

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการ หลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดแนวคิดในการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยมีหัวข้อ ดังนี้

1. คุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
  - 1.1 ความหมายของคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
  - 1.2 แนวคิดและการพัฒนาคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
  - 1.3 การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล
  - 1.4 การประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัด
  - 2.1 ความหมายของตัวชี้วัด
  - 2.2 ประเภทของตัวชี้วัด
  - 2.3 คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี
  - 2.4 วิธีการพัฒนาตัวชี้วัด
3. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
  - 3.1 โรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง
  - 3.3 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง
  - 3.4 ความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลไปใช้
4. เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

### 1.1 ความหมายของคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

คุณภาพการพยาบาลมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากผลของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพของการดูแล ที่สามารถตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และชุมชน มีผู้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพการพยาบาลไว้ ดังนี้

Zimmer (1994) ให้ความหมายของคุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะที่สามารถสังเกตได้และบ่งบอกถึงความเป็นเลิศตามที่คาดหวังและต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นมาตรฐานที่นำไปสู่ความเลิศสูงสุด

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2533) และศิริยากร โพธิ์ศรี (2538) ให้ความหมาย คุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะที่บ่งบอกความเป็นเลิศของการให้บริการที่สมบูรณ์แบบ แก่ผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

อุดมรัตน์ สวนศิริธรรม (2534) กล่าวว่า คุณภาพการพยาบาล คือ ลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีเลิศ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดและสามารถวัดได้

ศิริพร ดันติพุลวินัย (2538) กล่าวถึงความหมายของคุณภาพการพยาบาล เป็นการดูแลได้ตามมาตรฐานและเป้าหมายของโรงพยาบาล

วิภาดา คุณาวิกตีกุล, เรมवल นันทศุภวัฒน์, กิ่งแก้ว เก็บเจริญ และคณะ (2543) ได้กล่าวถึงความหมายของคุณภาพการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

กฤษดา แสงวงศ์ และคณะ (2547) ให้ความหมาย คุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ปราศจากข้อผิดพลาด และมีผลลัพธ์ที่ดีตามหลักวิชาการตามความคาดหวังของผู้ป่วย/ครอบครัว และผู้ใช้บริการ

โดยสรุป คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีเลิศ สามารถเปรียบเทียบและวัดได้จากเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ปราศจากข้อผิดพลาด และเกิดผลลัพธ์ที่ดี ตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชน

ในวิชาชีพพยาบาล คุณภาพมีทั้งด้าน โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่ง Donabedian (1980) กล่าวถึง ผลลัพธ์ในระบบสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพ ทักษะ

และความรู้ของบุคคล กลุ่มคนหรือชุมชนทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ตามความเป็นจริง หรือความเป็นไปได้ ที่เป็นผลจากการดูแล

Nolan and Mock (2000) กล่าวว่า ผลลัพธ์ เป็นผลจากการดูแล หรือการวัดผลการเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นทั้งด้านคลินิก ด้านการปฏิบัติ ตามหน้าที่ ด้านการเงิน หรือการรับรู้

Quan (2006) ให้ความหมาย ผลลัพธ์ หมายถึง ผลของกระบวนการการรักษา การให้ยา หรือ การปฏิบัติการ ที่อธิบายถึงการตอบสนอง พฤติกรรม ความรู้สึก หรือผลของการดูแล

สรุปความหมายของผลลัพธ์ หมายถึง ผลสุดท้ายของกระบวนการ การรักษา หรือการปฏิบัติการในระบบสุขภาพ ที่อธิบายถึงการตอบสนอง พฤติกรรม ความรู้สึก หรือผลของการดูแล

ผลลัพธ์การดูแล ประเมินได้จากผลลัพธ์ผู้ป่วย (Patient Outcomes) โดยการวัดผลสถานะทางสุขภาพ พฤติกรรม หรือการรับรู้ ทักษะของ ผู้ป่วยและครอบครัว ที่ส่วนใหญ่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล (Johnson et al., 2006; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549) ผลลัพธ์ผู้ป่วย มีผลต่อการกำหนดบทบาทของพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Marek, 1997)

International Council of Nursing (2005) ได้กล่าวถึง ผลลัพธ์การพยาบาล ว่าเป็นผลจากการประเมิน หรือสถานะของการวินิจฉัย การเปลี่ยนแปลงทางสถานะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นผลจากการให้การพยาบาล

Simms, Price, and Erwin (2000) ได้กล่าวถึงผลลัพธ์ที่ไวต่อการพยาบาล (Nursing-sensitive outcomes) สามารถบ่งบอกการบรรลุเป้าหมายคุณภาพได้ดีกว่าการวัดผลจากวิธีการหรือกระบวนการ และตอบสนองการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

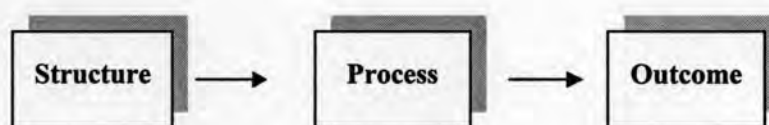
Moorhead et al. (2004) ให้ความหมาย ผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing outcomes) หมายถึง ผลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอาการ ทักษะ คุณค่า พฤติกรรม และสถานะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และชุมชน ภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล

สรุปคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล ในงานวิจัยนี้ หมายถึง ผลการเปลี่ยนแปลงสภาวะอาการ ทักษะ คุณค่า พฤติกรรม และสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล ที่แสดงให้เห็นถึงผลของการดูแลที่ดีเลิศ เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## 1.2 แนวคิด และการพัฒนาคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

การวัดผลลัพธ์ผู้ป่วย (Patient outcomes) มีมาตั้งแต่สมัยของ Florence Nightingale ช่วง สงครามไครเมีย ปี ค.ศ. 1854-1856 ซึ่งใช้อัตราการตาย อัตราการเกิดโรค และอัตราการติดเชื้อ เป็น

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Lang and Marek, 1990) การประเมินผลลัพธ์ในระยะต่อมายังมุ่งเน้นผลของการรักษา และเมื่อ Donabedian (1980) ได้พัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพ ที่ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (ดังภาพที่ 1) ซึ่งเป็นแนวทางการประเมินคุณภาพของระบบสุขภาพจนถึงปัจจุบัน



ภาพที่ 1 แสดงแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (1980)

แนวทางการประเมินนี้ ทำให้การศึกษาผลลัพธ์ทางการแพทย์ (Medical Outcomes Study: MOS) มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่ใช้เฉพาะผลลัพธ์ด้านคลินิก สู่อารมณ์ความรู้สึกด้านหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการวัดผลลัพธ์ในระบบสุขภาพและผลลัพธ์การพยาบาล รวมทั้งการกำหนดนโยบาย และมาตรฐานของระบบข้อมูลทางการแพทย์ รวมทั้งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Moorhead et al., 2004) สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เน้นการควบคุมคุณภาพด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อัตราการตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราความพึงพอใจ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) ผลลัพธ์ของผู้ป่วยเหล่านี้สะท้อนถึงคุณภาพของการดูแล ซึ่งสามารถใช้ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินคุณภาพการพยาบาลในระยะเริ่มแรก ใช้ผลลัพธ์ผู้ป่วยในการประเมินผลการดูแล โดย Aydelotte (1962) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและคุณลักษณะด้านกายภาพของผู้ป่วย ในการประเมินประสิทธิภาพการพยาบาล

Hover and Zimmer (1978) กำหนดผลลัพธ์หลัก (Core outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่ไวต่อการพยาบาล โดยเน้นการวัดความรู้ของผู้ป่วย 5 ประการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ความรู้ในการใช้ยา ทักษะในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการปรับตัว และสถานะสุขภาพ

Daubert (1979) ได้กำหนดผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับการเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้าน 5 ด้าน ได้แก่ การพักผ่อน การดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพ การดูแลต่อเนื่อง และการดูแลระยะสุดท้าย

Lang and Clinton (1984) กำหนดผลลัพธ์ในการประเมินผู้ป่วย 6 กลุ่ม ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและการทำงานของหน้าที่ของร่างกาย ด้านทัศนคติ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุข และด้านการรับรู้ต่อคุณภาพ

การพยาบาล คล้ายคลึงกับ Marek (1989) ศึกษาผลลัพธ์ที่อธิบายสถานะของผู้ป่วยและการใช้  
ทรัพยากร

McCormick (1991) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการประเมินผลลัพธ์การดูแลในหอผู้ป่วย  
วิกฤติ ที่รวมถึงกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ

The American Nurses Association: ANA (1995) ได้พัฒนา Nursing Care Report Card  
สำหรับผู้ป่วยวิกฤติ พบตัวชี้วัดคุณภาพหลักทางคลินิก 21 ตัวชี้วัด ตามกรอบแนวคิดคุณภาพของ  
Donabedian (1980) ผลการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับวัดคุณภาพการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดด้าน โครงสร้าง จำนวน 7 รายการ ได้แก่

1. อัตราบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดต่อผู้ป่วย
2. อัตราพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด
3. คุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพ
4. จำนวนชั่วโมงการพยาบาลทั้งหมดต่อการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
5. ความเพียงพอของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
6. การทำงานล่วงเวลาของพยาบาลวิชาชีพ
7. อัตราการบาดเจ็บในงานของบุคลากรทางการพยาบาล

ตัวชี้วัดกระบวนการ จำนวน 8 รายการ ได้แก่

1. ความพึงพอใจของพยาบาล
2. การประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและนำสู่การปฏิบัติ
3. การจัดการความเจ็บปวด
4. การดูแลความสมบูรณ์ของผิวหนัง
5. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย
6. การวางแผนจำหน่าย
7. การประกันคุณภาพด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
8. การตอบสนองต่อการดูแลที่จำเป็นที่ไม่มีการวางแผน

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ จำนวน 6 รายการ ได้แก่

1. อัตราตาย
2. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
3. อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
4. ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการพยาบาล
6. แผนการจำหน่ายผู้ป่วย

วิภาดา คุณาวิฑิตกุล และคณะ (2542) ได้ศึกษาการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลคุณภาพการพยาบาล เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่าง ในเวลาที่กำหนด เป็นการตรวจสอบใน 3 ลักษณะ คือ

1. การตรวจสอบโครงสร้าง (Structure audit) มุ่งเน้นสถานที่ที่ให้บริการ รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เครื่องมือ ผู้ให้บริการ การจัดองค์การ นโยบาย วิธีการ และการบันทึกทางการแพทย์ มาตรฐานนี้จัดทำโดย Check list ว่ามีหรือไม่มี การตรวจสอบโครงสร้างนี้ รวมถึงความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลด้วย จากปัจจัยทั้งหมดไม่สามารถรับประกันได้ว่าการดูแลมีคุณภาพ ต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อัตราส่วนของพยาบาลกับผู้ป่วย อัตราการขาดงาน สิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาล

2. การตรวจสอบกระบวนการ (Process audit) เป็นการตรวจสอบกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริง ที่ดำเนินการโดยผู้ให้บริการ รวมถึงการปฏิบัติทางจิตสังคม เช่น การสอน การเป็นที่ปรึกษา การจัดการดูแลทางด้านร่างกาย รวมทั้งกิจกรรมทางด้านทีมการดูแล (Interdisciplinary) การตรวจสอบนี้ใช้การสังเกต การตรวจสอบรายงาน การบันทึกภายหลังให้การดูแล

3. การตรวจสอบผลลัพธ์ (Outcome audit) เป็นการตรวจสอบผลที่ได้รับจากกิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วย โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดง ทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการพยาบาล รวมทั้งความรู้ ทักษะคิด ความพึงพอใจ และความร่วมมือในการรักษา การตรวจสอบนี้ใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การสอบถามความพึงพอใจ และการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล

การประเมินผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งเป็นผลจากการดูแลรักษา และประเมินจากการใช้เครื่องมือสำหรับประเมินผลลัพธ์สุขภาพ ซึ่งมีหลากหลาย มีทั้งการประเมินทั่วไปและประเมินเฉพาะ มีการใช้ประเมินผู้ป่วยอย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลเฉพาะ โรคยังมีน้อยมาก (Maas, 1998; Goodsen, 2002) ทั้งที่พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ตามกระบวนการพยาบาล และการบริการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่องค์การกำหนด ตั้งแต่แรกรับเข้ารักษา จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลเฉพาะโรค จะเป็นการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ไวต่อการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และเฉพาะเจาะจง (Moorhead et al., 2004)

ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการกำหนดผลลัพธ์การพยาบาลที่สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดที่จะเป็นแนวทางการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลเฉพาะโรคที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นฐานข้อมูล ใน

การพัฒนามาตรฐานด้านผลลัพธ์การพยาบาล ตลอดจนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

### 1.3 การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล

การนำสารสนเทศเข้ามาพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทันต่อการเปลี่ยนแปลงกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ ในยุคที่เทคโนโลยีสารสนเทศรุดหน้าอย่างรวดเร็ว นั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนให้มีความเหมาะสมและทันเหตุการณ์ ระบบการจำแนกทางการพยาบาล เป็นจุดเริ่มของการสร้างภาษามาตรฐานหรือภาษาสากลทางการพยาบาลที่สามารถสื่อสารในวิชาชีพ อธิบายปัญหาและการตัดสินใจทางคลินิก โดยพยาบาล เป็นองค์ประกอบของแนวทางในการปฏิบัติ และข้อมูลจำเป็นพื้นฐานสำหรับระบบสุขภาพ การบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งการศึกษาวิจัย (Gordon, 1998)

ภาษามาตรฐานหรือภาษาสากลทางการพยาบาล ที่สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurse Association: ANA) ให้การยอมรับ จำนวน 13 ภาษา มีภาษาพยาบาลสากลสำหรับการวัดผลลัพธ์การพยาบาล เพียง 4 ภาษา ได้แก่ ระบบ Omaha (Omaha system), การจำแนกการดูแลที่บ้าน (Home Health Care Classification: HHCC), การจำแนกสากลทางการปฏิบัติการพยาบาล (International Classification for Nursing Practice: ICNP) และการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) (Thede, 2003; ANA, 2006)

ระบบ Omaha (Omaha system) ได้รับการพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เพื่อใช้ประเมินการพยาบาลในชุมชนของเมือง Omaha, Nebraska และเครือข่ายอีก 7 แห่ง โดยได้รับการพัฒนาตลอดจากการวิจัยของ Martin and Scheet ระบบนี้บัญญัติคำศัพท์ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล การค้นหา การจำแนก การบันทึก และการวิเคราะห์ สำหรับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งมี ส่วนประกอบ 3 ส่วนคือ การวินิจฉัย การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล เป็นเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลที่จำเป็นทางการพยาบาล (Thede, 2003; ANA, 2006)

