บอร์น ทุ ปี พับลิชชิง; 2562.



4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). 2566.
5. หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพิจิตร. ข้อมูลตัวชี้วัดโรคหลอดเลือดสมอง. 2566.
6. Fryer Karen, J., Antony, J., Douglas, A. Critical Success Factors of Continuous Improvement in the Public Sector: A review of literature and some key findings. The TQM Journal 2007;19(5): 497-517.
7. Richard, A. A. Continuous Quality Improvement, Total Quality Management, and Leadership. [Doctoral dissertation]. Capella University; 2010.