ผลของแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ดัชณี เพียซ้าย, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาผลของแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานีระหว่างเดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแล จำนวน 30 คน และผู้ป่วย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย CVI=1, แบบสอบถามความรู้ KR-20= 0.93 และศักยภาพผู้ดูแล alpha= 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล โดยใช้วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ในการจัดทำแผนปฏิบัติการและพัฒนางาน ผลลัพธ์ของการพัฒนา ได้แก่ มีคู่มือโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นในการฝึกปฏิบัติการดูแลตัวเองและมีระบบติดตามประเมินผลแบบบูรณาการ หลังดำเนินการผู้ดูแลมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง เพิ่มจาก ร้อยละ 76.7 เป็น 90.0 ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 53.03 เป็น 70.0 โดยข้อที่คะแนนร้อยละ 100.0 ได้แก่ การแจ้งขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการจัดเจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนดูแลรายบุคคลของเครือข่ายและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รองลงมาคือมีการรายงานผลภาวะสุขภาพ สภาพปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนการเยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 90.0 ตามลำดับ หลังดำเนินการผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หลังดำเนินการพบว่าความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทอยู่ในระดับรุนแรงลดลง จาก ร้อยละ 63.3 เป็น ร้อยละ 23.3

ข้อเสนอแนะผลของแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้เพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านให้ดีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายศักยภาพผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง

---

* โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Effects of discharge planning guidelines to increase potential caregivers of stroke patient Kutchup Hospital Udon Thani Province

DutchaneePiasai, B.N.S.*

Abstract

This quasi-experimental study aims to studydischarge planning practices to increase caregiverpotential of stroke patients. and study the results of discharge planning practices to increase the potential of caregivers of stroke patientsinKutchup Hospital Udon Thani Province.Between October - November 2023, sample group consisted of 30 caregivers and 30 patients.Researchtools used were questionnaires of patient information CVI=1, knowledge KR-20 = 0.93, and caregiver potential alpha= 0.85. Data were analyzed using descriptive statistic.

Results:found that discharge planning practices to increase caregiver potential usingPDCA cycle (Plan-Do-Check-Act) to preparing action plans and developing work, results of the development include pre-sale teaching program manual. Patients increased knowledge, good self-care practice and integrated monitoring and evaluation system. Knowledge and practice in caring for stroke patients After operating at a high level, increasing from 76.7% to 90.0 Caregivers' potential for caring for stroke patients after the operation, greater than before operation, increasing from 53.3% to 70.0, the highest increase was 100.0%, including:requesting help from the network and village health volunteers and staffing has informed the individual care plan of the network and village health volunteers. Next is the reporting of health conditions. Problems and needs patient assistance,public health officials had informed 90.0% of plans to visit and monitor patients at home continuously, respectively, after implementation with high level of satisfaction of 100.0%. Patient care outcomes after the operation, found that Severity of neurological symptoms It was found that after implementation the level of severity decreased from 63.3% to 23.3%.

Suggestions: This effect of discharge planning guidelines to increase potential caregivers of stroke patientto continually restore patients' health at home.

Keyword: Discharge Planning Guidelines, Caregivers Potential, Stroke

---

* Kutchup Hospital, KutchupDistrict,Udon Thani Province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง ยังพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น รายละเอียดของอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละเขตสุขภาพ ตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ปี 2563 ถึงปัจจุบันนั้น พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นไม่ลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วย intracerebral hemorrhage และ cardiogenic cerebral embolism นั้นไม่ลดลง พบผู้ป่วย cerebral thrombosis ลดลงเล็กน้อยโดยที่ทุกโรงพยาบาลจังหวัดควรมี stroke unit เพราะจะเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลดีต่อผลการรักษาผู้ป่วยด้วย ตลอดจนการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการให้ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านคุณภาพของระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง[1]

ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (readiness for hospital discharge) เป็นแนวคิดที่บ่งชี้ความสำเร็จในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ใช้สำหรับการให้บริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ ซึ่งหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะออกจากโรงพยาบาลที่ให้การดูแลแบบเฉียบพลันหรือแบบวิกฤต ว่าได้รับการเตรียมตัวหรือไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเป็นตัวชี้วัดของการฟื้นฟูสภาพที่เพียงพอที่จะออกจากโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย การได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่ก่อนจำหน่ายจนถึงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล[2] การเปลี่ยนผ่านหมายถึงการข้ามผ่านจากช่วงหนึ่งของชีวิตหรือภาวะหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปสู่อีกช่วงหนึ่ง สภาวะหนึ่งหรือสถานะหนึ่งเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม การจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่บ้านเป็นการเปลี่ยนผ่านประเภทหนึ่งโดยมีระยะการเปลี่ยนผ่าน 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลซึ่งมีการวางแผนจำหน่าย2) ระยะจำหน่าย ซึ่งเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ที่สามารถวัดผลลัพธ์ได้ และ 3) ระยะหลังจำหน่ายซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการปรับตัวของตนเองต่อความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้านและความต้องการ การช่วยเหลือจากครอบครัวหรือความต้องการ การบริการด้านสุขภาพเพื่อให้การเปลี่ยนผ่านเกิดผลลัพธ์ที่ดี[3]

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างสมบูรณ์ ต้องกระทำอย่างเป็นระบบในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพและเป็นการดูแลในลักษณะองค์รวม โดยมีการประเมินจุดแข็ง และข้อจำกัดของผู้ป่วย และผู้ดูแลในทุกๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความเชื่อและจิตวิญญาณ มีการประเมินแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยเหล่านี้ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต้องเริ่มดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารักษาในโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง และกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างเป็นระบบ[4]

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน โรงพยาบาลกุดจับ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 30, 17 และ 27 คน ตามลำดับ[5]ปัญหาที่พบในการวางแผนจำหน่าย มี 7 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) พยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 2) พยาบาลขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 3) ไม่มีรูปแบบและการมอบหมายงานการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน 4) ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย 5) พยาบาลในหอผู้ป่วยมีภาระงานมาก 6) ขาดการประเมินผลการปฏิบัติงานการวางแผนจำหน่ายจากผู้บริหาร 7) ขาดความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพ

โรงพยาบาลกุดจับ ได้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกระบวนการทางการพยาบาลที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อ

เจ็บป่วยมักมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีพยาธิสภาพหลายระบบ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้ง่าย มีการฟื้นฟูได้ช้า การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะ “รวดเร็วเกินไปและยังคงมีความเจ็บป่วยหลงเหลืออยู่” (quicker and sicker) ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เหล่านี้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และต้องพึ่งพาผู้ดูแลและครอบครัวมากขึ้นเมื่อออกจากโรงพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการในหอผู้ป่วยร่วมกันพัฒนาและจัดทำเป็นคู่มือการประเมินการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการดูแล ตามกรอบแนวคิด IDEAL discharge planning method (Nelson & Rosenthal, 2015) เป็นกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบรายวันตั้งแต่รับเข้ารักษา ในโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง โดยการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกุดจับ มาตั้งแต่ปี 2565 จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกุดจับ
2. เพื่อศึกษาผลของแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกุดจับ

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental designs) ศึกษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน 2566

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยประชากรในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (inclusion criteria)

1. กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ผู้ที่เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกุดจับ โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านและอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 4) อ่านออก เขียนได้ สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ผู้ที่เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกุดจับ มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพจิต 2) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย

2. เกณฑ์การยุติเข้าร่วมการวิจัย (terminate criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการวิจัย 2) มีการเปลี่ยนแปลงญาติผู้ดูแล 3) ญาติผู้ดูแล/ผู้ป่วยขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง (sample group) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 60 คน ตามแนวทางของ Polit & Hungler[6] ที่ระบุว่างานวิจัยกึ่งทดลองควรใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คู่ คือกลุ่มญาติผู้ดูแลจำนวน 30 คน และ ผู้ป่วยจำนวน 30 คน

การสุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มละจำนวน 30 คน เป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกุดจับ ในช่วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยทุกคน

กรอบแนวคิดของการวิจัย ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยใช้วงจร PDCA และแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรตาม คือ การประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การรับรู้ด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและความพึงพอใจการแนะนำความพร้อมจำหน่าย และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ[7] มีขั้นตอนดังนี้ 1) ประเมินผู้เรียน โดยให้ทำการทดสอบก่อนการสอน (pretest), 2) การดำเนินการ เมื่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยมีความพร้อม บุคลากรผู้ปฏิบัติงานจึงได้ทำการสอนก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายทั้งทางด้านร่างกาย เกิดทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน เกิดทักษะการปรับตัว มีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรช่วยเหลือในชุมชนและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ, 3)การประเมินผลเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามประเมินเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (posttest)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับไปดูแลที่บ้าน การตอบ ถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ ให้ 0

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ 0.00-6.66 ระดับต่ำ, 6.67-13.33 ระดับปานกลาง, 13.34-20.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 2 ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับ ศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประยุกต์จากการศึกษาของ ศิโรรัตน์ สิมทราช และคณะ การแปลผลคะแนนรวม 9 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

7-9 = ระดับสูง, 4-6 = ระดับปานกลาง, 1-3 = ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 33 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบประเมินความพร้อมในการดูแล (preparedness scale) พัฒนาขึ้นโดย Archbold & Stewart[8] แปลเป็นภาษาไทยโดย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์[9] มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) การจัดการความเครียด 4) การดูแลผู้ป่วยและตนเอง 5) การจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 6) ด้านขอความช่วยเหลือ 7) การดูแลผู้ป่วย ภาพรวมการตอบคือ 0 = ไม่ปฏิบัติ, 1 = มีการปฏิบัติการแปลผลคะแนนรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0.00-11.00 = ระดับต่ำ, 11.01-22.00 =ระดับปานกลาง, 22.01-33.00 = ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการแนะนำผู้ป่วยและญาติจำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ ดังนี้คะแนน 1 = น้อยที่สุดถึง 5 = มากที่สุดการแปลผลคะแนนรวม 45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1.00 – 14.66 ระดับน้อย, 14.67 – 22.33 ระดับปานกลาง, 22.34 – 45.00 ระดับมาก

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมอง ประยุต์มาจากแนวทางการประเมินของ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี[10]จำแนกออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 25 = Very Severe Impairment, 15–24 = Severe Impairment, 5–14 = Mild to Moderately, ≤ 4 = Mild Impairment

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ1) การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่า CVI ที่ยอมรับมีค่า = 1 ทุกข้อ คือ ข้อมูลผู้ป่วย

2) แบบสอบถามความรู้ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ด้วยสูตรของการหาค่า KR-20ค่าความยากง่ายแบบสอบถามความรู้ KR-20 = 0.93

3) หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ตัวอย่าง ในโรงพยาบาลบ้านผือนำมาหาค่าreliability โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบราช (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ผลการทดสอบแบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 9 ข้อ alpha= 0.84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริงรับข้อมูลแบบสอบถามกลับ ตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัยการวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการUDREC 3067 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. แนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (caregiver) โดยใช้วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ในการจัดทำแผนปฏิบัติการและพัฒนางาน ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย การบรรยายความรู้และการสาธิต จำนวน 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 สอนเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ของโรค หลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการรักษา การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระยะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

ครั้งที่ 2 สอนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ยา ผลข้างเคียงและการบริหารยา การจัดการกับอาการของโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ในระยะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

ครั้งที่ 3 สอนในเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและแนวทางในการเผชิญปัญหา การเข้าถึงแหล่งประโยชน์และช่องทางการติดต่อ

ผู้วิจัยติดตามประเมินผลเมื่อแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัญหาแบบเดิม การพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา

ปัญหาแบบเดิม	การพัฒนา	ผลลัพธ์ของการพัฒนา
1. ยังไม่มีคู่มือโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่าย	1. ทำการพัฒนาคู่มือโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	- มีคู่มือโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่าย
2. กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ ยังขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 3. การประเมินผลไม่เป็นระบบและไม่บูรณาการ	2. จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 1 ให้ความรู้ผู้ป่วย เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ของโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 2 ให้ความรู้การดูแลตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ยา ผลข้างเคียงและการบริหารยา การจัดการกับอาการของโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครั้งที่ 3 อธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและแนวทางในการเผชิญปัญหา 3. ติดตามประเมินผลเมื่อแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน	- ผลการจัดโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น - มีการฝึกปฏิบัติการดูแลตัวเองและมีการปฏิบัติได้ดี - มีระบบติดตามประเมินผลแบบบูรณาการ

2. ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังดำเนินการ มีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง เพิ่มจาก ร้อยละ 76.7 เป็น 90.0 ข้อที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 100 ได้แก่ สาเหตุโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก, อาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง, การทำความสะอาดช่องปากและฟัน, การทำความสะอาดอวัยวะเพศ และการสวมเสื้อผ้า ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อ20 ข้อ (n=30)

ข้อความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.สาเหตุโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์	25	83.3	30	100.0
2.โรคหลอดเลือดสมองถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	22	73.3	27	90.0
3.การควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันเลือดสูงไม่ดี	22	73.3	27	90.0
4.การสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ	22	73.3	27	90.0
5.อาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	25	83.3	30	100.0
6.ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถกินอาหาร เค็ม มัน ได้ไม่จำกัด	17	56.7	17	56.7
7.การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	25	83.3	30	100.0
8.การนอนรับประทานอาหารศีรษะราบ	16	53.3	21	70.0
9.การอาบน้ำ เช็ดตัว	19	63.3	24	80.0
10.การทำความสะอาดช่องปากและฟัน	26	86.7	30	100.0
11.การทำความสะอาดอวัยวะเพศ	28	93.3	30	100.0
12.การดูดเสมหะควรดูดหลังให้อาหารทุกครั้ง	11	36.7	15	50.0
13.การสวมเสื้อผ้าที่อับชื้น	27	90.0	30	100.0
14.ความรู้เรื่องการดูแลความปลอดภัย	23	76.7	27	90.0
15.ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับ	20	66.7	24	80.0
16.การจัดผ้าปูที่นอนต้องสะอาด	26	86.7	30	100.0

ตารางที่ 1 ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อ20 ข้อ (n=30) (ต่อ)

ข้อความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
17.การสังเกตุพบลักษณะของปัสสาวะแดงและอุจจาระมีสีดำ	28	93.3	30	100.0
18.ควรจัดให้นอนศีรษะสูงหลังรับประทานอาหาร	23	76.7	27	90.0
19.ควรตรวจดูรอยแดงบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ	23	76.7	27	90.0
20.ควรทำกายภาพบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	20	66.7	24	80.0
ระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
ระดับต่ำ (0.00-6.66 คะแนน)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (6.67-13.33 คะแนน)	7	23.3	3	10.0
ระดับสูง (13.34-20.00 คะแนน)	23	76.7	27	90.0

ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่า หลังดำเนินการ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 53.3 เป็น 70.0 ข้อที่คะแนนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.0 ได้แก่ การแจ้งขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายและ อสม. และการจัดเจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนดูแลรายบุคคล ของเครือข่าย/อสม. รองลงมาคือมีการรายงานผลภาวะสุขภาพ สภาพปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนการเยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 90.0ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลจำแนกรายข้อ 9 ข้อ (n=30)

ศักยภาพด้านการจัดการดูแลผู้ป่วย	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.บันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ดูแลเป็นประจำ	10	33.3	15	50.0
2.ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา	19	63.3	24	80.0
3. มีบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการฟื้นฟู	21	70.0	24	80.0
4. การแจ้งขอความช่วยเหลือจากเครือข่าย	28	93.3	30	100.0
5. เจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนการเยี่ยมและติดตามดูแล	22	73.3	27	90.0
6. มีการจัดเจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนดูแลรายบุคคล ของเครือข่าย/อสม.	26	86.7	30	100.0
7. บันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความช่วยเหลือไว้แจ้งเจ้าหน้าที่	19	63.3	24	80.0
8. ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่กรณีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ความพิการในการไปขอรับเงินช่วยเหลือรายเดือน	18	60.0	23	76.7
9.มีการรายงานผลภาวะสุขภาพสภาพปัญหา	22	73.3	27	90.0
ระดับศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล				
ระดับต่ำ (0-3 คะแนน)	4	13.3	0	0.0
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	10	33.3	9	30.0
ระดับสูง (7-9 คะแนน)	16	53.3	21	70.0