การจำแนกการดูแลที่บ้าน (Home Healthcare Classification: HHCC) ได้รับการพัฒนาโดยทีมวิจัยของมหาวิทยาลัย Georgetown ซึ่งมี Saba เป็นหัวหน้าทีม ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาวิธีการประเมินและการจำแนกผู้ป่วยสำหรับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีส่วนประกอบคล้ายกับระบบ Omaha (Thede, 2003; ANA, 2006)

การจำแนกสากลทางการปฏิบัติการพยาบาล (International Classification for Nursing Practice: ICNP) ได้รับการพัฒนาโดยสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เป็น ICNP-Alpha version ใช้การบันทึกปรากฏการณ์ทางการพยาบาลซึ่งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

โดยการหมุนแกนในแต่ละแกน การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลและบำบัดทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อตอบสนองต่อข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาล ปัจจุบันได้พัฒนาเป็น Beta version ที่สามารถบันทึกข้อมูลได้ง่ายขึ้นและบันทึกทางอิเล็กทรอนิกส์ (Thede, 2003)

ระบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) NOC เป็นภาษามาตรฐานด้านผลลัพธ์การพยาบาล ที่พัฒนาโดยทีมวิจัยของมหาวิทยาลัยไอโอวา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 ใช้ระบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาลที่บ่งบอกถึงสถานะหรือพฤติกรรม รวมทั้งการรับรู้ที่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล NOC สามารถเชื่อมโยงกับระบบการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (The North American Nursing Diagnosis Association: NANDA) และระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention Classification: NIC) ซึ่งทำให้กระบวนการพยาบาลมีความสมบูรณ์ และเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลที่จำเป็นทางการพยาบาล (Moorhead et al., 2004)

ผู้วิจัยมีความสนใจในการใช้กลุ่มของ NOC เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับการวิจัยนี้ เนื่องจาก NOC เป็นสารสนเทศทางการพยาบาลที่มีระบบการจำแนกด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีความชัดเจน สามารถใช้สำหรับการพยาบาลทั่วไป ทุกกลุ่มผู้ป่วยและทุกกลุ่มโรค มีความครอบคลุมองค์รวมผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวตลอดจนชุมชน ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเป็นที่ยอมรับเป็นสากล

ระบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification (NOC) เป็นภาษามาตรฐานด้านผลลัพธ์การพยาบาล มีความครอบคลุม แนวคิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Kane, 1997) และสามารถใช้ประเมินในทุกองค์การสุขภาพ จึงเป็นเครื่องมือประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Moorhead et al., 2004) ผลลัพธ์การพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีความจำเป็นต่อระบบข้อมูลทางคลินิก การพัฒนาองค์ความรู้และการศึกษาสำหรับพยาบาล

การพัฒนา NOC เริ่มในปี ค.ศ. 1991 ทีมวิจัยได้ทำการศึกษาทั้งหมด 5 ระยะ ได้แก่ การศึกษานำร่องและทดสอบระเบียบวิธีวิจัย การวางโครงสร้างของผลลัพธ์ การจัดแบ่งกลุ่มรวมทั้งการทดสอบด้านคลินิก การประเมินผล และการกลั่นกรองนำไปใช้ในคลินิก การพัฒนา NOC มีพื้นฐานงานวิจัยที่เป็นปัจจุบัน มีการวิจัยเชิงสำรวจในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านความตรงของเนื้อหาและความไวในการวัดของผลลัพธ์ การจัดกลุ่มที่มีการนำไปทดสอบในการปฏิบัติจริงและพัฒนาผลลัพธ์ใหม่อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่ จนถึงปัจจุบัน จำนวน 3 ครั้ง คือ ในปี ค.ศ. 1997, ค.ศ. 2000 และครั้งล่าสุด ค.ศ. 2004 มีการพัฒนารายการผลลัพธ์การพยาบาล จาก 190, 260 และ 330 รายการตามลำดับ (The University of Iowa, 2006)



การจัดกลุ่มของผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC ใช้ได้ง่าย เป็นการจัดโครงสร้างตำแหน่งของผลลัพธ์ให้คงที่ สามารถบรรจุผลลัพธ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ หรือเพิ่มเติมผลลัพธ์ที่ไม่ครบถ้วน และสะดวกต่อการเลือกผลลัพธ์สำหรับการวินิจฉัยทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (Johnson et al., 2000; Moorhead et al., 2004)

กลุ่มของ NOC ได้รับการพัฒนาครั้งล่าสุด ปี ค.ศ. 2004 ประกอบด้วยผลลัพธ์การพยาบาล 7 กลุ่ม (Domains) ได้แก่

1. กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional health)
2. กลุ่มสุขภาพด้านสรีรวิทยา (Physiologic health)
3. กลุ่มสุขภาพด้านจิตสังคม (Psychosocial health)
4. กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (Health knowledge and behavior)
5. กลุ่มการรับรู้สุขภาพ (Perceived health)
6. กลุ่มสุขภาพครอบครัว (Family health)
7. กลุ่มสุขภาพชุมชน (Community health)

แต่ละรายการผลลัพธ์มีคำจำกัดความ เกณฑ์การประเมิน วิธีการวัด รหัสเฉพาะ (Coding) และมาตราส่วนสำหรับวัด (Rating) โดยใช้ Likert scale 5 ระดับ สำหรับการลงบันทึก ทั้งการจดบันทึกและทางอิเล็กทรอนิกส์ ใช้เป็นฐานข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับการพัฒนาคุณภาพ และเชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลสำคัญของระบบสุขภาพ (Moorhead et al., 2004)

NOC สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลจำเป็นทางการพยาบาล (Nursing Minimum Data Set: NMDS) ที่เป็นรูปธรรม สำหรับการบันทึกปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เพื่อใช้วัดคุณภาพการพยาบาล ในทุกกลุ่มโรค ของผู้ป่วย ทั้งในระดับโรงพยาบาล การดูแลที่บ้าน และในชุมชน (Killeen, 2003; Head, Aquilino, Johnson et al., 2004; Behrenbeck, Tiimm, Griebenow et al., 2005)

ถึงแม้ว่า NOC มีความครอบคลุมผลลัพธ์การพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำเป็นต้องศึกษาดัชนีหรือรายการผลลัพธ์การพยาบาลของโรคนี้อย่างเฉพาะในบริบทของประเทศไทย ที่อาจจะมีแตกต่างกับบริบทของต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มของ NOC เป็นกรอบแนวคิดสำหรับตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้อย่างเฉพาะ

#### 1.4 การประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การประเมินผลลัพธ์เป็นการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง ผล หรือผลกระทบจากการรักษาระดับขั้นตอนหรือการปฏิบัติการ โดยทั่วไปในทางปฏิบัติ มักใช้อัตราตายและอัตราการเกิดโรคในการติดตามผลของการรักษา ซึ่งเป็นการวัดคุณภาพที่ไม่เหมาะสม เพราะเน้นผลลัพธ์ทางคลินิกหรือด้านสรีรวิทยาไม่ได้อธิบายผลที่เกิดกับด้านอื่น (Nolan and Mock, 2000) การวัดผลลัพธ์ปัจจุบัน มีหลายแนวทางที่ใช้วัดผลทางสุขภาพ รวมถึงด้านสรีรวิทยา เช่น การเต้นของหัวใจ น้ำหนัก ด้านจิตสังคม เช่น ทักษะชีวิต อารมณ์ พฤติกรรม เช่น การต่อต้าน การงู้อใจ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การประกอบกิจกรรมประจำวัน คุณภาพชีวิต เช่น ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี การควบคุมอาการ ด้านความรู้ เช่น การใช้จ่ายอาหาร และความพึงพอใจทั้งของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน (Moorhead et al., 2004) ด้านการเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Houston and Miller, 1997)

Hegyvary (1991) ได้กล่าวถึง การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สะท้อนถึงมุมมองต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ว่ามีวัตถุประสงค์ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านคลินิก ในการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา
2. ด้านการปฏิบัติการดูแล เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น
3. ด้านการเงิน เพื่อบรรเทาการจัดทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ด้านการรับรู้ในการตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วย

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) ได้กล่าวถึง วัตถุประสงค์การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล มุ่งเน้นผลของการปฏิบัติการพยาบาล ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย อย่างมีคุณภาพและความปลอดภัย ใช้ตรวจสอบความเที่ยงเบนไปจากมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ที่สามารถรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์หาสาเหตุ แก้ไขปัญหาได้ทันที และมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพการดูแล มีการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

การประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ในปัจจุบัน ใช้ตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดกลางๆ ที่ใช้ในภาพรวม เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย และการลดตกหล่น ตัวชี้วัดเหล่านี้ไม่สามารถใช้ประเมินคุณภาพได้อย่างครอบคลุมในผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือกลุ่มผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยในภาวะเฉียบพลัน ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง อาทิเช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ การพัฒนาตัวชี้วัดที่เฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วย จะทำให้มีการประเมินคุณภาพและหาแนวทางแก้ไขได้ตรงจุดมากขึ้น (พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ, 2549)

ตัวชี้วัด (Indicators) ด้านผลลัพธ์การพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงแนวทางหรือเป้าหมายในการปฏิบัติงาน และสามารถใช้เป็นเกณฑ์กำหนดในการประเมินคุณภาพการพยาบาล ซึ่งควรจะมี

ความเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ซึ่งมีจำนวนมาก อาการรุนแรง มีผลกระทบตามมามากมาย ควรได้รับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ตอบสนองเป้าหมายของหน่วยงานและเป้าหมายขององค์กรต่อไป

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาตัวชี้วัด

### 2.1 ความหมายของตัวชี้วัด (Indicator)

จากคำภาษาอังกฤษ “Indicator” ซึ่งมีผู้นำมาใช้ในภาษาไทย โดยใช้คำที่แตกต่างกันไป ได้แก่ ตัวชี้วัด ตัวบ่งชี้ เครื่องชี้วัด ดัชนี หรือครรชนี มีความหมายใกล้เคียงกัน ซึ่งโดยทั่วไป ดัชนี มักเป็นตัวชี้บอกในเชิงปริมาณ (Quantitative) ส่วนตัวบ่งชี้หรือตัวชี้วัด มักเป็นตัวชี้บอกในเชิงคุณลักษณะ (Qualitative) เนื่องจากตัวชี้วัดถูกนำมาใช้อย่างหลากหลาย ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ใช้ จึงมีผู้ให้ความหมายของคำว่า ดัชนี ตัวบ่งชี้ และตัวชี้วัดไว้ในลักษณะต่างๆ กัน ดังนี้

Webster’s online dictionary (2006) ให้ความหมาย ตัวชี้วัด (Indicator) หมายถึง สิ่งที่ชี้บอกหรือชี้ให้เห็นสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างแม่นยำไม่มากก็น้อย

พรพันธุ์ บุญรัตนพันธุ์ และบุญเลิศ เกียงประไพ (2531) กล่าวว่า เครื่องชี้วัด หรือ ครรชนี หมายถึง ตัวแปรหรือกลุ่มของตัวแปรต่างๆ ที่จะวัดสภาวะอย่างหนึ่งออกมาเป็นปริมาณ และเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ทราบถึง ระดับ ขนาด หรือความรุนแรงของปัญหา หรือสถานการณ์ที่ต้องการวัด

ศิริชัย กาญจนวาสิ (2546) ให้ความหมาย ตัวบ่งชี้ หมายถึง ตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ ซึ่งใช้บ่งบอกสถานการณ์หรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงาน หรือผลการดำเนินงาน

ศักดิ์ชาย เพชรช่วย (2541) ได้กล่าวไว้ว่า ตัวบ่งชี้ หมายถึง สารสนเทศที่บ่งบอกสภาพการณ์หรือสภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ ซึ่งสารสนเทศดังกล่าวอยู่ในรูปของค่าที่สังเกตได้ เป็นตัวเลข ข้อความ องค์ประกอบ ตัวแปร หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยการนำตัวแปรหรือข้อเท็จจริงมาสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดคุณค่า ซึ่งสามารถที่จะชี้ให้เห็นถึงสภาพการณ์การดำเนินงานที่ต้องการศึกษา เมื่อเทียบกับเกณฑ์และมาตรฐานที่ตั้งไว้

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โภชสิทธิ์, ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ (2543) ให้ความหมาย เครื่องชี้วัด ไว้ว่าเป็นเครื่องมือในการวัดหรือการประเมินคุณภาพวิธีหนึ่ง ที่สามารถประเมินได้ทั้งผลลัพธ์ กระบวนการที่ให้การดูแล และกระบวนการย่อยๆ หรือผลลัพธ์ย่อยๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการหลัก

จากความหมายของตัวชี้วัด ที่กล่าวมาแล้วนั้น แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของการมองตัวชี้วัดในลักษณะต่างๆ แต่ถึงแม้จะมีการใช้คำที่ต่างกัน แต่ความหมายที่ปรากฏนั้นสื่อในทิศทางเดียวกัน คือ เป็นสิ่งที่บอกลถึงข้อมูลที่นำมาใช้เพื่อชี้ให้เห็นอะไรบางอย่างของการดำเนินงาน เช่น ตัวชี้วัดประสิทธิภาพทางการบริหารจัดการ ตัวชี้วัดประสิทธิผลของโครงการ

สรุปความหมายของ คำว่า ตัวชี้วัด ตัวบ่งชี้ เครื่องชี้วัด หรือครรชนี ที่มาจาก คำภาษาอังกฤษว่า Indicator หมายถึง สารสนเทศในรูปของข้อความ ตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ ใช้บ่งบอกสถานภาพหรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงานและเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ทราบถึงระดับ ขนาด หรือความรุนแรงของปัญหา หรือสถานภาพที่ต้องการประเมินคุณภาพ ใช้เป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินคุณภาพการพยาบาลทั้งด้านผลลัพธ์ และกระบวนการให้การดูแล สำหรับการชี้บอกคุณภาพในทางสุขภาพหรือทางการพยาบาล มักใช้คำว่า ตัวชี้วัด ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า ตัวชี้วัด ในงานวิจัยนี้

## 2.2 ประเภทของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดมีหลายประเภท ขึ้นกับเกณฑ์ที่ใช้ในการจำแนก มีนักวิชาการหลายท่าน แบ่งประเภทตัวชี้วัดไว้ดังนี้

