



ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน
จากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมา
รักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไป
แห่งหนึ่งของภาคใต้

Effect of Transitional Care Program for Elderly Stroke Patients and
Caregivers on Patient's Activities of Daily Living, Readmission
and Caregiver's Ability at General Hospital of the South

เกศริน เอกวิชัย

Ketsarin Ekwichai

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University

2564

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน
จากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมา
รักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไป
แห่งหนึ่งของภาคใต้

Effect of Transitional Care Program for Elderly Stroke Patients and
Caregivers on Patient's Activities of Daily Living, Readmission
and Caregiver's Ability at General Hospital of the South

เกศริน เอกวิชัย

Ketsarin Ekwichai

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University

2564

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

| | |
|-----------------|---|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ |
| ผู้เขียน | นางสาวเกศริน เอกวิชัย |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) |

| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | คณะกรรมการสอบ |
|--|---|
| (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุศรา หมื่นศรี) |ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา คำเกลี้ยง) |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม |กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุศรา หมื่นศรี) |
| (รองศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานันต์) |กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานันต์) |
| |กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพมาส ชินวงศ์) |
| |กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร. จอม สุวรรณโณ) |

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....
(ศาสตราจารย์ ดร. ดำรงค์ดี ฟ้ารุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วน
ช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุศรา หมั่นศรี)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวเกศริน เอกวิชัย)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวเกศริน เอกวิชัย)

นักศึกษา

| | |
|-----------------|---|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ |
| ผู้เขียน | นางสาวเกศริน เอกวิชัย |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) |
| ปีการศึกษา | 2564 |

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 60 คู่ โดย 30 คู่แรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 30 คู่หลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โปรแกรมการดูแลใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ แบ่งการดูแลออกเป็น 2 ระยะ คือ (1) ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (2) ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (2) แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (3) แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (4) แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (5) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (6) คู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (7) สมุดประจำตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (8) แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน และ (9) แบบบันทึกการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (3) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ และ (4) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติบรรยาย และใช้สถิติที่ในการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.45, p < .01$)

2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.09, p < .05$)

3. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน

4. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.09, p < .01$)

ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย

| | |
|----------------------|--|
| Thesis | Effect of Transitional Care Program for Elderly Stroke Patients and Caregivers on Patient's Activities of Daily Living, Readmission and Caregiver's Ability at General Hospital of the South |
| Author | Ketsarin Ekwichai |
| Major Program | Nursing Science (Adult Nursing) |
| Academic Year | 2021 |

ABSTRACT

This quasi experimental research aimed to examine the effects of a transitional care program for elderly patients with stroke and caregivers on patients activities of daily living, readmission, and caregiver's ability. Purposive sampling was used to select elderly patients with stroke and caregivers who were admitted at a general hospital of the south. A total of 60 dyads of elderly patients with stroke and their caregivers were recruited into this study. The first 30 dyads of elderly patients with stroke and caregivers were assigned to the control group, receiving a usual care. The other 30 were assigned to the experimental group, receiving a transitional care program for 4 weeks, which was divided into 2 phases: (1) in-hospital phase, and (2) home visiting and telephone follow-up phase. The instruments used for the intervention consisted of (1) the transitional care program, (2) need assessment form for elderly patients with stroke and caregivers, (3) transitional care planning for elderly patients with stroke and caregivers, (4) teaching plan for the transitional care of elderly patients with stroke, (5) power point presentation, (6) handbook for elderly patients with stroke and caregivers, (7) identification book of elderly patients with stroke, (8) home visit tracking record, and (9) tracking phone record form. The data collection tools included (1) General Information Record Form for Stroke Patients and Caregivers, (2) Activities of Daily Living Questionnaire, (3) Readmission Records, and (4) Caregiver's Abilities Questionnaire. All research instruments were verified by three experts for content validity. The reliability testing of the Caregiver's Abilities Questionnaire showed a Cronbach's alpha coefficient of .81. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The study results revealed the following:

1. The mean score on the activities of daily living in the elderly patients with stroke after receiving the transitional care program was significantly higher than that of the pre-intervention ($t = -6.45, p < .01$)

2. The mean score on the activities of daily living in the elderly patients with stroke after receiving the transitional care program was significantly higher than that of the control group ($t = -2.09, p < .05$)

3. The readmission rate of the elderly patients with stroke was not significantly different between the two groups.

4. The mean score on caregiver's abilities after receiving the transitional care program was significantly higher than that of the control group ($t = -9.09, p < .01$)

The results of this study showed that a transitional care program for elderly patients with stroke and caregivers could improve the patients' activities of daily living and caregivers' abilities. Therefore, this program should be implemented for patients with stroke and caregivers during the transition of care.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จากความมุ่งมั่น และความวิริยะอุตสาหะของผู้วิจัย ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำอันมีคุณค่าและเป็นประโยชน์จาก ผศ. ดร. บุศรา หมื่นศรี และ รศ. ดร. กิตติกร นิลมานัต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งคอยสนับสนุนช่วยเหลือทั้งร่างกายและแรงใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ อีกทั้งยังสละเวลาอันมีค่าในการชี้แนะในทุกกระบวนการของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งและตระหนักถึงความเมตตากรุณาที่มอบให้เสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้การวิจัยดำเนินสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ทำให้งานวิจัยเล่มนี้มีคุณภาพและมีคุณค่าทางการศึกษามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในระหว่างการศึกษา

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มอบโอกาสสำคัญครั้งหนึ่งในชีวิตให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา และให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสทำวิจัยและนำเสนองานวิจัยอันมีประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลพัทลุงที่คอยให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนให้กำลังใจในระหว่างทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ตลอดจนผู้มีพระคุณ สำหรับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งร่างกายและแรงใจ จนสามารถก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคทั้งปวง และประสบความสำเร็จดังที่ปรารถนา คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน

เกศริน เอกวิชัย

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อ..... | (5) |
| ABSTRACT..... | (7) |
| กิตติกรรมประกาศ..... | (9) |
| สารบัญ..... | (10) |
| รายการตาราง..... | (12) |
| รายการภาพประกอบ..... | (13) |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 5 |
| คำถามการวิจัย..... | 5 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 6 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 8 |
| นิยามศัพท์..... | 9 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 11 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 11 |
| บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง..... | 12 |
| แนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง..... | 13 |
| ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน..... | 36 |
| ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง..... | 43 |
| แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน..... | 52 |
| สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง..... | 65 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 67 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 67 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 70 |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ..... | 76 |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง..... | 78 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 79 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 87 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... | 89 |
| ผลการวิจัย..... | 90 |
| การอภิปรายผลการวิจัย..... | 98 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... | 106 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 106 |
| ข้อจำกัดในการวิจัย..... | 107 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 108 |
| เอกสารอ้างอิง..... | 110 |
| ภาคผนวก..... | 127 |
| ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง..... | 128 |
| ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 129 |
| ค เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง..... | 141 |
| ง หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์..... | 178 |
| จ แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... | 179 |
| ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 188 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 189 |

รายการตาราง

| ตาราง | | หน้า |
|-------|---|------|
| 1 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 91 |
| 2 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 94 |
| 3 | เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (N=30)..... | 96 |
| 4 | เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test (N = 60)..... | 97 |
| 5 | เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test (N = 60)..... | 98 |

รายการภาพประกอบ

| ภาพ | | หน้า |
|-----|---|------|
| 1 | กรอบแนวคิดการวิจัยผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้..... | 8 |
| 2 | ขั้นตอนการดำเนินวิจัย..... | 86 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญโรคหนึ่งของประชากรโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization [WSO]) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก โดยในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจำนวน 17 ล้านคน และในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 6.5 ล้านคน (WSO, 2017) สำหรับประเทศไทยนั้นพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วย 293,463 คน และในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 304,807 คน และพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศระหว่างปี 2557-2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคพบสูงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยมีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการแตก ตีบ หรืออุดตัน ทำให้เกิดการตายของเนื้อสมอง โดยอาการทางคลินิกจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (World Health Organization [WHO], 2021) พยาธิสภาพของโรคก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟูสภาพ ปัญหาที่พบในระยะวิกฤตจะทำให้มีอาการหมดสติ การทำงานของระบบหัวใจและระบบหายใจผิดปกติ และมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลในระยะวิกฤตที่ถูกต้องอาจทำให้เสียชีวิตได้ (Hickey, 2014) แต่เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตอาการพร่องทางระบบประสาทหรือความพิการที่เกิดขึ้นจะเริ่มคงที่ โดยความพิการที่พบ ได้แก่ ความบกพร่องในการสื่อสาร ผู้ป่วยจะพูดไม่ชัด หรือไม่สามารถพูดเป็นคำและประโยคได้ นอกจากนี้อาจพบอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก ร่วมกับการเคลื่อนไหวลำบาก ผู้ป่วยบางรายอาจสูญเสียการทรงตัว มีความผิดปกติด้านการมองเห็น มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน รวมทั้งการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ (National Stroke Association [NSA], 2017) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยร้อยละ 45 พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Wang, Yang, Shi, Yang, & Hu, 2017) จากข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดในวัยผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ในหลาย

ระบบ และสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย (สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559) โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นปัญหาของการดูแลในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะสมองบวม พบได้สูงถึงร้อยละ 85 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ และเป็นบริเวณกว้าง (Farahvar et al., 2012) และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวมจะเสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 36.7 และส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน 3 เดือน (Li et al., 2019) ภาวะปอดอักเสบที่มีสาเหตุมาจากการสำลัก พบได้ประมาณร้อยละ 60 (Kishore et al., 2018) การเกิดแผลกดทับ พบได้ประมาณร้อยละ 20 (Dharmasaroja, 2012) และภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบได้ประมาณร้อยละ 19 (Yan et al., 2018) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำภายหลังจากจำหน่าย

การกลับมารักษาซ้ำเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภายหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะพบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ได้ประมาณร้อยละ 9 (Suri & Qureshi, 2013) และในการศึกษาอื่นหลังพบว่า แม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรอดชีวิตจากความเจ็บป่วย แต่มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 53.5 ที่มีการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี และมีผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 15 ที่สามารถมีชีวิตรอดได้ถึง 5 ปี หลังการเจ็บป่วย (Bravata, Ho, Meehan, Brass, & Concato, 2015) ผลของการกลับมารักษาซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการที่รุนแรงขึ้น และพบอัตราการตายหลังกลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับการรักษาครั้งแรก (สมศักดิ์, 2554) และผู้ป่วยที่รอดชีวิตที่เหลือส่วนใหญ่จะอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องทางร่างกาย และต้องพึ่งพาผู้ดูแล โดยในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม การฟื้นฟูสภาพ การเป็นผู้ติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรที่มสุขภาพ และการช่วยเหลือด้านการเงิน ตลอดจนการตัดสินใจในการเลือกวิธีในการรักษาให้กับผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ (วลัยนารี, 2554; Tsai, Yip, Tai, & Lou, 2015) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นการทำหน้าที่ที่ต้องใช้ความอดทนอย่างสูง โดยในระยะแรกตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วยจนกระทั่ง 1 สัปดาห์ ผู้ดูแลจะมีความไม่มั่นใจในการดูแลเนื่องจากขาดความรู้ และทักษะในการดูแล รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย (บุษยมาส, 2561; Camicia, Lutz, Markoff, & Catlin, 2019; Lutz et al., 2017) และเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยไม่มีเวลาพักผ่อน ผู้ดูแลจะรู้สึกเป็นภาระและเกิดความเบื่อหน่ายที่จะดูแลผู้ป่วย (ภาวิณี, นพวรรณ, และสมนึก, 2557) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ความรู้สึก และสภาวะ

ทางร่างกายของผู้ดูแลจะมีความเปลี่ยนแปลงมาก โดยเฉพาะในระยะเวลา 1 เดือนแรกหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภาวะดังกล่าวที่เกิดขึ้นจะส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลลดลง (สวรินทร์, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีผลต่อการฟื้นฟู และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลจะมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆระยะของการเจ็บป่วย ทั้งการดูแลระยะเฉียบพลัน ในระยะนี้ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย (Akosile, Banjo, Okoye, Ibikunle, & Odole, 2018) ระยะหลังเฉียบพลันหรืออาการของโรคคงที่ ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้ทักษะที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ และเรียนรู้วิธีการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ (วนิดา, 2557) โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเปลี่ยนสถานที่ดูแลไปสู่การดูแลที่บ้าน

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นการดูแลที่ครอบคลุมบริการที่มีข้อจำกัดของเวลา และสภาพแวดล้อม ออกแบบมาเพื่อให้มั่นใจถึงความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ และป้องกันการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Coleman & Boulton, 2003) โดยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้นพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความซับซ้อนในการดูแล และมีช่วงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลอย่างจำกัด ซึ่งผู้ป่วยจะมีวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลประมาณ 4 วัน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายและกลับไปอยู่บ้าน (NSA, 2017) ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านไปสู่การดูแลที่บ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านพบว่า มีการนำการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) ที่ใช้กลยุทธ์การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างสมบูรณ์โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ร่วมกับการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งแบ่งระยะดำเนินการดูแลผู้ป่วยเป็น 2 ระยะ คือ (1) ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospital visits) และ (2) ระยะเยี่ยมบ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบการศึกษาวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อการลดอัตราการตาย และการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของวัง, ยาง, ชิ, ยาง และฮู (Wang, Yang, Shi, Yang, & Hu, 2017) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเทียบกับการพยาบาลปกติ และโปรแกรมการดูแล

ระยะเปลี่ยนผ่านที่มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของปราณี (2558)

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมายังเป็นการศึกษาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกช่วงวัย ซึ่งยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ และการวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการศึกษาที่ผ่านมา มีการวัดผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล คือ การเตรียมความพร้อม การปรับตัว ความเครียด สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต (สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559) แต่ยังไม่พบการวัดผลลัพธ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความสามารถของผู้ดูแลจะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการวิจัยที่ผ่านมาใช้บทบาทพยาบาลปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยประยุกต์ใช้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) ซึ่งผู้วิจัยจะทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างสมบูรณ์ และวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยกำหนดโปรแกรมการดูแลครอบคลุม 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospital visits) ซึ่งขั้นตอนดำเนินการประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อการวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ (2) วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยวางแผนจำหน่ายเป็นรายบุคคล และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (3) ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ เป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และ (4) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการทบทวนความรู้ ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และปรับปรุงแผนการจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย และระยะที่ 2 เป็นระยะการเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability) ขั้นตอนการดำเนินการประกอบด้วย (1) การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่าย (2) การเยี่ยมทางโทรศัพท์ และบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยหวังผลให้การศึกษาครั้งนี้ เป็นประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ตลอดจนผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือไม่
2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
3. จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านน้อยกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

4. คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) ซึ่งรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ เป็นรูปแบบการดูแลที่ใช้กลยุทธ์การจัดการรายกรณี โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ดำเนินการดูแล ร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล แพทย์ และบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ ในแต่ละระยะของการเปลี่ยนผ่าน และใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สามารถสรุปเป็นรูปแบบของการดูแล ที่แบ่งระยะดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยเป็น 2 ระยะ ได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospital visits) โดยกิจกรรมในระยะนี้ประกอบด้วย

1. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อการวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ โดยการซักถามเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อประเมินความต้องการและความบกพร่องทางร่างกายหลังเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เมื่อทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดำเนินการโดยการโทรศัพท์ติดต่อ และพูดคุยร่วมกันที่เตียงผู้ป่วย โดยแผนการดูแลจะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (1) การดูแลระยะเฉียบพลัน และ (2) การดูแลระยะหลังเฉียบพลัน

3. ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ เป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดำเนินการโดยวิธีการบรรยาย และสาธิตย้อนกลับตามแผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สื่อที่ใช้ประกอบการสอน ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ซึ่งเนื้อหาในการ

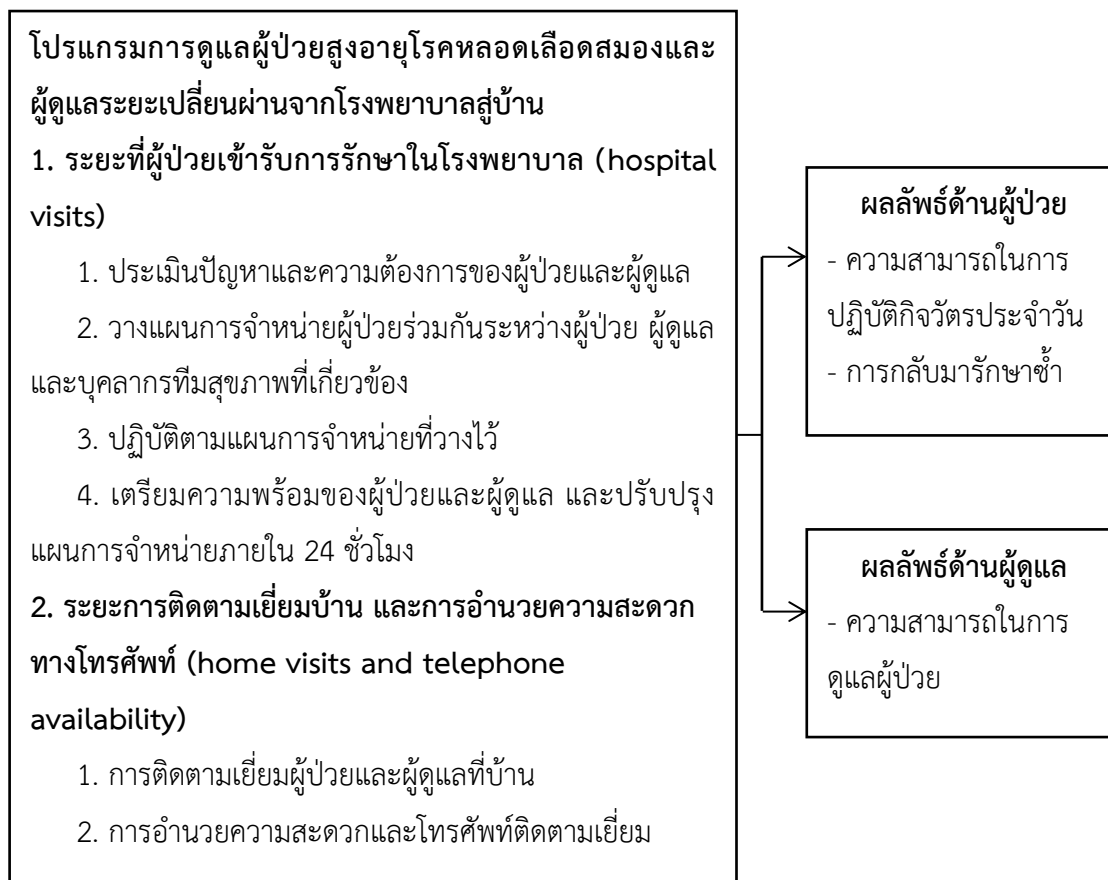
บรรยาย ประกอบด้วย ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน และการดูแลด้านจิตใจ หลังจากการบรรยายผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เสนอแนะ ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความไว้วางใจ และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และนอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรัก ความผูกพันกัน และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล หลังจากนั้นมอบคู่มือแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทบทวนต่อไป

4. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการทบทวนความรู้ ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และปรับปรุงแผนการจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมง ในประเด็นที่เป็นปัญหาการดูแล ดำเนินการโดยการสอนและสาธิตซ้ำ และบันทึกสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่องในสมุดประจำตัว และมอบให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลภายหลังการจำหน่าย

ระยะที่ 2 ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability) โดยกิจกรรมในระยะนี้ประกอบด้วย

1. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทั้งหมด 2 ครั้ง คือ วันที่ 7 และวันที่ 30 ของการเก็บข้อมูล โดยการเยี่ยมวันที่ 7 จะเป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา และพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล การเยี่ยมในวันที่ 30 จะเป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำ และประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2. การอำนวยความสะดวกและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ วันที่ 14 และวันที่ 21 ของการเก็บข้อมูล โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม นั้น จะเป็นการโทรสอบถามปัญหา ส่งเสริมความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และเน้นย้ำผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 7 วันต่อสัปดาห์ ดังนี้ ในวันทำการ ให้บริการเวลา 8.00 น. ถึง 22.00 น. และในวันหยุด ให้บริการเวลา 8.00 น. ถึง 12.00 น. เพื่อตอบคำถามข้อสงสัย และความกังวลต่างๆ ของผู้ป่วย โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดวิจัยได้ดัง ภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและ ผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

- ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
- ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน หมายถึง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวปฏิบัติการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) ใช้เวลา 4 สัปดาห์ แบ่งการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospital visits) กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยแผนการดูแลจะแบ่งเป็นการดูแลระยะเฉียบพลัน และการดูแลระยะหลังเฉียบพลัน (3) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ เป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดำเนินการโดยวิธีการบรรยาย สอน สาธิต และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับตามแผนการสอน เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สื่อที่ใช้ประกอบการสอน ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (4) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปรับปรุงแผนการจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ในประเด็นที่เป็นปัญหาการดูแล ดำเนินการ โดยการสอนและสาธิตซ้ำ ระยะที่ 2 เป็นระยะติดตามเยี่ยมบ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability) กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย (1) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน จะมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทั้งหมด 2 ครั้ง คือ วันที่ 7 และวันที่ 30 ของการเก็บข้อมูล (2) การอำนวยความสะดวกและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม จะมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ วันที่ 14 และวันที่ 21 ของการเก็บข้อมูล และยังอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 7 วันต่อสัปดาห์ ดังนี้ ในวันทำการ ให้บริการเวลา 8.00 น. ถึง 22.00 น. และในวันหยุด ให้บริการเวลา 8.00 น. ถึง 12.00 น.

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ทำเป็นประจำในการดำเนินชีวิต โดยบุคคลมีความต้องการในการทำกิจกรรมด้วยตนเองอย่างอิสระให้สำเร็จรวมถึงการมีส่วนร่วมในสังคม ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การรับประทานอาหาร (2) การล้างหน้า หวีผมและโกนหนวด (3) การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ หรือการลุกนั่งจากที่นอน (4) การใช้ห้องสุขา (5) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน หรือภายในห้อง (6) การสวมใส่เสื้อผ้า (7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น (8) การอาบน้ำ (9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และ (10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ จิตะพันธ์กุล กมลรัตน์กุล และเอbrahim (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) เมื่อนำคะแนนทั้ง 10 กิจกรรมมารวมกันจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน นำผลรวมของคะแนนมาแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยแบ่งได้เป็น 5 ระดับดังนี้

| | |
|-------------|---|
| 0-4 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง |
| 5-8 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ปฏิบัติได้น้อย |
| 9-11 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง ปฏิบัติได้เองปานกลาง |
| 12-19 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ |
| 20 คะแนน | หมายถึง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด |

3. การกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยของสถานบริการสุขภาพของรัฐหรือเอกชน รักษาที่คลินิกหรือแผนกฉุกเฉิน ภายใน 30 วัน หลังการเก็บข้อมูล ด้วยอาการเดิม หรือโรคเดิม หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลัก ในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยใช้แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในวันที่ 30 ของการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ในผู้ป่วยแต่ละรายไม่ว่ากลับมารักษาซ้ำกี่ครั้งจะนับเป็นการกลับมารักษาซ้ำ 1 คน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล หมายถึง ศักยภาพและทักษะในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจารึก ธาณิรัตน์ (2545) ที่ครอบคลุม 4 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน 13 ข้อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 10 ข้อ การฟื้นฟูสภาพ 5 ข้อ การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย 7 ข้อ รวมทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

| | |
|-----------------|-----------------|
| ปฏิบัติทุกครั้ง | เท่ากับ 2 คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | เท่ากับ 1 คะแนน |
| ไม่ปฏิบัติ | เท่ากับ 0 คะแนน |

5. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายแก่ญาติผู้ป่วย ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ โดยกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว โดยสื่อที่ใช้ประกอบการให้ข้อมูล ได้แก่ แผ่นพับ และแผนการรักษาประจำวันของแพทย์ ซึ่งแต่ละหอผู้ป่วยจะมีแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละหอผู้ป่วยและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านด้วยทีมติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ซึ่งเป็นทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยจะติดตามเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง สำหรับผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบจะเป็นเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่รับผิดชอบพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแทน การเยี่ยมจะเป็นไปตามลำดับซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายจะมีช่วงเวลาการเยี่ยมที่แตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 1 โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คู่ และกลุ่มทดลอง 30 คู่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านจะช่วยเพิ่มความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย ยืนยาวและดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ ส่งผลต่อการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่าย ตลอดจนลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.7 การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 2.1 ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 2.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 3.2 บทบาท หน้าที่ของผู้ดูแล
 - 3.3 ความต้องการของผู้ดูแล
 - 3.4 ความสามารถในการดูแล
 - 3.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
4. แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน
 - 4.1 ความหมายของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน
 - 4.2 กระบวนการดูแลต่อเนื่องระยะเปลี่ยนผ่าน
 - 4.3 องค์ประกอบของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

4.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

5. การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและ ผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์จากหลักฐาน เชิงประจักษ์

6. สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาท มีอาการ นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการแตก ตีบ หรืออุดตัน ส่งผล ให้มีการตายของเนื้อสมอง ซึ่งอาการทางคลินิกจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด (WHO, 2021) สำหรับประเทศไทยนั้น สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นอาการชา อ่อนแรง หรือเคลื่อนไหวลำบากของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง หรืออาการที่แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหว ลำบาก หรือเคลื่อนไหวไม่ได้อย่างทันทีทันใด อันเกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแตก ตีบ หรือ อุดตัน ส่งผลให้สมองส่วนนั้นขาดออกซิเจน อาหาร และทำให้เนื้อสมองเกิดความเสียหาย

อุบัติการณ์ของการเกิดโรค โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของ ประชากรโลก จากรายงานขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization [WSO]) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก โดยในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมองทั่วโลกจำนวน 17 ล้านคน และในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 6.5 ล้านคน (WSO, 2017) สำหรับประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วย 293,463 คน และในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 304,807 คน และพบอัตราการ เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคพบสูงในกลุ่ม ประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 80 (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายจากอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้กลุ่ม คนในวัยนี้ประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย โดยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความอดทนในการ ต่อสู้กับโรคต่างๆ รวมถึงความแข็งแรงของร่างกายเริ่มลดลง จึงเป็นผลให้เกิดโรคและนำมาสู่การ เสียชีวิตได้มากกว่ากลุ่มคนในวัยอื่นๆ (ภัทรวินท์, 2556)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบ สำหรับการเปลี่ยนแปลงของสมองในผู้สูงอายุนั้นพบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด น้ำหนัก และการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง โดยน้ำหนักของสมองจะลดลงร้อยละ 0.1-0.2 ในช่วงอายุระหว่าง 30-50 ปี และจะลดลงร้อยละ 0.3-0.5 เมื่ออายุ ≥ 70 ปี ซึ่งตำแหน่งของสมองที่มีการสูญเสียน้ำหนักมากที่สุด คือ เปลือกสมอง (cerebral cortex) และฮิปโปแคมปัส (hippocampus) สำหรับการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลางนั้นพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เกลีย (glial cell) รวมถึงสมองเนื้อสีขาว (white matter) ซึ่งสมองเนื้อสีขาวจะมีการเปลี่ยนแปลงในระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ถึง 1 ใน 3 ในช่วงอายุระหว่าง 54-84 ปี ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคเกี่ยวกับระบบประสาทได้มากขึ้น โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Baştan et al., 2016) จากรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association [AHA]) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ ≥ 85 ปี คิดเป็นร้อยละ 17 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยความชุกของการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีการคาดการณ์ว่าอีก 40 ปี ข้างหน้า (ค.ศ. 2010–2050) อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นเป็น 2 เท่าในผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 75 ปี (AHA, 2017) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงด้านอายุที่ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เพศ โรคหลอดเลือดสมองพบอุบัติการณ์การเกิดสูงทั้งประชากรเพศหญิงและเพศชาย จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า เนื่องจากการรับประทานยาคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์ มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ รวมถึงพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายด้วย (American Heart Association and American Stroke Association, 2019)

2. พันธุกรรม พบว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดกับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงสูงมากกว่าคนปกติ เนื่องจากการกลายพันธุ์ของยีนส์ที่เกิดความเสียหายของผนังหลอดเลือดในสมอง สกัดกั้นการไหลของเลือด ซึ่งในผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองการศึกษาพบว่าเมื่อเด็กร้อยละ 50 ได้รับการถ่ายทอดโรคจากพ่อแม่ (American Heart Association and American Stroke Association, 2019)

- 3.ชาติพันธุ์ พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาวทั้งเพศชายและเพศหญิง จากการศึกษาในกลุ่มคนผิวดำวัยผู้ใหญ่และวัยกลางคนมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhage) และภาวะเลือดออกใน

สมอง (intracerebral hemorrhage) มากกว่ากลุ่มคนผิวขาวเมื่ออายุเท่ากัน (American Heart Association and American Stroke Association, 2019)

4. โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งในโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการตีบหรืออุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงแข็งและหนาเพิ่มขึ้น เร่งการเกิดไขมัน (atheroma) ของหลอดเลือด ส่งผลให้มีการอุดตันของลิ้มเลือด หรือมีการหลุดของลิ้มเลือดจากผนังหลอดเลือดไปอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้สมองเกิดการขาดเลือด นอกจากนี้ยังทำให้หลอดเลือดแดงที่สมองเกิดการโป่งพอง ซึ่งมีโอกาสแตกได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2561) โดยพบว่าความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของความดันเลือดที่สูงขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 6 เท่า (รัชฎา, 2556) และจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2,109 ราย อายุเฉลี่ย 65.35 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช พบปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากความดันโลหิตสูงร้อยละ 61.79 (Chinwatanakul et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรศักดิ์, สุรพันธ์ และสิรินธร (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 79

5. โรคหัวใจ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นสั่นพริ้ว (atrial fibrillation [AF]) เป็นภาวะที่หัวใจห้องบนมีการเต้นสั่นพริ้ว ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้เลือดคั่งและเกิดเป็นลิ้มเลือดขึ้น ลิ้มเลือดที่เกิดขึ้นมีโอกาสที่จะหลุดออกมาอุดตันหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง การศึกษาที่ติดตามผู้ป่วย AF เป็นเวลานาน 34 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มี AF โดยไม่มีโรคอื่นหัวใจร่วมด้วยมีความเสี่ยงสัมพันธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 5 เท่า และผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2 เท่าของคนปกติในกลุ่มเดียวกัน (American Stroke Association [ASA], 2017)

6. โรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานทำให้ผนังหลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง (atherosclerosis) และโป่งพอง จึงเกิดการตีบและอุดตันได้ง่าย (รัชฎา, 2556) จากการศึกษาโดยการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 169 ราย พบมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นอัตราความชุกเท่ากับร้อยละ 48.28 โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมาแล้วมากกว่า 5 ปี (สายฝน, สุภาภรณ์, วัลภา, และพรพรรณ, 2560)

7. ภาวะไขมันในเลือดสูง การสะสมของไขมันจะทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบแข็ง หากหลอดเลือดนั้นเป็นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองก็จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (ASA, 2017) ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์จำนวน 121 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะไขมันใน

เลือดสูงจำนวน 66 ราย ผลการศึกษาพบว่าโรคไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (วิทวัส, 2561)

8. ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่าผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจะกลับเป็นซ้ำในแต่ละปีประมาณร้อยละ 6-7 และจากการติดตามผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลา 5 ปี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 5 เท่าของคนทั่วไป โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์สูงถึง 15 เท่าในปีแรก (จรรยา, 2554)

9. การสูบบุหรี่ ในบุหรี่จะมีสารนิโคติน ซึ่งเป็นสารที่มีผลต่อการแข็งตัวและการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด นอกจากนี้สารนิโคตินยังทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือด หลอดเลือดมีการหนาตัวและตีบแคบ เลือดจึงไปเลี้ยงสมองลดลง (ASA, 2017) จากการศึกษาความแตกต่างทางเพศ ความรุนแรง ปัจจัยเสี่ยง และผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศจีนพบว่า บุหรี่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงได้ถึงร้อยละ 29.6 และร้อยละ 13.05 (Yu et al., 2015) นอกจากนี้ในการวิเคราะห์เชิงอนุมานเกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่อการเกิดโรคยังพบว่า ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์รวมของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากบุหรี่เท่ากับ 1.66 ในประชากรชาย และเท่ากับ 2.18 ในประชากรหญิง (จิรบูรณ์, สุชญญา, หทัยชนก และกนิษฐา, 2555)

10. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะกระตุ้นกลไกการแข็งตัวของเลือด ทำให้มีการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น เลือดจะไปเลี้ยงสมองลดลง นอกจากนี้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ยังมีผลต่อการเพิ่มความดันในหลอดเลือด และส่งผลต่อการทำงานของหัวใจรวมด้วย (จิรศักดิ์, 2556)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท (วสุวัฒน์, 2558) ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้ประมาณร้อยละ 87 จากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (AHA, 2017) พยาธิสภาพเกิดจาก 2 กลุ่ม คือ

1.1 หลอดเลือดสมองตีบ (thrombotic stroke) เป็นพยาธิสภาพในส่วนของหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำที่เกิดการตีบ ทำให้สมองเกิดการขาดเลือดในตำแหน่งที่หลอดเลือดดังกล่าวไปเลี้ยง ซึ่งสามารถเกิดได้ทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก (พรภัทร, 2555) อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีการตีบ ระยะเวลาของการขาดเลือด อัตราการขาดเลือด และการได้รับการชดเชยจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง เมื่อหลอดเลือดมี

การตีบ เซลล์ประสาทจะค่อยๆ ตายลงภายใน 6-8 ชั่วโมง ในกรณีที่เนื้อสมองตายอย่างเฉียบพลันและตายเป็นบริเวณกว้าง สมองจะบวมมาก ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงจนมีการกดเบียดบริเวณก้านสมอง หรือมีการอุดตันการไหลเวียนน้ำไขสันหลัง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ทันที และหากผู้ป่วยมีชีวิตรอดเนื้อสมองบริเวณใจกลางส่วนที่ขาดเลือดจะเริ่มสลายตัว ในขณะที่บริเวณขอบของเนื้อตายจะพบมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายแบบ ได้แก่ การอักเสบ การกำจัดเนื้อตาย และการซ่อมแซม สมองบริเวณที่ขาดเลือดจะกลายเป็นโพรงแผลเป็นภายในเวลา 3 เดือน โดยหลอดเลือดสมองตีบจะพบในผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 80 และ 2 ใน 3 มีสาเหตุร่วมของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (รัชฎา, 2556)

1.2 หลอดเลือดสมองอุดตัน (embolic stroke) พยาธิสภาพไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง แต่มีสาเหตุมาจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาอุดเส้นเลือด เช่น โรคของลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเต้นสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation [AF]) และโรคของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (aortic heart disease) เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีอาการมากที่สุดทันทีที่เกิดการอุดตัน และดีขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อมีการหลุดเลื่อนหรือละลายไปของลิ่มเลือด (พรภัทร, 2555) จากการศึกษาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และอัตราการตายในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เป็น AF เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยสูงอายุในประเทศญี่ปุ่นและประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัตราตายของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เป็น AF ในประเทศญี่ปุ่น เท่ากับ ร้อยละ 3.4 และร้อยละ 11.5 และผู้ป่วยสูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัตราตายของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เป็น AF เท่ากับ ร้อยละ 4.4 และ 14.1 โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของเชื้อชาติในผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม (Senoo et al., 2016)

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 13 จากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (AHA, 2017) พยาธิสภาพ แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ

2.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (จรรยา, 2554) มักมีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง ตำแหน่งที่พบบ่อย ได้แก่ เบซัลแกงเกลีย (basal ganglia) ทาลามัส (thalamus) พอนส์ (pons) และเซรีเบลลัม (cerebellum) และในผู้สูงอายุยังอาจเกิดจากโรคเลือดออกในสมองจากการที่เส้นเลือดมีสารอมัยลอยด์สะสม (cerebral amyloid angiopathy) ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Reddy, 2019) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของภาวะเลือดออกในสมอง คือ สมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ลิ่มเลือดจะค่อยๆ ละลายจนหมดภายในเวลา 2-6 เดือน (จรรยา, 2554)

2.2 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhage) พบได้ประมาณร้อยละ 3 มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่มีการโป่งพอง (aneurism) การมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอาเจียน ปวดศีรษะอย่างมากทันที และมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่นๆ (จรรยา, 2554)