การรับรู้ด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังดำเนินการ พบว่า มีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในภาพรวม อยู่ในระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 86.7 เป็น 100.0 โดยด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ทุกข้อ คือ ด้านการดูแลร่างกายของผู้ดูแล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การรับรู้ด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำแนกรายข้อ33 ข้อ (n=30)

ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกายผู้ดูแล				
1. แพทย์/พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการรักษาและการดูแลสุขภาพ	28	93.3	30	100.0
2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลด้านการฟื้นฟูกำลังแขนขา	24	80.0	27	90.0
3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลด้านการให้อาหารและน้ำ ความสะอาดร่างกายและการนอน	23	76.7	27	90.0
ด้านการจัดการอารมณ์ความเครียดของผู้ป่วยและตนเอง				
1.มีความวิตกกังวลหรือเครียดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน	19	63.3	24	80.0
2.คอยสอบถามพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมอารมณ์จิตใจของผู้ป่วย	19	63.3	24	80.0
3.คอยดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลไปพักที่บ้าน	27	90.0	30	100.0
4.มีการเตรียมตัวไว้แล้วเพื่อที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่างๆ ที่บ้าน	25	83.3	30	100.0
5.ได้รับการแนะนำการดูแลเอาใจใส่ สอบถามอาการ	25	83.3	30	100.0
ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเอง				
1.พยาบาลให้ความรู้ด้านจัดให้ผู้ดูแลมีความเป็นส่วนตัวในแต่ละวัน	26	86.7	30	100.0
2.ได้รับความรู้การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	27	90.0	30	100.0
3.มีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยและมีความพร้อมก่อนกลับบ้าน	24	80.0	30	100.0
4.แนะนำกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	26	86.7	30	100.0
5.ได้รับการฝึกการทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสมตามที่ผู้ป่วยสามารถทำได้	24	80.0	30	100.0
ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย				
1.พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระบุอาการเตือนหรือปัญหา	28	93.3	30	100.0
2.ได้รับการแนะนำการดูแลสุขภาพ อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์	24	80.0	28	93.3
3.ได้รับการสอบถามหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย	25	83.3	28	93.3
4.ทีมสุขภาพให้ความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	24	80.0	27	90.0
5.ถ้าสังเกตุพบลักษณะของปัสสาวะแดงและอุจจาระมีสีดำ บ่งบอกว่ามีเลือดออก ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินอาหาร ต้องไปพบแพทย์	26	86.7	29	96.7
ด้านการดูแลผู้ป่วยด้านขอความช่วยเหลือ				
1.มีการประสานนัดหมายจากทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง	25	83.3	30	100.0
2.ทีมสุขภาพมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการวางแผนการเยี่ยมที่บ้านโดยให้ร่วมตัดสินใจ	27	90.0	30	100.0
3.ทีมสุขภาพมีการเตรียมเอกสารเกี่ยวกับการส่งต่อไปรักษา	23	76.7	27	90.0
4.ทีมสุขภาพมีการเตรียมเอกสารเกี่ยวกับการบริการช่วยเหลือสนับสนุน และวันเวลาสำหรับการมาตรวจตามนัด	26	86.7	30	100.0
5.ทีมสุขภาพนัดหมายการเยี่ยมโดยติดต่อทางโทรศัพท์หลังออกจากโรงพยาบาล	19	63.3	26	86.7
ด้านการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม				
1.ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลมีการฟังและให้โอกาสผู้ป่วยหรือครอบครัวสอบถาม	28	93.3	30	100.0
2.เข้าใจการจัดอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวซึ่งย่อยง่ายเพื่อลดพลังงาน	20	66.7	27	90.0
3.มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและอาหารที่เหมาะสมกับการป่วย	25	83.3	30	100.0
4.เข้าใจการจัดชนิดของอาหารให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย	22	73.3	27	90.0
4.โดยรวมมีความเข้าใจและได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านระดับดีมาก	27	90.0	30	100.0