Johnstone (1981) ได้จำแนกประเภทตัวชี้วัด เป็น 2 ประเภท คือ

1. จำแนกโดยใช้ตัวแปรต่างๆ ที่นำมากำหนดเป็นตัวชี้วัด ได้แก่

1.1 ตัววัดตัวแทน (Representative indicators) เป็นตัวชี้วัดที่มีลักษณะง่ายที่สุด ซึ่งใช้ในการวิจัย การบริหารและการวางแผน โดยเลือกตัวแปรเพียงตัวเดียวมาสะท้อนแง่มุมหนึ่งของระบบ

1.2 ตัวชี้วัดเดี่ยว (Disaggregative indicators) ตัวชี้วัดประเภทนี้ไม่เป็นที่นิยมเนื่องจากมีความยุ่งยากและมีความละเอียดในการจัดทำ เนื่องจากการนำข้อมูลมาแยกเป็นส่วนๆ ต้องอาศัยค่านิยามของแต่ละตัวแปรในการอธิบายแต่ละส่วนหรือแต่ละองค์ประกอบของระบบ

1.3 ตัวชี้วัดรวม (Composite indicators) เป็นการรวมตัวแปรจำนวนหนึ่งที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน ค่าที่ได้ของตัวชี้วัดนี้จึงเป็นค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่นำมารวมกัน เป็นที่ยอมรับมากกว่าตัวชี้วัดที่มาจากตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว

2. แบ่งตัวชี้วัดโดยใช้ทฤษฎีการวิเคราะห์เชิงระบบ (System analysis theory) ออกเป็น

3 ประเภท คือ ตัวชี้วัดปัจจัย ตัวชี้วัดกระบวนการ และตัวชี้วัดผลผลิต ดังนี้

2.1 ตัวชี้วัดปัจจัย (Input indicators) บ่งชี้ถึงปัจจัยของระบบ เช่น ด้านทรัพยากร หรือความต้องการที่มีต่อระบบ

2.2 ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process indicators) บ่งชี้ถึงกระบวนการจัดของระบบ

2.3 ตัวชี้วัดผลผลิต (Output indicators) บ่งชี้ถึงสภาพของผลิตผลที่ระบบได้ผลิตออกมา ทั้งด้านปริมาณและระดับของผลผลิต

สมเกียรติ โภชสิทธิ์ (2541) ได้แบ่งชนิดของตัวชี้วัดเป็น 4 ประเภท ดังนี้ คือ

1. ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure indicators) เป็นตัวชี้วัดด้านคุณภาพของ Input หรือ Resource ที่ใช้ในองค์กร เพื่อให้เกิดการรักษา หรือการบริการขององค์กร อาจเป็นด้านบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออาคารสถานที่

2. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicators) เป็นตัวชี้วัดกิจกรรมหรืองานต่อเนื่องที่อยู่ในกระบวนการที่ทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและนำผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

3. ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome indicators) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ รวมถึงครอบครัวและชุมชน อันเป็นผลจากกระบวนการดูแล

3.1 Disease-specific outcome ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันที จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัดต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด

3.2 General health outcome ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือประชาชน การดำรงชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยตนเองได้ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก 3 เดือน ต่อจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด

3.3 Patient performance outcome เป็นการวัดความรู้ ความเข้าใจในโรคต่างๆ และสิ่งๆ ทำให้มีสุขภาพดี รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองและเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี เช่น ผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่หลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจที่เคยสูบบุหรี่

4. Patient satisfaction outcome เป็นการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการในด้านต่างๆ ทั้งผลการรักษาและสิ่งเด่นชัดอื่นๆ เช่น ความสะอาด ความสะดวก ระยะเวลาในการรอคอย การได้รับข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา คือ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ เนื่องจากสามารถสะท้อนถึงผลการดูแลผู้ป่วย ที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่มีความครอบคลุม นอกจากนี้ยังเป็นตัวกำกับสถานะการเปลี่ยนแปลง ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลจะแสดงสัญญาณเตือนให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานพยาบาล

### 2.3 คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี

พรพันธุ์ บุญรัตนพันธุ์ และบุญเลิศ เลียงประไพ (2531) กล่าวว่า คุณสมบัติที่สำคัญของตัวชี้วัดต้องประกอบด้วย

1. มีความตรง สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้
2. มีความไว สามารถแสดงความแตกต่างได้ แม้สถานการณ์ที่วัดจะเปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อย
3. มีความเฉพาะเจาะจง จะเปลี่ยนแปลงก็แต่เฉพาะสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น โดยตรงเท่านั้น
4. มีความเชื่อถือได้ ค่าที่ได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพควรจะสอดคล้องกัน ถ้าวัดในสิ่งเดียวกัน ไม่ว่าผู้วัดจะเป็นกลุ่มใดก็ตาม

ศิริชัย กาญจนวาที (2546) กล่าวถึง คุณสมบัติของตัวชี้วัดไว้ คือการมีลักษณะต่างๆ ดังนี้

1. ความตรง (Validity) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องบ่งชี้ได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการวัด ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้

1.1 มีความตรงประเด็น (Relevant) ต้องชี้วัดได้ตรงประเด็น มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณลักษณะที่มุ่งวัด

1.2 ความเป็นตัวแทน (Representative) ตัวชี้วัดต้องมีความเป็นตัวแทนคุณลักษณะที่มุ่งวัดหรือมีมุมมองที่ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญของคุณลักษณะที่มุ่งวัดอย่างครบถ้วน เช่น อุณหภูมิร่างกายเป็นตัวชี้วัดการมีไข้ของผู้ป่วย

2. ความเที่ยง (Reliability) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องบ่งชี้คุณลักษณะที่มุ่งวัดได้อย่างน่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา หรือบ่งชี้ได้คงที่ เมื่อทำการวัดซ้ำในช่วงเวลาเดียวกัน มีลักษณะสำคัญดังนี้

2.1 ความเป็นปรนัย (Objectivity) ต้องชี้วัดได้อย่างเป็นปรนัย การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าของตัวชี้วัดควรขึ้นอยู่กับสถานะที่เป็นอยู่หรือคุณสมบัติของสิ่งนั้นมากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับความรู้สึกตามอัตวิสัย

2.2 มีความคลาดเคลื่อนต่ำ (Minimum error) ต้องชี้วัดได้อย่างมีความคลาดเคลื่อนต่ำ ค่าที่ได้จะต้องมาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

3. ความเป็นกลาง (Neutrality) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องบ่งชี้ด้วยความเป็นกลาง ปราศจากความลำเอียง ไม่โน้มเอียงเข้าหาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ไม่ชี้นำโดยการเน้นการบ่งชี้เฉพาะลักษณะความสำเร็จหรือความล้มเหลวหรือความไม่ยุติธรรม

4. ความไว (Sensitivity) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องมีความไวต่อคุณลักษณะที่มุ่งวัด สามารถแสดงความผันแปรหรือความแตกต่างระหว่างหน่วยวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจน โดยตัวชี้วัดจะต้องมีมาตรฐานและหน่วยวัดที่มีความละเอียดเพียงพอ

5. สะดวกในการนำไปใช้ (Practicality) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องสะดวกในการนำไปใช้ ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้

5.1 เก็บข้อมูลง่าย (Availability) สามารถนำไปใช้วัดหรือเก็บข้อมูลได้สะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจ นับ วัด หรือสังเกตได้ง่าย

5.2 แปลความหมายง่าย (Interpretability) ให้ค่าการวัดที่มีจุดสูงสุดและต่ำสุด เข้าใจง่ายและสามารถสร้างเกณฑ์ตัดสินคุณภาพได้ง่าย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ได้ทำการศึกษาโดยการรวบรวมความคิดเห็นจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ ในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่ามีคุณสมบัติที่ดีของตัวชี้วัด ดังนี้

1. สะท้อนถึงพันธกิจหลัก จุดร่วมของหน่วยงานของโรงพยาบาล กระบวนการให้บริการ และดูแลรักษาผู้ป่วย
2. สะท้อนความต้องการและคาดหวังของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและผู้บริหารโรงพยาบาล รวมทั้งนโยบายด้านสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศ
3. มีความถูกต้อง (Valid) น่าเชื่อถือ (Reliable) ความไว (Responsive) สามารถอ้างอิงได้ตามหลักวิชาการและมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ
4. ได้จากข้อมูลที่โรงพยาบาลมีศักยภาพเพียงพอที่จะเก็บได้อย่างถูกต้อง เป็นที่น่าเชื่อถือ สามารถวิเคราะห์และนำเสนอสารสนเทศที่ได้ไปใช้ประโยชน์ได้
5. ประกอบเป็นชุดตัวชี้วัดทั้งด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของบริการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล เพื่อให้สามารถพิจารณาภาพรวมและนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ (2549) กล่าวถึงหลักการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ที่ควรพิจารณา 5 ประเด็น คือ

1. ปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์
2. ตัวชี้วัดที่ไวต่อผลของการพยาบาล (Nursing-sensitive quality indicators) คือตัวบ่งชี้ที่บ่งบอกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการพยาบาลมากที่สุด ซึ่งจะไวพอต่อการบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล
3. ตัวชี้วัดต้องมีคุณภาพในการวัด ทั้งด้านความตรง ความเที่ยง และความไว
4. ตัวชี้วัดทางการพยาบาล นอกจากพิจารณาผลลัพธ์ทางการรักษาแล้ว ยังต้องครอบคลุมถึง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การจัดการกับอาการต่างๆ รวมทั้งการบรรเทาความเจ็บป่วยทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง
5. การกำหนดกรอบเวลาที่จะบรรลุเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินคุณภาพ เนื่องจากผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาลแต่ละรายการ จะใช้เวลาในการสัมฤทธิ์ผลต่างกัน

ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จึงควรเป็นตัวชี้วัดที่วัดต่อผลการปฏิบัติการพยาบาล มีคุณภาพทั้งด้านความตรง ความเที่ยง ความไว และความสะดวกในการนำไปใช้ สะท้อนถึงพันธกิจในการดูแลรักษา ตลอดจนความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล

## 2.4 การสร้างและการพัฒนาตัวชี้วัด

วิธีการสร้างและการพัฒนาตัวชี้วัดมีหลายวิธี แต่ส่วนใหญ่จะพิจารณาหลักเกณฑ์เพื่อการตัดสินใจใน 5 ประเด็น (Johnstone, 1981) ดังนี้

1. การกำหนดนิยามตัวชี้วัด วิธีการกำหนดนิยามตัวชี้วัด จำแนกออกได้เป็น 3 วิธีการได้แก่

1.1 การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงปฏิบัติการ การสร้างตัวชี้วัดประเภทนี้ แบ่งได้เป็น 2 วิธี วิธีแรก คือการสร้างตัวชี้วัดในลักษณะที่เป็นตัวชี้วัดตัวแทน (Representative indicator) โดยการเลือกตัวแปรที่มีอยู่มาใช้ ส่วนวิธีที่สอง คือ การสร้างตัวชี้วัดรวม โดยการนำเอาตัวแปรจำนวนหนึ่งมารวมกันหรือผสมกัน โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าตัวแปรเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กัน แต่อาจไม่มีการกำหนดค่าน้ำหนักให้กับตัวชี้วัดแต่ละตัว การรวมตัวแปรแบบนี้ มักกำหนดขึ้นเพื่อนำไปใช้ในงานเฉพาะอย่าง ซึ่งอาจมีความลำเอียงได้ ขึ้นอยู่กับบุคคลที่เลือกหรือจัดกลุ่มตัวแปร

1.2 การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงทฤษฎี การสร้างตัวชี้วัดประเภทนี้เป็นการสร้างโดยอิงผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการคือ การรวมตัวแปรจำนวนหนึ่งเข้าด้วยกันโดยวิธีการทางเลขคณิต ซึ่งตัวแปรเหล่านั้นจะถูกเลือกมาตามลำดับความสำคัญ และมีความสัมพันธ์กัน โดยกำหนดค่าน้ำหนักให้กับตัวแปรแต่ละตัว โดยอาศัยฐานแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีอยู่ และสังเคราะห์ขึ้นเป็นตัวชี้วัด ซึ่งวิธีการนี้มีข้อดีคือ ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลน้อย แต่มีข้อเสียคือ เป็นความคิดของคนเพียงกลุ่มเดียว

1.3 การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงประจักษ์ วิธีนี้คล้ายกับวิธีที่สอง มีส่วนที่ต่างกัน คือ ในการสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยทฤษฎี ในการเลือกกำหนดน้ำหนักนั้นกำหนดจากลำดับความสำคัญ แต่การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นการกำหนดน้ำหนักจากการวิเคราะห์ข้อมูลชุดหนึ่ง และดูความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยวิธีการทางสถิติ แล้วนำผลการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปร ซึ่งวิธีการนี้มีข้อดีคือ ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ แต่ใช้เวลามาก และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย



## 2. การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา

การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา จะต้องนำตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมารวมกันสร้างเป็นตัวชี้วัด ด้วยการระบุคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษาอย่างชัดเจน โดยอาศัยข้อเสนอทางทฤษฎี เอกสารต่างๆ หรือการลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรหลีกเลี่ยงจำนวนตัวแปรที่มากเพราะอาจทำให้สิ่งที่มุ่งศึกษามีความซับซ้อนและยากในการแปลความหมาย หลังจากนั้นเลือกตัวแปรให้ครอบคลุมในแต่ละคุณลักษณะ หลีกเลี่ยงตัวแปรหลายตัวที่มุ่งวัดคุณลักษณะเดียวกันและตัวแปรที่มีความคลาดเคลื่อนในการวัดมาก

## 3. การกำหนดวิธีรวมตัวแปร

วิธีการรวมตัวแปรเพื่อสร้างตัวชี้วัด โดยทั่วไปมักใช้ 2 วิธี คือ การรวมทางพีชคณิต และการรวมแบบทวิคูณ ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นและวัตถุประสงค์การใช้แตกต่างกัน คือ การรวมทางพีชคณิตมีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ความสำคัญของแต่ละตัวแปรสามารถทดแทนหรือชดเชยกันได้ และมักมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ไม่ว่าเรื่องที่ศึกษานั้นมีความแตกต่างกันกี่หน่วย ส่วนการรวมแบบทวิคูณนั้น การเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรหนึ่งตั้งบนพื้นฐานของตัวแปรอีกตัวหนึ่ง ไม่อาจทดแทนหรือชดเชยกันได้ การรวมตัวแปรด้วยวิธีการนี้มักใช้เมื่อต้องการเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ว่าระบบหนึ่งมีค่าตัวชี้วัดสูงกว่าอีกระบบหนึ่งอยู่ที่เท่า