2.3 ภาวะก้อนเลือดคั่งภายใต้เยื่อหุ้ม (subdural hematoma) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุเนื่องจากความชรา (age-related cerebral atrophy) ทำให้หลอดเลือดขนาดเล็ก (bridging vein) ดึงตัวและฉีกขาดได้ง่าย (จรรยา, 2554)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หากแบ่งตามตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดภายในหลอดเลือดสมองพบว่า สามารถเกิดได้ทั้งในระบบไหลเวียนเลือดของสมองส่วนหน้า (anterior cerebral circulation) เกิดจากพยาธิสภาพภายในหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองส่วนกลาง (middle cerebral artery) และระบบไหลเวียนเลือดของสมองส่วนหลัง (posterior cerebral circulation) ที่ตำแหน่ง เวอติบรัล อาร์เทอร์ (vertebral arteries) บาซิลาร์ อาร์เทอร์ (basilar artery) และโพสทีเรีย ซีรีบรัล อาร์เทอร์ (posterior cerebral artery) (กึ่งแก้ว, 2550) ดังนี้

1. หลอดเลือดสมองส่วนหน้า (anterior cerebral artery [ACA]) ให้เลือดไปเลี้ยงตรงตำแหน่งอินเตอร์ ฮีมิสเฟอริค คอร์ติคัล เซอร์เฟส (inter-hemispheric cortical surface) ของสมองใหญ่ส่วนนอกกลีบหน้า (frontal lobe) และสมองกลีบด้านข้างตอนบน (parietal lobe) เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดส่วนนี้ ส่งผลให้แขนขาตรงข้ามกับรอยโรคอ่อนแรง เท้าและปลายขาอ่อนแรงมากกว่าต้นขา บริเวณหัวไหล่อ่อนแรงมากกว่าปลายแขนและมือ โดยมักพบว่าขาอ่อนแรงมากกว่าแขน นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสน ระบบประสาทสั่งการและการรับรู้บกพร่อง และไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้

2. หลอดเลือดสมองส่วนกลาง (middle cerebral artery [MCA]) เป็นหลอดเลือดที่ให้เลือดไปเลี้ยงที่ผิวนอกหรือเปลือกของสมอง (cerebral cortex) การอุดตันบริเวณส่วนต้นของ MCA มักเกิดจากลิ่มเลือดจากหลอดเลือดอื่นนอกสมองหลุดมาอุดตัน (emboli) และถ้าหากไม่มีการไหลเวียนเลือดจากสมองส่วนหน้าและสมองส่วนหลังมาชดเชยเลี้ยงบริเวณผิวนอกของสมอง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติอย่างมาก ได้แก่ กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก โดยจะมีอาการบริเวณใบหน้าและแขนมากกว่าขา อาจพบความลำบากในการสื่อสาร หรือไม่เข้าใจภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร (aphasia or dysphasia) ไม่สามารถเขียนได้ (dysgraphia) ลำบากในการอ่าน

(dyslexia) นอกจากนี้ยังพบการมองเห็นและลานสายตาแคบลง (visual field cuts) ตาบอดครึ่งซีก (homonymous hemianopia) และสูญเสียการรับรู้สัมผัส (sensory loss)

3. หลอดเลือดที่อยู่บริเวณก้านสมอง (vertebrobasilar artery) เวอร์ติบรัล อาร์เทอร์ (vertebral artery) เป็นแขนงของซับคลาเวียน อาร์เทอร์ (subclavian artery) ที่ทอดตัวถึงก้านสมองบริเวณส่วนต่อของเมดัลลา (medulla) และพอนส์ (pons) แล้วหลอดเลือดสมองเวอร์ติบรัล (vertebral) ทั้งสองข้างจึงรวมกันเป็นบาสิลาร์ อาร์เทอร์ (basilar artery) ทั้งเวอร์ติบรัล อาร์เทอร์ และบาสิลาร์ อาร์เทอร์ (vertebral artery and basilar artery) ให้แขนงไปเลี้ยงก้านสมองและสมองน้อย (brain stem and cerebellum) การอุดตันของหลอดเลือดนี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวด และอุณหภูมิจากใบหน้าซีกเดียวกับรอยโรค และจากร่างกายซีกตรงข้าม พบมีภาวะฮอร์เนอร์ (Horner's syndrome) ข้างเดียวกับรอยโรค ซึ่งมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ รูม่านตาผิดปกติโดยจะมีขนาดเล็กกว่ารูม่านตาข้างที่ปกติ (miosis) สูญเสียการหลั่งเหงื่อบริเวณใบหน้าและหนังตาตก นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนลำบาก พูดไม่ชัด เสียงเปลี่ยน ตาดำกระตุก คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และมีอาการอ่อนแรงอย่างรุนแรง บางรายอาจถึงขั้นหมดสติ

4. หลอดเลือดสมองส่วนหลัง (posterior cerebral artery) เป็นหลอดเลือดที่ให้แขนงหล่อเลี้ยงสมองส่วนทาลามัส (thalamus) เลตเทอรอล จีนิกูเลท (lateral geniculate) สมองส่วนกลีบขมับ (temporal lobe) และสมองกลีบท้ายทอย (occipital lobe) เมื่อมีการอุดตัน ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึกครึ่งซีก มีความผิดปกติของการมองเห็น และอาจสูญเสียความทรงจำได้

5. หลอดเลือดคาโรติดส่วนในสมอง (internal carotid artery [ICA]) หากหลอดเลือดบริเวณนี้มีการอุดตันจะทำให้ผู้ป่วยมีความพร่องระบบประสาทรับความรู้สึก หรือระบบประสาทสั่งการด้านตรงข้าม ส่งผลให้มีความยากลำบากในการสื่อสาร หรือไม่เข้าใจภาษา หากเกิดกับสมองข้างเด่นผู้ป่วยอาจมีภาวะหมดสติ

จากการศึกษาอาการทางคลินิกของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่า อาการทางคลินิกของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด ขนาดของเนื้อเยื่อที่ขาดเลือด และพยาธิสภาพทางหลอดเลือดเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวัยอื่น ๆ แต่จะมีความรุนแรง และมีการฟื้นตัวได้ช้ากว่า ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันจากผู้ดูแลมากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยอื่น (Baştan et al., 2016)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค โดยสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท (National Stroke Association [NSA], 2017) ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 ปัญหาการกลืน (dysphagia) เป็นอาการกลืนลำบาก หรือเกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อคอ ภาวะที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดื่มน้ำ รับประทานอาหารและยานอกจากนี้อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะหายใจลำบาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะพบปัญหาทันทีหลังเกิดโรค และจะลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านมา (NSA, 2017) ซึ่งปัญหาการกลืนเป็นผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก เช่น ลิ้น ริมฝีปาก เพดานปาก ลิ้น หลอดคอ กล่องเสียง และหลอดอาหาร ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะทำให้มีน้ำลายไหลยืด (drooling) อาหารติดตามกระพุ้งแก้ม (pocketing) และต้องกลืนอาหารหลายครั้งจึงจะหมด (จรรยา, 2554) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงบริเวณก้านสมอง (vertebrobasilar) หรือเส้นใยประสาทคอร์ติโคบัลบาร์ (corticobulbar fibers) มักมีความผิดปกติของเส้นประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยว การเคี้ยวจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ (Bath, Lee, & Everton, 2018) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่พบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โดยพบได้ร้อยละ 43-50 ส่วนใหญ่พบในช่วงแรกของการดำเนินโรค และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการ (พรสวรรค์, 2554)

1.2 ความเหนื่อยล้าของร่างกาย (fatigue) ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 38-77 (Lerdal et al., 2011; Naess, Lunde, Brogger, & Waje-Andreassen, 2012) ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่มีเรี่ยวแรง ส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลังการเจ็บป่วย การนอนหลับผิดปกติ ยาที่ใช้ในการรักษาบางชนิด และความเจ็บปวดจากการรักษา (NSA, 2017) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเกือบทุกวัน เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างในเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยรายงานว่า อาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นประมาณ 20-29 วัน/เดือน คิดเป็นร้อยละ 48.2 (Acciarresi, Bogouslavsky, & Paciaroni, 2014)

1.3 ภาวะเท้าตก (foot drop) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยยกเท้าส่วนหน้าขึ้นลำบาก ส่งผลให้เวลาเดินจะเดินลากเท้า โดยอาการสามารถเกิดขึ้นได้หนึ่งหรือทั้งสองข้าง ภาวะนี้เกิดจากการอ่อนแรงหรืออัมพาตของกล้ามเนื้อส่วนหน้าของเท้า การฟื้นฟูสมรรถภาพกายภาพบำบัดบริเวณกล้ามเนื้อและข้อสามารถทำให้หายจากภาวะนี้ได้ (NSA, 2017)

1.4 การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (hemiparesis) ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ และไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ (จรรยา, 2554) โดยในการเจ็บป่วยระยะแรก กล้ามเนื้อจะมีอาการอ่อนแรงและมีความตึงตัวลดลง ทำให้มีอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก ซึ่งเกิดจากสมองถูกทำลาย ส่งผลให้การส่งกระแสประสาทไปยังกล้ามเนื้อผิดปกติและเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจะมีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร ตลอดจนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ และหากอาการหดเกร็งยังเกิดขึ้นต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีความปวดกล้ามเนื้อตามมาได้ ซึ่งอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะพบได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด (NSA, 2017)

1.5 ปัญหาด้านการขับถ่าย (bladder and bowel Incontinence) ปัญหาที่พบบ่อย คือ อาการท้องผูก โดยเชื่อว่าระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับปริมาณอาหารและน้ำน้อยกว่าปกติร่วมกับกลไกรีเฟล็กซ์ลดลง จึงทำให้เกิดอาการท้องผูกและอุจจาระอัดแน่น (NSA, 2017) นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการขับถ่ายปัสสาวะร่วมด้วย โดยประมาณร้อยละ 15 พบว่าผู้ป่วยมักจะกลั้นปัสสาวะไม่ได้หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันทีในช่วงแรก ซึ่งเป็นผลมาจากกระเพาะปัสสาวะสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (hypotonic) ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะลำบาก รีเฟล็กซ์ที่ทำให้เกิดการขับถ่ายปัสสาวะถูกกด (sacral reflex) กระเพาะปัสสาวะจะโป่งตึง หากไม่ได้ระบายออกผู้ป่วยจะมีความปวดปัสสาวะล้น (overflow incontinence) ในขณะเดียวกันความดันในช่องท้องก็จะเพิ่มขึ้น (ปนิภูฐาน, 2559)

1.6 อาการปวด (pain) อาการปวดสามารถเกิดขึ้นได้ทันที เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่าอาการปวดต่างๆ จะแตกต่างกัน แต่โดยทั่วไปสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ (1) อาการปวดเฉพาะที่ (local pain) มักพบบริเวณข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบอาการปวดไหล่ได้บ่อย (2) อาการปวดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (central post-stroke pain) เป็นอาการปวดที่สัมพันธ์กับรอยโรคในสมอง ส่งผลให้การส่งกระแสประสาทจากสมองสู่ไขสันหลังผิดปกติ ผู้ป่วยเกิดอาการปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนเข็มทิ่มตำตามร่างกาย (NSA, 2017)

1.7 อาการชัก (seizures) พบได้ทั้งในโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการตีบหรืออุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยเฉพาะระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการเจ็บป่วย อุบัติการณ์การเกิดอาการชักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม พบประมาณร้อยละ 33 และจากการศึกษาพบว่า อาการชักจะเพิ่มอัตราการตายในผู้ป่วย (NSA, 2017)

1.8 ปัญหาด้านการนอนหลับ (sleep disturbance) ปัญหาที่พบ เช่น นอนหลับกลางวันและตื่นตอนกลางคืน ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งสาเหตุเกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว อันเนื่องมาจากขาดความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค การที่ต้องเปลี่ยนสถานที่นอน การเปลี่ยนแปลงเวลานอน ความไม่เป็นส่วนตัว และแบบแผนการดำเนินชีวิต

ที่เปลี่ยนไป รวมทั้งการเจ็บป่วยด้านร่างกายและผลข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้ป่วยจะนอนหลับไม่เพียงพอและเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา (NSA, 2017)

1.9 ปัญหาด้านการมองเห็น (vision loss) พบได้บ่อย บางรายอาจมองเห็นเพียงครึ่งซีกของลานสายตา หากทดสอบการมองเห็นด้วยการปิดตา เมื่อให้ผู้ป่วยเปิดตาพร้อมกันสองข้าง ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นครึ่งซีกในด้านตรงกันข้ามกับสมองที่มีพยาธิสภาพ เรียกว่า เฮมิเอโนเปีย (hemianopia) โดยพยาธิสภาพที่พบบ่อยเป็นบริเวณสมองส่วนกลีบท้ายทอย (occipital lobe) ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น ไม่สามารถขับรถได้ (NSA, 2017)

2. ผลกระทบด้านอารมณ์

2.1 ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ เบื่ออาหารหรือแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับ ไม่สนใจการทำกิจกรรม มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม หงุดหงิด เหนื่อยล้า รู้สึกเศร้า หดหวัง และบางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย (NSA, 2017) ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในช่วง 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งจะไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษา (Llorca, Castilla-Guerra, Moreno, Doblado, & Hernandez, 2015) ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ การฟื้นตัวทางด้านร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำใน 1 ปี ถึง 1.49 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Yuan et al., 2012) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ประมาณร้อยละ 47 (Haghighi, Pazuki, Hosseini, & Rassafiani, 2013)

2.2 ภาวะกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงและการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (pseudobulbar affect) เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนที่เรียกว่า คอร์ติโคบูลบาร์ แทรกซ์ (corticobulbar tract) ของสมองใหญ่ ที่มีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า การพูด การเคี้ยวอาหาร การกลืน และการแสดงอาการทางอารมณ์ โดยอาการเด่นชัด คือ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ภาวะนี้มักถูกเข้าใจผิดว่าเป็นอาการของภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (NSA, 2017) โดยโรคหลอดเลือดสมองจะพบอุบัติการณ์ของภาวะกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงและการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมได้ประมาณร้อยละ 11-50 และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญให้เกิดการสำลักอาหาร ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด (สมศักดิ์, 2560)

3. ผลกระทบด้านการรู้คิด (cognition)

3.1 ภาวะพร่องการสื่อความหมาย (aphasia) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยสูงอายุ ซึ่งแบ่งได้ 4 ประเภท

คือ (1) ความบกพร่องทางการพูด (expressive aphasia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาทางการพูดเป็นหลัก ได้แก่ พูดไม่ชัด พูดตามคนอื่น ๆ (2) ความบกพร่องทางด้านความเข้าใจ (receptive aphasia) ผู้ป่วยมีปัญหาในการฟังคำพูดไม่เข้าใจเป็นหลัก (3) ความบกพร่องด้านนึกคำพูด (people with anomia or amnesia aphasia) ผู้ป่วยมีปัญหาในการคิดคำพูด พูดลำบาก ใช้คำอื่นแทนคำที่ต้องการพูด และ (4) ความบกพร่องทั้งด้านความเข้าใจและการพูด (global aphasia) (NSA, 2017)

3.2 ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) พบอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 25-30 ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถทางกระบวนการคิด เชื่อว่าเกิดจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการจดจำ (memory loss) มีอาการสับสน มีปัญหาทางการใช้ภาษา และการคิดคำนวณ รวมถึงความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (NSA, 2017)

4. ผลกระทบด้านวิถีการดำเนินชีวิต (life style)

ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและความเหนื่อยล้าทางร่างกาย เช่น มีปัญหาทางการสื่อสาร มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ จึงทำให้ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม (NSA, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวนั้นจะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลง แต่หากมีการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง เข้าใจสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จารวี, ทศพร, และลินจง, 2563)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะแทรกซ้อน เป็นอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคเดิมที่วินิจฉัยเป็นหลัก การเกิดภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น และต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) โดยสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา ได้รายงานภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะสมองบวม ภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะชัก ภาวะซึมเศร้า แผลกดทับ อาการปวดไหล่ และการอุดตันของหลอดเลือดดำ (ASA, 2015) จากภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมา พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาในการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล และเป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่าย ดังนี้

1. ภาวะสมองบวม (brain edema) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตายของเซลล์สมองเมื่อมีการขาดเลือด หรือเมื่อมีการแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เพิ่มสิ่งกีดขวางใน

กะโหลกศีรษะ ภาวะสมองบวมเป็นภาวะวิกฤตทางระบบประสาทเนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure [IICP]) และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว (อรุณี และวิจิตรรา, 2556) โดยการดำเนินโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บของสมอง (Hickey, 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงพบได้สูงถึงร้อยละ 85 ในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือพิการหลังการบาดเจ็บ (Farahvar et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ หลี่ และคณะ ที่ศึกษาภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 66.2 ปี มีภาวะสมองบวมจากสมองขาดเลือดมีขนาดใหญ่จนเกิดการกดเบียดร่องกลางของสมองให้เคลื่อนที่ไปจากเดิม ซึ่งหลังการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยจะเสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 36.7 และส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน 3 เดือนหลังการเจ็บป่วย ร้อยละ 53.5 (Li et al., 2019)

2. ภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) ในระยะเฉียบพลันหลังเกิดพยาธิสภาพจากโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับภาวะเสี่ยงที่คุกคามต่อชีวิตจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงแล้ว ในระยะนี้ยังพบความชุกของภาวะกลืนลำบากได้ประมาณร้อยละ 28-65 หากภาวะกลืนลำบากไม่ได้รับการจัดการที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลักได้สูงในระยะต่อมา แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าหากมีการจัดการภาวะกลืนลำบากที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน ภาวะกลืนลำบากสามารถฟื้นฟูให้ดีขึ้นได้ถึงร้อยละ 90 ภายใน 2 สัปดาห์หลังการเกิดโรค (Cohen et al., 2016) ดังนั้นในระยะนี้ภาวะสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังและให้การฟื้นฟูอย่างรวดเร็วอีกภาวะหนึ่ง คือ ภาวะกลืนลำบาก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการอ่อนแรงของร่างกาย และมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงจะเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ส่งผลให้ต้องนอนเป็นเวลานานๆ ทำให้กล้ามเนื้อช่องซี่โครง และกล้ามเนื้อกระบังลมทำงานได้น้อยกว่าปกติ ผลที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดการหายใจได้ไม่เต็มที่ สารคัดหลั่งในทางเดินหายใจตอนล่างคั่งค้างมากขึ้น จึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และในบางกรณีอาจมีการอุดกั้นของสารคัดหลั่งจนเกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ตามมาได้ (สิริพร, วันเพ็ญ, และวิชชุดา, 2557) นอกจากนี้ในระยะแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนจะสูญเสียการทำงานที่ไป ประกอบกับระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยยังไม่สมบูรณ์ ถ้ามีการให้อาหารทางปากจะเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบได้ถึงร้อยละ 60 ใน 1 สัปดาห์แรกหลังเกิดโรค (Kishore et al., 2018) และในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้นพบว่า ภาวะปอดอักเสบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนกลาสโกว์โคมา สเกล (Glasgow Coma Scale [GCS]) ในระดับต่ำ (Ishigami et al., 2012)

3. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection [UTI]) เป็นการตรวจพบเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเมื่อมีการเก็บปัสสาวะที่ถ่ายเสร็จใหม่ๆ มาตรวจจะพบปริมาณเชื้อแบคทีเรีย 10^5 ในน้ำปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร (อะเคื่อ, 2554) สำหรับผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว รวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายมีอาการอ่อนแรง ไม่สามารถที่จะบีบตัวเพื่อขับน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะออกมาได้หมด ทำให้น้ำปัสสาวะเหลือค้างค้ำ ประกอบกับในช่วงแรกของการเจ็บป่วยผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลง รวมถึงรีเฟล็กซ์ของการขับถ่ายปัสสาวะลดลง (micturation reflex) และในบางรายผู้ป่วยอาจได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ (วาสิณี และพรเลิศ, 2562) จากการศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อถักเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยทำนายการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบความชุกของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศหญิง และอายุที่มากขึ้น (Yan et al., 2018) นอกจากนี้การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีผลลัพธ์ที่ไม่ดีทางสุขภาพภายหลังจำหน่ายใน 1 ปี (Lui & Nguyen, 2018)

4. การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน (pressure ulcer, pressure sore, decubitus ulcer) แผลกดทับ คือ เนื้อเยื่อผิวหนังที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีการตายของเซลล์เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งสาเหตุเกิดจากแรงกดทับ แรงเสียดทานที่มากกระทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผิวหนังเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นรอยแดง รอยถลอก ผิวหนังบวมเป็นตุ่มหนอง และเป็นเนื้อตาย หากรุนแรงจะเป็นจากชั้นผิวหนังลึกถึงชั้นกระดูก (The National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2021) โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พยาธิสภาพของโรคส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย อยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับพบได้ ร้อยละ 20 (Dharmasaroja, 2012) และจากการศึกษาการเกิดแผลกดทับที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนของกรุงเทพมหานครพบว่า มีอัตราการเกิดแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 47.6 โดยตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับส่วนใหญ่ คือ กระดูกก้นกบ (Suttipong & Sindhu, 2011) และในการศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเกิดแผลกดทับได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าถึง 5.12 เท่า (Eberlein-Gonska, Petzold, Hela, Albrecht, & Schmitt, 2013) นอกจากนี้ในการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ร้อยละ 12 (Laiwarin & Liankruea, 2016)

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่อง (impairment) ในการทำหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน ทั้งระบบสั่งการ การพูด การกลืน การรับรู้ความรู้สึก และความผิดปกติด้านอารมณ์ เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถ (disability) ในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การสื่อสาร การเดิน การทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงด้อยโอกาสทางสังคม (handicap) โดยธรรมชาติของการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง จะมีอาการหรือความสามารถดีขึ้นได้จาก 2 กลไก (กมลทิพย์, 2550) คือ

1. การฟื้นตัวของระบบประสาท (neurological recovery) ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และสาเหตุของการเกิดโรค โดยหากการยุบวมของสมองและการไหลเวียนเลือดของสมองดีขึ้น จะทำให้ระดับของปัญหาทางระบบประสาทลดลง ซึ่งส่วนใหญ่การฟื้นตัวของระบบประสาทนั้นจะเกิดในช่วง 6 เดือนแรก เช่น การพูดดีขึ้น กำลังของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (functional recovery) เป็นการเพิ่มของระดับความสามารถ โดยที่ยังมีความบกพร่องทางกายอยู่ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวภายใน 3-6 เดือนแรก และฟื้นตัวได้เร็วใน 3 เดือนแรก นอกจากนี้ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพยังขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจ แรงจูงใจ บุคลิกภาพ การช่วยเหลือจากสังคม ครอบครัวและญาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดำเนินโรคหลังเกิดพยาธิสภาพ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ชื่นชม, 2555)

1. การฟื้นฟูในระยะเฉียบพลัน (acute stroke rehabilitation) ระยะเฉียบพลันเป็นระยะที่เริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ มีอาการหมดสติและเสียชีวิต เป้าหมายหลักของการดูแลในระยะนี้ คือ การคงสภาพการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย

2. การฟื้นฟูภายหลังระยะเฉียบพลัน (post-acute stroke rehabilitation) ระยะหลังเฉียบพลันเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่งลง ปัญหาสำคัญที่พบ ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว การพูด และการกลืน โดยระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1-14 วัน เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ การพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล ในระยะนี้จะมีการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสามารถในการสื่อความหมาย ความพร้อมในการเรียนรู้และฝึกหัด รวมถึงแรงจูงใจ เน้นการฟื้นฟูสภาพ (restore) และการทดแทน (substitution) จึงจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่มีสุขภาพ

3. การฟื้นฟูในระยะเวลาเข้าสู่สังคม (community stroke rehabilitation) เป็นระยะที่มีอาการคงที่ และเตรียมความพร้อมสำหรับการใช้ชีวิตประจำวันและกลับเข้าสู่สังคม ในระยะนี้การฟื้นฟูอาจใช้เวลานาน 3-6 เดือน หรือในผู้ป่วยบางรายอาจมากกว่านั้น เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ การฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความพิการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลร่วมด้วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะต้องใช้ระยะเวลา และอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแล รวมถึงบุคลากรทีมสุขภาพแล้วยังประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา โดยพบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นข้อจำกัดในการฟื้นตัวของระบบประสาท เนื่องจากการงอกของเซลล์ประสาทที่ตีเพื่อทดแทนส่วนที่บาดเจ็บและการเชื่อมต่อลดน้อยลง (วัฒน์ย์, 2559) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเกิดขึ้นได้เร็วในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ ≤ 44 ปี และจะช้าที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 65 ปี (Manimmanakorn, Arrayawichanon, Wattanapun, Nuntharuksa, & Kuptniratsaikul, 2011) แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังพบว่า หากผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็วและมีการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องก็จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ดีขึ้น (Walker, 2014) สำหรับปัจจัยด้านเพศ และระดับการศึกษา ในการศึกษาเชิงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของวัฒน์ย์ (2559) พบว่าเพศชายจะมีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกล้ามเนื้อได้ดีกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ และในด้านของระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการแสดงออกถึงการใช้เหตุผลเพื่อยอมรับการเจ็บป่วยได้มากกว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพจะเกิดขึ้นได้ดีกว่า

2. ความบกพร่องทางกาย ได้แก่ อาการอ่อนแรง พบว่าระดับความรุนแรงของอาการอ่อนแรงของแขนและขา เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพยากรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของแขนในระดับรุนแรง มีเพียงร้อยละ 14 ที่มีการฟื้นตัวของระบบสั่งการของแขนได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนการประเมินการเคลื่อนไหวและการทำงานของมือ ใช้การเคลื่อนไหวของหัวไหล่เป็นเกณฑ์ (shoulder shrug) หากมีการเคลื่อนไหวหัวไหล่ได้เองภายใน 23 วันเป็นการพยากรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดี แต่หากแขนมีอาการอ่อนแรงมากจนไม่สามารถสั่งการให้เคลื่อนไหวได้เลย ตั้งแต่เริ่มแรกหรือที่เวลา 4 สัปดาห์ รวมถึงไม่สามารถวัดแรงกำมือได้ เป็นการพยากรณ์ที่ไม่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพเช่นเดียวกับระดับความรุนแรงของอาการอ่อนแรงของขา พบว่ายิ่งขามีอาการอ่อนแรงมากยิ่งมีการพยากรณ์ที่ไม่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ชื่นชม, 2555)

3. ความสามารถในการปรับตัวและลักษณะการปรับตัว การศึกษาเชิงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมปรับตัวที่ดีต่อการเจ็บป่วยจะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่ดี (วัฒนีย์, 2559)

4. โรคหรือภาวะที่พบร่วม เช่น โรคหัวใจ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ในการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมคือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด จะทำให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ช้าและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 4.2 (Kitisomprayoonkul, Sungkapo, Taveemanoon, & Chaiwanichsiri, 2011) และในการศึกษาของจันทร์จิรา และปุลวิษฐ์ (2559) ที่ศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กัน และสามารถพบทั้งสองภาวะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 18.5 โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จะมีการฟื้นฟูสมรรถภาพและสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะดังกล่าว

5. ปัจจัยของระยะเวลา ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเวลาที่เริ่มมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าการฟื้นตัวของระบบประสาทสั่งการเห็นได้ชัดภายใน 30 วันแรก และยังมีการฟื้นตัวต่อไปได้ถึง 90 วัน ในช่วงนี้การฟื้นฟูสภาพจะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง และภายหลังจาก 90 วันจนถึง 6 เดือน ระบบประสาทสั่งการยังคงมีการฟื้นตัวได้ แต่เห็นได้ไม่ชัดเท่าระยะแรก (ชื่นชม, 2555)

6. การฝึกในกระบวนการฟื้นฟูสภาพ ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเปลี่ยนท่า และความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่งได้เอง หรือสามารถฝึกการเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่งได้ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมี ความสามารถทางการเคลื่อนไหวได้ดีกว่า (OR = 6.15; 95% CI: 3.24, 11.67) และมีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่า (OR = 9.64; 95% CI: 5.74, 16.18) กลุ่มที่ไม่สามารถลุกขึ้นนั่งได้ (Wattanapan, Kovindha, Piravej, & Kuptniratsaikul, 2011)

7. ลักษณะครอบครัวและการช่วยเหลือของสังคมและครอบครัว พบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรค การฟื้นฟูสมรรถภาพจะเกิดได้เร็วขึ้น (วัฒนีย์, 2559) และในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความเชื่อที่สนับสนุนพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบุว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = 48$,

$p < .001$) ระยะเวลาในการดูแล ($\beta = -.11, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .38, p < .001$) ร่วมกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 64 ($p < .001$) (อุ้นเรือน, วรณีย์, และจินตนา, 2558)

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง ลดความพิการ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา (ASA, 2017) ได้แบ่งการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน เป็นวิธีการที่จะทำให้บริเวณที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้รับเลือดไปเลี้ยงโดยเร็วที่สุด เพื่อให้สมองส่วนที่มีการขาดเลือดนั้นฟื้นคืนสภาพเป็นปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ซึ่งวิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 3 วิธี ดังนี้

1.1 การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งยาที่นิยมนำมาใช้ คือ อาร์ที พีเอ (recombinant tissue plasminogen activator [rt-PA]) โดยมาตรฐานของการให้ยานี้จะต้องให้ผู้ป่วยได้รับยาภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และการให้ยาจะต้องระมัดระวังผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกได้ง่าย

1.2 การให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยตรงทางหลอดเลือดแดง ทำได้โดยการใส่สายสวนเข้าไปยังตำแหน่งที่มีการอุดตันของหลอดเลือดสมองแล้วทำการฉีดยาละลายลิ่มเลือด การรักษาด้วยวิธีนี้ค่อนข้างยุ่งยากกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เพราะต้องใช้บุคลากรที่มีความชำนาญสูง หลอดเลือดมีขนาดเล็กทำให้ยุ่งยาก แต่มีข้อดี คือ ทำให้เห็นตำแหน่งที่อุดตันได้ชัดเจนกว่า และใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการนานกว่า 3 ชั่วโมง

1.3 การละลายลิ่มเลือดโดยใช้อุปกรณ์ผ่านทางสายสวนเข้าไปยังหลอดเลือดโดยตรง (Mechanical-assisted Recanalization) เป็นวิธีการรักษาที่คล้ายกับการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้จะมีลักษณะเป็นเกลียวท่วงขนาดต่างๆ กัน 5 วงอยู่ตรงปลายทำหน้าที่สลายลิ่มเลือดและลิ่มเลือดจะถูกดูดกลับออกมาทางสายสวน

2. การรักษาในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) และการผ่าตัด ดังนี้

2.1 ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) เป็นกลุ่มยาที่นิยมใช้เป็นอันดับแรก ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ยาแอสไพริน (aspirin) ยาโคลพิโดเกรล (clopidogrel) ยาไดไพริดาโมล (dipyridamole) และยาทีโคลพิดีน (ticlopidine) โดยยาแอสไพรินจะเป็นยาที่นิยมใช้เป็นอันดับแรกในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำทั้งในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic

stroke) และชนิดเฉียบพลัน (acute ischemic stroke) นอกจากนี้สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา ยังได้รายงานไว้ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดหากได้รับแอสไพริน ภายใน 2 วัน หลังเกิดอาการจะสามารถลดอาการรุนแรงของโรค และป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้

2.2 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ได้แก่ วาร์ฟาริน (warfarin or coumadin) โดยจะเลือกใช้ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเต้นสั่นพริ้ว แต่ต้องระมัดระวังในการใช้ยาเนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (coagulant) อย่างต่อเนื่อง และจะต้องได้รับการปรับขนาดของยาอย่างเหมาะสม

2.3 การผ่าตัด นิยมใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงบริเวณคอ (carotid artery) เป็นการผ่าตัดเส้นเลือดตรงบริเวณที่มีการอุดตันเพื่อกำจัดสิ่งอุดตันภายในเส้นเลือดออก (carotid endarterectomy) ซึ่งจะทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น นอกจากนี้อาจใช้วิธีการใส่ขดลวด (stents) เพื่อถ่างขยายหลอดเลือด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทั้งทางร่างกาย อารมณ์ การรู้คิด และการดำเนินชีวิต (NSA, 2017) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความซับซ้อนในการดูแล และต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย (ชินชม, 2555) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับการศึกษาครั้งนี้จะแบ่งการพยาบาลตามระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสัมพันธ์กับระยะการดำเนินโรค โดยแบ่งการพยาบาลออกเป็น 2 ระยะ คือ (1) ระยะเฉียบพลัน ใช้เวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง และ (2) ระยะหลังเฉียบพลัน ใช้เวลาประมาณ 1-14 วัน โดยในระยะที่ 3 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพจะไม่นำมาวางแผนการพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ดังนั้นจึงสามารถสรุปการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนี้

1. การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง เป้าหมายของการดูแล คือ การคงสภาพการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย (ชินชม, 2555) โดยการพยาบาลเริ่มเมื่อรับผู้ป่วยไว้ในกการดูแล พยาบาล จะทำการตรวจร่างกายเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน มีดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

1.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว เป็นการตรวจร่างกายทางระบบประสาทโดยใช้แบบประเมินกลาสโกว์ โคม่า สกอร์ (glasgow coma score [GCS]) ซึ่งมีคะแนนสูงสุด 15 คะแนน การประเมินและการให้คะแนนมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ

การลืมตา (eye opening)

- ลืมตาได้เอง 4 คะแนน
- ลืมตาเมื่อเรียก 3 คะแนน
- ลืมตาเมื่อรู้สึกเจ็บปวด 2 คะแนน
- ไม่ลืมตาเลย 1 คะแนน

การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (verbal)

- พูดคุยได้ไม่สับสน 5 คะแนน
- พูดคุยได้แต่สับสน 4 คะแนน
- พูดเป็นคำๆ 3 คะแนน
- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด 2 คะแนน
- ไม่ออกเสียงเลย 1 คะแนน

การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (movement)

- ทำตามคำสั่งได้ 6 คะแนน
- ทราบตำแหน่งที่เจ็บ 5 คะแนน
- ชักแขน ขาหนีเมื่อเจ็บ 4 คะแนน
- แขนงอผิดปกติ 3 คะแนน
- แขนเหยียดผิดปกติ 2 คะแนน
- ไม่เคลื่อนไหวเลย 1 คะแนน

หมายเหตุ: การประเมินเกี่ยวกับการลืมตา ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีการลืมตาแต่ไม่มีการตอบสนอง (response) เลย ให้ 1 คะแนน การประเมินการพูด ถ้าผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจใส่ VT และการประเมินแขนขา ให้ประเมินแขนขาข้างที่ดีที่สุด

1.1.2 ประเมินขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง การประเมินขนาดของรูม่านตาทำได้โดยการดูขนาดของรูม่านตาก่อนรูม่านตากระทบแสงไฟฉาย และบันทึกปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง คือ (1) มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย บันทึกด้วยย่อ R = react to light normal (2) มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉายช้า บันทึกด้วยย่อ S = sluggish (3) ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย บันทึกด้วยย่อ N = no react to light หรืออาจใช้ F= Fixed และ (4) ถ้าตาปิด บันทึกด้วยย่อ C = close

1.1.3 ประเมินกำลังของแขน และขา (motor power) มี 6 ระดับ แบ่งเป็นเกรด 0-5 คือ (1) เกรด 0 หมายถึง ไม่มีการเคลื่อนไหว (2) เกรด 1 หมายถึง กระดิกนิ้วได้

(3) เกรด 2 หมายถึง ชยับได้ตามแนวราบ (4) เกรด 3 หมายถึง ยกแขนต้านแรงไม่ได้ (5) เกรด 4 หมายถึง ยกแขนต้านแรงได้เล็กน้อย และ (6) เกรด 5 หมายถึง กำลังปกติ โดยในการประเมินต้องประเมินแขน ขา ทั้ง 2 ข้าง

1.1.4 ประเมินสัญญาณชีพ

1.1.5 ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย (SpO_2)

1.1.6 ประเมินประวัติสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ ประเมินสิ่งที่แพ้และอาการแพ้ ประเมินยาที่ใช้เป็นประจำ ประเมินการใช้ยาหรือการผ่าตัด

1.1.7 ประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk) ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure [IICP]) ภาวะการดำเนินของโรคที่แย่ง (progressive stroke) เป็นต้น

1.1.8 ประเมินสภาพจิตใจ ได้แก่ มีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ โกรธ เอะอะ โวยวาย มีความไม่แน่ใจในเรื่องต่างๆ ซึมเศร้า ปฏิเสธ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

1.1.9 การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย การตรวจพิเศษต่างๆ ได้แก่ การถ่ายภาพรังสี (X-Ray) ของทรวงอก การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ของสมอง การตรวจด้วยสนามแม่เหล็กแรงสูง (MRI) ของสมอง

1.1.10 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจวัดความสมบูรณ์ของเลือด (complete blood count: CBC) การตรวจระบบการแข็งตัวของเลือด (prothrombin time: PT) (partial thromboplastin time: PTT) การตรวจยูเรียไนโตรเจน (blood urea nitrogen: BUN) ครีเอตินีน (creatinine: Cr) น้ำตาลในเลือด (blood sugar: BS) สมดุลเกลือแร่ในร่างกาย (electrolyte) การทำงานของตับ (liver function test: LFT)