ตารางที่ 3 การรับรู้ด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำแนกรายข้อ33 ข้อ (n=30)

ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ความพร้อม				
ระดับต่ำ (1.00-11.00 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (11.01-22.00 คะแนน)	4	13.3	0	0.0
ระดับสูง (22.01-33.00 คะแนน)	26	86.7	30	100.0

ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังดำเนินการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ การเปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลรักษาผู้ป่วย, มีการพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ และภาพรวมระดับความพึงพอใจต่อการแนะนำด้านความพร้อมจำหน่ายไปอยู่บ้าน (4.00±0.00) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจำนวน 9 ข้อ (n=30)

ความพึงพอใจ	Mean±SD	ระดับ
1.เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง	3.77±0.43	สูง
2.ได้รับการประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ	3.67±0.47	สูง
3.แพทย์/พยาบาลให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษา	3.87±0.34	สูง
4.การได้รับข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การทำกายภาพบำบัด การมาตรวจตามนัด และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ	3.80±0.40	สูง
5.มีการเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก	3.90±0.30	สูง
6.มีการเปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลรักษาผู้ป่วย	4.00±0.00	สูง
7.มีการพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ	4.00±0.00	สูง
8.มีการแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนและหลังทำหัตถการ	4.00±0.00	สูง
9. ภาพรวมระดับความพึงพอใจต่อการแนะนำด้านความพร้อมจำหน่ายไปอยู่บ้านของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลกุดจับ	4.00±0.00	สูง
ระดับความพึงพอใจ	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ระดับสูง (22.34 – 45.00 คะแน)	30	100.0

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า ก่อนดำเนินการ ระดับความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ very severe impairment ร้อยละ 63.3 และหลังดำเนินการอยู่ในระดับ severe impairment ร้อยละ 50.00 โดยหลังดำเนินการ ระดับความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยระดับ very severe impairment ลดลง จากร้อยละ 63.3 เป็น ร้อยละ 23.3 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ (n=30)

ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวมทุกด้าน 25 คะแนน				
mild impairment (คะแนน ≤ 4)	2	6.7	1	3.3
mild to moderately (คะแนน 5–14)	4	13.3	7	23.3
severe impairment (คะแนน 15–24)	5	16.7	15	50.0
very severe impairment (คะแนน 25)	19	63.3	7	23.3

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (caregiver) โดยใช้วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกลักษณะปลอดภัย เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ (bed sore) การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย[12] เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ (facilitator) 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน (Plan) (2) การลงมือ ปฏิบัติ (Do) (3) การสังเกต (Check) (4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Action) โดยมีการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประยุกต์มาจาก เพ็ญศรี แสนสุข[13] เป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม และการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ประยุกต์จากการศึกษาของ ศิโรรัตน์ สิมทราช และคณะ[14]ตามกรอบแนวคิด IDEAL discharge planning method[11] ประกอบด้วย การรวมผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในทีมวางแผนจำหน่าย (include), การสนทนา (discussion) ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้าน แนวทางการช่วยเหลือของผู้ดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การทบทวนการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อน ข้อห้ามใช้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล ครั้งนี้ มีการให้ความรู้ (educate) และผลการรักษาแก่ครอบครัวเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย ขั้นตอนการรักษา และการจำหน่าย การประเมิน (asses) โดยการสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทักษะการดูแลของผู้ดูแลและ การสอนกลับของแพทย์และพยาบาล และการฟัง (listen) ให้โอกาสผู้ป่วยและผู้ดูแลสอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่ที่อยากรู้เพิ่มเติม ทำให้ญาติผู้ดูแล มีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนสามารถช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำอาการของโรคจะส่งผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยลดระดับความรุนแรงอาการป่วยและฟื้นฟูสุขภาพได้ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทธิกรณ์ นันทคุณ[15] ศึกษาประสิทธิผลการจัดการงานบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสระบุรี พบว่า 1) สภาพการณ์การจัดการงานบริการผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสระบุรี PDCA (P) เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามาพนักงานเวรเปลประเมินเบื้องต้น (D) แพทย์ส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นไปที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (C) มีการดูผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเบื้องต้น (A) หากพบปัญหาระหว่างให้การดูแลรักษาในแต่ละขั้นตอนจะมีการนำปัญหามาประชุมปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขการรักษาทันที การศึกษาของ นิสสา อาชวชาลี[16] ศึกษาพบว่า การประเมินแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน, การประเมินแรกรับที่ตึกผู้ป่วย และการวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพยากรณ์ความทุพพลภาพของผู้ป่วยภายหลังการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ดังนั้นการประเมินผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ไม่ฉีดสารทึบรังสีก่อนได้รับการรักษาโดยใช้ ASPECTS สามารถช่วยประกอบการตัดสินใจในการรักษาและพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของร่างกายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้โดยมีการพยากรณ์โรคที่ดี และการศึกษาของ พิชัย โรจนพิทยากร[17] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและระยะเวลาในการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงในสมองอุดตัน ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวที่ดีในกลุ่มหลอดเลือดดำอุดตัน และปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวที่ดีในกลุ่มหลอดเลือดแดงในสมองอุดตันคือ อายุน้อยกว่า 65 ปี

2. ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วย หลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง โดยข้อที่คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ได้แก่ สาเหตุโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก, อาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง, การทำความสะอาดช่องปากและฟัน, การทำความสะอาดอวัยวะเพศ, การสวมเสื้อผ้า, การจัดผ้าปูที่นอน, การสังเกตพบลักษณะของปัสสาวะแดงและอุจจาระมีสีดำเมื่อราดน้ำแล้วมีสีแดงบ่งบอกว่ามีเลือดออก และศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังดำเนินการมีศักยภาพมากกว่าก่อนดำเนินการ และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลครั้งนี้ ทำให้ญาติผู้ดูแล มีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนสามารถช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำอาการของโรคส่งผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยลดระดับความรุนแรงอาการป่วยและฟื้นฟูสุขภาพได้ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รพีภัทร ชำนาญเพาะ และคณะ[18] ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลภายหลัง 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย การศึกษาการมาใช้บริการสุขภาพฟื้นฟูสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุหลังป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศบราซิล แสดงให้เห็นถึงการมีประสิทธิภาพสูงของเครือข่ายทางการพยาบาลโดยการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้านหลังออกจากโรงพยาบาล[15]

3. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังดำเนินการ ระดับความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วย ระดับ very severe impairment ลดลง จากร้อยละ 63.3 เป็น ร้อยละ 23.3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากหลังพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของEnderby, et al[20] ทำการศึกษาศักยภาพและคุณค่าของ "ศักยภาพการฟื้นฟูสุขภาพ" ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 12 เดือน พบว่า สิ่งที่จำเป็นในการจัดการ ได้แก่ ต้องมีการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการกำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่จะได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ การให้ความรู้ศักยภาพผู้ดูแล และให้การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกด้าน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่มีอาการเตือนจากภาวะโรคหลอดเลือดในสมองแล้ว แต่ไม่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง นับจากเริ่มมีอาการเนื่องจากยังขาดความรู้ความเข้าใจในอาการเตือน ที่เกิดขึ้น และยังไม่ตระหนักต่อความสำคัญของเวลาซึ่งมีผลต่อการรักษา การศึกษาประชากรที่เป็นทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มที่มีความเสี่ยง และกลุ่มที่เป็นผู้ป่วย โดยวัดเรื่องความรู้และความตระหนักเรื่องโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ประชาชนมีความบกพร่องในความรู้เรื่องสาเหตุ และอาการเตือน รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเตือน[21] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันด้านความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความรุนแรง 0 ถึง 2 ถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่ดีในกลุ่มตัวอย่าง และมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นระดับสูงเมื่อติดตามดูแลผู้ป่วยที่ 3 เดือน[22]และการศึกษาผลการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคกับอาการทางระบบประสาทที่แย่ลงในระยะแรก พบว่า การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำนายการเกิดความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารจัดการระบบ แนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาล ดังนั้นควรมีการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน โดยประเมินระบบประสาทและการเคลื่อนไหว ควรมีการให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ แนะนำญาติให้ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยการออกกำลังกาย (passive exercise) ตามความเหมาะสม ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การดูแลระยะฟื้นฟู การสังเกตอาการผิดปกติ และการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมอง ควรเริ่มจากการฝึกตรวจผู้ป่วยดังกล่าวร่วมกับผู้เชี่ยวชาญก่อนในระยะแรกๆ และเมื่อกระทำบ่อยๆ จะค่อยเกิดความชำนาญขึ้น ซึ่งจะทำให้เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก เพื่อส่งเสริมการรักษาฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2564; 37(4): 54-60.