## 4. การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร

การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร สามารถทำได้ 2 วิธี คือ กำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรให้เท่ากัน และให้ต่างกัน อาจใช้วิธีการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert judgement) วิธีวัดความสำคัญของตัวแปร (Measure effort required) โดยพิจารณาจากเวลา (Time taken) หรือค่าใช้จ่าย (Cost) ของการกระทำกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น หรือวิธีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 วิธีการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert judgement) เป็นการพิจารณาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการศึกษานั้นๆ ซึ่งอาจเป็นนักวิจัยหรือนักวางแผนที่เกี่ยวข้อง โดยให้สมาชิกแต่ละคนเสนอค่าน้ำหนักของตัวแปร แล้วพิจารณาหาข้อยุติด้วยการใช้ค่าเฉลี่ยหรือการอภิปรายลงความเห็นหรือใช้แบบสอบถาม เพื่อหาคำร้อยละที่ผู้ตอบเห็นด้วยกับน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรที่ระบุ นอกจากนี้อาจใช้วิธีการที่เป็นระบบมากขึ้น เช่น การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อสำรวจหาฉันทมติจากผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องเผชิญหน้ากัน แล้วจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้หาค่าน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปรต่อไป

4.2 วิธีวัดความสำคัญของตัวแปร (Measure effort required) โดยพิจารณาจากเวลา (Time taken) หรือค่าใช้จ่าย (Cost) ของการกระทำกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น วิธีการนี้ถ้าเวลาหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการกระทำบางสิ่งบางอย่างสำหรับตัวแปรหนึ่งมากกว่าอีกตัวหนึ่ง

ตัวแปรนั้นควรจะมีย่านักความสำคัญมากกว่าหรือน้อยกว่าอีกตัวแปรหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของสิ่งที่ต้องการศึกษานั้นๆ

4.3 วิธีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) เป็นการใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปร โดยอาจใช้หลักการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) การวิเคราะห์จำแนก (Discriminal analysis) หรือการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล (Canonical correlation analysis) วิธีการกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัวว่า ควรใช้วิธีการใดจึงจะมีความเหมาะสมมากที่สุด ทั้งนี้ขึ้นกับองค์ประกอบในการพิจารณา

### 5. การตรวจสอบคุณภาพของตัวชี้วัด

การตรวจสอบคุณภาพของตัวชี้วัด มีหลักการกว้างๆ 2 ประการ คือ การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี และการตรวจสอบด้วยวิธีการทางสถิติ การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ชัดเจน มีคุณภาพและมีนิยามเชิงปฏิบัติการที่ถูกต้อง สอดคล้องกับเป้าหมายในการนำตัวชี้วัดไปใช้ประโยชน์ รวมถึงลักษณะ ประเภท และระดับของการวัด กรอบแนวคิดในการเลือกตัวแปร และการสร้างโมเดลหรือการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สิ่งเหล่านี้จะทำให้ข้อมูลที่ได้มีคุณภาพและได้ตัวชี้วัดที่มีความตรงภายในมากขึ้น

สรุปในการสร้างตัวชี้วัดทางสุขภาพหรือทางการแพทย์นี้ ไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัวว่าควรใช้วิธีการใด เพราะมีสิ่งที่ต้องพิจารณาหลายประการ เช่น ข้อจำกัดในเรื่องของเวลา งบประมาณ ประโยชน์ในการนำไปใช้ ลักษณะของตัวแปรที่นำมากำหนดเป็นตัวชี้วัด ซึ่งในบางครั้งอาจใช้หลายวิธีผสมกันได้ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการศึกษาและสร้างตัวชี้วัดตามหลักทฤษฎีโดยอาศัยการนิยามเชิงทฤษฎี โดยการทบทวนทางทฤษฎี เอกสารต่างๆ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเทคนิควิจัยในลักษณะเดลฟาย (Modified Delphi technique) เพื่อสำรวจหาฉันทามติจากผู้ที่มีประสบการณ์และผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จากกลุ่มผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล อาจารย์พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านประสาทวิทยาหรือประสาทศัลยศาสตร์ หากำน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และความสอดคล้องในความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีประสบการณ์

ขั้นตอนการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1. การคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย

2. การคัดเลือกตัวชี้วัด เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในบริบทของประเทศไทย โดยใช้เทคนิควิจัยในลักษณะเดลฟาย (Modified Delphi technique) ซึ่งจะได้น้ำหนักความสำคัญและความสอดคล้องในความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานนี้ พร้อมทั้งศึกษาหาความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่ศึกษาได้ไปใช้

### 3. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

#### 3.1 โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและเกิดความพิการของประชาชนทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งที่โรคนี้อป้องกันได้ แต่อุบัติการณ์ยังคงสูงขึ้น (WHO, 2007) ในปี พ.ศ. 2546 คนไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคนี้อ สูงถึง 151.5 คน ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 จนถึง ปี พ.ศ. 2547 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) ผู้ที่หายป่วยส่วนมากจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ตั้งแต่พิการน้อยจนถึงเป็นอัมพาตช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ตลอดจนการจัดระบบบริการสาธารณสุข (WHO, 2006) การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยลดอุบัติการณ์ทั้งการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วย

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง (American Stroke Association: ASA, 2007; กัมมันต์ พันธุมจินดา และคณะ, 2549; นิจศรี ชาญณรงค์, 2549) จำแนกได้ 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ประมาณร้อยละ 83 ของผู้ป่วย เป็นชนิดหลอดเลือดสมองอุดตันนี้ และโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ดังนี้

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาการจะมากหรือน้อยขึ้นกับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด สาเหตุของหลอดเลือดตีบตัน เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดแข็ง โดยมีไขมันหรือหินปูนมาสะสมที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดลงจนกระทั่งอุดตันในที่สุด โรคของหลอดเลือดนี้อาจเกิดกับหลอดเลือดในสมองเอง หรือหลอดเลือดใหญ่บริเวณคอที่ส่งเลือดมาเลี้ยงสมอง หรือเกิดได้จากการที่มีลิ้มเลือดหลุดจากที่อื่นมาอุดตันหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคหัวใจบางชนิด เช่น โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด

โรคหลอดเลือดสมองแตก ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน และทำให้หลอดเลือดสมองมีความเปราะบางและแตกง่าย โดยความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้หลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ การโป่งพองของหลอดเลือดสมอง (Aneurysms) และความผิดปกติของเส้นเลือดสมองแต่กำเนิด (Arteriovenous malformations: AVMs) การแตกของหลอดเลือดสมองหากเกิดในเนื้อสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทขึ้นมาทันทีทันใด เนื่องจากเลือดที่ออก จะไปกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติ และเกิดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ถ้าหลอดเลือดสมองแตกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง สาเหตุมักเกิดจากการโป่งพองของหลอดเลือดบริเวณฐานกะโหลกศีรษะ เมื่อมีเลือดออกผู้ป่วยจะปวดศีรษะรุนแรงอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน และอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ตั้งแต่ในระยะแรก (ASA, 2007)

อาการและอาการแสดงโดยทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง (ASA, 2007) มักจะแสดงอาการอย่างรวดเร็วทันทีทันใด ซึ่งขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพของโรค ถ้าเกิดในสมองซีกขวา จะทำให้เกิดการอ่อนแรง การเสียความรู้สึกเจ็บและการสัมผัสของร่างกายซีกซ้าย การมองเห็นภาพซ้อน การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และการสูญเสียความจำ หากเกิดในตำแหน่งสมองซีกซ้าย จะมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกขวา เรื่องการใช้ภาษา พฤติกรรมที่ช้าลง และการสูญเสียความจำ ผลของโรคต่อผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านการสื่อสาร ได้แก่ การพูด การได้ยินและการกลืน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และสภาวะทางอารมณ์ การรับรู้ที่เปลี่ยนไปมีผลต่อความคิดการแก้ปัญหา ความจำ และบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง การละเลยตนเอง ภาวะซึมเศร้าหรือเฉยเมย อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือและฟื้นฟู

### 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักเช่นเดียวกัน ทั้งทางด้านประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; จงจิตต์ ฅณากุล, ปรีดาภรณ์ สีปากดี และประชิด ศราษพันธุ์, 2543) การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองที่สำคัญ ได้แก่ การพยาบาลทางด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านครอบครัว (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ดังนี้

การพยาบาลทางด้านร่างกาย เป็นการพยาบาลที่เน้นการทำหน้าที่ด้านสรีรวิทยาของร่างกาย การประเมินผู้ป่วยในระบบต่างๆ ที่สำคัญได้แก่

1. การประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท ที่บอกถึงระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วย การรับรู้ในการตอบสนองต่อคำสั่งและการกระตุ้น ได้แก่ การลืมตา การเคลื่อนไหวแขน ขา การใช้ภาษาได้ตอบ

2. การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด จาก Cushing's response คือ Systemic blood pressure สูง ชีพจรเต้นช้า

3. การประเมินสัญญาณชีพ รวมทั้งอุณหภูมิของร่างกาย ที่ควบคุมไปกับการประเมินทางระบบประสาท อุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้น ทำให้กระบวนการเผาผลาญของร่างกายเกิด Lactic acid ที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิด Vasodilation และ Systemic blood pressure สูง เป็นผลทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

4. การประเมินระบบการหายใจ ไม่ให้ร่างกายมีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง และขาดออกซิเจน ซึ่งจะทำให้สมองบวม ทำให้ลักษณะการหายใจไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดหายใจสลับหายใจเร็วและช้า เรียกว่า เป็นแบบ Cheyne-strokes respiration

5. การประเมินภาวะสมดุลเกลือแร่ น้ำ และกรดด่างในร่างกาย ไม่ให้มีภาวะน้ำเกิน เพราะอาจมีผลต่อภาวะสมองบวม ส่วนภาวะขาดน้ำก็จะทำให้เกิดภาวะ Vasospasm ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของการสั่งงานหรือผลจากยา

6. การดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่างๆ

7. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา

8. ประเมินผิวหนังและความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อ

9. การดูแลด้านการขับถ่าย

10. ประเมินด้านการดูแลตนเองโดยเฉพาะการประกอบกิจวัตรประจำวัน

11. ประเมินการสื่อสาร กระบวนการคิดและการปรับตัว

การพยาบาลทางด้านจิตสังคมที่สำคัญ คือ การประเมินภาวะจิตใจของผู้ป่วย การลดความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและการปรับตัวเข้าสู่สังคม นอกจากนี้ การประเมินการรับรู้และความรู้ของผู้ป่วย ที่เกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

การพยาบาลด้านครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการรักษาพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการร่วมดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (Moon et al., 2003) มีวัตถุประสงค์ 4 ประการ ได้แก่

1. การป้องกันความเสี่ยง และอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. ลดอัตราการเสียชีวิต
3. ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค
4. เพิ่มความสามารถในการใช้งานของอวัยวะที่สูญเสียหน้าที่จากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

หลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ Moon et al., 2003 ได้กล่าวถึง การประเมินผลลัพธ์โรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน เกี่ยวข้องกับระดับการดูแลภาวะสุขภาพและคุณภาพของการรักษาพยาบาล ซึ่งต้องกำหนดตัวชี้วัด ในการวัดผลลัพธ์ผู้ป่วยที่รวมถึงอัตราการตาย อัตราการป่วย การวัดผลลัพธ์ด้าน สรีรวิทยาและด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย หรืออื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะสุขภาพ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ในระยะเฉียบพลันของโรคนี้ที่สำคัญคือ การค้นหาและรักษาโรคความดันโลหิตสูง อัตราตายในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉิน อัตราการได้รับเข้าดูแลในหน่วยบริบาลโรคหลอดเลือดสมอง หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้

ทัศนา บุญทอง (2543) ได้กล่าวถึง การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน ที่พยาบาลต้องแสดงบทบาทในการบริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารักษาในสถานบริการสุขภาพ บทบาทที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1. เตรียมความพร้อมและการให้การรักษาที่ซับซ้อน
2. การป้องกันและแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
3. การฟื้นฟูและการป้องกันความพิการ
4. การประเมินภาวะสุขภาพและตรวจสุขภาพ
5. การส่งต่อเพื่อการรักษา
6. การป้องกันปัญหาแทรกซ้อนของความเจ็บป่วย
7. การรักษาเบื้องต้น และแก้ไขปัญหสุขภาพ
8. การติดต่อประสานงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย
9. ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง

สรุปการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสำคัญและช่วยให้การรักษายาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองบรรลุเป้าหมาย ยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาและการดำเนินของโรค และสามารถวินิจฉัยการ ยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ความรู้และกระบวนการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การ

ปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุมองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งครอบครัว/ผู้ดูแล ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต้องเน้นคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ที่มีความสำคัญและช่วยให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

### 3.3 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพในระดับโรงพยาบาล (Hospital quality indicators) ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยได้เสนอชุดเครื่องชี้วัดคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ไว้เป็น 2 ชุด ได้แก่ เครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มแนะนำและเครื่องชี้วัดกลุ่มตัวเลือก

ชุดที่ 1 เครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มแนะนำ ที่ทุกโรงพยาบาลสามารถนำไปดำเนินการได้ มีจำนวน 22 ตัวชี้วัด จำนวนตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ มีจำนวน 14 รายการ คือ

1. อัตราการตายรวมของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
2. อัตราการตายของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด
3. อัตราการตายของเด็กแรกเกิด
4. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด
6. อัตราการเกิดการแพ้ยา
7. อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด
8. อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วัน
9. อัตราการผ่าตัดซ้ำในการอยู่โรงพยาบาลครั้งเดียวกัน
10. อัตราเด็กเกิดน้ำหนักร้อยในหญิงฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล
11. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก
12. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน
13. อัตราการผ่าตัดลด
14. อัตราความผิดปกติของการตรวจ CT scan ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ชุดที่ 2 เครื่องชี้วัดกลุ่มตัวเลือก แบ่งเป็น 3 หมวด มีจำนวน 22 ตัวชี้วัด ซึ่งจำนวนตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ มีจำนวน 20 รายการ อยู่ใน 2 หมวด คือ หมวดที่ 1 เครื่องชี้วัดคุณภาพของการให้การดูแลทางคลินิกและหมวดที่ 2 เครื่องชี้วัดคุณภาพของการให้บริการ ดังนี้

หมวดที่ 1 เครื่องชี้วัดคุณภาพของการให้การดูแลทางคลินิก ประกอบด้วย ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์จำนวน 17 รายการ ได้แก่

1. อัตราการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วย ภายใน 2 วัน หลังหัตถการที่มีการให้บริการทางวิสัญญี

2. อัตราการเกิดภาวะหัวใจวายของผู้ป่วย ภายใน 2 วัน หลังหัตถการที่มีการให้บริการทางวิสัญญี

3. อัตราตายหลังผ่าตัด

4. อัตราการผ่าตัดที่ไม่พบพยาธิสภาพ

5. ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

6. อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตภายหลังการใส่สายสวนหลอดเลือด