1.2 การพยาบาลผู้ป่วยตามประเด็นปัญหาที่ประเมินได้ โดยพยาบาลนำข้อมูลจากผลการตรวจร่างกาย และผลการประเมินสภาพผู้ป่วยมากำหนดแผนการดูแล และให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาคัญที่พบบ่อยและคุกคามต่อชีวิตในระยะนี้ ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ อาการซึมหมดสติและเสียชีวิต (กมลทิพย์, 2550) ซึ่งสามารถกำหนดแผนการดูแล และกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1.2.1 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558; อุษา, ศุภร, และกฤษมา, 2554)

- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงตามสภาพอาการของผู้ป่วย จนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์

- สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning sign of increased intracranial pressure) และรายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการดังต่อไปนี้
1) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น สับสน กระสับกระส่าย 2) ระดับความรู้สึกตัวลดลง (glasgow coma score [GCS]) ลดลง ≥ 2 คะแนน 3) ปวดศีรษะเพิ่มมากขึ้น 4) ความบกพร่องทางระบบประสาทเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือเกิดขึ้นใหม่

- จัดท่านอนที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย คือ ท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกันไม่บิดหมุนซ้ายขวา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก และขณะพลิกตะแคงตัวควรพลิกตะแคงแบบท่อนซุง ส่วนท่านอนที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ท่านอนศีรษะต่ำ ท่าตะแคงเกือบคว่ำ ท่าศีรษะและคอหมุนซ้ายขวา

- ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดความดันสูงในช่องท้องและช่องอก เพราะจะทำให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจได้น้อยลง เช่น หลีกเลียงการไอหรือจามแรงๆ

- หากจำเป็นต้องดูดเสมหะควรปฏิบัติ ดังนี้ 1) ควรดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ 2) ก่อนและหลังดูดเสมหะควรระบายอากาศพร้อมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ เป็นเวลา 30-60 วินาที 3) ใช้สายดูดเสมหะขนาดเบอร์ 14F ด้วยแรงดันในการดูดเสมหะระหว่าง 100-120 มิลลิเมตรปรอท 4) จำกัดการดูดเสมหะไม่เกิน 1-2 ครั้งต่อรอบ โดยใช้เวลารั้งละ 10-15 วินาที และ 5) ควรพักอย่างน้อย 2 นาทีก่อนดูดเสมหะครั้งต่อไป

- กรณีมีไข้ ควรให้ยาลดไข้หรือเช็ดตัว

- กรณีท้องผูก แนะนำห้ามเบ่งถ่าย (ถ้าผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระนาน 3 วัน ให้รายงานแพทย์)

- บันทึกปริมาณน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษา

- จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น และวางแผนการทำ

กิจกรรมการพยาบาลเป็นช่วงๆ ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

1.2.2 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของระบบหายใจ และหัวใจผิดปกติ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558; อรุณี และวิจิตรา, 2556)

- ส่งเสริมให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยเมื่อวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95

- ใช้หูฟังตรวจประเมินเสียงหายใจที่ปอด ที่เกิดจากภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ เนื่องจากอาจมีเสมหะอยู่ในลำคอ หลอดลมหรือถุงลมปอด ถ้าพบว่ามีภาวะอุดกั้นของเสมหะในลำคอทำการดูดเสมหะให้ผู้ป่วยเป็นระยะด้วยความนุ่มนวล

- ประเมินอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ ริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียวซีด หายใจเร็วขึ้น

- ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมลึก ประเมินแล้วพบว่ากลาสโกว์ โคม่า สกอร์ (Glasgow Coma Score) < 8 คะแนน รีบรายงานแพทย์

- ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอย่างต่อเนื่อง

1.2.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก สำหรับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักจากภาวะกลืนลำบากและการส่งเสริมการกลืนอย่างมีประสิทธิภาพมี ดังนี้ (ปิยะภัทร, 2556)

- ประเมินระดับความรู้สึกตัว

- ประเมินความสามารถในการควบคุมการกลืน ได้แก่ ความสามารถในการไอ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบๆ ปาก เช่น ริมฝีปาก แก้ม การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยว การปิดปาก ลักษณะเสียง

- ประเมินความสามารถในการขับเสมหะ

- ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย ดังนี้ 1) การดูแลความสะอาดปากและฟัน ควรทำความสะอาดปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง 2) การบริหารกล้ามเนื้อการกลืน 3) การจัดทำผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร โดยทำที่นิยมใช้บ่อย ได้แก่ ท่าศีรษะสูง ท่าหันศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง ท่าเอียงศีรษะไปด้านที่ดี และ 4) การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยแต่ละราย

1.2.4 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจมีการรับรู้บกพร่อง โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมการรับรู้ในระยะเฉียบพลันจะทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยดีขึ้นได้ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้ (อุษา, ศุภร และกุสุมา, 2554)

- แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยด้วยเสียงพูด เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ไม่ดังเกินไป จะช่วยให้การฟื้นฟูการรับรู้ของผู้ป่วยดีขึ้น

- แนะนำผู้ดูแลให้บอกวัน เวลา สถานที่แก่ผู้ป่วยทุกวันขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.3 การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล เนื่องจากหลังเกิดพยาธิสภาพจากโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในภาวะพึ่งพา และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะเข้ามามี

ส่วนร่วมในการดูแล และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน สำหรับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลนั้น พยาบาลต้องค้นหาความต้องการของผู้ดูแล เพื่อให้ทราบความต้องการเบื้องต้นและเป็นการลดความตึงเครียดในระยะแรก (สวรินทร์, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1.3.1 ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และแผนการรักษา ซึ่งการสนับสนุนในระยะนี้เน้นการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วยการพูดคุยให้ข้อมูลที่จำเป็นเบื้องต้นแก่ผู้ดูแล เช่น ผลการตรวจ แผนการรักษา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่างๆ ของหอผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียมอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย และในระยะอาการคงที่จนถึงระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลที่จำเป็น การเตรียมเพื่อการดูแลต่อที่บ้าน การสนับสนุนผู้ดูแล ทำได้โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการเริ่มฝึกเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพต่อเนื่งที่บ้าน (ธีรนุช และปริญญา, 2556; พรพรรณ, 2554)

1.3.2 ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการแนะนำการดูแล การติดตามเยี่ยมบ้าน แหล่งติดต่อเมื่อพบปัญหา รวมถึงหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนในระยะยาว (ธีรนุช และปริญญา, 2556)

1.3.3 ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจ การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความกลัว และความไม่มั่นใจในการดูแล การสนับสนุนผู้ดูแลทำได้โดยการให้กำลังใจผู้ดูแลและให้ข้อมูลการดูแลในประเด็นที่เป็นปัญหา (วิริยุทธ, สายทิพย์, กัญพัชญ์, นันทวรรณ, และณัฐกร, 2563)

2. การพยาบาลในระยะหลังเฉียบพลัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยลง ใช้เวลา 1-14 วัน เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ การพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล เน้นการฟื้นฟูสภาพ และการทดแทน ในระยะนี้จะเป็นการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพ (ชื่นชม, 2555) การพยาบาลจะเป็นการดูแลต่อเนื่องจากระยะเฉียบพลัน โดยมีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว

2.1.2 ประเมินขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง

2.1.3 ประเมินกำลังของแขน และขา (motor power)

2.1.4 ประเมินสัญญาณชีพ

2.1.5 ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย (SpO₂)

2.1.6 ประเมินความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (specific clinical risk) อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองบวม ภาวะการทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ และการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก

2.1.7 ประเมินสภาพจิตใจ ได้แก่ มีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ โกรธ เอะอะ โวยวาย มีความไม่แน่ใจในเรื่องต่างๆ ซึมเศร้า ปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2.2 การให้การพยาบาลผู้ป่วย หลังจากตรวจร่างกายและประเมินสภาพผู้ป่วย พยาบาลให้การดูแลตามสภาพปัญหาที่ประเมินได้ โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยทำได้โดย การส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ ด้วยวิธีการให้คำแนะนำและฝึกหัด โดยมีการร่วมมือกันของผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (ชินชม, 2555)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบด้านอารมณ์ ผลกระทบด้านการรู้คิด และผลกระทบด้านวิธีการดำเนินชีวิต ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย โดยหวังผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้เต็มศักยภาพที่เหลืออยู่ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่าย ลดการกลับมารักษาซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และกลับคืนสู่สังคมได้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living [ADL]) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย โดย มาโฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965, อ้างตาม กุลธิดาพร, 2557) กล่าวว่า กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมพื้นฐานที่จำเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การลุกจากที่นอน การกินอาหาร การอาบน้ำ การหวีผม การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน การเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น และ ฮิกกี (Hickey, 2014) ได้ให้ความหมายของกิจวัตรประจำวันว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลมีความต้องการในการทำกิจกรรมด้วยตนเองอย่างอิสระให้สำเร็จในแต่ละวัน รวมถึงการมีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การแต่งตัว การหวีผม การกินอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล

บุคคล การติดต่อสื่อสาร การเคลื่อนย้าย ความต้องการความปลอดภัย เป็นต้น สำหรับในประเทศไทย สุทธิชัย (2544) ได้กล่าวว่า กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวัน แบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ (1) กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living) ได้แก่ การกินอาหาร การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับการใช้ชีวิตอย่างอิสระภายในบ้าน (2) กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ได้แก่ การเดิน การประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า การทอนเงิน/การแลกเงิน การใช้บริการขนส่งสาธารณะ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมในระดับนี้มีความจำเป็นสำหรับการใช้ชีวิตอย่างอิสระในชุมชน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ทำเป็นประจำในการดำเนินชีวิต โดยบุคคลมีความต้องการในการทำกิจกรรมด้วยตนเองอย่างอิสระให้สำเร็จ รวมถึงการมีส่วนร่วมในสังคม ประกอบด้วย การลุกจากที่นอน การกินอาหาร การอาบน้ำ การหิวผม การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน การเดินขึ้นลงบันได การติดต่อสื่อสาร และความต้องการความปลอดภัย

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (ภัทรวินท์, 2556) และเมื่อมีความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมถึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากความชราและความพิการที่หลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนการเคลื่อนไหว เพื่อใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกายที่มีกำลังปกติ หรืออาจใช้เครื่องช่วยเหลือที่จำเป็นทดแทน และมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในกิจกรรมที่ทำไม่ได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (จรรยา, 2554; ชื่นชม, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. การล้างหน้า หิวผม แปร่งฟัน โคนหนวด เป็นการรักษาความสะอาดและสุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งความสะอาดของร่างกายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง โดยผู้ดูแลช่วยเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้ และในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือได้แต่ไม่สมบูรณ์ ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำสะอาดให้ โดยปฏิบัติ ดังนี้ (ประไพพรรณ, 2554)

1.1 การดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นกิจกรรมที่ทำเพื่อกำจัดเศษอาหารและเชื้อโรครภายในช่องปาก แบ่งการดูแลเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1.1 กลุ่มที่ไม่มีภาวะพิการทางร่างกาย สามารถสื่อสารได้ ในกลุ่มนี้ให้ผู้ป่วยแปรงฟันได้เองอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอน หรือทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร โดยใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และกระตุ้นให้มีการแปรงฟันที่ถูกต้อง (ประไพพรรณ, 2554; ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2554)

1.1.2 กลุ่มที่มีความพิการทางร่างกายบางส่วน มีความลำบากในการใช้มือ แต่สามารถสื่อสารได้ ในกลุ่มนี้ควรเพิ่มขนาดด้ามแปรงให้ใหญ่ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีมือแข็งเกร็งสามารถจับยึดด้ามแปรงได้ถนัด และผู้ดูแลช่วยแปรงฟันให้ผู้ป่วยอยู่ข้างหลัง (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2554)

1.1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือรับประทานอาหารทางสายยาง ผู้ดูแลจะต้องทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยเองทั้งหมด (งามจิตต์, 2554)

1.2 การหิวผม ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยหิวผม หรือควรหิวผมให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง เพื่อช่วยให้เส้นผมมีน้ำมันมาหล่อเลี้ยง ทำให้ผมมีสุขภาพดี และช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะ (ประไพพรรณ, 2554)

2. การอาบน้ำ เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำประจำทุกวัน เนื่องจากเป็นวิธีทำความสะอาดร่างกายที่สะอาดที่สุด สามารถช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวและช่วยการไหลเวียนเลือด นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความสดชื่น โดยแบ่งการดูแลเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (งามจิตต์, 2554)

2.1 การอาบน้ำผู้ป่วยที่สามารถอาบน้ำเองได้แต่ต้องช่วยบางส่วน ในกลุ่มนี้ต้องประเมินผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองไปห้องน้ำได้ โดยอุปกรณ์ช่วยเดินหรือรถเข็นนั่ง และสามารถอาบน้ำได้เอง ผู้ดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น เตรียมสบู่ เสื้อผ้า และผ้าเช็ดตัว เตรียมเก้าอี้สำหรับให้อาบน้ำ ควรให้ผู้ปวยนั่งอาบน้ำบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง ดัดราวเกาะที่ผนัง พื้นห้องน้ำควรใช้วัสดุกันลื่น และเช็ดตัวผู้ป่วยให้แห้งก่อนการเคลื่อนย้ายออกจากห้องน้ำ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2554)

2.2 กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดหรือไม่สามารถเดินไปห้องน้ำเองได้ อาจให้ผู้ป่วยทำด้วยตนเองบนเตียง โดยผู้ดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์และคอยช่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้

2.3 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำได้เอง ผู้ดูแลต้องทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย โดยการเช็ดตัวให้ผู้ป่วยบนเตียง (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2554)

3. การเคลื่อนย้าย การฝึกการเคลื่อนย้ายต้องเริ่มจากข้างที่ตีก่อนเสมอ และต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยปฏิบัติเองได้ (งามจิตต์, 2554)

4. การเดิน การเดินเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย โดยในช่วงแรก การฝึกเดินควรฝึกคู่กับบราวคู่นาน และหลังจากนั้นจึงฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าขาเดียว ไม้เท้า 3 ขา หรือ 4 ขา เป็นต้น (ลาวัลย์, 2554)

5. การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การแต่งกายในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง จะใช้วิธีการที่แตกต่างจากบุคคลปกติ ผู้ดูแลควรกระตุ้นและให้โอกาสผู้ป่วยแต่งกายด้วยตัวเองให้มากที่สุด โดยการแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า ประกอบด้วย (1) การสวมเสื้อ (2) การถอดเสื้อ (3) การสวมกางเกง (4) การถอดกางเกง (5) การสวมถุงเท้า (6) การถอดถุงเท้า (7) การสวมรองเท้า (8) การถอดรองเท้า และ(9) การสวมเสื้อชั้นในสตรี (งามจิตต์, 2554; ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2554)

6. การรับประทานอาหาร แบ่งการปฏิบัติได้ 2 กลุ่ม (งามจิตต์, 2554; ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2554; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558) คือ

6.1 ผู้ป่วยที่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ในกลุ่มนี้ต้องให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหารเพื่อลดความเมื่อยล้าขณะรับประทานอาหาร และลดปัจจัยกระตุ้นผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร โดยผู้ดูแลมีการจัดวางอาหารให้อยู่ในลานสายตาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน อาหารควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม และไม่มีน้ำมาก อาจจะเป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบ แต่ต้องไม่มีผลต่อโรคและความเจ็บป่วย หากอาหารมีลักษณะเป็นเส้นยาวควรตัดให้สั้นเพื่อให้สะดวกต่อการกลืน

6.2 ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน ผู้ดูแลควรเลือกอาหารที่สะดวกต่อการกลืนและเคี้ยวง่าย พร้อมทั้งจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือศีรษะสูงขณะรับประทานอาหาร และในกรณีที่ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางจมูกหรือปาก ผู้ดูแลจะต้องรับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม ตลอดจนต้องมีการฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย

7. การใช้สุขาหรือกระโถน ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำตามปกติ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายที่ห้องน้ำได้ ผู้ดูแลต้องจัดสถานที่ให้เป็นส่วนตัว และมิดชิด จากนั้นให้ผู้ป่วยนั่งบนหมอนอน โดยวางก้นบนขอบหมอนด้านที่เรียบ และให้อยู่ในท่าที่สบายในขณะที่ขับถ่าย (ประไพพรรณ, 2554)

8. การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะไหลตลอดเวลา และไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ เนื่องจากพยาธิสภาพและการเคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก ผลที่เกิดขึ้นอาจเกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ เป็นแหล่งสะสมของเชื้อแบคทีเรีย หรือในผู้ป่วยที่ไม่รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2554) การดูแลด้านการขับถ่ายปัสสาวะนั้น จะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ วางแผนและจัดเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะ โดยมีการกระตุ้นการ

ซัปดาห์ปัสสาวะอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยซัปดาห์ปัสสาวะเสร็จต้องทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้ง (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

9. การซัปดาห์อุจจาระ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหาด้านการซัปดาห์โดยปัญหาที่พบบ่อย คือ อาการท้องผูก เชื่อว่าระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้ป่วยได้รับปริมาณอาหารและน้ำน้อยกว่าปกติ ร่วมกับกลไกรีเฟล็กซ์ลดลงจึงเกิดอาการท้องผูก และอุจจาระอัดแน่น (NSA, 2017) การดูแลด้านการซัปดาห์อุจจาระนั้นต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ และรับประทานอาหารที่มีกากใยเพื่อช่วยในการซัปดาห์ รวมถึงกระตุ้นให้ซัปดาห์อุจจาระหลังอาหารเช้า 30 นาทีทุกวัน หรือแล้วแต่กิจวัตรของผู้ป่วยโดยใช้หมอนอน ถ้าผู้ป่วยสามารถเข้าห้องน้ำได้ให้พาเข้าห้องน้ำ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สม่่าเสมอ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นมีความซับซ้อน โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผสมผสานระหว่าง การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความสูงวัย และการเปลี่ยนแปลงจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากความเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความพิการหลงเหลืออยู่แต่ไม่ทั้งหมด และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการหลงเหลืออยู่อย่างถาวรเพียงร้อยละ 35.4 (Tchero, Tabue-Teguo, Lannuzel, & Rusch, 2018) ดังนั้นผู้ป่วยยังคงทำกิจกรรมได้บ้างบางส่วน ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 อายุ อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคมและกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง (นิภา, 2559) ในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของบุศรา, ผ่องพรรณ และวิลาวรรณ (2554) ซึ่งได้ศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 145 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทและการไหลเวียนโลหิต พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แรกรับ และก่อนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.98, 7.09 และ 12.60 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกรับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($r = -.250, p = .002$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มูไท พุรุควาว่า

