

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebro vascular disease) เป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางระบบประสาท มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ 5.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2548 สามารถทำนายได้ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 2 เท่า (WSO. 2009) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองของประชากรในซีกโลกตะวันตก โดยแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำประมาณ 780,000 คน เสียชีวิตปีละประมาณ 150,000 คน (National Institute of Neurological Disorder and Stroke : NINDS. 2008) และสูญเสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 43,000 ล้านดอลลาร์ (American Heart Assosiation. 2008 : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2551)

ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากพบบ่อยและเกิดความพิการได้มาก พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยเสียชีวิตคิดเป็นอัตรา 18.9 ต่อประชากร 100,000 คน (กองสถิติสาธารณสุข. 2547) จัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ (กิ่งแก้ว ปาจารย์. 2550) โดยเป็นสาเหตุการตายหรือพิการสูงอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับ 2 ในเพศหญิง (ยงชัย นิละนนท์. 2553) สถิติระหว่างปี พ.ศ. 2551-2553 พบผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด 124,532, 196,954 และ 219,141 คน เสียชีวิต 13,133, 13,353 และ 17,540 คน เฉพาะกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2552- 2553 พบผู้ป่วย 20,752 และ 22,982 คน เสียชีวิต 1,578, 2,256 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2554) จะเห็นว่าโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) พบว่า ภาวะความพิการจากโรคนี้มีสถิติเป็นอันดับ 3 ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่พิการจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ภายใน 1 เดือน ร้อยละ 30 ต้องการผู้ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 20 ต้องการการช่วยเหลือในการเดิน และร้อยละ 16 ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตทั้งหมด (Corrozzella & Janch. 2002) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) ระบุว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีปัญหาด้านการพูดและร้อยละ 70 มีปัญหาการสื่อความหมายกับผู้อื่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการสื่อความหมายหลังเกิดอาการเดือนที่ 3 จะมีความกังวล (Distress) สูงถึงร้อยละ 93 และผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถดูแลตนเองได้ ร่วมกับมีความผิดปกติของการสื่อความหมาย มีการฟื้นฟูลดลง (Hilari et al. 2010) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังสามารถเกิดซ้ำได้ โดยโอกาสที่จะเกิดซ้ำใน 1 เดือนแรก พบร้อยละ 3 – 5 (Sacco. 2006) 1 ใน 4 ราย มีโอกาสเป็นโรคนี้ซ้ำในอีก 5 ปี (Hankey & Warlow. 1999) ผู้ที่เคย

เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วนาน 1 ปี จะเสี่ยงเป็นซ้ำ 15 เท่า และหากเป็นมานานเกิน 5 ปี จะเสี่ยงเป็นซ้ำ 5 เท่าของคนทั่วไป ผลจากโรคนี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำงานที่หลายระบบ (กฤษณา พิวเวช. 2552) โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ที่พบบ่อย ได้แก่ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบปัสสาวะและแผลกดทับ รวมทั้งยังทำให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า (พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ. 2551) (Hilari et al. 2010) ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวลดลง

ประสิทธิภาพการรักษาโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเป็นสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) หรือเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพในการบริหารยา ตั้งแต่แรกเริ่มรับประทานยาไปจนกระทั่งอาการระยะเฉียบพลันหรือรุนแรงเปลี่ยนแปลงสู่รุนแรงปานกลาง หรือไม่รุนแรง (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550) ซึ่งแพทย์จะให้พิจารณาเปลี่ยนยาตามอาการของผู้ป่วย ยาที่ให้เป็นหลักทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู คือ ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเลือดแข็งตัว และยาต้านเกล็ดเลือด ยามาตรฐานที่ใช้รักษาเป็นลำดับแรก คือ ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้เลือดกลับมาไหลเวียนในสมองได้อย่างเพียงพอ ลำดับต่อมาเป็นยาต้านเลือดแข็งตัวเพื่อป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดเพิ่มมากขึ้น และยาต้านเกล็ดเลือดให้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (AHA/ASA. 2013) โดยยาเหล่านี้จะไปจนกว่าการไหลเวียนไปตามหลอดเลือดที่เชื่อมประสานกัน เพื่อเบนทิศทางไหลไปจากบริเวณที่อุดตันหรือไหลไปเลี้ยงบริเวณที่กำลังจะขาดเลือด ต่อจากนั้นจึงให้ยาในระยะยาวโดยแตกต่างจากระยะเฉียบพลัน คือ วัตถุประสงค์สำคัญเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพได้มากขึ้น ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ยาที่ให้เป็นหลัก คือ ยาละลายลิ่มเลือดและยาต้านเกล็ดเลือดจะหายไปตลอดชีวิตหรือจนกว่ามีเลือดออกตามส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550 ; AHA/ASA. 2013 ; ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. 2555) ซึ่งผู้ป่วยมักใช้ยาเหล่านี้ร่วมกับยาอื่น ๆ ตามโรคร่วมที่พบบ่อย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ประสิทธิภาพของการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองที่บ้านจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการใช้ยารักษาโรคร่วมกับการใช้ยารักษาโรคอื่นที่พบ

การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงสำคัญมากทั้งในการรักษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่กลับพบว่าผู้ป่วยยังไม่เห็นความสำคัญดังกล่าวมากนักโดยเฉพาะในระยะที่กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สาเหตุที่พบจากงานวิจัยต่าง ๆ คือ สัมรับประทานยาจากพยาธิสภาพของโรค รับประทานยาไม่ครบ รู้สึกมวนท้อง ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาทำให้ไม่รับประทานยาต่อ รับประทานยาเมื่อนึกได้ (Bushnell. 2011) ขาดผู้กำกับการรับประทานยา ผู้ดูแลจัดยาให้ไม่ครบเพราะคิดว่าอาการดีขึ้นจึงปรับยาให้ผู้ป่วย (สิริชชา จิรจรรุภัทร. 2551) รวมไปถึงขาดการประสานข้อมูลการรับประทานยาของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรสุขภาพตั้งแต่ในโรงพยาบาล ก่อนกลับบ้าน กลับไปอยู่บ้านกับครอบครัวและการกลับตรวจซ้ำในแต่ละครั้ง (พจมาลย์ บุญกลาง และคณะ. 2556)

โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการรับประทานยาเมื่อกลับไปอยู่บ้านในช่วงปี พ.ศ. 2552-2554 พบใช้เป็นประจำเพียง ร้อยละ 15 ทานยาไม่ต่อเนื่องถึงร้อยละ 34 (สถิติโรงพยาบาลตากสิน. 2552-2554) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 10 ราย พบหลายสาเหตุที่ทำให้กลับบ้านแล้วรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง อาทิ ไม่เข้าใจคำอธิบายการใช้ยา ไม่สามารถรับประทานตามนัดเพราะมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว มีปัญหาค่าใช้จ่าย ไม่สามารถทำงานได้ รับประทานยาไม่ตรงแผนการรักษา ลืมรับประทานยา อ่านฉลากยาไม่ชัด ทำให้หยาบคิดคิดว่าอาการดีขึ้น หรือมีอาการเวียนศีรษะคลื่นไส้จึงหยุดยาเอง จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยข้างต้น พบว่าผู้ดูแลมีผลต่อการรับประทานยาด้วย เช่น ไม่ได้ร่วมรับฟังคำแนะนำวิธีรับประทานยาของผู้ป่วยจากบุคลากรสุขภาพด้วยตนเอง ไม่เข้าใจว่าการขาดยาทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคซ้ำ ไม่เข้าใจเหตุผลของการต้องกำกับให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบทุกมื้อ ไม่เข้าใจว่ายามีฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาบางมื้อได้ จึงเห็นว่าการรับประทานยาหรือไม่ของผู้ป่วยเกี่ยวพันกับความคิด ความเชื่อ ซึ่ง เบคเกอร์ (Becker. 1974) กล่าวว่า การรับรู้เป็นความเข้าใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำหรือไม่กระทำ การดูแลสุขภาพ จึงมีผลต่อการแสดงออกที่จะปฏิบัติสิ่งใดก็ตามที่เกี่ยวข้องกับโรคซึ่งรวมไปถึงการรับประทานยาไม่ว่าจะเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับรู้อุปสรรคที่มีผลทำให้ไม่รับประทานยาและแรงจูงใจให้รับประทานยาเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ

จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมต่อบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่หอบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม พบว่าพยาบาลจะอธิบายประโยชน์ของยาต่ออาการปัจจุบันโดยไม่ได้ทวนความเข้าใจและลดการอธิบายยาลงตามจำนวนวันของการรักษาเนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยควรเข้าใจเพราะพยาบาลพูดซ้ำเต็มทุกวัน มีการแจกแผ่นพับซึ่งมีเนื้อหาชื่อยา สรรพคุณยา ขนาดยา ลักษณะการ รับประทานยา ให้ผู้ป่วยอ่านด้วยตนเอง ก่อนกลับบ้านพยาบาลจะอธิบายการรับประทานยาซ้ำอีกครั้ง เมื่อผู้ป่วยกลับมารับการตรวจตามนัด ที่หอบำบัดผู้ป่วยและคลินิกอายุรกรรมพยาบาลจะประเมินอาการทั่วไป การเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หลังจากนั้นให้รอพบแพทย์ตามคิว แต่ไม่ได้นับจำนวนยาที่เหลือ ไม่ได้ทวนถามความเข้าใจเรื่องยา ไม่ได้ซักถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่พบการส่งต่อข้อมูลการรับประทานยาของผู้ป่วยระหว่างหอบำบัดผู้ป่วยในกับห้องยาใน หอบำบัดผู้ป่วยในและเวชกรรมสังคมและหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

เภสัชกรในโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่าอธิบายยาให้กับญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยในลักษณะสั้นกระชับ ไม่ได้เน้นย้ำความสำคัญของการรับประทานยาที่ต้องตรงเวลาและห้ามขาดยา สำหรับแพทย์ พบว่าเน้นให้ข้อมูลแนวทางการรักษาอธิบายความสำคัญของการรับประทานยาแต่ไม่ได้หนักแน่นเนื่องจากมีแพทย์ดำนนี้ 1 คน ขณะที่ต้องตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก 50 รายต่อวัน และต้องติดตามอาการผู้ป่วยที่หอบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม 9 รายต่อวัน หลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้าน

พยาบาลหน่วยอนามัยชุมชนให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยว่าจะติดตามเยี่ยมไม่ครอบคลุมทุกราย เลือกเยี่ยมเฉพาะรายที่อาการซับซ้อนโดยให้เหตุผลว่าพยาบาลมีเพียง 1 คน ขณะที่ต้องเยี่ยมเฉลี่ย 4 รายต่อวัน ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลการรับประทานยาจากหอผู้ป่วย ระหว่างเยี่ยมจะติดตามโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อยึดติด การสูดสำลัก เป็นต้น และจะออกเยี่ยมบ้านเมื่อยานพาหนะไม่ติดหรือตรงกับภารกิจอื่นของโรงพยาบาลทำให้มีผู้ป่วยบางส่วนรับประทานยาทั้งน้อยกว่าและมากกว่าที่กำหนด สัมรับประทานยา ปลอ่ยให้ยาหมดไม่มาขอรับยาเพิ่ม รับประทานยาผิดเพราะตามัวมองไม่เห็น ญาติไม่ช่วยจัดยา ไม่มีญาติดูแล ถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว ส่วนเภสัชกรชุมชน เยี่ยมผู้ป่วยไม่ครอบคลุมทุกรายเช่นกัน โดยให้ข้อมูลว่ามีบุคลากร 2 คน ขณะที่ควรเยี่ยม 6 รายต่อวัน นอกจากนี้เภสัชกรชุมชนที่เยี่ยมบ้านให้ข้อมูลว่า ขาดการส่งต่อปัญหาการรับประทานยาที่พบระหว่างบุคลากรสุขภาพด้วยกัน ส่วนใหญ่เน้นการปฏิบัติงานเฉพาะในส่วนที่ตนหรือหน่วยงานเดียวกันรับผิดชอบ เมื่อเกิดปัญหาการรับประทานยาถึงจะให้คำแนะนำหรือย้าให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามมากขึ้นเท่านั้น มีการติดตามผลการให้คำแนะนำน้อย

จากข้อมูลต่าง ๆ ข้างต้นจะเห็นได้ว่าการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้นั้นจะต้องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสำคัญและจำเป็นของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหรือครอบครัวจะต้องเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการใช้ยาใกล้เคียงกับผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ก่อนกลับบ้านจะต้องได้รับการเน้นย้ำการรับประทานยา เมื่อกลับไปอยู่บ้านจะต้องได้รับการติดตามความถูกต้องและครบถ้วนของการรับประทานยา และจุดบริการแรกถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะทำให้เส้นทางการส่งเสริมการรับประทานยาประสบความสำเร็จได้เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการในระยะรุนแรงและได้รับการช่วยเหลือจนกระทั่งอาการคงที่ ซึ่งกำกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาได้มากที่สุดและในช่วงเวลานี้เป็นช่วงที่พยาบาลมีเวลาและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดด้วยเช่นเดียวกัน ดังนั้นหากพยาบาลใช้โอกาสช่วงเวลานี้ออกแบบระบบบริการพยาบาลที่สามารถสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวสามารถดูแลกำกับให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง พยาบาลสามารถเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาลไปยังหน่วยปฐมภูมิและที่บ้าน โดยประเมินว่าสิ่งใดมีผลต่อการรับประทานยาวางแผนจัดการให้สิ่งที่มีผลเหล่านั้นเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยรับประทานยา และประเมินผลสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบก็จะช่วยให้เกิดระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งเสริมให้เกิดรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้

การที่พยาบาลวิชาชีพจะพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ และแก้ไขสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการรับประทานยารวมถึงติดตามผลที่เกิดขึ้น งานวิจัยระบุว่าสิ่งที่จะช่วยลดสาเหตุได้ประกอบด้วย การประเมินร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับการรับประทานยาและการค้นหาปัญหา อุปสรรคตั้งแต่เริ่มต้น การติดตาม

และประเมินโดยพยาบาลประจำหอบำบัดผู้ป่วยและคลินิกเมื่อมารักษาหรือมาตรวจตามนัด (Milam et al. 2005) การส่งต่อไปหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนโดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Williams et al. 2006) รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Pearson et al. 2007)

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้ระบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่วางไว้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยส่งเสริมบทบาทการทำงานของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน เพราะการมีส่วนร่วมเป็นการเข้ามาเกี่ยวข้องของบุคคลต่าง ๆ ในการตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์และการประเมินผล (จรัญญา บรรเทิง. 2548) งานวิจัยของ สมใจ วิจิฎกุล และคณะ (2551) พบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เน้นการมีส่วนร่วมส่งผลดีต่อสุขภาพอนามัยและเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองสอดคล้องกับ อาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล (2555) ที่พบว่า การที่ทุกภาคส่วนร่วมเป็นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องครบวงจรทำให้เกิดระบบการดูแลจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

การสร้างการมีส่วนร่วมจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสอดคล้องกัน ตรงกับผลการศึกษาของ จำเนียร คุ์สุวรรณ วนิดา หาญคุณากุล และศศิธร ศิริกุล (2553) ที่พบว่า การดูแลต่อเนื่องที่ดำเนินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูได้รับการจำหน่ายและติดตามดูแลที่บ้านด้วยรูปแบบการจัดการอย่างเป็นระดับขั้น ดังนั้นหากพัฒนาระบบการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมเชื่อว่าน่าจะช่วยให้อาการผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับการรับประทายยาดีขึ้น ครอบครัวช่วยกำกับดูแลการรับประทายยาของผู้ป่วยมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการดูแลด้วยกระบวนการทำงานที่ดีมีประสิทธิภาพ บุคลากรในทีมสุขภาพสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลและเกิดระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทายยาต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งสภาการพยาบาล (2551) กำหนดสมรรถนะส่วนหนึ่งไว้ว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวและชุมชน พัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ประสานงาน เสริมสร้างพลังอำนาจ สอนฝึกเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติการพยาบาล ให้คำปรึกษา เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ถือเป็นภาระเจ็บป่วยซับซ้อนที่หากมีระบบการพยาบาลที่สามารถส่งเสริมความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพภายใต้การมีส่วนร่วมโดยพยาบาลประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยในการรับประทายยานำมาวางแผนการพยาบาลที่ให้สหสาขาวิชาชีพร่วมมือกันหาแนวทางพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการรับประทายยาต่อเนื่อง นำสิ่งที่วางแผนไปปฏิบัติและประเมินผลตั้งแต่แรกเริ่ม ขณะอยู่โรงพยาบาล จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาตรวจตามแพทย์นัด เชื่อว่าจะช่วยลดการเกิดปัญหาการรับประทายยาไม่ต่อเนื่องซึ่งนับว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้านและจากบ้านสู่โรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

## 1.2 คำถามการวิจัย

- 1) ระบบการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน ในโรงพยาบาลตากสินเป็นอย่างไร มีใครเกี่ยวข้องและเกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง
- 2) ระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน ในโรงพยาบาลตากสินควรเป็นอย่างไร
- 3) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน ก่อนและหลังพัฒนาระบบการพยาบาลเป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อวิเคราะห์ระบบการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน ในโรงพยาบาลตากสิน
- 2) เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน ในโรงพยาบาลตากสิน
- 3) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาก่อนและหลังพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน

## 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

- 1) ขอบเขตด้านเนื้อหา
  - 1.1) โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน
  - 1.2) ยาต้านเกล็ดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด ที่ใช้รักษาและป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตันซ้ำ
  - 1.3) ระบบการพยาบาลที่ประกอบด้วย การประเมิน วิเคราะห์ วางแผน ปฏิบัติและประเมินผล ภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 2) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน ครั้งแรกที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและกลับมาตรวจรักษาภายใน 2 อาทิตย์ ที่หอบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

## 1.5 คำนิยามศัพท์

1) **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน** หมายถึง ผู้มีพยาธิสภาพที่ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการตีบ อุดตัน ของหลอดเลือดสมอง โดยอาจมีอาการอ่อนแรงของแขน ขา ชั่วคราว หรือถาวรก็ได้ (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550)

การศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ครั้งแรกที่มาได้รับการรักษาในหอบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม โรงพยาบาลตากสิน

2) **การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง** หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ที่ทำให้รับประทานยาต้านเกล็ดเลือดและหรือยาป้องกันการแข็งตัวของเกล็ดเลือดครบถ้วนตามจำนวนและมือ ตามแผนการรักษา (รจนาไฉน สิงหเรศร์. 2550)

การศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ครบถ้วนทุกเม็ดและมือตั้งแต่จำหน่ายจนกระทั่งกลับมาตรวจตามนัดภายใน 2 อาทิตย์

3) **การรับรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา** หมายถึง กระบวนการทางความคิดที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ต่อการรับประทานยา (รจนาไฉน สิงหเรศร์. 2550 ; กัญญา จันทร์ใจ และคณะ. 2556)

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตันซ้ำ และแรงจูงใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตันซ้ำ โดยประเมินจากข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 44 ข้อ (ภาคผนวก ข) จำแนกดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน จำนวน 7 ข้อ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน จำนวน 8 ข้อ

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 10 ข้อ

การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตันซ้ำ จำนวน 9 ข้อ

แรงจูงใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตันซ้ำ จำนวน 10 ข้อ

4) **ระบบการพยาบาลเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง** หมายถึง การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติและประเมินผลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามแผนการรักษา ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. 2545)

ระบบการพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การเป็นหุ้นส่วนกับผู้ป่วยและครอบครัว 2) การประสานงานหรือการทำงานเป็นทีม 3) การจัดสรรทรัพยากร และ 4) การจัดการข้อมูลสารสนเทศในการทำงานเชิงหน้าที่ การพยาบาลเป็นทีม การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลต่อเนื่อง

**5) การพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทายาต่อเนื่อง** หมายถึง การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ญาติผู้ป่วย แพทย์ พยาบาลหอบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม พยาบาลหน่วยอนามัยชุมชน เกสัชกร โรงพยาบาลตากสิน นักสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานนอกโรงพยาบาลตากสิน พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข เกสัชกรชุมชน มาร่วมกันให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยรับประทายา เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาประเมินการรับรู้ปัญหาและความต้องการที่จะรับประทายา วางแผน ลงมือปฏิบัติและประเมินผลภายใต้บรรยากาศความร่วมมือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคซ้ำ ได้รับความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการรับประทายาอย่างต่อเนื่อง รับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และมีแรงจูงใจที่จะป้องกันการเกิดโรคนี้ซ้ำ สามารถรับประทายาตรงตามแผนการรักษา ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านภายใต้กรอบระบบการพยาบาลที่กำหนด โดยมี นิยามศัพท์เฉพาะสำหรับผู้เกี่ยวข้องดังนี้

**5.1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่เป็นบุคคลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ให้รับประทายา (กขพรรณ ขอบนิทัศน์. 2551)

**5.2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ** หมายถึง บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลตากสิน และนอกโรงพยาบาลตากสินที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องจากการส่งต่อของโรงพยาบาลตากสิน ดังนี้

- ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลตากสิน หมายถึง แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในหอบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม พยาบาลหน่วยอนามัยชุมชน เกสัชกร นักสังคมสงเคราะห์
- ทีมสหสาขาวิชาชีพนอกโรงพยาบาลตากสิน หมายถึง พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่ายของโรงพยาบาลตากสิน เกสัชกรชุมชน

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ได้ระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทายาต่อเนื่องที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 2) เป็นแนวทางติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและจากครอบครัวสู่โรงพยาบาล
- 3) เกิดความร่วมมือของทีมสุขภาพกับญาติผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดการรับประทายาที่ไม่ต่อเนื่อง