7. อัตราการติดเชื้อที่ผลผ่าตัด

8. อัตราการเกิดปอดบวมในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

9. อัตราการเกิด Pressure sore ในโรงพยาบาล

10. อัตราความผิดพลาดของการให้ยา

11. อัตราการมาที่ต้อกลับมารักษาโรงพยาบาลซ้ำภายใน 14 วันหลังคลอด

12. อัตราการมาที่ admit โรงพยาบาล มากกว่า 5 วันหลังคลอดปกติ

13. อัตราการมาที่ admit โรงพยาบาล มากกว่า 7 วันหลังผ่าตัดคลอด

14. อัตราการกลับมารักษาที่หน่วยฉุกเฉิน หลังการจำหน่าย 72 ชั่วโมง

15. อัตราผู้ป่วยในที่อยู่โรงพยาบาลนานกว่า 45 วัน

16. อัตราผู้ป่วยในที่อยู่โรงพยาบาลสั้นกว่า 48 ชั่วโมง

17. ความเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน

หมวดที่ 2 เครื่องชี้วัดคุณภาพของการให้บริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์จำนวน 3 รายการ ได้แก่

1. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ป่วย

2. อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ

3. อัตราการไม่สมัครใจของผู้ป่วยใน



การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัดจะเป็นตัวกำกับ ติดตามเพื่อการพัฒนาคุณภาพให้ดียิ่งขึ้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549)

Coyte, Baranek, and Dely (2000) ได้ศึกษาตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์สำหรับการเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งเป็น ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ (Recipient outcomes) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (Service provider outcomes) และผลลัพธ์ของระบบ(System outcomes) ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ (Recipient outcomes) รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแล ผลลัพธ์ทางคลินิกจะสามารถใช้ประเมินผลกระบวนการหรือผลของการดูแล ที่สัมพันธ์กับการให้บริการ สะท้อนให้เห็นถึงความเฉพาะทั้งสถานะ วิธีการ และความสำคัญของผู้รับบริการ ตัวชี้วัดที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านร่างกาย ตัวชี้วัดด้านการรับรู้ และตัวชี้วัดด้านสังคม รวมถึงผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล (Informal caregiver outcomes) ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลของสมาชิกครอบครัว ใช้สำหรับประเมินสถานะสุขภาพ ตลอดจนความเป็นอยู่ในสังคม ที่จะจัดบริการที่เหมาะสมกับที่ประเมินได้จากระดับภาวะของครอบครัว

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (Service provider outcomes) ประกอบด้วยตัวชี้วัดที่แสดงถึงระดับและการวัดผลลัพธ์ของวิชาชีพผู้ให้บริการ เช่น ผลลัพธ์การปฏิบัติการดูแล ประสิทธิภาพของการบริการ และตัวชี้วัดด้านองค์การ ที่วัดประสิทธิผลของระดับองค์การ

3. ผลลัพธ์ของระบบ (System outcomes) ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดที่แสดงถึงการบริหารจัดการระบบสุขภาพในระดับชุมชน ตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การและตัวชี้วัดคุณภาพ ที่สามารถวัดความคุ้มค่าของต้นทุนการบริการ

สำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (กฤษดา แสงวงศ์ และคณะ, 2547) ได้พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพของการบริการพยาบาล และนำผลการวัดและประเมินนี้ไปใช้ในการบริหารจัดการและการปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยใช้การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (1980) ในการวัดคุณภาพทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งผลลัพธ์ในที่นี้คือ ผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษา หรือการปฏิบัติการพยาบาลที่วัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การวัดผลลัพธ์เพื่อประเมินคุณภาพนี้ จะต้องมีการวัดทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น รวมทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ที่เกิดกับผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติ โดยจำแนกตัวชี้วัดคุณภาพเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับบริการพยาบาล มี 12 รายการ คือ

1. อัตราตายรวมของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
2. อัตราตายของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด

3. อัตราตายของทารกแรกเกิด
4. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
6. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมในมารดาที่ฝากครรภ์ใน

#### โรงพยาบาล

7. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
8. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก
9. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน
10. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน
11. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
12. อัตราการครองเตียง

กลุ่มที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ของบริการพยาบาล ที่ได้รับการถ่วงน้ำหนัก คัดเลือกให้เป็น ตัวชี้วัดผลลัพธ์ของบริการพยาบาลในระดับชาติ/นโยบาย ตามกรอบแนวคิด Outcome model (Holzemer, 1994) จำนวน 10 ตัวชี้วัด ได้แก่

1. การผสมผสานอัตรากำลัง
2. จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล
3. ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล
4. อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล
5. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
6. ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
7. อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
8. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
9. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย
10. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดคุณภาพ ระดับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพในภาพรวมที่เป็นกลางๆ แต่ยังไม่สามารถระบุเป็น ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์เฉพาะโรค การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม อาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เป็นเป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้ จะมีความเฉพาะและ ครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมองค์รวม ซึ่งรวมถึงครอบครัว/ผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการ หลอดเลือดสมอง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ส่วนใหญ่ระบุผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วย กลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และกลุ่มผลลัพธ์ด้าน สรีรวิทยา (Black and Hawks, 2005; Smeltzer and Bare, 2000; Phipps et al., 2003) เช่นเดียวกับ ผลลัพธ์โรคหลอดเลือดสมอง (ASA, 2000) เนื่องจากผลลัพธ์ทั้งสองกลุ่มนี้เป็นผลลัพธ์ของการดูแล ในลักษณะทีมสหวิชาชีพ สามารถบ่งบอกการเจ็บป่วยและระดับการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะได้ อย่างชัดเจน และคำนวณได้ในเชิงปริมาณ (Kane et al., 1997; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ขณะที่การประเมินด้านสังคม หรือจิตวิญญาณ รวมทั้งด้านอื่นที่ไม่สามารถวัดเป็นค่าตัวเลขออกมา ได้ จึงต้องมีกระบวนการประเมินเพื่อให้ได้ผลลัพธ์สุดท้ายนั้น การจัดกลุ่มของผลลัพธ์จึงช่วยให้การ ประเมินได้ง่ายขึ้นและเป็นกลุ่มพื้นฐานในการประเมินแต่ละมิติ (Kane et al., 1997)

ผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC (Moorhead et al., 2004) มีความครอบคลุมรายการผลลัพธ์ การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; รัชฎา แก่นสาร, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; วิจิตรา กุสุมภ์, 2546; Ulrich, Canale, and Wendell, 1990; Hickey, 1997; Ignatavicius and Workman, 2000; Smeltzer and Bare, 2000; Phipps et al., 2003; Bowman, 2005; Comer, 2005; Mills, 2006) รวมถึงครอบครัวและชุมชน การจัดกลุ่มผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง จึงใช้กลุ่มของ NOC (Moorhead et al., 2004) เป็นกรอบของ ตัวชี้วัดกลุ่มผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 กลุ่ม ดังนี้

1. ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นสิ่งที่บ่งชี้ผลการเปลี่ยนแปลงของ สภาวะและอาการของผู้ป่วย ที่แสดงถึงความสามารถและสมรรถภาพการประกอบกิจกรรมของ ร่างกาย ได้แก่ ความทนต่อการประกอบกิจกรรม การเคลื่อนไหว การดูแลตนเองในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ การพักผ่อน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; รัชฎา แก่นสาร, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; วิจิตรา กุสุมภ์, 2546; Ulrich, Canale, and Wendell, 1990; Hickey, 1997; Ignatavicius and Workman, 2002; Smeltzer and Bare, 2000; Phipps, et al., 2003; Moorhead et al., 2004; Bowman, 2005; Comer, 2005; Mills, 2006) (ตารางที่ 1) ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ ของร่างกาย มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน และเป็นวัตถุประสงค์หลักในการ พยายามฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในอันที่จะให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานอวัยวะที่สูญเสียหน้าที่จากพยาธิสภาพ จากโรคให้ได้มากที่สุดและเร็วที่สุด (Moon et al., 2003; กิ่งแก้ว ปาจริย์และคณะ, 2547) การ เคลื่อนไหว เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของ ร่างกายหลายส่วน ทำให้เกิดความสูญเสียหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำ ได้ (กิ่งแก้ว ปาจริย์ และคณะ, 2547) รวมทั้งการนอนหลับ Duncan, Willams, Brass, et al. . (1999)

ได้ทบทวนตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ ความบกพร่องและความพิการที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรได้ด้วยตนเอง

2. ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา เป็นสิ่งที่บ่งชี้ผลจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของอวัยวะในร่างกาย ที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ สภาวะการหายใจ การหยาแหรือช่วยหายใจ การกำซาบเนื้อเยื่อสมอง การขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ ความสมดุลสารน้ำในร่างกาย การติดเชื้อ การปลัดตก หกล้ม สัญญาณชีพ การสื่อสาร สภาวะทางระบบประสาท ภาวะโภชนาการ ภาวะการกลืน ความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อผิวหนังและเยื่อหู ภาวะหน้าที่การรับรู้ความรู้สึกรวมถึง สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; รัชญา แก่นสาร, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; วิจิตรา กุสมภ์, 2546; Ulrich, Canale, and Wendell, 1990; Hickey, 1997; Ignatavicius and Workman, 2002; Smeltzer and Bare, 2000; Phipps, Sands, and Monahan, 2003; Moorhead et al., 2004; Bowman, 2005; Comer, 2005; Mills, 2006) (ตารางที่ 2) ผลการเปลี่ยนแปลงทางสตรีวิทยา จะเป็นตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่ไวเนื่องจากบ่งบอกถึงพยาธิสภาพการดำเนินของโรค สามารถติดตามและประเมินผลได้เร็วที่สุด ในทางการรักษาพยาบาล การประเมินผลลัพธ์โรคหลอดเลือดสมอง จึงให้ความสำคัญต่อกลุ่มผลลัพธ์ทางสตรีวิทยามากที่สุด บ่งบอกถึงความรุนแรงและการพยากรณ์โรค มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จะดำเนินการต่อไป ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเริ่มได้ภายหลังการวินิจฉัยและผ่านพ้นภาวะคุกคามต่อชีวิต (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน (Duncan et al., 1999)

3. ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพจิตสังคม เป็นสิ่งที่บ่งชี้ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความเครียด ระดับความซึมเศร้า การเผชิญปัญหา (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; รัชญา แก่นสาร, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Ulrich, Canale, and Wendell, 1990; Hickey, 1997; Smeltzer and Bare, 2000; Phipps, Sands, and Monahan, 2003; Moorhead et al., 2004; Bowman, 2005; Comer, 2005; Mills, 2006) (ตารางที่ 3) การวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์โรคหลอดเลือดสมอง ควรใช้ตัวชี้วัดที่ได้มาจากทั้งการวัดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงการดูแล ถึงแม้ว่าจะวัดยาก แต่ก็มีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ (Duncan et al., 1999)

4. ตัวชี้วัดกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเข้าใจ และการแสดงออกที่ยอมรับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ผลลัพธ์การพยาบาลกลุ่มนี้ ได้แก่ การควบคุมความเจ็บปวด การควบคุมการชัก ความรู้ต่อกระบวนการเกิดโรค ความรู้ต่อการป้องกันการปลัดตกหกล้ม ความรู้ต่อการป้องกันการติดเชื้อ และความรู้ต่อขั้นตอนการรักษา การป้องกันการสำลัก การควบคุมความเสี่ยง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; รัชญา แก่นสาร, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Ulrich, Canale, and Wendell, 1990; Ignatavicius and

Workman, 2000; Smeltzer and Bare, 2000; Moorhead et al., 2004; Bowman, 2005; Mills, 2006) (ตารางที่ 4)

5. ตัวชี้วัดกลุ่มการรับรู้สุขภาพ เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงผลต่อการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล ระดับความสบาย คุณภาพชีวิต (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Ulrich, Canale, and Wendell, 1990; Moorhead et al., 2004; Bowman, 2005) (ตารางที่ 5)

6. ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพครอบครัว เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพ พฤติกรรม หรือหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโดยรวม หรือส่วนบุคคลในฐานะสมาชิกของครอบครัว ได้แก่ ความเครียดของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล การปรับตัวของผู้ดูแลต่อสภาวะอาการของผู้ป่วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; รัชฎา แก่นสาร, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Smeltzer and Bare, 2000; Moorhead et al., 2004; Mills, 2006) (ตารางที่ 6)

7. ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพชุมชน เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงผลต่อการเปลี่ยนแปลงของด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดีของคนในชุมชน และหน้าที่ของชุมชน ได้แก่ สถานะสุขภาพของชุมชน การควบคุมความเสี่ยงในชุมชนต่อโรคเรื้อรัง (Smeltzer and Bare, 2000; Moorhead et al., 2004; Bowman, 2005; Mills, 2006) (ตารางที่ 7)

การทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง โดยใช้กลุ่มการจำแนกดัชนีผลลัพธ์ของ NOC (Moorhead et al., 2004) เป็นกรอบในการจัดกลุ่มตัวชี้วัด และเพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยใช้เทคนิควิจัยในลักษณะเดลฟายครั้งนี้ เพื่อกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในบริบทของประเทศไทย

### 3.4 ความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลไปใช้

การประเมินความเป็นไปได้ หมายถึง การพิจารณาความเป็นไปได้ของสิ่งที่จะดำเนินการ โดยการศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัย เงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จ (พิสนุ พองศรี, 2549)

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลันไปใช้ หมายถึง การให้ผู้มีประสบการณ์ในงานวิจัย พิจารณาว่าตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่ได้จากการศึกษา มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นในการประเมินคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในระดับใดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย

| ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล<br>กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย | Moorhead et al. (2004): NOC | Mills (2006) | Bowman (2005) | Comer (2005) | Phipps, Sands, & Monahan (2003) | Ignatavicius & Workman (2002) | Smeltzer & Bare (2000) | Hickey (1997) | Ulrich, Canale, & Wendell (1990) | วิจิตรา กุศลภักดิ์ (2546) | เจียมจิต แสงสุวรรณ (2541) | รัชฎา แก่นสาร (2541) | สมจิต หนูเจริญกุล (2543) |
|--|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| ความทนต่อการประกอบกิจกรรม  | ✓                           |              |               |              |                                 | ✓                             |                        |               |                                  |                           |                           |                      |                          |
| การเคลื่อนย้ายตนเอง  | ✓                           |              | ✓             |              | ✓                               |                               | ✓                      |               |                                  |                           |                           |                      | ✓                        |
| การหยิบจับข้อต่างๆ   | ✓                           | ✓            | ✓             |              | ✓                               | ✓                             | ✓                      | ✓             | ✓                                |                           | ✓                         |                      |                          |
| การเคลื่อนไหวของร่างกาย  | ✓                           | ✓            | ✓             |              | ✓                               | ✓                             | ✓                      | ✓             | ✓                                |                           | ✓                         |                      |                          |
| การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน                                   | ✓                           | ✓            | ✓             | ✓            | ✓                               | ✓                             | ✓                      |               |                                  |                           | ✓                         | ✓                    |                          |