วากาบายาชิ ชูซูกิ และฮานิฮาระ (Mutai, Furukawa, Wakabayashi, Suzuki, & Hanihara, 2018) ที่พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เนื่องจากโครงสร้างทางด้านร่างกายที่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบาง ในขณะที่เพศชายจะมีโครงสร้างที่แข็งแรงมั่นคง จึงทำให้เพศชายสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากกว่าเพศหญิง (Gordon et al., 2017)

2. ปัจจัยทางด้านร่างกาย

2.1 ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือจำนวนโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังหลายโรคในคนๆ เดียว ซึ่งจำนวนโรคเรื้อรังจะสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังน้อยกว่า และโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (Wang, Sheu, Shyu, Chang, & Li, 2014) ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นปัจจัยของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังบางโรคเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ โรคปอด โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจล้มเหลว เพราะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฝึกการออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่ (Kumar, Selim, & Caplan, 2011)

2.2 จำนวน และชนิดยาที่รับประทานประจำ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องมีการใช้ยาหลายชนิด (poly pharmacy) ซึ่งหมายถึง การได้รับยาที่ออกฤทธิ์อย่างเดียวกันมากกว่า 1 ชนิด หรือการได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน การใช้ยาหลายชนิดส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) โดยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึม ภาวะสูญเสียความสามารถในการเดิน ภาวะหกล้ม ภาวะลดลงของความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ลิวรรณ, 2554)

2.3 ภาวะโภชนาการ เป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารของร่างกายจากอาหารที่บริโภคและการใช้ประโยชน์ของสารอาหาร ซึ่งภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพได้ (พรณวดี และนพวรรณ, 2560) โดยเฉพาะภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย จากการศึกษาวิธีการทำหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการบกพร่องจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติ (Li et al., 2020)

2.4 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพของสมองทั้งสองข้าง หรือมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของสติสัมปชัญญะ กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ นานเกิน 3-4 สัปดาห์ และการมีอาการอ่อนแรงนานเกิน 2 เดือน โดยความเจ็บป่วยเหล่านี้แสดงถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถ้าหากมีความรุนแรงของโรคมก การฟื้นฟูสภาพก็จะล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า (รัตนพร, ปุญญพัฒน์, และสมเกียรติยศ, 2562)

2.5 ความบกพร่องทางระบบประสาท การทำหน้าที่ของสมอง (cognitive function) จะเริ่มลดลงเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี และอาการจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงวัยสูงอายุ ภาวะดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางระบบประสาท และมีความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ซับซ้อนลดลง ความจำในระยะสั้นลดลง และผู้สูงอายุจะสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง (Chen, Balami, Esiri, Chen, & Buchan, 2011)

3. ปัจจัยทางด้านสังคม

การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองอาจต้องใช้ผู้ดูแลหลายคน เช่น ผู้ดูแลบางคนช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเงิน บางคนรับหน้าที่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และบางคนดูแลช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บ้าน และเมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ การดูแลจะประกอบด้วย (1) การดูแลโดยตรง (direct care) ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนที่ รวมถึงการช่วยเหลือแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาพยาบาล (2) การดูแลประคับประคอง (supportive care) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย และ (3) การมีส่วนร่วมกับทีมการดูแลรักษาพยาบาล (collaboration with the health care team) ได้แก่ การให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลต่างๆ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการดูแลเพิ่มมากขึ้น (Hardin, 2012) และในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งทำได้โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะช่วยทำให้ผู้ดูแลรวมทั้งผู้สูงอายุได้เรียนรู้และเพิ่มทักษะในการดูแล ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้ จากการศึกษาของ สวรินทร์ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการวิจัยกึ่งทดลองเป็นเวลา 1 เดือน ผลการวิจัย พบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุม และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 72 ปี มี

ความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น และจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และกฤติดาพร (2557) ศึกษาผลของการสนับสนุนผู้ดูแลด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยทำการวิจัยกึ่งทดลองเป็นเวลา 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ระยะเวลาที่เริ่มฟื้นฟูสภาพ

ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วยจนถึงเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และพ้นจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (ซินชม, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไปจนกระทั่ง 1 เดือนแรกจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึก เช่น การเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ของร่างกายเนื่องจากการนอนนานๆ การยึดติดของข้อต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่า การฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะแรกยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้ป่วย และช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการฝึกเพื่อฟื้นฟูร่างกาย รวมถึงช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยได้ (Tan, Heng, Chua, & Chan, 2011)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยทางด้านสังคม รวมถึงระยะเวลาที่เริ่มฟื้นฟูสภาพ ซึ่งบางปัจจัยเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไข หรือส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองมากขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของผู้ดูแล (Caregiver)

การดูแล (Caring) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย และจิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกด้าน (Kane & Kane, 2000) โดยโฮโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ จำแนกตามขอบเขตความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วย คือ (1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีรูปแบบเป็นลำดับขั้น เริ่มจากสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หลาน (2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่มีส่วนในการดูแลอาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่ได้ทำต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้ เรนฮาร์ดต์, กีฟเวน, เพ็ทลิก และเบมิส (Reinhard, Given, Petlick, & Bemis, 2008) ยังให้ความหมายของผู้ดูแลว่า เป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ที่

มีปัญหาการเจ็บป่วยทั้งในภาวะเฉียบพลัน และเรื้อรังตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล โดยผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน และ วิลเลียม (Williams, 2008) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ที่มีความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ทำหน้าที่ดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนและมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้ดูแลจึงหมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ที่มีความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ทั้งในภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล โดยทำหน้าที่ดูแลอย่างต่อเนื่องและไม่รับค่าตอบแทนในการดูแล และสามารถจำแนกผู้ดูแลตามขอบเขตความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยได้ 2 ลักษณะ คือ (1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) จะเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีรูปแบบเป็นลำดับขั้น เริ่มจากสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หลาน (2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) เป็นบุคคลอื่นๆ ที่มีส่วนในการดูแลอาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่ได้ทำต่อเนื่องสม่ำเสมอ

บทบาท หน้าที่ของผู้ดูแล

ความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว (Tsai, Yip, Tai, & Lou, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลมีบทบาท หน้าที่ ดังนี้

1. บทบาทการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแล โดยผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง คือ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยให้กำลังใจ รวมทั้งให้การประคับประคองจิตใจ สนับสนุนด้านอารมณ์ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวหรือผู้ดูแล (วลัยนารี, 2554)

2. บทบาทการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล โดยผู้ดูแลมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วย (วลัยนารี, 2554; Tsai, Yip, Tai, & Lou, 2015)

3. บทบาทการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทีมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลมีโอกาสรับหรือรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่บุคลากรทีมสุขภาพ เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว สิทธิการรักษา เบอร์โทรศัพท์ของบุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน และรับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุ อาการ พยาธิสภาพ ผลการตรวจ แนวทางการรักษา ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย และการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา

รวมทั้งข้อมูลภาวะเปียบของโรงพยาบาล และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ ผู้ดูแลจะเป็นตัวกลางในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและตัวผู้ป่วย (วลัยนารี, 2554)

4. บทบาทการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลจะคอยอยู่ใกล้ชิดหรือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างการทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น การวัดสัญญาณชีพ การตรวจร่างกาย การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การนำผู้ป่วยไปตรวจเอกซเรย์ และการช่วยเหลือในการให้ยา (ศรัณยา, มณี, และยุพาพิน, 2555; Messecar, Powers, & Nagel, 2011)

5. บทบาทการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเงิน ได้แก่ ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น (ศรัณยา, มณี, และยุพาพิน, 2555; Tsai, Yip, Tai, & Lou, 2015)

6. บทบาทการมีส่วนร่วมในการจัดการหรือประสานงาน โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประสานงาน สื่อสาร และเจรจาต่อรองกับบุคลากรทีมสุขภาพในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลรักษา (วลัยนารี, 2554; Messecar, Powers, & Nagel, 2011; Tsai, Yip, Tai, & Lou, 2015)

ความต้องการของผู้ดูแล

การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เป็นบทบาทใหม่ที่สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล และต้องเผชิญกับปัญหา รวมถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่เคยเจอมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการค้นหาความต้องการ และการสนับสนุนช่วยเหลือจะทำให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้และเกิดความต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ดังนี้ (บุษยมาศ, 2561; Camicia, Lutz, Markoff, & Catlin, 2019; Lutz et al., 2017)

1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะเฉียบพลันที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเผชิญ จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลพบว่า ในระยะแรกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลมีความต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และแผนการรักษาผู้ป่วย ซึ่งการสนับสนุนในระยะนี้เน้นการสนับสนุนทางอารมณ์ด้วยการพูดคุยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล ระยะที่สอง เป็นระยะอาการคงที่ ผู้ป่วยยังคงรับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังที่ผ่านพ้นภาวะเฉียบพลันไปแล้ว ผู้ดูแลต้องการข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ สาเหตุของการเกิดโรค การดูแลที่จำเป็น การสนับสนุนผู้ดูแลทำได้โดยการให้ข้อมูล และการเริ่มฝึกผู้ดูแลเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย และการทำกายภาพบำบัด ระยะที่สาม

เป็นระยะของการจัดเตรียมเพื่อการดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การแก้ไขและการเผชิญปัญหาในอนาคต การสนับสนุนในระยะนี้ จะเป็นการฝึกทักษะเฉพาะที่ผู้ดูแลยังไม่มั่นใจ และจะมีการประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกสอน ระยะที่สี่ เป็นระยะของการดูแลที่บ้านภายหลังการจำหน่าย ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ให้ช่วยเหลือ การติดต่อเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนระยะนี้เป็นการให้ข้อมูลแหล่งบริการในชุมชน และการบริการสุขภาพที่บ้าน ระยะที่ห้า เป็นระยะของการปรับตัวในการดูแลที่บ้านระยะยาว ในระยะนี้ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการจัดเวลาในการกลับสู่การทำกิจกรรมในสังคม การวางแผนสำหรับการดูแลผู้ป่วยในอนาคต แหล่งติดต่อเมื่อพบปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้ รวมถึงหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนในระยะยาว

2. ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการแนะนำการดูแล และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

3. ความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากจะต้องเผชิญกับปัญหาในการดูแลแล้ว ผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับความกลัว ความไม่มั่นใจที่จะทำหน้าที่ในการดูแล และความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมถึงวิธีการแก้ปัญหา จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความตึงเครียดและความวิตกกังวลในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลลดลง รวมถึงการได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ หรือสมาชิกในชุมชนจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจทางอารมณ์มากขึ้น

ความสามารถในการดูแล

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงจะสามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม สำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งความสามารถในการดูแลตามระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลระยะเฉียบพลัน ระยะเฉียบพลันเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ใช้เวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง (ชินชม, 2555) การดูแลในระยะนี้ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่การรับรู้อาจมีความบกพร่อง จากการศึกษาด้านความรู้สึกลึกซึ้งพบว่า การดูแลด้านความรู้สึกลึกซึ้งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำได้ตั้งแต่วันแรก โดยหากเริ่มการฟื้นฟูได้เร็วก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูความรู้สึกลึกซึ้งได้มากขึ้น โดยเฉพาะถ้าผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Iaci et al., 2011) นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค และวิธีการ

ฟื้นฟูผู้ป่วย รวมถึงเรียนรู้อุปกรณ์เสริมต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น การใส่สายให้อาหารทางจมูกในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกินอาหารทางปากเองได้ การใส่สายสวนปัสสาวะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เอง การเรียนรู้ในระยะนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ และสามารถทำหน้าที่ดูแลได้อย่างเหมาะสม (Swartz & Collins, 2019)

2. ความสามารถในการดูแลหลังระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยกลง โดยระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1-14 วัน (ชินชม, 2555) ในระยะนี้ผู้ป่วยบางรายจะไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง หรือทำได้บางส่วน ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้ทักษะในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการอ่อนแรงของร่างกาย และมีความยากลำบากมากกว่าบุคคลทั่วไป ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้ทักษะต่างๆ ก่อนปฏิบัติ (วนิดา, 2557) ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ การเรียนรู้ทักษะการดูแลที่ถูกต้องจะเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยได้ (Swartz & Collins, 2019) และในระยะนี้นอกจากจะมีการสอนทักษะต่างๆ แก่ผู้ดูแลแล้ว ผู้ดูแลยังเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล และบุคลากรที่มสุขภาพการให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และมีความเข้าใจกระบวนการรักษา และรู้จักวิธีการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่รวมถึงมีที่ปรึกษาในการดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน (Mohammadi, Zabolypour, Ghaffari, & Arazi, 2019) และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยมีภาวะของโรคดีขึ้น นอกจากนี้การติดตามโดยเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเป็นระยะ จะทำให้ผู้ดูแลมีที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาระหว่างการดูแล ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวมถึงผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ส่งผลให้มีการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (Stavrianopoulos, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทักษะการดูแลที่สำคัญ มีดังนี้

2.1 การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความบกพร่องด้านร่างกายปรากฏให้เห็น จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวบราซิล จำนวน 260 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 31.5 มีความพิการอยู่ในระดับรุนแรง และร้อยละ 34.5 ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ (Carod-Artal, Trizotto, Coral, & Moreira, 2011) ซึ่งการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้

2.1.1 การจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนอาหาร โดยพบได้ ร้อยละ 43.2 (Bath, Lee, & Everton, 2018) ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้ไม่สะดวก บางรายไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ หรืออาจจะต้องใช้วิธีการให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลจะต้องให้การช่วยเหลือ โดยการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย ซึ่งควรเป็นอาหารที่สะดวกต่อการเคี้ยวและการกลืน ต้องจัดทำศีรษะสูงให้ผู้ป่วยก่อนรับประทาน และในผู้ป่วยที่ต้องรับประทานอาหารทาง

สายยาง ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ให้อาหารแก่ผู้ป่วยเองทั้งหมด และต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมสูตรอาหาร การปั่นอาหารผสม ตลอดจนต้องฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยาง (งามจิตต์, 2554; ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2554; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

2.1.2 การอาบน้ำและดูแลความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งพบได้ร้อยละ 40 (NSA, 2017) ผู้ป่วยบางรายจึงไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ (จรรยา, 2554) ทำให้ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้ดูแลจึงต้องให้การช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้ป่วยอาบน้ำได้เองบางส่วน ผู้ดูแลช่วยเหลือโดยการเตรียมอุปกรณ์ และคอยให้ความช่วยเหลืออื่นๆ ตามความเหมาะสม และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ผู้ดูแลต้องช่วยอาบน้ำ หรือเช็ดตัวให้ผู้ป่วยบนเตียง นอกจากนี้ยังต้องดูแลความสะอาดในช่องปากของผู้ป่วยร่วมด้วย (งามจิตต์, 2554; ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2554)

2.1.3 การดูแลเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพักฟื้นบางรายสามารถแต่งกายได้เอง แต่ยังไม่สะดวกหรืออาจทำได้ช้ากว่าปกติ ผู้ดูแลจึงต้องกระตุ้นและให้โอกาสผู้ป่วยแต่งกายด้วยตัวเองให้ได้มากที่สุด โดยผู้ดูแลคอยสนับสนุนด้วยการเตรียมอุปกรณ์ เช่น เสื้อผ้า กางเกง ถุงเท้า รองเท้า และคอยอำนวยความสะดวกอยู่ข้างๆ ผู้ป่วย (งามจิตต์, 2554; ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2554)

2.1.4 การดูแลเรื่องการขับถ่าย อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร่องในการเคลื่อนไหว และบางรายไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่ายได้ ผู้ดูแลจึงต้องมีส่วนช่วยในการดูแลและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ด้วยการจัดเตรียมอุปกรณ์ เช่น หม้อนอน แก้วสำหรับถ่าย จัดการภายในห้องน้ำให้ผู้ป่วยใช้ได้อย่างสะดวกปลอดภัย และช่วยทำความสะอาดร่างกายเมื่อผู้ป่วยขับถ่ายเสร็จ (ประไพพรรณ, 2554)

2.1.5 การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหว เคลื่อนย้ายร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องให้การช่วยเหลือ และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง โดยเฉพาะการเดินที่เป็นเครื่องบ่งชี้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องช่วยฝึกผู้ป่วย ซึ่งในช่วงแรกของการเดินควรฝึกคู่กับราวคู่นาน และหลังจากนั้นจึงฝึกด้วยเครื่องช่วยเดิน (ลาวัลย์, 2554) ในด้านการเคลื่อนย้าย หากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ด้วยตัวเอง ผู้ดูแลต้องช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถเข็น (งามจิตต์, 2554)

2.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากความบกพร่องของร่างกายทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง (Carod-Artal, Trizotto, Coral, & Moreira, 2011) ผู้ป่วยจึงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ คือ ภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการ

เกิดแผลกดทับ (วาสิณี และพรเลิศ, 2562; Dharmasaroja, 2012; Kishore et al., 2018) โดยผู้ดูแลต้องให้การดูแลในแต่ละภาวะ ดังนี้

2.2.1 ภาวะปอดอักเสบ พบได้มากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาของการเคี้ยวและการกลืนถึงร้อยละ 60 เนื่องจากทำให้เกิดการสำลักอาหารและน้ำ ผู้ดูแลจึงต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดช่องปากและฟันของผู้ป่วย นอกจากนี้ภาวะปอดอักเสบยังพบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องนอนนานๆ มีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อย ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Kishore et al., 2018)

2.2.2 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยพบว่าการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ทั้งในผู้ป่วยที่ปัสสาวะได้เอง และผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ แต่ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ สำหรับการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับเรื่องของความสะอาด รวมถึงการให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้คาสายสวนปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องจัดเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะอย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ภายหลังการขับถ่ายต้องทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้ง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 ซีซี ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม สำหรับผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งคอยสังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ของการติดเชื้อ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

2.2.3 การเกิดแผลกดทับ พบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 20 ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Dharmasaroja, 2012) ผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และจัดให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุกๆ 2 ชั่วโมง และเฝ้าระวังความเปียกชื้น โดยเฉพาะตำแหน่งของปุ่มกระดูกต่างๆ ที่ต้องรับแรงกดทับเป็นเวลานานๆ (รุจามา และสุวิมล, 2561)

2.3 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ และเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายด้วยตนเองตามขีดความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น (งามจิตต์, 2554)

2.4 การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง หวาดระแวง หงุดหงิดง่าย และซึมเศร้า (NSA, 2017) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้สูงภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดประมาณร้อยละ 47 (Haghgoo, Pazuki, Hosseini, & Rassafiani, 2013) สอดคล้องกับ

