

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโรงพยาบาลหนองคาย Results of the discharge planning program for patients with ischemic stroke or blockage at Nong Khai Hospital.

(Received: January 4, 2024 ; Revised: February 21, 2024 ; Accepted: February 24, 2024)

ระวีวรรณ โสชมภู¹ นภาพรณ มิ่งวงศ์ยาง¹
Rawiwan Sochompoo¹ Napawan Mingwongyang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนและการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมของผู้ดูแล โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คนและต้องมีผู้ดูแล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล และแบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแล ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตร KR 21 ได้เท่ากับ 0.9 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง มีจำนวนลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to compare the number of bed days and readmissions to hospital within 28 days and compare the knowledge of caregivers before and after using the discharge planning program for patients with vascular disease. The brain and readiness of the caregiver Nong Khai Hospital The sample group has 60 people and must have a caregiver by purposive selection. Data collection began during October 2023 - December 2023. There are 2 sets of tools used for data collection: patient and caregiver personal information forms. and the knowledge test of the caregiver Reliability was checked using the KR 21 formula and was equal to 0.9. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, t-test (t-test).

The results showed that the average knowledge of caregivers within the experimental group and between groups Both before and after using the discharge planning program, it was found that the experimental group's knowledge increased significantly more than the control group at the .05 level. Hospitalization of stroke patients after using the discharge planning program Plan for discharge according to guidelines for care for stroke patients in the experimental group. The number decreased significantly more than the control group at the .05 level.

Keywords: Discharge planning program, Patients with stroke, Readiness of relatives who care for patients with stroke.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลกในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นสาเหตุการตาย เป็นอันดับ 3 รายงานจาก WHO พบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน ในปี 2563 จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 2 เท่า เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม อัตราตายและความพิการในระยะยาวสูงเป็นอันดับหนึ่ง ในสหรัฐเกิดความพิการมากกว่า 100,000 ราย ในประเทศอังกฤษ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 3,000 ราย ในแต่ละปีในประเทศไทยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยทั่วประเทศพบ 252.59 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2547 เพิ่มขึ้น 354 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555¹ ทุก 4 นาที คนไทยเป็นโรคนี้ 1 คนหรือวันละ 360 คน ทุกๆ 10 นาที มีคนไทยเสียชีวิต มีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 10-12 มักมีอาการรุนแรงกว่าเดิม โอกาสรักษาหายเป็นปกติมีน้อยลงมาก จากการขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองอุดตันและหลอดเลือดสมองแตกก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทต่อผู้ป่วยทันที มักเป็นสาเหตุหลักของความพิการทั่วโลก ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตถ้าอาการรุนแรงและเป็นตำแหน่งที่สำคัญ ผู้ที่รอดชีวิตร้อยละ 31 มักมีความพิการเหลืออยู่ ร้อยละ 90 มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน แม้เมื่อพ้นหายผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือการเคลื่อนที่ ในจำนวนนี้ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ

จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้วิจัยในฐานะผู้นำทางการพยาบาลได้ตระหนักถึงผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล จึงได้ร่วมกับ

ทีมสหสาขาวิชาชีพวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลางถึงรุนแรงมีความต้องการญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายเดิมพบว่าญาติผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมทุกด้าน เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเครียดของผู้ป่วย เป็นต้น ทำให้ญาติผู้ดูแลบางรายไม่มั่นใจเมื่อกลับไปที่บ้าน และถ้ามีปัญหาไม่มีช่องทางติดต่อขอรับคำแนะนำหรือปรึกษากับทีมสุขภาพได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลบางรายตัดสินใจแก้ไขปัญหาลำบากไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย บางรายเกิดความวิตกกังวลและความเครียดแล้วจัดการความเครียดไม่ได้ ขาดการประสานความร่วมมือที่ชัดเจนระหว่างพยาบาลผู้จำหน่าย และพยาบาลเยี่ยมบ้าน เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ดูแลกลางคันไม่มีระบบการฝึกผู้ดูแลใหม่ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปี 2563-2564 โรงพยาบาลมีนโยบายห้ามญาติเยี่ยมยังทำให้มีข้อจำกัดในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลและการติดตามเยี่ยมที่บ้านมากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมของญาติผู้ดูแลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยทำการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่าแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ²มีผู้นิยมนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแลอย่างกว้างขวาง เนื่องจากแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ มีจุดเน้นที่น่าสนใจ กล่าวคือ มุ่งเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง (broad range of time-limited services designed to ensure health care continuity) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (prevent health complications) และป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (prevent

rehospitalization) อีกทั้งยังเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอีกด้วย²