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา

| ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล<br>กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา | Moorhead et al. (2004): NOC | Mills (2006) | Bowman (2005) | Comer (2005) | Phipps, Sands, & Monahan (2003) | Ignatavicius & Workman (2002) | Smeltzer & Bare (2000) | Hickey (1997) | Ulrich, Canale, & Wendell (1990) | วิจิตรา กุศลมภ์ (2546) | เจียมจิต แสงสุวรรณ (2541) | รัชฎา แก่นสาร (2541) | สมจิต หนูเจริญกุล (2543) |
|---|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------|----------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| การใช้เครื่องช่วยหายใจ                                      | ✓                           |              | ✓             |              | ✓                               |                               |                        |               |                                  |                        | ✓                         |                      |                          |
| การหยาเครื่องช่วยหายใจ                                      | ✓                           |              | ✓             |              | ✓                               |                               | ✓                      |               |                                  | ✓                      | ✓                         |                      |                          |
| ภาวะการหายใจ  | ✓                           |              |               |              |                                 |                               |                        |               |                                  | ✓                      | ✓                         |                      | ✓                        |
| การกำซาบเนื้อเยื่อสมอง                                      | ✓                           | ✓            |               |              |                                 | ✓                             | ✓                      | ✓             | ✓                                | ✓                      | ✓                         | ✓                    | ✓                        |
| การขับถ่ายอุจจาระ   | ✓                           | ✓            |               |              |                                 | ✓                             | ✓                      | ✓             | ✓                                |                        | ✓                         | ✓                    | ✓                        |
| การขับถ่ายปัสสาวะ   | ✓                           | ✓            |               |              |                                 | ✓                             | ✓                      | ✓             | ✓                                |                        | ✓                         | ✓                    | ✓                        |
| สมดุลของสารน้ำในร่างกาย                                     | ✓                           |              |               |              |                                 |                               | ✓                      |               | ✓                                | ✓                      | ✓                         |                      | ✓                        |
| สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง                                    | ✓                           | ✓            | ✓             |              |                                 |                               |                        |               | ✓                                | ✓                      | ✓                         |                      |                          |
| สัญญาณชีพ   | ✓                           | ✓            |               | ✓            | ✓                               |                               | ✓                      | ✓             | ✓                                | ✓                      | ✓                         | ✓                    | ✓                        |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล<br>กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา | Moorhead et al. (2004): NOC | Mills (2006) | Bowman (2005) | Comer (2005) | Phipps, Sands, & Monahan (2003) | Ignatavicius & Workman (2002) | Smeltzer & Bare (2000) | Hickey (1997) | Ulrich, Canale, & Wendell (1990) | จิตรา กุสุมภ์ (2546) | เดียมจิต แสงสุวรรณ (2541) | รัชฎา แก่นสาร (2541) | สมจิต หนูเจริญกุล (2543) |
|---|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| สภาวะทางระบบประสาท  | ✓                           | ✓            | ✓             | ✓            | ✓                               |                               | ✓                      |               | ✓                                |                      | ✓                         |                      |                          |
| ภาวะโภชนาการ  | ✓                           | ✓            | ✓             | ✓            | ✓                               |                               | ✓                      |               | ✓                                |                      | ✓                         | ✓                    | ✓                        |
| ภาวะการกลืน   | ✓                           | ✓            | ✓             | ✓            | ✓                               | ✓                             | ✓                      |               | ✓                                |                      | ✓                         | ✓                    | ✓                        |
| ความสมบูรณ์ของผิวหนังและเยื่อ                               | ✓                           |              | ✓             |              | ✓                               |                               | ✓                      |               |                                  |                      | ✓                         | ✓                    | ✓                        |
| ภาวะภูมิคุ้มกัน   | ✓                           |              | ✓             | ✓            | ✓                               | ✓                             | ✓                      | ✓             | ✓                                | ✓                    | ✓                         | ✓                    |                          |
| ความรุนแรงของการติดเชื้อ                                    | ✓                           |              | ✓             | ✓            | ✓                               | ✓                             | ✓                      | ✓             | ✓                                |                      | ✓                         |                      |                          |
| การปลัดตกรกกลับ   | ✓                           | ✓            | ✓             | ✓            | ✓                               | ✓                             | ✓                      |               |                                  |                      | ✓                         |                      |                          |
| การรับรู้   | ✓                           | ✓            | ✓             |              | ✓                               | ✓                             | ✓                      |               | ✓                                |                      | ✓                         | ✓                    |                          |
| การสื่อสาร  | ✓                           | ✓            |               |              |                                 | ✓                             | ✓                      | ✓             | ✓                                |                      | ✓                         | ✓                    | ✓                        |
| การรับรู้รู้สึก   | ✓                           |              |               |              | ✓                               | ✓                             | ✓                      | ✓             | ✓                                |                      | ✓                         | ✓                    | ✓                        |



ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มสุขภาพจิตสังคม

| ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล<br>กลุ่มสุขภาพจิตสังคม | Moorhead et al. (2004): NOC | Mills (2006) | Bowman (2005) | Comer (2005) | Phipps, Sands, & Monahan (2003) | Ignatavicius & Workman (2002) | Smeltzer & Bare (2000) | Hickey (1997) | Ulrich, Canale, & Wendell (1990) | วิจิตรา กุศลมภ์ (2546) | เจียมจิต แสงสุวรรณ (2541) | รัชฎา แก่นสาร (2541) | สมจิต หนูเจริญกุล (2543) |
|--|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------|----------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| ระดับความซึมเศร้า  | ✓                           | ✓            | ✓             | ✓            | ✓                               |                               |                        | ✓             | ✓                                |                        | ✓                         |                      |                          |
| ระดับความเครียด  | ✓                           | ✓            |               |              |                                 |                               |                        | ✓             | ✓                                |                        | ✓                         |                      |                          |
| การเผชิญปัญหา  | ✓                           | ✓            | ✓             |              |                                 |                               | ✓                      | ✓             | ✓                                |                        | ✓                         | ✓                    | ✓                        |

ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

| ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล<br>กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ | Moorhead et al. (2004): NOC | Mills (2006) | Bowman (2005) | Comer (2005) | Phipps, Sands, & Monahan (2003) | Ignatavicius & Workman (2002) | Smeltzer & Bare (2000) | Hickey (1997) | Ulrich, Canale, & Wendell (1990) | วิจิตรา กุตุมภ์ (2546) | เต็มจิต แสงสุวรรณ (2541) | รัชฎา แก่นสาร (2541) | สมจิต หนองเจริญกุล (2543) |
|--|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------|----------------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------|
| การควบคุมการชัก  | ✓                           | ✓            |               |              |                                 |                               | ✓                      |               | ✓                                |                        | ✓                        |                      | ✓                         |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา                                       | ✓                           | ✓            |               |              |                                 |                               |                        |               | ✓                                |                        | ✓                        | ✓                    |                           |
| การป้องกันการสำลัก   | ✓                           | ✓            |               |              |                                 | ✓                             | ✓                      |               | ✓                                |                        |                          |                      |                           |
| การควบคุมความเสี่ยง  | ✓                           |              | ✓             |              |                                 | ✓                             | ✓                      |               | ✓                                |                        | ✓                        |                      | ✓                         |
| ความปลอดภัยสิ่งแวดล้อมในที่อยู่อาศัย                                 | ✓                           | ✓            | ✓             |              |                                 |                               | ✓                      |               | ✓                                |                        | ✓                        |                      |                           |

ตารางที่ 5 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มการรับรู้สุขภาพ

| ตัวชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาล<br>กลุ่มการรับรู้สุขภาพ | Moorhead et al. (2004): NOC | Mills (2006) | Bowman (2005) | Comer (2005) | Phipps, Sands, & Monahan (2003) | Ignatavicius & Workman (2002) | Smeltzer & Bare (2000) | Hickey (1997) | Ulrich, Canale, & Wendell (1990) | วิจิตรา ฤศมภ์ (2546) | เจียมจิต แสงสุวรรณ (2541) | รัชฎา แก่นสาร (2541) | สมจิต หนูเจริญกุล (2543) |
|---|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| ความพึงพอใจของผู้ป่วย                                   | ✓                           |              | ✓             |              |                                 |                               |                        |               |                                  |                      |                           |                      |                          |
| ระดับความสบาย   | ✓                           |              |               |              |                                 |                               |                        |               | ✓                                |                      |                           |                      |                          |
| ระดับความเจ็บปวด  | ✓                           | ✓            |               |              |                                 |                               | ✓                      |               | ✓                                |                      |                           |                      |                          |
| ภาวะสุขภาพส่วนบุคคล                                     | ✓                           |              |               |              |                                 |                               |                        |               | ✓                                |                      | ✓                         |                      | ✓                        |
| ความเป็นอยู่ที่ดีส่วนบุคคล                              | ✓                           |              |               |              |                                 |                               |                        |               | ✓                                |                      |                           |                      |                          |
| คุณภาพชีวิต   | ✓                           |              |               |              |                                 |                               |                        |               | ✓                                |                      |                           |                      |                          |

ตารางที่ 6 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล

| ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล<br>กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล | Moorhead et al. (2004); NOC | Mills (2006) | Bowman (2005) | Comer (2005) | Phipps, Sands, & Monahan (2003) | Ignatavicius & Workman (2002) | Smeltzer & Bare (2000) | Hickey (1997) | Ulrich, Canale, & Wendell (1990) | วิจิตรา กุสุมภ์ (2546) | เจียมจิต แสงสุวรรณ (2541) | รัชฎา แก่นสาร (2541) | สมจิต หนูเจริญกุล (2543) |
|--|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------|----------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| การปรับตัวของผู้ดูแลต่อสภาวะอาการของผู้ป่วย                        | ✓                           | ✓            |               |              |                                 |                               | ✓                      |               |                                  |                        |                           | ✓                    |                          |
| ความเครียดของผู้ดูแล   | ✓                           | ✓            |               |              |                                 |                               | ✓                      |               |                                  |                        |                           |                      |                          |
| ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล                               | ✓                           | ✓            | ✓             |              |                                 |                               | ✓                      |               |                                  |                        | ✓                         |                      | ✓                        |

ตารางที่ 7 ตัวชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มสุขภาพชุมชน

| ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล<br>กลุ่มสุขภาพชุมชน | Moorhead et al. (2004): NOC | Mills (2006) | Bowman (2005) | Comer (2005) | Phipps, Sands, & Monahan (2003) | Ignatavicius & Workman (2002) | Smeltzer & Bare (2000) | Hickey (1997) | Ulrich, Canale, & Wendell (1990) | วิจิตรา กุสุมภ์ (2546) | เจียมจิต แสงสุวรรณ (2541) | รัชฎา แก่นสาร (2541) | สมจิต หนูเจริญกุล (2543) |
|---|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------|----------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| สถานะสุขภาพของชุมชน                                     | ✓                           | ✓            | ✓             |              |                                 |                               | ✓                      |               |                                  |                        |                           |                      |                          |
| การควบคุมความเสี่ยงในชุมชนต่อการป้องกันโรคเรื้อรัง      | ✓                           |              |               |              |                                 |                               |                        |               |                                  |                        |                           |                      |                          |

#### 4. การวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

การวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ได้รับการพัฒนาเพื่อการวิจัยในอนาคต แต่สามารถนำไปใช้ในการวิจัยในลักษณะเดียวกับการวิจัยรูปแบบอื่น ได้แก่ การวิจัยเพื่อสำรวจความคิด สำรวจปัญหาวิจัยเพื่อการกำหนดรูปแบบ นโยบาย หรือมาตรฐาน โดยใช้ข้อมูลและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยที่ต้องการศึกษา (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2531)

##### 4.1 ความหมายและวิธีการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

การวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย หมายถึง กระบวนการรวบรวมความคิดเห็นหรือการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับอนาคตจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือมากที่สุด (ขนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2530; ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2531) โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคน สามารถแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระไม่ต้องเผชิญหน้ากัน ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย

กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เริ่มจากการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ การสร้างเครื่องมือการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยต้องพิจารณาถึงคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ความสามารถ ความร่วมมือ และจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้มีความรู้ความสามารถเป็นเลิศในสาขานั้นๆอย่างแท้จริง ที่ทำให้ผลการวิจัยมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญจึงต้องชัดเจนและเหมาะสม

1.2 ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความยินดี เต็มใจและสละเวลา ในการตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ

1.3 จำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัย ขึ้นกับลักษณะกลุ่มและประเด็นที่ศึกษา ในการศึกษาของ Macmillan (1971 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2522: 26-28) เกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในเทคนิคเดลฟาย พบว่าหากมีผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error) จะมีน้อยลงมาก จำนวนผู้เชี่ยวชาญจึงไม่ควรต่ำกว่า 17 คน (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 การลดลงของความคลาดเคลื่อนและจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ

| จำนวนของผู้เชี่ยวชาญ | ช่วงความคลาดเคลื่อนที่ลดลง | ขนาดความคลาดเคลื่อนลดลง |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1-5                  | 1.20-0.70                  | 0.50                    |
| 5-9                  | 0.70-0.58                  | 0.12                    |
| 9-13                 | 0.58-0.54                  | 0.04                    |
| 13-17                | 0.54-0.50                  | 0.04                    |
| 17-21                | 0.50-0.48                  | 0.02                    |
| 21-25                | 0.48-0.46                  | 0.02                    |
| 25-29                | 0.46-0.44                  | 0.02                    |

ที่มา: Macmillan (1971 อ้างถึงในเกษม บุญอ่อน, 2522: 26-28)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้เทคนิคเดลฟาย เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม อย่างน้อย 3 รอบ ในแต่ละรอบจะมีความเฉพาะ ดังนี้คือ

รอบที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดและถามอย่างกว้างๆ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

รอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบแรก ที่ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ตัดข้อมูลซ้ำซ้อนและรวบรวมข้อความเข้าด้วยกัน โดยใช้ข้อความที่ครอบคลุมรายการข้อมูลทั้งหมด โดยคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ สร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญลงมติจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อ ในรูปมาตราส่วนแบบ Likert scale หรือในรูปปร้อยละ พร้อมทั้งให้เหตุผลที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยของข้อคำถามแต่ละข้อในตอนท้าย และหากมีข้อคำถามไม่ชัดเจน หรือมีความคิดเห็นว่าการแก้ไขสำนวน สามารถเขียนคำแนะนำได้เช่นกัน

รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำคำตอบในแต่ละข้อ หากำมัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) แล้วสร้างแบบสอบถามใหม่ โดยใช้ข้อความเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งมัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบในแบบสอบถามฉบับที่ 2 แล้วส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นๆ ตอบอีกครั้ง โดยผู้เชี่ยวชาญจะเห็นความเหมือนและแตกต่างระหว่างคำตอบ มัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำตอบที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด และพิจารณายืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ โดยเขียนเหตุผลสั้นๆ ในตอนท้ายของแต่ละข้อ แบบสอบถามในรอบนี้จะส่งให้เฉพาะผู้ที่ตอบและส่งคืนแบบสอบถามรอบที่ 2 เท่านั้น

โดยทั่วไป การส่งแบบสอบถามมักสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 3 เนื่องจากความเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 มีความแตกต่างกันน้อยมาก สำหรับจำนวนรอบที่เหมาะสมขึ้นกับจุดมุ่งหมาย เวลา และงบประมาณของการวิจัย การที่จะหยุดที่รอบใดรอบหนึ่ง ควรพิจารณาคำตอบที่ได้ในแต่ละรอบว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกันและครอบคลุมเรื่องที่ศึกษามากพอหรือไม่ ซึ่ง Limestone and Turroff (1975) ระบุว่าแบบสอบถามรอบถัดไปในการศึกษาแบบเดลฟายจะยุติได้ เมื่อได้รับฉันทามติเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15 จึงยุติการส่งรอบถัดไป แต่หากรอบที่ 3 ยังมีความเห็นที่แตกต่างกันมากกว่าร้อยละ 15 ผู้วิจัยต้องสร้างแบบสอบถามรอบที่ 4 โดยทำเช่นเดียวกับรอบที่ 3 และใส่ความเห็นที่คำนวณได้จากการตอบรอบที่ 3

ในการรวบรวมข้อมูล เริ่มจากการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามทุกรอบ ที่ผู้เชี่ยวชาญต้องตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ ในการเข้าร่วมการวิจัยเทคนิคเดลฟายมักเกิดปัญหาในรอบที่ 2 และรอบถัดไป นอกจากนี้การเว้นระยะในการส่งแบบสอบถามไปยังผู้เชี่ยวชาญแต่ละรอบไม่ควรทิ้งระยะนานเกินไป โดยทั่วไปไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์ และควรทวงถาม หากนานกว่านี้อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในความคิด ผู้ตอบล้มเหลวที่ตอบในรอบที่ผ่านมา หรืออาจเกิดเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้ไม่แน่ใจในคำตอบ หรืออาจหมดความสนใจที่จะตอบแบบสอบถามได้ (ทองสง่า ผ่องแผ้ว, 2548)

เมื่อได้ข้อมูลมาครบถ้วน ผู้วิจัยควรมีความรอบคอบในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้รับในแต่ละรอบ และให้ความสำคัญกับคำตอบที่ได้รับอย่างเท่าเทียมกัน วางตัวเป็นกลาง ไม่ลำเอียง หรือนำความคิดเห็นส่วนตัวเข้าไปพิจารณาตัดสิน เพราะจะทำให้ผลของการวิจัยคลาดเคลื่อนได้ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลสำหรับเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ได้แก่ สถิติที่ใช้วัดแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central tendency) ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และสถิติวัดการกระจาย ได้แก่ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)

#### 4.2 การพิจารณาใช้เทคนิคเดลฟายในการวิจัย

การเลือกใช้เทคนิคเดลฟายในการวิจัย ต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของการวิจัยเทคนิคนี้ (Limestone and Turroff, 1975) อาทิเช่น ความเป็นนิรนาม การถามย้ำคำตอบที่ควบคุมปฏิบัติการย้อนกลับ การพิจารณาปฏิบัติการตอบสนองเชิงสถิติ และไม่มีข้อจำกัด

1. ความเป็นนิรนาม (Anonymity) หมายถึง การที่ผู้เชี่ยวชาญไม่ทราบว่าเป็นใครบ้างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มและไม่ทราบความคิดเห็นในประเด็นที่ศึกษาของผู้อื่น จึงไม่เกิดการถูกครอบงำทางความคิดหรือการคล้อยตามความคิดเห็นจากผู้ที่มิบุคลิกภาพที่เหนือกว่า หรือมีวิธีการแสดงออก



ที่เหนือกว่า ทำให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน ได้นำหนักที่เท่าเทียมกันและมีอิสระในความคิดของตนเอง

2. การถามย้ำคำตอบที่ควบคุมปฏิกริยาซ้อนกลับ (Interaction with controlled feedback) เทคนิคการวิจัยแบบเคลฟาย ประกอบด้วยการถามย้ำแบบคำถาม ใช้ข้อมูลซึ่งควบคุมปฏิกริยาซ้อนกลับของผู้ตอบได้ และถามด้วยแบบสอบถามเดิมต่อเนื่องกันไป ข้อดีคือผู้เชี่ยวชาญสามารถทบทวน กลั่นกรองคำตอบทุกชั้นตอนอย่างละเอียด และแก้ไขคำตอบใหม่เพื่อสนับสนุนหรือขัดแย้งกับความสอดคล้องของกลุ่มได้ ปฏิกริยาซ้อนกลับจากกลุ่มจะสามารถชักจูงให้ผู้ตอบกลับมาพิจารณาคำตอบที่ตอบไปแล้วใหม่ ทำให้สามารถแก้ไขข้อบกพร่อง หรือสิ่งที่มองข้ามไปในการพิจารณาครั้งก่อน

3. การพิจารณาปฏิกริยาตอบสนองเชิงสถิติ (Statistical group response) ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัย จะต้องตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยกำหนดทุกชั้นตอน คำถามแต่ละข้อในแบบสอบถาม จะทำให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นออกมาในรูปของมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scales) แล้วแต่ความเหมาะสม ซึ่งในงานวิจัยนี้เลือกแบบ Likert scale ตั้งแต่ 5 ถึง 1 หมายถึง ระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึง ระดับความสำคัญน้อยที่สุดหรือไม่สำคัญ เพื่อหาค่ามัธยฐาน และฐานนิยม ที่แสดงถึงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนนั้นมีความสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มมากน้อยเพียงไร และระบุในแบบสอบถามรอบถัดไป การใช้วิธีการทางสถิติเข้าช่วยในการจัดกระทำกับคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยลดการกระจุกกระจายของคำตอบของกลุ่ม และยังเป็นการยืนยันความคิดเห็นในคำตอบรอบสุดท้ายของทั้งกลุ่มเป็นตัวแทนความคิดเห็นของสมาชิกทั้งหมดในกลุ่ม

4. ไม่มีข้อจำกัด ทั้งในจำนวนผู้เชี่ยวชาญ สถาปนามิศาสตร์หรือเวลา เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนการดำเนินการไม่ยากนัก ได้ผลรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

จากลักษณะเฉพาะดังกล่าว ทำให้การเลือกใช้เทคนิคเคลฟาย (Linstone and Turroff, 1975) ต้องพิจารณาดังนี้

1. ปัญหาที่ทำการวิจัย ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอน แต่สามารถรวบรวมความคิดการตัดสินใจ แบบอัตตวิสัย (Subjective judgement) จากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ
2. ปัญหาที่ทำการวิจัย ต้องการความคิดเห็นหลายๆ ด้าน จากประสบการณ์ หรือความรู้ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ
3. ผู้วิจัยไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมีผลกระทบหรืออิทธิพลต่อการพิจารณาตัดสินใจปัญหานั้นๆ หรือ ไม่ต้องการเปิดเผยรายชื่อบุคคลในกลุ่ม เพราะความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่วิจัย อาจมีความขัดแย้งกันมาก
4. จำนวนผู้เกี่ยวข้องมากเกินไปที่จะใช้วิธีการประชุม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือความไม่สะดวกของการนัดประชุม เนื่องจากสถาปนามิศาสตร์ เสียเวลา และค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป

การศึกษาเรื่อง ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ป่วยอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลันนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิควิจัยในลักษณะเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เนื่องจากในวิชาชีพพยาบาล ไม่มีการกำหนดตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงไม่สามารถหาผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ทางการพยาบาลสำหรับโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากกลุ่มแพทย์ซึ่งมีวุฒิบัตรเฉพาะทาง ผู้วิจัยจึงใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ร่วมกับการแนะนำบอกต่อ ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคนี้ที่เป็นบริบทสำหรับประเทศไทย จึงใช้การบูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับใช้เทคนิควิจัยในลักษณะเฉพาะ

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยนำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

Iowa Outcomes Project Team (Maas, Johnson, Moorhead, Reed, and Sweeney, 2003) ศึกษาการประเมินผลทางคลินิกด้วยผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC เพื่อทำการทดสอบผลลัพธ์ผู้ป่วยจำนวน 190 ผลลัพธ์ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา และลจรหัสเพื่อกำหนดโครงสร้างของการจัดกลุ่ม ด้านความเที่ยง ความไว ความตรง และประโยชน์ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลชุมชน Nursing home สถานพยาบาลสำหรับการพักฟื้น ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 10 แห่ง ในแถบ Mid West ของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 2,300 คน ทดสอบ IRR (Inter-rater reliability) โดยการหาค่า Intra-class correlation coefficient (ICC) ผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC มีค่า ICC มากกว่า 0.80 ซึ่งแสดงว่าผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC มีคุณภาพทั้งด้านความตรงและความเที่ยง

Demmer (2003) ศึกษาการใช้ผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC และทดสอบในไอซียู ศัลยกรรมหัวใจ จำนวน 42 ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่า ทุกผลลัพธ์มีค่าความเที่ยง ด้วยการทดสอบด้วย IRR (Inter-rater reliability) โดยประเมิน Intra-class correlation coefficient (ICC) ได้ค่า ICC มากกว่า 0.80 การศึกษานี้ นอกจากทดสอบในระดับปฏิบัติการแล้ว ยังใช้การระดมสมองจากผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลผู้ควบคุมระบบคุณภาพ และพยาบาลประจำการ ผลการวิจัยพบว่า NOC สามารถวัดผลลัพธ์ที่ไวต่อการพยาบาล ที่สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤติในไอซียู ซึ่งรวมถึงผลลัพธ์การใส่เครื่องช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

Lee (2005) ศึกษาการกำหนดผลลัพธ์การพยาบาลจากผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC เพื่อเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในประเทศเกาหลี ใช้เทคนิคการวิจัยแบบเคสฟาย ผู้เชี่ยวชาญเป็นพยาบาลในหน่วยควบคุมและประกันคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 230 คน และผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งสามรอบ คิดเป็นร้อยละ 58 ผลการวิจัย พบว่าผลลัพธ์การพยาบาลที่ใช้บ่อยและเป็นประโยชน์สูงสุด 5 อันดับแรกในการใช้ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล ได้แก่ สัญญาณชีพ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ การควบคุมความเจ็บปวด พฤติกรรมด้านความปลอดภัย: การป้องกันการพลัดตก หกล้ม และสถานการณ์การติดเชื้อ

American Nurses Association (ANA, 1995) ได้พัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การพยาบาล ใช้บัตรบันทึกรายงานการพยาบาลในการกำหนดและวัดคุณภาพการดูแล สำหรับหน่วยวิกฤติ ซึ่งบัตรบันทึกรายงาน ประกอบด้วย 21 ตัวชี้วัดทางคลินิก ในการประเมินผลด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ตามกรอบแนวคิดคุณภาพของ Donabedian (1980) ผลการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับวัดคุณภาพการดูแล ประกอบด้วย ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง จำนวน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดต่อผู้ป่วย อัตราพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด คุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพ จำนวนชั่วโมงการพยาบาลทั้งหมดต่อการดูแลผู้ป่วยหนึ่งราย ความเพียงพอของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การทำงานล่วงเวลาของพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการบาดเจ็บในงานของบุคลากรทางการพยาบาล ตัวชี้วัดกระบวนการ มีจำนวน 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาล การประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและนำสู่การปฏิบัติ การจัดการความเจ็บปวด การดูแลความสมบูรณ์ของผิวหนัง การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย การประกันคุณภาพด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และการตอบสนองต่อการดูแลที่จำเป็นที่ไม่มีการวางแผน ส่วนตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ มีจำนวน 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราตาย ระยะเวลาวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาล อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย

Alexander and Kroposki (1999) ศึกษาผลลัพธ์เพื่อการปฏิบัติการดูแลสุขภาพชุมชน เพื่อพัฒนารายการผลลัพธ์ที่ง่ายต่อการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน เพื่อให้เป็นผลลัพธ์ที่วัดต่อการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ศึกษาวิจัยด้วยเทคนิคเคสฟาย และจัดกลุ่มของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาแบบสอบถาม 3 รอบ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาและสรุปผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับการพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การจัดกลุ่มของผลลัพธ์ ได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ องค์กรประกอบในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย องค์กรประกอบในการดูแลด้านสรีรวิทยาของผู้ป่วย องค์กรประกอบในการดูแลการปฏิบัติการพยาบาล และองค์กรประกอบในการดูแลด้านความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมและชุมชน ได้แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ที่

ประกอบด้วยจำนวน 48 ผลลัพธ์ สำหรับใช้ในการตัดสินใจและใช้สำหรับการศึกษาวิจัยสุขภาพของชุมชนในทุกระดับชุมชน

อารี ชิวเกษมสุข และจินตนา ยูนิพันธ์ (2548) ศึกษาการพัฒนาแบบวัดความพึงพอใจผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดของ Eriksen (1988) โดยวัดด้านศิลปะการดูแลของพยาบาล เทคนิคการพยาบาล การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของพยาบาล ความพร้อมในการพยาบาลของพยาบาล ความต่อเนื่องในการดูแลของพยาบาลและผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตามเกณฑ์การประเมิน ที่มีค่าคะแนนคาดหวัง 100 คะแนน

ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผู้ศึกษาไว้ อาทิเช่น Hakim and Bakheit (1998) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวันนอนในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่งในประเทศอังกฤษ โดยเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 38 ราย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อวันนอนในโรงพยาบาลที่นานขึ้นได้แก่ อายุที่มากกว่า 70 ปีขึ้นไป ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เนื้อสมองตาย จากหลอดเลือด Anterior อุดตันอย่างสมบูรณ์ Barthel score เมื่อแรกรับหรือจำหน่าย น้อยกว่า 12 จำนวนครั้งของการประชุมปรึกษาของแพทย์น้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่มีระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ความไม่พร้อมของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองและขาดอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ ไม่มีการสนับสนุนทางสังคมและการจำหน่ายโดยการส่งต่อไปดูแลต่อที่ Nursing home มีวันนอนในโรงพยาบาลนานกว่าการจำหน่ายกลับบ้าน สำหรับ 3 ปัจจัยหลัง หากมีการรับรู้และปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะแรก จะช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้อัตราค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