การศึกษาไปข้างหน้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างการฟื้นฟูสภาพของประเทศไทย ที่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 56.6 (Kitisomprayoonkul, Sungkapo, Taveemanoon, & Chaiwanichsiri, 2011) โดยผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และเพิ่มความบกพร่องสมรรถภาพของสมอง ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย และให้การสนับสนุนทั้งด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านจิตวิญญาณ การให้ความหวัง และกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ (ลัดดาวัลย์ และชนกฤทัย, 2561)

3. ความสามารถในการดูแลระยะเข้าสู่สังคม เป็นระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และมีการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ในระยะนี้จะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังการเจ็บป่วย แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลานาน 4-6 เดือน เป้าหมายหลักของการดูแลในระยะนี้คือ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นหรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด และกลับเข้าสู่สังคมได้ (ชินชม, 2555)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างของฮอร์โมนและยีนที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม กระบวนการคิด บุคลิกภาพ การแก้ไขปัญหา ความอดทน ความละเอียดอ่อน และทักษะการใช้ชีวิต จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เกี่ยวข้องเป็นภรรยาหรือบุตรสาวของผู้ป่วยจะสามารถเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสังคมวัฒนธรรมไทยเชื่อว่า ภรรยาหรือบุตรสาวต้องทำหน้าที่ดูแลเพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการเรียนรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะ รวมทั้งมีความมั่นใจในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น (ทิวาวรรณ, 2554; เพ็ญวิสาข์, 2555)

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ทำหน้าที่ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ของการดูแลที่ดี ผู้ดูแลจะต้องมีความผูกพันกับผู้ป่วย และมีความคุ้นเคยกัน รวมถึงการเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน จะส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในบริบทคนไทยที่มีความกตัญญูต่อบิดา มารดา จะมีความสนใจในการเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยเพื่อให้พ้นหายจากโรค จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประกอบพร (2554) พบว่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีค่าค่อนข้างสูง โดยเฉพาะความรู้สึกที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่างมีความรักให้กัน ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญในชีวิต จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้

คะแนนความสามารถของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวัลยานารี (2554) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วยอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี ภรรยา และบุตร ซึ่งมีความใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่ดี ซึ่งการที่ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จะได้เรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยทำให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะ และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง จะส่งผลให้ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระและอาจละเลยการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งในการดูแลที่ใช้เวลาในการดูแลต่อวันที่ยาวนาน 20-24 ชั่วโมงต่อวัน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่ายไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่มีเวลาในการเรียนรู้ทักษะที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นหายดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลงได้ (ประกอบพร, 2554)

4. ภาวะสุขภาพของผู้ทำหน้าที่ดูแล ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวจะให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย เนื่องจากการมีโรคประจำตัวผู้ดูแลจะต้องดูแลตนเองควบคู่กับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกล้า กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองและผู้ป่วย จึงก่อให้เกิดเป็นความเบื่อหน่ายเป็นภาระไม่ยอมทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในระยะที่ยาวนานต่อมา (Barken & Lowndes, 2018)

5. ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นลักษณะการรับรู้ของแต่ละบุคคล หากบุคคลใดมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูง จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพราะความรู้สึกเบื่อหน่าย และซึมเศร้าจะน้อย แต่ถ้าหากมีความเข้มแข็งในการมองโลกน้อย ความรู้สึกเบื่อ และซึมเศร้าจะสูงและจะไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ (อมรา, ดวงใจ, และชนิดดา, 2561)

6. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการได้รับการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ ความรู้ อารมณ์ ของผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการแนะนำทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และมีประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มมากขึ้นสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม แม้ว่าผู้ป่วยจะกลับบ้านแล้ว การติดตามให้ความรู้ ประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึก จิตใจของผู้ดูแลจะส่งผลให้ผู้ดูแลยังคงทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะเวลา 1-3 เดือนแรกของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และจิตใจอย่างสูง เพราะจะมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมากสำหรับผู้ดูแล และจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ (สวรินทร์, 2555)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือด ดังนั้นบุคลากรที่มสุขภาพจำเป็นต้องประเมินความต้องการของผู้ดูแล และตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับมารักษาซ้ำ

ในโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีสุขภาพต้องคอยช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลตั้งแต่ระยะที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตลอดจนในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นคำที่ครอบคลุมบริการที่มีข้อจำกัดของเวลาและสภาพแวดล้อม ออกแบบมาเพื่อให้มั่นใจถึงความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ และป้องกันการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยเป็นการดูแลที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเมื่อมีการเคลื่อนย้ายสถานที่ดูแลจากที่หนึ่งไปสู่อีกสถานที่หนึ่ง อาจเป็นการเคลื่อนย้ายภายในสถาบันเดียวกัน การย้ายไปสู่สถานที่ดูแลต่างระดับกัน ย้ายจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านหรือไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ (Hirschman, Shaid, McCauley, Pauly, & Naylor, 2015)

ความหมายของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านไว้ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการวางแผนจำหน่ายจะทำให้เกิดประสิทธิผลด้านค่าใช้จ่ายและด้านภาวะสุขภาพ (Brooten et al., 2002) นอกจากนี้ เนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al., 2004) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านว่าหมายถึงกระบวนการหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นระบบ โดยมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการดูแล การให้ความรู้ ตลอดจนการสอนทักษะการดูแลตนเอง ทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีการติดตามประเมินผลการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการดูแล การให้ความรู้ ตลอดจนการสอนทักษะในการดูแลตนเอง และมีการติดตามประเมินผลของการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

กระบวนการดูแลต่อเนื่องระยะเปลี่ยนผ่าน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่ามีการนำรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านไปใช้ทำการศึกษาวิจัย และเผยแพร่อย่างกว้างขวางจนมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) โดยเนลเลอร์ และคณะ ได้ทำการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อผลลัพธ์ไม่ดีทางสุขภาพ และเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) โรคหัวใจล้มเหลว 2) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/กล้ามเนื้อหัวใจตาย 3) โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 4) ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 5) ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6) ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง และ 6) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคทางกระดูกและข้อ จากการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนลเลอร์ และคณะ พบว่าผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นผลมาจากการสื่อสารที่ไม่สมบูรณ์ระหว่างผู้ให้บริการและหน่วยบริการที่รับส่งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางสุขภาพอย่างจำกัด มีอุปสรรคของการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และมีข้อจำกัดเรื่องภาษา ตลอดจนมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ส่งผลให้ปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้น (Naylor, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ เป็นรูปแบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โดยใช้กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยรายกรณี มีพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างครอบคลุม และดำเนินการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล แพทย์ รวมถึงบุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยกระบวนการดูแลต่อเนื่องระยะเปลี่ยนผ่านที่ใช้กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการดูแลที่คล้ายกับกระบวนการพยาบาลซึ่งแบ่งระยะดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยเป็น 2 ระยะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) ดังนี้

1. ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospital visits) เป็นระยะที่พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเยี่ยมและติดต่อกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังจากรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และเข้าเยี่ยมอย่างน้อยทุกวันจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยกระบวนการดูแลในระยษนี้ ประกอบด้วย

1.1 การประเมินปัญหาและความต้องการ เป็นการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อการวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ด้วยเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ โดยพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านประเมินภาวะสุขภาพและภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมเป็นระยะๆ ตามความจำเป็นตลอดการดูแล การประเมินผู้ป่วยมีแหล่งที่มาของข้อมูลหลายแหล่ง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย สภาพจิตใจ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสภาวะทางอารมณ์ สำหรับผู้ดูแลจะเป็นการประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ความต้องการหลังการจำหน่ายผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้และทักษะของผู้ดูแล รวมถึงสภาพจิตใจ จากนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงผ่านนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปวางแผนการจำหน่าย ซึ่งสิ่งสำคัญที่ควรมีก่อนจำหน่ายผู้ป่วย คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง การดูแลด้านจิตใจ ตลอดจนคำแนะนำในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และสรุปหัวข้อสำคัญของการจำหน่าย บันทึกไว้ในใบบันทึกความก้าวหน้าของโรค (progress notes)

1.2 การวางแผนการจำหน่าย พยาบาลผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงผ่านวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล และครอบคลุมถึงการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยมีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องร่วมให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการจำหน่าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลตนเอง และดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความวิตกกังวล ส่งเสริมความสามารถในการดูแล การตัดสินใจแก้ปัญหา และสามารถกลับสู่สังคมได้ หลังจากนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงผ่านทำการสรุปบันทึกไว้ในใบบันทึกความก้าวหน้าของโรค (progress notes)

1.3 การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เป็นขั้นตอนดำเนินการจากแผนที่วางไว้ไปสู่การปฏิบัติ โดยพยาบาลผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงผ่านทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสาร ประสานความร่วมมือในการประเมิน การวางแผน การอำนวยความสะดวก และปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายนั้นมีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย การให้คำแนะนำและฝึกหัด การสนับสนุนและให้คำปรึกษา การให้การดูแลโดยตรงตามผู้ป่วยต้องการ และมีการประเมินซ้ำเพื่อปรับปรุงแผนการจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการดูแลต่อที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงผ่าน ดำเนินการสรุปหัวข้อสำคัญของการจำหน่าย และบันทึกไว้ในใบบันทึกความก้าวหน้าของโรค (progress notes) และมอบให้ผู้ดูแล แพทย์ และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย

1.4 การประเมินผลการปฏิบัติ ในการประเมินผลการปฏิบัติมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ลดลง ซึ่งผลลัพธ์ทางด้านผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ การทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ รวมถึงความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ดูแล และมีการบันทึกไว้ในใบบันทึกความก้าวหน้าของโรค (progress notes)

1.5 การส่งต่อการดูแล คือ การส่งต่อข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยจากหน่วยบริการหนึ่งไปสู่อีกหน่วยบริการหนึ่ง หรือจากการดูแลสุขภาพระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่ง เช่น การ

ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการใกล้บ้าน การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นๆ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรือตามความเหมาะสม โดยพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจะทำหน้าที่ในการประสานงานกับหน่วย บริการสุขภาพที่จะส่งต่อ เพื่อส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในด้านปัญหาทางการพยาบาล และ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับรวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่อง และมีการบันทึกไว้ในใบบันทึกความก้าวหน้า ของโรค (progress notes)

2. ระยะการเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability) โดยกระบวนการดูแลในระยะนี้ประกอบด้วย

2.1 การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน โดย พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านออกติดตามให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้านจะเป็น การประเมินด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อมอย่างครบถ้วน มีการกำหนดเป้าหมาย เพื่อเพิ่ม ความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย มุ่งเน้นไปที่การใช้ยา การจัดการอาการ อาหาร การทำกิจกรรม การนอนหลับ การมาตรวจตามนัด และสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล การ เยี่ยมที่บ้านนั้นจะเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้งที่บ้าน โดยครั้งที่ 1 เยี่ยมบ้านภายใน 24 ชั่วโมงหลัง จำหน่าย และครั้งที่ 2 ภายใน 7- 10 วัน ทั้งนี้การเยี่ยมไม่ได้จำกัดเพียง 2 ครั้ง ซึ่งอาจจะมากกว่านั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย

2.2 การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เป็นการอำนวยความสะดวกสำหรับการติดต่อ ทางโทรศัพท์ โดยมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 7 วันต่อสัปดาห์ คือ ในวันทำการ ให้บริการเวลา 8.00 น. ถึง 22.00 น. และในวันหยุด ให้บริการเวลา 8.00 น. ถึง 12.00 น. นอกจากนี้พยาบาลผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจะโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างน้อยทุกสัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อตอบ คำถามหรือข้อกังวลของผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือสมาชิกในทีมสุขภาพ ตลอดจนติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาอีกครั้งภายหลังการจำหน่าย พยาบาล ผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน เช่นเดียวกับในระยะที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อ การอำนวยความสะดวกในการเปลี่ยนผ่านต่อไป

องค์ประกอบของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลผู้ป่วยรายกรณี มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ (1) การทำงานร่วมกันของบุคลากรทีม สุขภาพ (2) แผนการดูแลผู้ป่วย (3) ผู้ดูแลผู้ป่วยรายกรณี (ศิริอร และพิเชต, 2556) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นการดำเนินการประสานความร่วมมือของบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น

2. แผนการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสำหรับพยาบาลผู้ดูแลรายกรณีและบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นเอกสารที่ทำหน้าที่อธิบายเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และเป็นกระบวนการที่จะนำผู้ป่วยไปยังเป้าหมายที่ต้องการ โดยมีการวางแผนตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในกรณีการกระท่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปยังบ้านหรือชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยรายกรณี ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรายกรณีควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดและมีข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของผู้ป่วยมากที่สุด โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท หรือเป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีแต่จะต้องมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 4-6 ปี (Smith, Mackay, & McCulloch, 2013) นอกจากนี้จะต้องมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานงานกับแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม โดยผู้ดูแลผู้ป่วยรายกรณีจะทำหน้าที่บริการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

บทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านหัวใจสำคัญของความสำเร็จ คือ พยาบาลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Nurse [TCN]) เนื่องจากพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจะเป็นผู้ประสานงานหลักที่ช่วยทำให้การดูแลบรรลุเป้าหมายของผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่งในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) ใช้สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nursing [APN]) เป็นผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และทำหน้าที่วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างครอบคลุม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2561)

1. มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน (direct care)

2. มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรค (care management)

3. มีความสามารถในการประสานงาน (collaboration)

4. มีความสามารถในการสอน (teaching) ฝึกทักษะ (coaching) เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring)
5. มีความสามารถในการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หรือผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (consultation)
6. มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent)
7. มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจจริยธรรม (ethical reasoning and ethical decision making)
8. มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice)
9. มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) เป็นรูปแบบการดูแลที่มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีการดำเนินโรคที่ซับซ้อนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ตลอดจนเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงหวังให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ โดยมีการแบ่งระยะดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยเป็น 2 ระยะ คือ (1) ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ (2) ระยะการเยี่ยมที่บ้าน ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในศึกษา ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นรูปแบบการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน และมีการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพบนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ที่ผ่านมามีการนำรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน มาทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหลายกลุ่มโรค ซึ่งในการสืบค้นโปรแกรมต่างๆ และหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล Pub Med, CINAHL, Cochrane, ThaiLis, Google Scholar พบงานวิจัยที่ใช้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 เรื่อง โดยการศึกษาในแต่ละงานวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (นันทกาญจน์, ยุพาพิน, สุปรีดา, และสิริรัตน์, 2559; ปราณี, 2558; วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559) ใช้เกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วยที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลาง จำนวน 2 งานวิจัย (นันทกาญจน์, ยุพาพิน, สุปรีดา, และสิริรัตน์, 2559; วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559) และคะแนน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางจนถึงมาก จำนวน 1 งานวิจัย (สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559) และอีก 1 งานวิจัยไม่ระบุ (ปราณี, 2558)

2. การออกแบบการวิจัย

2.1 รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (นันทกาญจน์, ยุพาพิน, สุปรีดา, และสิริรัตน์, 2559; ปราณี, 2558; วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559; สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559) เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Bettger et al., 2012) เป็นการวิเคราะห์อภิมาน (Wang, Yang, Shi, Yang, & Hu, 2017) และการศึกษาไปข้างหน้า (Kitzman, Hudson, Sylvia, Feltner, & Lovins, 2017)

2.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาอยู่ในช่วง 4 สัปดาห์ (นันทกาญจน์, ยุพาพิน, สุปรีดา, และสิริรัตน์, 2559; วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559; Condon, Lycan, Duncan, & Bushnell, 2016) 6 สัปดาห์ (ปราณี, 2558) และ 3 เดือน (สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559) ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการศึกษาอยู่ที่ช่วง 4 สัปดาห์

3. กระบวนการดูแล

3.1 แบ่งการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย (นันทกาญจน์, ยุพาพิน, สุปรีดา, และสิริรัตน์, 2559; ปราณี, 2558; วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559; สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559; Bettger et al., 2012; Wang, Yang, Shi, Yang, & Hu, 2017)

3.2 ประเมินความต้องการและให้ข้อมูลความรู้ ให้คำปรึกษา ติดตาม ตั้งเป้าหมาย ประเมินความเสี่ยง (Bettger et al., 2012; Wang, Yang, Shi, Yang, & Hu, 2017)

3.3 ประสานงานบุคลากรทีมสุขภาพโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และมีการทำงานเป็นทีม (Bettger et al., 2012)

3.4 ให้คำแนะนำ สอน/สาธิต และแจกคู่มือ (นันทกาญจน์, ยุพาพิน, สุปรีดา, และสิริรัตน์, 2559; ปราณี, 2558; วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559; สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559)

3.5 ติดตามเยี่ยมที่บ้านและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม (นันทกาญจน์, ยุพาพิน, สุปรีดา, และสิริรัตน์, 2559; ปราณี, 2558; วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559; สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559; Bettger et al., 2012; Wang, Yang, Shi, Yang, & Hu, 2017)

4. ประเมินผลลัพธ์ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจของผู้ป่วย (วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559; สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559) ประเมินความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจของญาติ (นันทกาญจน์, ยุพาพิน, สุปรีดา, และสิริรัตน์, 2559; สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย (ปราณี, 2558)

การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและ ผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ผลลัพธ์จาก หลักฐานเชิงประจักษ์

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์

การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการวัดความสามารถในการทำงานของ ร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้กับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันปัจจุบันมีอยู่หลายชนิด ได้แก่

1.1 ดัชนีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของนอร์ทดิงแฮม (Nottingham Ten-point ADL Index) เป็นแบบประเมินกิจวัตรประจำวันที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองอย่างง่าย ได้ผ่านการทดลองใช้มาแล้ว และมีความน่าเชื่อถือ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำจากแก้ว การล้างมือ การล้างหน้า การอาบน้ำ การเคลื่อนย้ายตัว จากเตียงไปเก้าอี้ การเดินหรือใช้ล้อเข็นภายในบ้าน การใช้ห้องน้ำ การถอดเสื้อ และการขงเครื่องต้มน้ำ ร้อน โดยไม่รวมการควบคุมการขับถ่าย (Wade, 1992)