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลหนองคาย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ก่อนการทดลองให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ไม่มีความแตกต่างกัน

2. หลังการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 60 เตียง ชั้น 3 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 60 ราย โดยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองคาย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านและอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 4) อ่านออก เขียนได้ สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยของวาสนา มุลฐี (Moonthee W, Mongkong S, Sirapongam Y, Leelacharas S., 2016) เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้คำนวณหาขนาดของอิทธิพล (effect size) ได้ระดับ large effect size ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจในการทดสอบ (power) ที่ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คู่ แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ อยู่ในสถานการณ์โรคระบาด จึงได้ลดขนาดของกลุ่มตัวอย่างลง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางของ Polit & Hungler (1999) ที่ระบุว่างานวิจัยกึ่งทดลองควรใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเครื่องมือในการดำเนินการตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้แก่ 1) แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) แผนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับญาติผู้ดูแล 3) คลิปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่พัฒนาโดยสถาบันประสาทและเขตบริการสุขภาพที่ 7 และ 4) คู่มือโรคหลอดเลือดสมองจากการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้ใช้เวลาประมาณ 25 นาที ผ่านสื่อคลิปวีดิทัศน์ รายละเอียดของขั้นตอนการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดเตรียมและสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 5 นาที) 1) เลือกเวลาที่เหมาะสม โดยการศึกษาครั้งนี้เลือกทำในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษ 2) จัดเตรียมสถานที่ให้มีความสงบและเป็นสัดส่วนภายในหอผู้ป่วยพิเศษ 60 เตียง ชั้น 3 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ได้แก่ มือถือ ที่มีคลิปวีดิทัศน์โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

3) ก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้จัดเตรียมเข้าพบผู้ป่วยและสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองโดยการยิ้มแย้ม ทักทาย และแนะนำตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 2 การให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยผ่านสื่อคลิปวีดิทัศน์ (ใช้เวลา 25 นาที) 1) ผู้จัดเตรียมเปิดคลิปวีดิทัศน์ให้ผู้ป่วยดู พร้อมทั้งปรับความดังและความคมชัดของภาพให้เหมาะสม 2) หากมีข้อมูลส่วนไหนที่ดูไม่ทันหรือมีข้อสงสัยผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย สามารถซักถามได้ทันที และอาจเปิดคลิปวีดิทัศน์ให้ดูซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล (ใช้เวลา 5 นาที) หลังจากการฉายคลิปวีดิทัศน์สิ้นสุดลง ผู้ช่วยวิจัยจัดเตรียมสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่ให้ไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยซักถามปัญหา และตอบข้อสงสัย

การหาความตรงเชิงเนื้อหา โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมของญาติผู้ดูแลและเครื่องมือดำเนินการตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมของญาติผู้ดูแลโดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน

3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน แล้วนำผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของญาติผู้ดูแล

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาอาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยในการดูแล จำนวนผู้ที่อยู่ในความดูแล และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

2.1.2 แบบประเมินความพร้อมในการดูแล (Preparedness Scale) พัฒนาขึ้นโดย Archbold & Stewart³ หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.88¹² แบบประเมินนี้มี 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) การหาข้อมูล 4) การจัดการความเครียด 5) การดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) การจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 7) การดูแลผู้ป่วยด้านขอความช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยในภาพรวมมีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likerts Scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพร้อมเลย คะแนน 4 หมายถึง มีความพร้อมมากที่สุด การแปลความหมายคะแนนรวม 0-10 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับต่ำ คะแนนรวม 11-21 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับปานกลาง และคะแนนรวม 22-32 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับสูง

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ได้นำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพร้อมในการดูแลโดยตรง เท่ากับ 0.72

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพการสมรส จำนวนผู้ดูแลหลัก ชนิดของการอุดตันอาการสำคัญ โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพของสมองจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การรักษาที่ได้รับ ค่ารักษา ระดับความรุนแรงของโรคภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะรักษาในโรงพยาบาล

2.2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์เธล เอ ดีแอล (The Barthel Activity of Daily Living Index) การศึกษาครั้งนี้ใช้ประเมินความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันจากดัชนีกิจวัตรประจำวันบาร์เธล แบบประยุกต์ ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁴ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด 3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ประเมินความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันจากดัชนีกิจวัตรประจำวันบาร์เธล แบบประยุกต์ ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544) ผลการประเมิน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง พึ่งตนเองได้ 5 – 11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 0 – 4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือมีความพิการ

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ได้นำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพร้อมในการดูแลโดยตรง เท่ากับ 0.85

2.2.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ โดยการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Centers of Disease Control and prevention⁵ แผลกดทับใช้เกณฑ์การประเมินของ National Pressure Ulcer Panel Advisory⁶

2.2.4 แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ วันเดือนปีที่กลับมารักษาซ้ำ โรค/ปัญหาที่กลับมารักษาซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ Chi-Square test

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อมูลที่ได้ พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังกล่าว

4. การเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติจำนวน และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจาก โรงพยาบาลจังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับ จากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะ นำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้เข้า ร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอ ความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นเพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรค หลอดเลือดสมองและความพร้อมของผู้ดูแล โรงพยาบาลหนองคาย โดยใช้แนวคิดการดูแลระยะ เปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ² ดำเนินการวิจัย ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 - ธันวาคม 2566 นำเสนอ ตามลำดับของวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย

กลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือด สมองเป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ

50 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 56.7 สมรสแล้วอยู่ ด้วยกัน ร้อยละ 46.7 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 63.3 รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 46.7 เป็นหัวหน้า ครอบครัว ร้อยละ 36.7 นอนในโรงพยาบาลนาน 7 วันมีมากที่สุด ร้อยละ 23.3

กลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือด สมองเป็นเพศชาย 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 และ เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 56.7 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อย ละ 50 สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน มีร้อยละ 46.7 จบชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 86.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33.3 รายได้ของ ครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 40.0 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 46.7 นอนใน โรงพยาบาลนาน 2 วัน ร้อยละ 50.0 และผู้ป่วยที่มี ภาวะโรคหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง มีโรคประจำตัวทั้งเบาหวาน ความดันโลหิต สูง ไผ้นสูง จำนวนใกล้เคียงกัน

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของ ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือด สมอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ paired t-test

ความรู้ของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง(n=30)		t	กลุ่มควบคุม(n=30)		t
	$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD	
ในระยะก่อนการใช้รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่มี ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง	17.77	3.29	-4.04*	16.40	4.25	6.88*
ในระยะหลังการใช้รูปแบบการจำหน่ายป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	20.30			22.90		

* p-value < .05

จากตารางที่ 1 ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังการใช้รูปแบบการ จำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและอัตรากลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test

ความรู้ของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	6.33	3.93	2.83	1.05	-4.17*
จำนวนครั้งการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล	0.17	0.38	0.00	0.00	-2.41*

* p-value < .05

ผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3 ครั้ง (1 ครั้งต่อ 1 ราย) รายที่ 1 เป็นโรคกลุ่มควบคุม Pneumonia รายที่ 2 และ 3 เป็นโรค Urinary tract infection

จากตารางที่ 2 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากสมมติฐานที่ว่า ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบการจำหน่ายตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และมีจำนวนวันนอนรวมทั้งวันกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง ผลการวิจัยพบว่าสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 3 เรื่องดังนี้

1. ความรู้

1.2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้มีการเรียนรู้จากพยาบาลประจำการตามปกติแต่บางครั้งอาจไม่ได้เน้นประเด็นสำคัญหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อยตอบแบบสอบถามข้อที่ 11 คือการดูแลตนเองควรดูแลหลังให้อาหารทุกครั้ง ใช่หรือไม่ ซึ่งพบว่าผู้ดูแล

ผู้ป่วยได้คะแนน 0 ถึง ร้อยละ 80 คือตอบ ใช่ ร้อยละ 26.7 และไม่ทราบ ร้อยละ 53.3 เหตุนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้พุดไม่ชัด สามารถกลืนอาหารได้เองจึงไม่ได้ให้ความสำคัญในประเด็นนี้ จึงมักทำให้ต้องกลับมารักษาด้วยการสำลักอาหารและน้ำ เกิดเป็นปอดอักเสบตามมา⁷

2. จากการวิจัย พบว่า จำนวนวันนอนใน

โรงพยาบาลของกลุ่มควบคุมนานกว่ากลุ่มทดลองนั้น อาจเนื่องจากไม่ได้มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ เช่น รอทำกายภาพ รอเรียนอาหารปั้นแล้วอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น คือ มีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่เป็นโรคหัวใจ 4 ราย คือ NSTEMI (โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ) 1 รายต้องนอนให้ Anti-platelet 3 วัน และมีภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ราย ต้องให้ยาขับปัสสาวะต่ออีก 2 วัน จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น^{8,9}

3. การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล พบใน

กลุ่มควบคุม 3 ราย ได้แก่ โรค Pneumonia 1 ราย Urinary tract infection 2 ราย จากการติดตามพบว่า สำลัก อาหาร และไม่สามารถ ไอขับเสมหะเองได้ หลังจำหน่ายกลับบ้านได้ 7 วันจึงเริ่มมีไข้ ไอและหายใจเหนื่อยหอบกลับมารักษา ส่วนอีก 2 ราย ทราบจากญาติว่ากลางวันไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยต้องอยู่บ้านคนเดียวและไม่สามารถช่วยตนเองได้จึงไม่ได้ดูแลความสะอาดร่างกายและอวัยวะเพศ ประกอบกับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่วน

ผู้ป่วยอีกรายผู้ดูแลไม่ทราบว่าต้องทำความสะอาด
อวัยวะเพศให้ผู้ป่วยจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ
ทางเดินปัสสาวะและอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่
กระแสเลือดตามมาได้ถ้าผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่
ตระหนัก^{10,11}

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ช่วยลดจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และ
การกลับเข้ามารักษาซ้ำลดลง ผู้วิจัยจึงมี
ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการจำหน่าย
ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

2. ส่งเสริมความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล
เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือด
สมองเป็นระบบ และมีการติดตามผลอย่างเป็น
ระยะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลด
ภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ
ชีวิตดีขึ้น

3. ผู้บริหารการพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่าง
ยิ่งในการวางนโยบายและเป็นผู้นำให้กับพยาบาล
วิชาชีพ ได้พัฒนาและปรับปรุงการวางแผน
จำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยให้การ
สนับสนุนงบประมาณ วัสดุ และอุปกรณ์ต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา, แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3, ed. พ. 1. 2559, กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
2. Naylor M, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional Care. J Am Geriatr Soc [internet]. 2017
3. Archbold PJ, Stewart BJ. Family Caregiving Inventory [Unpublished manuscript]Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, และคณะ. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บก.), หลักสำคัญ ของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (หน้า 85-86). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2544.
5. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Guide to diagnosis of infections in hospitals. Bangkok: Aksorngraphic & desing; 2018
6. Haesler E, et al. Prevention and treatment of pressure ulcers: reference guidelines [internet]. 3rd ed. EPUAP/ NPIAP/PPPIA: 2019[cited in 2021 March 29]. Available from: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2021/04/qrg-2019-thai-04-21.pdf> [cited 2021/11/9].65;1119-1125. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/315776473>
7. กระทรวงสาธารณสุข (ร่าง) Intermediate care service plan กระทรวงสาธารณสุข คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation)พศ. 2558 2559
8. การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู(Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. 2559, สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย: กรุงเทพฯ.
9. รัชวรรณ สุขเสถียร, การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา :ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. J Thai Rehabil Med, 2014. 24(2):
10. Budratana S. Effects of discharge preparedness program among primary caregivers of patients with ischemic stroke in NongBuaLamphu Hospital. Nursing, Health, and Education Journal 2020; 3: 56-64. (in Thai)
11. De Wit, L., et al., Motor and functional recovery after stroke: a comparison of 4 European rehabilitation centers. Stroke, 2007. 38(7): p. 2101-7. p. 37-43.
12. Boonchuwong O, Sanaha C, Pinyopasakul W, Nilanont Y. Factors influencing readiness of caregivers of patients with stroke before hospital discharge. Journal of Nursing Science 2017; 35: 46-5. (in Thai)