Duncan, Willams, Brass, Homer, Hinchey, and Wolf (1999) ได้ทบทวนศึกษาตัวชี้วัดโรคหลอดเลือดสมอง ตัวชี้วัดที่ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพของ Donabedian (1980) ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยระบุตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง ได้แก่ การจัดระบบที่ตอบสนองต่อโรคนี้ให้เป็นภาวะฉุกเฉิน การมีเครื่องมือและทีมสำหรับการวินิจฉัยโรคและการรักษาเฉพาะสำหรับโรคทางระบบประสาท ได้แก่ การดูแลทางประสาทวิทยา ประสาทศัลยศาสตร์ การฟื้นฟู หน่วยบริบาล โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พยาบาลผู้ชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือสำหรับ โปรแกรมการฟื้นฟูร่วมกับทีมสหสาขา แนวทางปฏิบัติที่จะทำให้พัฒนา โปรแกรมการดูแล ด้านกระบวนการ ได้แก่ การประเมินการกลับซ้ำของโรค การจัดการปัจจัยเสี่ยง ระบบการคัดกรองเพื่อการฟื้นฟู การประเมินการกลืน การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราตาย การกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบและ การเกิดลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือด การกลับมารักษาซ้ำ ภาวะบกพร่องทางระบบประสาท ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในการบริการ และค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังจัดกลุ่มผลลัพธ์โรคหลอดเลือด

สมอง ได้เป็นกลุ่มผลลัพธ์ที่นิยมใช้ ดังนี้ ความรุนแรงของ โรคและภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย อัตราตาย การกลับเป็นซ้ำของโรค การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และภาวะแทรกซ้อน สถานะสุขภาพผู้ป่วย ประกอบด้วยภาวะบกพร่องการทำงานที่ ความพิการและคุณภาพชีวิต ภาวะของครอบครัว/ผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

Ang, Chan, Heng, and Shen (2003) ศึกษาผลลัพธ์ผู้ป่วยและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ในหน่วยบริบาลโรคหลอดเลือดสมองที่ให้บริการทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู โดยมีวัตถุประสงค์ในการเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในหน่วยบริบาลโรคหลอดเลือดสมอง กับผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยทั่วไป ในรัฐนิวเซาท์เวลส์ โดยศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ของ DRG (Diagnosis-related groups กับ AN-SNAP (Australian National Subacute Non-acute Patient Classification System) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยการวัดผลลัพธ์ด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู อัตราการตายของผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน Functional Independence Measure score (FIM score) เมื่อจำหน่าย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหน่วยบริบาลโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้การดูแลทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง และผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูได้ดีขึ้น

Davis, Croft, Malarcher, Ayala, Antoine, Hyduk, et al. (2003) ได้รายงานอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ของประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2000 รายงานนี้ได้ระบุถึงความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ก่อให้เกิดความพิการที่ถาวรและสูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงในการดูแลรักษา อีกทั้งมีแนวโน้มผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายสูงขึ้น ผลสรุปของรายงานฉบับนี้ ได้วิเคราะห์สถานะของผู้ป่วยในระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่าย ระบุว่า การลดอุบัติการณ์ของโรคนี้ในสหรัฐอเมริกา จำเป็นต้องป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค การให้ความรู้แก่สังคม การประเมินผลการดูแลรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลันและการป้องกันการกลับซ้ำของโรคในผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

Bourn, Hudson, Scharschkim, and Willkins (2005) การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสวีเดน: กรณีศึกษาโรงพยาบาล Umea และโรงพยาบาล Lund-Orup จากรายงานศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเร็วที่สุดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งกรณีศึกษาโรงพยาบาล Umea ซึ่งตั้งอยู่ทางตอนเหนือประเทศสวีเดน มีนโยบายในการฟื้นฟูผู้ป่วยเร็วที่สุดเมื่อไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเริ่มจากการนั่งและเคลื่อนไหวโดยการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รถเข็นนั่ง และเมื่อไม่ต้องรับ

การรักษาทางยาที่สำคัญแล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพจะดำเนินการได้มากขึ้น เน้นในเรื่องการเคลื่อนไหว การใช้งานของอวัยวะ ความจำ มีการปรึกษาของทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายของฟื้นฟู ทุก 3-5 วัน การสนับสนุนทางสังคมจะได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนกลับบ้าน และได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมการฟื้นฟูเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ส่วนกรณีศึกษาโรงพยาบาล Lund-Orup ซึ่งอยู่ทางตอนใต้ของประเทศ มีนโยบายการฟื้นฟูโดยเร็วเช่นกัน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัดและนักอาชีพบำบัด ภายใน 24 ชั่วโมง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยช่วยตนเองได้มากที่สุด สถิติปี ค.ศ. 2005 ผู้ป่วยร้อยละ 75 ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนกลับบ้าน ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูจะมีทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากหน่วยบริการโรคหลอดเลือดสมอง 4 วันต่อ สัปดาห์ในระยะ 3 สัปดาห์ ในการฟื้นฟูความจำ การพูด การรับรู้และการใช้อวัยวะในการทำหน้าที่ หากเป็นผู้ป่วยที่อายุน้อยสามารถฟื้นฟูในโปรแกรมที่เข้มข้น โดยใช้เวลา 3-4 ชั่วโมงต่อวัน นาน 5-6 สัปดาห์ และผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองได้ด้วย

Walling (2005) ศึกษาการฝึกทักษะผู้ดูแลและผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย 267 คนและผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมิน Barthel index และเครื่องมืออื่นที่ใช้ประเมินหน้าที่การทำงาน ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเก็บกดของผู้ดูแล รวมทั้งด้านสังคมและคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแล ผลการวิจัยนี้พบว่าการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลรวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค รวมทั้งเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฝึกทักษะใช้เวลา ครั้งละประมาณ 30-45 นาที ประมาณ 5 ครั้งและมีการประเมินผลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน ภายหลังจากป่วย 3 เดือน และ 1 ปี ผลการศึกษาสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย คุณภาพที่ดีขึ้นทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความพึงพอใจและมีความรู้ในการปฏิบัติ รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

นฤมล อนุมาศ และช่อลดา พันธุเสนา (2539) ศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล การสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 4 ราย โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วย ทั้งการพูด การเขียน และการใช้ภาษาท่าทางของผู้ป่วย พบว่า พยาธิสภาพของสมองมีผลต่อการสื่อสารของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกขวา จะมีความผิดปกติของการสื่อสารแบบคิซอะเทรีย (Dysarthria) มีอัมพาตของครึ่งซีกซ้าย พูดได้เป็นคำๆ พูดตะกุกตะกัก ปากเบี้ยว ส่วนผู้มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย จะมีความผิดปกติของการสื่อสารแบบอะเฟเซีย (Aphasia) มีปัญหาเกี่ยวกับอัมพาตครึ่งซีกขวา สมองซีกซ้ายมีปัญหาด้านการพูดและภาษามากกว่าสมองซีกขวา ความบกพร่องทางด้านการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ที่เปลี่ยนแปลงง่าย รวมถึงผลกระทบ

ต่อผู้ป่วย ในด้านสังคม สรุปว่าพยาบาลและผู้ดูแล ต้องเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค สภาวะจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อการวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับปัญหา ตอบสนอง ต่อความต้องการ และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกลับคืนสภาพปกติได้เร็วที่สุด

นิตา ทศนเศรษฐ, อรณูช แซ่ถี้ และเพ็ญฉาย ประทีปธนากร (2544) ศึกษาผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้กรอบทฤษฎีการเรียนรู้เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับแผนการสอนและฝึกทักษะตามกิจวัตร ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลกลุ่มทดลอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 1 เดือนและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 1 วัน ไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 1 วัน

ศุวารี เทพคารา, อาคม อารยาวิชานนท์, ลักขณา ทองมี, นิจกานต์ ตันอุ๋นเดช, ปิยพร ไชยกุล, และสุภาพร ศิริบุรณ์พิพัฒนา (2544) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์ ในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม แบบประเมิน Barthel index แนวทางการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาการดูแล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ปัญหาเรื่องระบบ การขาดบุคลากร การประสานงาน และปัญหาด้านผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล การพัฒนาการประสานงานและขั้นตอนการบริการให้มีความชัดเจนและใช้ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การให้ครอบครัว/ผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา/ฟื้นฟูตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

พัชรี คมจักรพันธุ์, วรณี จันทร์สว่าง, วันดี สุทธรังษี และทัศนีย์ นะแส (2545) ศึกษาประสิทธิภาพการใช้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อบรรยายและอธิบายประสิทธิภาพการใช้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการใช้บริการสุขภาพทางเลือก จำนวน 11 ราย ใช้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนามและการบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีของโคไลซซี่ (Colaizzi) ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของบริการสุขภาพทางเลือกใน 2 ลักษณะ คือ สิ่งที่ควรลองเพื่อหายและสองทางเสริมกัน บริการสุขภาพทางเลือกที่ใช้มี 6 ชนิด คือ นวดเส้น นวดฝ่าเท้า ใช้สมุนไพร ผิงเข็ม รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ และประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ ลักษณะการใช้มี 2 รูปแบบ ได้แก่ ใช้ควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน และใช้สุขภาพทางเลือกเพียงอย่างเดียว ผลที่ได้รับทางร่างกายเป็นไปใน 3 ลักษณะ คือ เหมือนเดิม ดีขึ้นเรื่อยๆ และหนักกว่าเดิม ผลด้านจิตใจ คือ เป็นการสร้างความหวังกำลังใจ ปังจัยส่งเสริม ได้แก่ บอกต่อกันมา และเห็นตัวอย่างเสริมความเชื่อ ปังจัยขัดขวาง ได้แก่ หนทางไกล/ค่าใช้จ่ายสูง นวดแล้วเจ็บ กินมาก ถ่ายไม่หยุด และรศชาคม

กรรณิกา คงหอม (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์การดูแลสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนของครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ทฤษฎีของ ลาซาร์สและโพล์กแมน (1984) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาตรวจที่สถาบันประสาท จำนวน 120 ราย พบว่าการปรับตัวของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าทำหาย โดยสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าถูกต้อง การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าสูญเสีย และความต้องการการดูแล สามารถร่วมทำนุภาพการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 52

ทศพร คำผลศิริ (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านมโนทัศน์และการประเมิน โดยศึกษาเปรียบเทียบการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป ได้แก่ Nottingham Health Profile (NHP), Medical Outcome Study (MOS), 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), Sickness Impact Profile (SIP) และ EuroQoL กับแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Quality of Life Index-Stroke version, Stroke Specific Quality of Life Measure (SS-QOL) และ Stroke Impact Scale (SIS) ผลการศึกษา พบว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามในภาพรวม เช่น ปังจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพโดยรวม จึงไม่ครอบคลุม และไม่สามารถใช้ประเมินปัญหาบางประการเหมือนกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้เฉพาะโรค ที่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้หลายด้าน สรุปผลว่าการใช้แบบประเมินที่มีคุณภาพ และเหมาะสมกับโรค จะสามารถวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โปธิบาล, กนกพร สุคำวัง และศิริรัตน์ ปานอุทัย (2549) ศึกษาโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ใช้วิธีการวิจัยเชิงทดลองแบบซ้ำหลายครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้ในระยะ 1



ปีหลังป่วย โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 28 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย โปรแกรมการปฏิบัติกรพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ดัชนีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล แบบวัดความซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแบบวัดคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และมีความซึมเศร้าลดลง แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการปฏิบัติพยาบาลที่บ้าน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบหรือกิจกรรมการพยาบาลไปใช้มีอยู่บ้าง อาทิเช่น ศิริรัตน์ คงสุวรรณ (2544) ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินผลปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกองทัพก เพื่อสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกองทัพก และประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 95 คน และพยาบาลประจำการ จำนวน 293 คน จากโรงพยาบาลสังกัดกองทัพก จำนวน 37 แห่ง ใช้แนวคิดของ Wood and Haber (1994) ในการสร้างเครื่องมือ และแนวคิดการประเมินผลการปฏิบัติงานของ Brumback and Mcfee (1982) ผลการวิจัยพบว่า แบบประเมินผลปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกองทัพก ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติการ มี 9 หัวข้อ ได้แก่ การวางแผนและจัดการ การสั่งการ การควบคุมและการประสานงาน ความรอบคอบและการตัดสินใจ สภาวะทางอารมณ์ การติดต่อประสานงาน ความรู้ความชำนาญในงาน ความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบ และอุปนิสัยส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งหมด 24 รายการ ส่วนผลสำเร็จของงาน ประกอบด้วย 2 หัวข้อ คือ คุณภาพของงาน และเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน รวมมี 10 รายการ ส่วนผลการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ พบว่า แบบประเมินผลปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกองทัพก ตามความเห็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลทุกรายการ อยู่ในระดับมาก

วิมลพร ไสยวรรณ (2545) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร และประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ใช้วิธีการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการสัมภาษณ์ความเสี่ยงและการสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป นักวิชาการด้านบริหารความเสี่ยง ด้านการบริหารทางการพยาบาล และด้านบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาล จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ภายหลังจากทดลองนำไปใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผลการวิจัย คือ รูปแบบความเสี่ยงในหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการโดยตรง 5 เรื่อง ได้แก่ ผู้รับบริการได้รับยา/เลือดและสารน้ำผิดพลาด ผู้รับบริการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด ผู้รับบริการตกเตียงลื่นหกล้ม ผู้รับบริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ไม่ถูกวิธีหรือใช้เครื่องมือชำรุด และให้การพยาบาลผิดคน นอกจากนี้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย นโยบาย วัตถุประสงค์ ผู้รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่และกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิธีจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ในแต่ละขั้นตอนกำหนด กิจกรรม ระยะเวลา วัตถุประสงค์ และลักษณะกิจกรรม ส่วนการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้บูรณาการผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กลุ่มของ Nursing Outcomes Classification: NOC (Moorhead et al., 2004) เป็นกลุ่มของตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล ร่วมกับการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในบริบทของประเทศไทย จึงใช้การวิจัยในลักษณะเดลฟาย ในการระดมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีประสบการณ์ เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการสมองเฉียบพลัน สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ (แผนภาพที่ 2)

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง  
เฉียบพลัน

บูรณาการผลลัพธ์การพยาบาล  
สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมอง

