

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน
จากโรงพยาบาลสู่บ้าน

The Effectiveness of The Transitional Stroke Care Program from
The Hospital to The Home

อรอนงค์ สุขจิตต์

Onanong Sukjit

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: June 8, 2024; Accepted: July 15, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านและผู้ดูแล จำนวน 25 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าปลา ระยะเวลาการศึกษา 4 สัปดาห์ แบ่งการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะรักษาในโรงพยาบาลและระยะติดตามเยี่ยมที่บ้านพร้อมให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการดูแล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ โดยแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.246, p < .032$) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ($t = -9.09, p < .01$) อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ โดยมีเพียง 2 รายที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน, การดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน



Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a transitional care program for stroke patients from hospital to home. The sample consisted of 25 stroke patients in the transition phase and their caregivers who received treatment at Tha Pla Hospital. The study duration was 4 weeks, divided into two phases: hospital care and home follow-up visits with telephone consultations. Research instruments included the care program, general information record form, activities of daily living (ADL) assessment form, and readmission record form. The caregiver ability assessment form had a reliability of .82 using Cronbach's alpha coefficient. Data analysis employed descriptive statistics and paired t-tests.

The research results showed that the ADL performance of stroke patients in the transition phase after receiving the hospital-to-home transitional care program was significantly higher than before ($t = 2.246, p < .032$). The caregivers' ability to care for stroke patients in the transition phase after receiving the program was also higher than before ($t = -9.09, p < .01$). The readmission rate of patients was low, with only two cases requiring readmission. These findings indicated that the transitional care program for stroke patients and caregivers from hospital to home improved the ADL performance of stroke patients and enhanced the caregivers' ability to care for stroke patients.

Keywords : Stroke, Transitional Care, Hospital-to-Home Care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทอย่างฉับพลัน โดยมีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง สาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตก ตีบ หรืออุดตัน ส่งผลให้เนื้อสมองตาย (WHO, 2021) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู โดยในระยะวิกฤตผู้ป่วยอาจมีอาการหมดสติ การทำงานของระบบหัวใจและระบบหายใจผิดปกติ รวมถึงมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Hickey, 2014) ส่วนในระยะฟื้นฟูผู้ป่วยอาจประสบปัญหาต่าง ๆ เช่น ความบกพร่องในการสื่อสาร อาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก การสูญเสียการทรงตัว ความผิดปกติด้านการมองเห็น ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน รวมถึงการขับถ่ายผิดปกติ (NSA, 2017) ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Wang, Yang, Shi, Yang, & Hu, 2017) และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะสมองบวม (Farahvar et al., 2012; Li et al., 2019) ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Kishore et al., 2018) แผลกดทับ (Dharmasaroja, 2012) และภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Yan et al., 2018) ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานานขึ้นและมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่าย (สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2559) ดังนั้น การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันทั่วถึงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความบกพร่องทางร่างกายและอยู่ในภาวะพึ่งพา หน้าที่หลักของผู้ดูแลประกอบด้วย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้าน

จิตใจและอารมณ์ การจัดการสิ่งแวดล้อม การฟื้นฟูสภาพ การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ การช่วยเหลือด้านการเงิน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (วลัยนารี พรหมล, 2554) โดยในสัปดาห์แรกหลังการเจ็บป่วย ผู้ดูแลมักขาดความมั่นใจเนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ไม่กล้าตัดสินใจและขาดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย (บุษยมาส บุศยารัศมี, 2561) เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์โดยไม่มีเวลาพักผ่อน ผู้ดูแลอาจรู้สึกเป็นภาระและเกิดความเบื่อหน่าย ทั้งนี้ อารมณ์ความรู้สึก และสภาวะทางร่างกายของผู้ดูแลมักเปลี่ยนแปลงอย่างมากในช่วง 1 เดือนแรกหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสภาวะเหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นบริการที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อม โดยออกแบบเพื่อรับรองความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Coleman & Boulton, 2003) ในกรณีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลมีความซับซ้อนและระยะเวลานานอนโรงพยาบาลจำกัด โดยเฉลี่ยประมาณ 4 วัน ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (NSA, 2017) ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

เพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว กลยุทธ์การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพได้ถูกพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การวางแผนรายกรณีโดยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางทางคลินิก การวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (1) ระยะรักษาในโรงพยาบาล และ (2) ระยะเยี่ยมบ้าน

และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Naylor et al., 2004) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการพัฒนากลยุทธ์ดังกล่าว การศึกษาที่ผ่านมายังขาดการประเมินผลด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงเน้นบทบาทของพยาบาลปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Naylor et al. (2004) โปรแกรมนี้มุ่งเน้นการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Experimental designs) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังใช้โปรแกรม (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลัก การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การทดสอบอำนาจการทดสอบตามแนวคิดของ Cohen (1988) โดยอ้างอิงจากการศึกษาของวาสนา มูลฐิ และคณะ (2559) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 และค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ซึ่งคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับน้อย (5-8 คะแนน) หรือปานกลาง (9-11 คะแนน) และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ได้รับการรักษาผ่านช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและได้รับยา rt-PA ไม่สามารถติดต่อได้หลังจำหน่าย หรือถอนตัวระหว่างการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ดูแลหลัก เกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วย เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติ อายุ 18 ปีขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์ที่ติดต่อได้และยินยอมให้เยี่ยมบ้าน รวมทั้งยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีการ

เปลี่ยนผู้ดูแล ไม่สามารถติดต่อได้หลังจำหน่าย หรือถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน

1) ข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษา

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 8 ข้อ ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษา โรคประจำตัว ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ การรับประทานอาหาร การรักษาที่สำคัญ และปัญหาสำคัญที่ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือ

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้ายตัว การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ และการควบคุมการขับถ่าย โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน และแบ่งระดับความสามารถเป็น 5 ระดับ คือ ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (0-4 คะแนน) ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก (5-8 คะแนน) ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง (9-11 คะแนน) ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย (12-19 คะแนน) และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (20 คะแนน)

1.3 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน หลังจากเก็บข้อมูลครั้งแรก โดยนับเป็นรายบุคคล แม้ว่าผู้ป่วยจะกลับมารักษาซ้ำหลายครั้งก็ตาม

1.4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูล 11 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

1.5 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ของจารึก ธาณิรัตน์ (2545) ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก รวมทั้งสิ้น 35 ข้อ ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน (13 ข้อ) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (10 ข้อ) การฟื้นฟูสภาพ (5 ข้อ) และการดูแลด้านจิตใจ (7 ข้อ) โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ซึ่งผลรวมของคะแนนจะถูกนำมาแบ่งระดับความสามารถของผู้ดูแลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (56-70 คะแนน) ระดับปานกลาง (42-55 คะแนน) และระดับต่ำ (0-41 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งพัฒนาจากกรอบทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์รูปแบบการดูแลของ Naylor et al. (2004) แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อวางแผนจำหน่าย

2. วางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ แบ่งเป็นแผนระยะเฉียบพลันและหลังเฉียบพลัน

3. ปฏิบัติตามแผนจำหน่าย โดยให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ครอบคลุมเนื้อหา ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลด้านจิตใจ ใช้วิธีบรรยาย สอน สาธิต และให้สาธิตย้อนกลับ

4. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยทบทวนความรู้และทักษะ ปรับปรุงแผน และบันทึกประเด็นสำคัญในสมุดประจำตัว

ระยะที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมที่บ้านและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 ส่วน

1. การเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง:

1.1 วันที่ 7 ประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมหาแนวทางแก้ไข และให้กำลังใจ

1.2 วันที่ 30 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

2. การติดตามทางโทรศัพท์:

2.1 โทรติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง (วันที่ 14 และ 21)

2.2 สอบถามปัญหา ส่งเสริมความรู้ และทักษะการดูแล เน้นย้ำการช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ

2.3 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 7 วันต่อสัปดาห์ (วันธรรมดา 8.00-16.00 น., วันหยุด 8.00-12.00 น.) เพื่อตอบข้อสงสัยและคลายความกังวล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม และเวลาที่ใช้ในโปรแกรม ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้ปรับปรุงคู่มือให้เข้าใจง่ายขึ้นและเพิ่มขนาดตัวอักษร รวมทั้งปรับสีแนะนำเสนอให้กระชับและเพิ่มรูปภาพประกอบ หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย วิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.82 (Polit & Beck, 2012)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การรักษาในโรงพยาบาล (3-5 วัน)

วันที่ 1 (30-45 นาที)

1. ประเมินข้อมูลทั่วไปและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

2. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงให้โอกาสระบายความรู้สึก

วันที่ 2

1. สอบถามความรู้เรื่องโรคและให้ข้อมูลเพิ่มเติมผ่านสื่อแนะนำภาพนิ่ง

2. มอบคู่มือประกอบการดูแลแก่
ผู้ป่วยและผู้ดูแล

วันที่ 3

ทบทวนกิจกรรมและฝึกทักษะการ
ดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแล ครอบครัว 4 ด้าน ได้แก่ กิจกรรม
ประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟู
สมรรถภาพ และการดูแลด้านจิตใจ

วันที่ 4-5 (30 นาที - 1 ชั่วโมง) ฝึก
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจนผู้ดูแลสามารถทำได้

ระยะที่ 2 การติดตามหลังจำหน่าย

วันที่ 7 เยี่ยมบ้าน

1. ประเมินปัญหาการดูแลด้าน
ร่างกาย จิตใจ และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

2. วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและ
ผู้ดูแล พร้อมให้กำลังใจ

วันที่ 14 โทรศัพท์ติดตาม

1. ประเมินปัญหาและความต้องการ
ในการดูแลของผู้ดูแล

2. ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ
ของผู้ดูแล

วันที่ 21 โทรศัพท์ติดตาม ประเมิน
ปัญหา อุปสรรค และให้คำแนะนำเพิ่มเติม

วันที่ 30 เยี่ยมบ้าน ประเมิน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ใช้สถิติพรรณนา
(Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่
คำนวณร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และคำนวณส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความสามารถใน
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ใช้สถิติ Paired t-
test โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลัง
เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจาก
โรงพยาบาลสู่บ้าน ($P \text{ value} < 0.05$)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุดรธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.0 อายุระหว่าง 60-65 ปี
ร้อยละ 76.0 เฉลี่ยเท่ากับ 64.20 ปี ($SD = 4.85$)
สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อย
ละ 100.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ
72.0 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 80.0 มีรายได้เพียงพอ
และมีเงินเก็บร้อยละ 24.0 สิทธิการรักษาพยาบาล
ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ
80.0 ด้าน มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 (โรคความ
ดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ) ส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สีกตัวแต่
สามารถปลุกให้ตื่นได้ ร้อยละ 80.0 ด้านความสามารถ
ในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมากโดย
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ร้อยละ 50.0 ไม่ใช่
อุปกรณ์การแพทย์ ร้อยละ 100.0 รับประทานอาหาร
เองได้ ร้อยละ 70.0

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วน
ใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุระหว่าง 50-60 ปี
ร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 54.26 ปี ($SD = 8.40$) สถานภาพ

สมรส ร้อยละ 80.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.0 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 64.0 ด้านภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 72.0 ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า เป็นบุตร ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 64.0 ด้านความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพ พบว่า ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพร้อยละ 100

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน อยู่ในระดับต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลางหรือปฏิบัติได้เองปานกลาง (9-11 คะแนน) ร้อยละ 64.0 รองลงมา คือ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อยหรือปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ (12-19 คะแนน) ร้อยละ 16.0 หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านอยู่ในระดับต้อง

พึ่งพาผู้อื่นปานกลางหรือปฏิบัติได้เองปานกลาง (9-11 คะแนน) ร้อยละ 76.0 รองลงมา คือ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อยหรือปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ (12-19 คะแนน) ร้อยละ 12.0 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.246$, $p < .032$) (ตารางที่ 1)

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีคะแนนความสามารถในการดูแลก่อนได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 16.0 หลังได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลางแลสูงเท่ากัน คือ ร้อยละ 8.0 คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($t = -9.09$, $p < .01$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n = 25)

รายการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	9.26	3.25	ปานกลาง	12.41	2.64	ปานกลาง	2.246	.032 *
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล	54.32	4.21	ปานกลาง	61.24	2.36	สูง	6.259	.001 *

* $p < .05$

4. อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีเพียง 2 รายที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ

อภิปรายผล

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการทดลอง โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีประสิทธิผลในการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมนี้ประยุกต์จากรูปแบบการดูแลของ Naylor et al. (1994, 1999, 2004) โดยมีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยรายกรณี มีพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้วางแผนจำหน่าย และมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

กระบวนการดูแลในโปรแกรมประกอบด้วย ขั้นตอนสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การวางแผนและปฏิบัติการดูแล 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะ และ 4) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย กระบวนการทั้งหมดนี้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย

สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ (2558) ที่พบว่าการสอนแนะร่วมกับการฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ การทบทวนและฝึกซ้ำก่อนจำหน่ายช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณิรุษ และคณะ (2563) ที่พบว่าการ

ดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบมีแบบแผนช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงขึ้น ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ความสำเร็จนี้เกิดจากการโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการ โดยใช้แบบประเมินเฉพาะเพื่อระบุความต้องการของผู้ดูแลแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีการดูแลผู้ป่วย (บุษยมาศ, 2561; Camicia et al., 2019) 2) การให้ความรู้และฝึกทักษะ ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ โดยใช้สื่อหลากหลายและเน้นการฝึกปฏิบัติจริง 3) การมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยให้ผู้ดูแลร่วมวางแผนการดูแลกับทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการดูแล และ 4) การติดตามต่อเนื่อง ด้วยการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหา และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล องค์ประกอบเหล่านี้ทำงานร่วมกันเพื่อเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงความต้องการเฉพาะบุคคล ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสายใจ และคณะ (2562) ที่พบว่าการประเมินและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลช่วยลดความกังวลและเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ นอกจากนี้ การศึกษาของพัชรภรณ์ (2558) ยังยืนยันว่าการสอนแนะร่วมกับการฝึก

ปฏิบัติจริงช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันท่วงที และได้รับกำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวาสนา และคณะ (2559) และสุพัตรา และคณะ (2561) ที่พบว่าการดูแลต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลและส่งผลดีต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีเพียงร้อยละ 8.0 (2 ราย) ที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ อัตราที่ต่ำนี้อาจเป็นผลมาจากการดำเนินโปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความต้องการอย่างครอบคลุม การให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างเป็นระบบ การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเหล่านี้ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลผู้รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยควรตระหนักและให้ความสำคัญในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อนำมาสู่การวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์และครอบคลุม ในระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2 ควรมีการสนับสนุนการจัดการความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการพูดคุยให้กำลังใจ และเน้นให้ผู้ดูแลได้รับบายความรู้สึก รวมทั้งกล่าวชื่นชมในการทำหน้าที่ผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถโทรหาผู้วิจัยได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกมีความมั่นใจในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ระดับต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมากหรือปฏิบัติได้น้อย (0 – 8 คะแนน) ถึง ระดับ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อยหรือปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ (9–12 คะแนน) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพของตนเอง

2.2 ควรติดตามผู้ป่วยในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจาก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

- จารีก ธานีรัตน์. (2545). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ณิรุช วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์, และพิสิษฐ์ สมงาม. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนืองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6(04), 61-61
- ธีรณัฐ ห่านิรัตติย์, และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 21(7), 634-639.
- บุษยมาส บุศยารัศมี. (2561). ความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลนครนครปฐม. วารสารแพทย์ เขต 4-5, 37(2), 192-200.
- พัชรภรณ์ สิริธรานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วาสนา มูลธิ, สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ สีสัจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล, 31(1), 95-110.
- วลัยนารี พรหม. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน. (2562). รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตาม ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 30(1), 54-68.
- สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ สีสัจรัส. (2559). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30(3), 84-101.
- สุพัตรา ปวนไผ่, ศรีวรรณ วงศ์เจริญ, นิรมัย มณีรัตน์ และวราพร นนทศิลา. (2561). ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(3), 500-509.
- Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557.
- Dharmasaroja, P. (2012). Ischemic stroke. Bangkok: Jaransanitwong. Farahvar, A., Gerber, L. M., Chiu, Y. L., Carney, N., Härtl, R., & Ghajar, J. (2012). Increased mortality in patients with severe traumatic brain injury treated without intracranial pressure monitoring. *Journal of Neurosurgery*, 117(4), 729-734. doi: 10.3171/2012.7.JNS111816.



- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age and Ageing*, 23(2), 97-101. doi: 10.1093/ageing/23.2.97
- Li, J., Zhang, P., Wu, S., Wang, Y., Zhou, J., Yi, X., & Wang, C. (2019). Stroke-related complications in large hemisphere infarction: incidence and influence on unfavorable outcome. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 12(3), 224-235.
- National Stroke Association. (2017). Effects of stroke. retrieved from <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=effects>
- Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 675-684.
- Wang, Y., Yang, F., Shi, H., Yang, C., & Hu, H. (2017). What Type of Transitional Care Effectively Reduced Mortality and Improved ADL of Stroke Patients? A Meta - Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 510-518.
- World Health Organization. (2021). Stroke Cerebrovascular accident health topic. retrieved from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- Yan, T., Liu, C., Li, Y., Xiao, W., Li, Y., & Wang, S. (2018). Prevalence and predictive factors of urinary tract infection among patients with stroke: a meta-analysis. *American Journal of Infection Control*, 46(4), 402-409.