2. สุวารี นิระโส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. ปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. พยาบาลสาร 2560; 44(4): 61-70.
3. Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S, Vega-Stromberg T. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. Clinical Nurse Specialist 2007; 21(1): 31-42.
4. รุจิรา ถูกใจ, ภารดี นานาศิลป์, ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. พยาบาลสาร 2563; 47(2): 274-85.
5. โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาลกุดจับ. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.kch.go.th/home.php
6. Polit DF and Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999.
7. Naylor M, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional Care. J Am GeriatrSoc 2017; 65: 1119-25.
8. Archbold PJ, Stewart BJ. Family Caregiving Inventory [Unpublished manuscript] Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.
9. Wirojratana V. Development of the Thai family care inventory [Doctoral dissertation, Portland: Oregon Health & Science University; 2002.
10. ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, สินีนาฏ นาคศรี. ความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคกับอาการทางระบบประสาทที่แย่ลงในระยะแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันแบบเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564; 32(2): 146-60.

11. Nelson JM, Rosenthal L. How nurses can help reduce hospital readmissions [Internet]. 2015 [Cited 2023October 2]. Available from: https://www.myamericannurse.com/wp
12. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th
13. เพ็ญศรี แสนสุข. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2563.
14. ศิโรรัตน์ สิมทราช, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ณัฐธยาน์ สุวรณคฤหาสน์. ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566; 50(1): 230-43.
15. ภัทธิกรณ์ นันทคุณ. ประสิทธิผลการจัดการงานบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสระบุรี. [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลย์อลงกรณ์; 2565.
16. นิสสา อาชวชาลี. การศึกษาความสัมพันธ์ของการประเมินผลเอกซเรย์-คอมพิวเตอร์โดยใช้ Alberta Stroke Program Early CT Score กับการพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของร่างกายผู้ป่วยโรคเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(2): 297-312.
17. พิชัย โรจนพิทยากร. ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและระยะเวลาในการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงในสมองอุดตัน ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. J Thai Stroke Soc 2019; 18(2): 5-14.
18. รพีภัทร ชำนาญเพาะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ทิพมาส ชิณวงศ์. ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13 ปี การศึกษา 2561. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต, 2561: 3216-27.
19. Bierhals CCBK, Day CB, Mocellin D, et al. Use of health services by elderly people post-stroke: a randomized controlled trial. Rev GauchaEnferm. 2020; 41: 20190138. doi:10.1590/1983-1447.2020.20190138
20. Enderby P, Pandyan A, Bowen A, Hearnden D, Ashburn A, Conroy P, Logan P, Thompson C, Winter J. Accessing rehabilitation after stroke – a guessing game?. Disability and Rehabilitation J. 2017; 39(7): 709–13.
21. พัดชา ตุลยาเดชานนท์. Role of CT, CT Angiography, and Perfusion CT in Acute Ischemic Stroke. J Thai Stroke Soc. 2019; 18(3): 25-36.
22. Jagini SP, IS. Clinical profile of patients with acute ischemic stroke receiving intravenous thrombolysis (rtPA-alteplase). International Journal of Advances in Medicine. 2018; 5(1): 164-69.