1.2 เดอะพัลส์ โปรไฟล์ (The Pulses Profile or PULSES) เป็นแบบประเมิน ที่คิดค้นโดย โมสโควิตซ์ และ แมคแคน (Moskowitz & Mc Cann, 1957, อ้างตาม สวรินทร์, 2555) มี วัตถุประสงค์เพื่อนำไปประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือใน ผู้ป่วยกลุ่มที่เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เพื่อให้ได้รู้ถึงความสามารถในการทำกิจกรรมของ ผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามด้านร่างกายทั่วไปที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง ภาวะ สุขภาพ และปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยความสามารถที่ทำได้ด้วย ตนเองทั้งหมดให้คะแนนเป็น 1 คะแนน จนถึงความสามารถที่ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือให้คะแนนเป็น 4 คะแนน คะแนนยิ่งสูงบ่งบอกถึงการไร้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมที่สูง โดยคะแนนที่มากกว่า หรือเท่ากับ 16 คะแนน อธิบายได้ถึงการใช้ซึ่งความสามารถในระดับที่รุนแรง แบบประเมินนี้นิยม นำมาใช้มาก มีการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87

1.3 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของแคทซ์ (The Katz Index of ADL) พัฒนาขึ้นโดย แคท, ฟอร์ด, โมสโควิตซ์, แจ็คสัน และเจฟฟี (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963) เป็นแบบสังเกตหรือประเมินด้วยตนเองในการทำกิจกรรม แบบประเมิน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่ายปัสสาวะ การกิน อาหาร และการเคลื่อนย้าย โดยแบบประเมินมีการให้คะแนน 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการทำ กิจกรรมได้ด้วยตนเอง และการทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ

1.4 แบบประเมินการดูแลตนเองของเคนนี่ (Kenny Self-care Evaluation) เป็นแบบประเมินที่ใช้เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในบ้านเท่านั้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรมใหญ่และ 17 กิจกรรมย่อย คือ (1) การเคลื่อนย้าย ประกอบด้วย การนั่ง การยืน และการเข้าห้องน้ำ (2) กิจกรรมบนเตียง ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวตัวบนเตียงในท่านอน และการลุกจากท่านอนเป็นท่านั่ง (3) การแต่งตัว ประกอบด้วย การสวมเสื้อ การสวมกางเกง การสวมรองเท้าและถุงเท้า (4) การเคลื่อนที่ ประกอบด้วย การเดิน การขึ้น-ลงบันได การใช้ล้อเข็น (5) การรับประทานอาหาร และ (6) การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ประกอบด้วย การดูแลความสะอาดบริเวณใบหน้า แขน และผม การดูแลความสะอาดบริเวณลำตัวและอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลความสะอาดของขาและเท้า การขยับถ่ายอุจจาระและการขยับถ่ายปัสสาวะ ในการนำแบบประเมินไปใช้ พบว่าแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่มีความไวแต่ยังไม่มี การหาความตรงของเครื่องมือ (Kenny, 1973, อ้างตาม กุลธิตาพร, 2557)

1.5 เครื่องมือวัดความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional Independence Measure-score) พัฒนาโดย เวด และฮีเวอร์ (Wade & Hewer, 1987) มีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้ประเมินความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งการประเมินเป็น 6 ด้าน คือ การดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility) การเคลื่อนที่ (locomotion) การควบคุมการขยับถ่าย การสื่อสาร และการรับรู้ทางสังคม รวมทั้งสิ้น 18 ข้อย่อย โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 7 ระดับ คะแนนต่ำสุด 18 คะแนน และสูงสุด 126 คะแนน จากการนำไปใช้พบว่า เป็นแบบประเมินที่มีความเชื่อมั่นในระดับสูง

1.6 ดัชนีกิจวัตรประจำวันบาร์เทล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย มาร์โฮนี และ บาร์เทล (Mahoney & Bathel, 1965) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การกินอาหาร การลุกจากที่นอน การหิว้ม การใช้ห้องน้ำ การควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขยับถ่ายอุจจาระ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | |
|-------------|--|
| 0-20 คะแนน | หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย |
| 25-45 คะแนน | หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย |
| 50-70 คะแนน | หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง |
| 75-95 คะแนน | หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก |
| 100 คะแนน | หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด |

สำหรับในประเทศไทย จิตะพันธกุล กมลรัตนกุล และเอบราฮิม (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) ได้ปรับปรุงดัชนีกิจวัตรประจำวันบาร์เทล เพื่อความเหมาะสมกับการนำไปใช้ประเมินกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุในสังคมไทย เรียกว่า แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบประยุกต์ (Modified Barthel ADL Index) ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การรับประทานอาหาร (2) การล้างหน้า หวีผมและโกนหนวด (3) การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือการลุกนั่งจากที่นอน (4) การใช้ห้องสุขา (5) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (6) การสวมใส่เสื้อผ้า (7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น (8) การอาบน้ำ (9) การขับถ่ายอุจจาระ และ (10) การขับถ่ายปัสสาวะ โดยมีการปรับคะแนนประเมินซึ่งมีคะแนนรวม 0-20 คะแนน แบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบ โดยการนำไปใช้วัดความพิการของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดคลองเตยทั้งหมด 73 คน และมีการทดสอบความเหมาะสมกับการใช้ในผู้สูงอายุไทย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินนี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการสำรวจระดับความพิการในผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีการแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็น 5 ระดับ ดังนี้

| | |
|-------------|---|
| 0-4 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง |
| 5-8 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ปฏิบัติได้น้อย |
| 9-11 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง ปฏิบัติได้เองปานกลาง |
| 12-19 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ |
| 20 คะแนน | หมายถึง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด |

ธารินทร์ (2556) ได้นำเครื่องมือของจิตะพันธกุล กมลรัตนกุล และเอบราฮิม (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) มาใช้ในการศึกษาการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การดูแล การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ จำนวน 90 ราย โดยเครื่องมือได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาได้ค่าความตรงที่มากกว่า .80 และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91 และกุลธิดาพร (2557) ได้นำเครื่องมือของจิตะพันธกุล และคณะ ไปใช้ในการศึกษาผลของการสนับสนุนผู้ดูแลด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสุขของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสุขภาพ โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 52 ราย เครื่องมือได้ผ่านการคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

โดยในการศึกษานี้เลือกใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของจิตะพันธกุล กมลรัตนกุล และเอบราฮิม (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีการประยุกต์มาใช้สำหรับวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยเฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ และเครื่องมือผ่านการตรวจสอบเที่ยงของเครื่องมือ และความตรงตามเนื้อหาแล้วว่ามี ความน่าเชื่อถือ

2. ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ใช้เป็นเกณฑ์หนึ่งในการวัดคุณภาพการบริการผู้ป่วย ซึ่งสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ให้ความหมายของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยกลับเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย ด้วยอาการเดิมหรือโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผน ซึ่งสาเหตุเกิดจากความไม่รู้ หรือการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา โดยวัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลนี้ เพื่อใช้ประเมินประสิทธิผลของการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลในด้านการประเมินปัญหาการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่สำคัญโรคหนึ่ง เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่าย รวมถึงพบข้อจำกัดในการติดตามดูแลหลังการจำหน่ายในช่วงแรก ดังนั้นการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจึงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะจะสะท้อนปัญหาของคุณภาพการจำหน่ายผู้ป่วย (Kilkenny, Longworth, Pollack, Levi, & Cadilhac, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ภายหลังจากจำหน่ายมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากโรคกลับเป็นซ้ำอย่างน้อย 1 ใน 4 โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำได้เร็วกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า โดยในการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการกลับมารักษาซ้ำสูงถึง ร้อยละ 64.6 (Zhu, Xu, Shi, & Yan, 2016) และเมื่อศึกษาการกลับมารักษาซ้ำตามช่วงเวลาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ประมาณร้อยละ 9 (Suri & Qureshi, 2013) และมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 3-12 เดือนหลังจำหน่าย ร้อยละ 16.6 จะเห็นได้ว่าความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำสูงขึ้นตามอายุและระยะเวลาที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Sun, Lee, Heng, & Chin, 2013) นอกจากนี้ในการศึกษาถึงผลกระทบจากการกลับมารักษาซ้ำ โดยเฉพาะเมื่อเกิดจากสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนจากโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการที่รุนแรงมากขึ้น และพบอัตราการตายหลังกลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับการรักษาครั้งแรก (สมศักดิ์, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบใน 24 การศึกษาพบว่า สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ (1) ผู้ป่วยกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พบได้ ร้อยละ 33 (2) ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อภายหลังการจำหน่ายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะติดเชื้อจากแผลกดทับ ซึ่งพบได้ ร้อยละ 14.5 และ (3) มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ ได้แก่ มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว

กล้ามเนื้อหัวใจตาย มีอาการเจ็บหน้าอก พบได้ร้อยละ 10.4 (Rao, Barrow, Vuik, Darzi, & Aylin, 2016) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. อายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การกลับมารักษาซ้ำสัมพันธ์กับอายุ โดยพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะพบการกลับมารักษาซ้ำสูงขึ้น เนื่องจากการถดถอยของสมรรถภาพร่างกายตามวัย เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะยิ่งส่งผลให้การถดถอยของร่างกายเปลี่ยนแปลงได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยจึงมีโอกาสกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้มากกว่าผู้ป่วยในช่วงวัยอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 65 ปี (Benjamin et al ., 2017)

2. เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศชายมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงในช่วงวัยเดียวกัน ซึ่งในการศึกษายังพบว่าหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภายในระยะเวลา 5 ปี ผู้ป่วยเพศชายมีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้มากกว่าผู้ป่วยเพศหญิงถึงร้อยละ 40 (พรภัทร, 2555) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ นิชิธิตา, พวงรัตน์, อรณีย์, ณ์ภูฎพัชร์, และนริมาลย์ (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีการกลับมารักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย

3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอ การดูแลตนเองหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองในทุกด้าน ทั้งด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการเตือน รวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอ มีการรับรู้ถึงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น แต่หากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการดูแลตนเองก็จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการแนะนำหรือกำหนดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงลักษณะปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคล (Bergman, 2011) ดังนั้นแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจึงควรเริ่มตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง เกิดความตระหนักรู้ถึงสาเหตุปัญหาของตน และร่วมวางแผนในการดูแลตนเองทั้งที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเมื่อได้รับการสอนเรื่องโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สื่อต่างๆ ทั้งการแจกคู่มือการดูแลตนเอง การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การสาธิตวิธีการดูแลตนเอง การให้แรงบันดาลใจทางสังคม รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่หรือการใช้โทรศัพท์สอบถามอาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง เกิดการรับรู้ดีขึ้น ผู้ป่วยจะปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นโรค

หลอดเลือดสมองซ้ำ และลดการกลับมารักษาซ้ำในที่สุด (ชลธิชา, 2555; วัฒนศักดิ์, 2555; วัลลยา, 2554)

4. ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพาผู้อื่น และต้องพึ่งพาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ สายยางให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่พึ่งพาอุปกรณ์ 4.8 เท่า (นิชธิมา, พวงรัตน์, อรณีย์, ณีภูริพัทธ์, และนริมาลัย, 2557)

5. ปัจจัยด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การดูแลหลังจำหน่าย และภาวะแทรกซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน เมื่อพ้นระยะวิกฤติผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถูกจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งการเรียนรู้การดูแลตนเอง และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านรวมถึงการฝึกเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในโรงพยาบาลจึงมีเวลาจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สูง ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่หลักของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่จะต้องฝึกปฏิบัติที่บ้านโดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย การฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองจะเกิดขึ้นในช่วงนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาระบบบริการในการมีส่วนร่วมของชุมชน การติดตามเยี่ยม และการมีทีมสหสาขาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฝึกฝนตนเองรวมถึงผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (บรรณชวรรณ, 2561; ยวดี, 2563; Kilkenny, Longworth, Pollack, Levi, & Cadilhac, 2013)

6. ปัจจัยด้านระบบสาธารณสุข และกระบวนการทางคลินิกด้านการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความพร้อมในการดูแล ได้แก่ การดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินโดยเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือ การประเมินโดยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging, [MRI]) จะช่วยให้การวินิจฉัยมีความแม่นยำ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมารักษาซ้ำได้ (Kilkenny, Longworth, Pollack, Levi, & Cadilhac, 2013)

7. มีข้อจำกัดเรื่องภาษาตลอดจนมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยในการศึกษาของ ศศิกานูจน์ (2557) ที่ศึกษาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมุสลิมพบว่าผู้ป่วยมุสลิมจะมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ 3 ด้าน คือ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความเชื่อและหลักคำสอนที่ว่ามนุษย์ทุกคนได้รับการทดสอบจากอัลลอฮ์ ดังนั้นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงเป็นการทดสอบถึงความอดทนในการบำบัดรักษา บุคคลที่เจ็บป่วยจึงวิงวอนขอพรจากพระเจ้าให้หายจากโรค ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมยังมีความนิยมบริโภคอาหารรสเค็ม รสมัน และอาหารทอด (เพ็ญญา, 2555) นอกจากนี้ด้านพฤติกรรมกรออกกำลังกาย ยังพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40 ไม่มีการออกกำลังกาย (Billinger et al., 2014) พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อการควบคุมและป้องกันโรคเป็นผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในที่สุด

การกลับมารักษาซ้ำในการศึกษานี้วัดโดยใช้แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งจะเก็บข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในวันที่ 30 ของการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละรายไม่ว่ากลับมารักษาซ้ำกี่ครั้งจะนับเป็นการกลับมารักษาซ้ำ 1 คน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพของการเกิดโรคที่ซับซ้อน โดยพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายประการ ทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิด และด้านวิถีการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บางรายอาจมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมและมีภาวะซึมเศร้า การช่วยเหลือผู้ป่วยทำได้โดยการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และท้ายที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถกลับเข้าสู่สังคม และกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ บุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ประกอบด้วย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลจัดสิ่งแวดล้อม การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนทำหน้าที่ในการช่วยเหลือด้านการเงิน และการตัดสินใจในการเลือกวิธีในการรักษาให้กับผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจำเป็นต้องประเมินความต้องการของผู้ดูแลและตอบสนอง

ความต้องการได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล บุคลากรที่มีสุขภาพต้องคอยช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลตั้งแต่ระยะที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตลอดจนในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่งบ้าน การดูแลที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่งบ้าน มีขั้นตอนที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ต้องมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรที่มีสุขภาพ 3) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เป็นการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางแผนร่วมกันของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรที่มีสุขภาพ 4) การประเมินผลการปฏิบัติ 5) การส่งต่อการดูแล และ 6) การบริการสุขภาพที่บ้าน และการเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยการดูแลมีลักษณะที่ครอบคลุม 2 ระยะ คือ 1) ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospital visits) และ 2) ระยะการเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability) ซึ่งการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมารวมถึงการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น คือ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 1 โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คู่ และกลุ่มทดลอง 30 คู่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก
2. มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย (5-8 คะแนน) และปานกลาง (9-11 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของจิตะพันธ์กุล กมลรัตนกุล และ เอbrahim (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994)
3. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่านช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) และได้รับยาละลายลิ่มเลือด อาร์ที พีเอ (rt-PA)
2. อาการของโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก
3. ไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่าย
4. ถอนตัวระหว่างการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ดูแล (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลัก
2. มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติกัน
3. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
5. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และอนุญาตให้มีการเยี่ยมบ้าน
6. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ดูแล (exclusion criteria)

1. เปลี่ยนผู้ดูแล
2. ไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ถอนตัวระหว่างการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย (วาสนา, สุปรีดา, ยุกาพิน และสิริรัตน์, 2559) ค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 1.72 (ภาคผนวก ก หน้า 128) ซึ่งงานวิจัยมีลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และรูปแบบการดำเนินการวิจัยที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงปรับลดขนาดอิทธิพลจาก 1.72 เป็น .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .80 เมื่อเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คู่ต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 20 (Grove, Burns, & Gray, 2013) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คู่ต่อกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 24 คู่ และกลุ่มทดลอง 24 คู่ รวมกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งสิ้น 48 คู่ แต่เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลจริงพบว่า มีผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษา ในช่วงดำเนินการวิจัยหลายราย ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 50 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คู่ และกลุ่มทดลอง 30 คู่

ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองถูกคัดออกจากการศึกษาจำนวน 2 คู่ เนื่องจากมีผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอาการทรุดลง ต้องย้ายเข้ารับการรักษายังหอผู้ป่วยหนัก 1 ราย และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย แต่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีขนาดเท่ากันผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างรายใหม่เพิ่ม 2 ราย มาทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกไป ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงยังคงเป็นกลุ่มละ 30 คู่

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling) คือ คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 1 โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนจนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 30 คู่ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง เพื่อลดการปนเปื้อนกันของข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการกำหนดความคล้ายคลึงกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับเดียวกัน คือ ระดับน้อย (5-8 คะแนน) และปานกลาง (9-11 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ จิตะพันธ์กุล กมลรัตนกุล และเอบราฮิม (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) รวมถึงความคล้ายคลึงกันของ อายุ เพศ การศึกษา และโรคร่วม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมได้

สถานที่ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 445 เตียง ให้บริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอเมือง และอำเภอใกล้เคียงตามระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุรแพทย์ให้การตรวจรักษา และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 1 ซึ่งจากสถิติการเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลประจำปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มารับบริการประมาณ 2-3 ราย/วัน เฉลี่ย 80 ราย/เดือน และมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4 วัน/ราย กระบวนการดูแลจะใช้การดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และในด้านของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยต่างๆ และได้รับการพยาบาลจากบุคลากรที่มีความหลากหลายในการให้บริการ โดยกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อากาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว โดยสื่อที่ใช้ประกอบการให้ข้อมูล ได้แก่ แผ่นพับ และแผนการรักษาประจำวันของแพทย์ ซึ่งแต่ละหอผู้ป่วยจะมีแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะมีการโทรประสานสหสาขาวิชาชีพมาร่วมดูแลผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วย (Home Health Care) ซึ่งเป็นทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยจะติดตามเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง สำหรับผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบจะเป็นเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่รับผิดชอบพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแทน การเยี่ยมจะเป็นไปตามลำดับโดยผู้ป่วยที่มารับบริการก่อนจะได้รับการติดตามเยี่ยมก่อน ส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการภายหลังจะยังไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมในทันที ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายจะมีช่วงเวลาการเยี่ยมที่แตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ภาคผนวก ข หน้า 129) ประกอบด้วย

2 ส่วนย่อย คือ

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรคประจำตัว ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ การรับประทานอาหาร การรักษาที่สำคัญ และสรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่อง

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง (ภาคผนวก ข หน้า 132) เป็นแบบประเมินของจิตะพันธุกุล กมลรัตนกุล และ เอบราฮิม (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) แปรมาจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของมาร์โฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การรับประทานอาหาร (2) การล้างหน้า หวีผมและโกนหนวด (3) การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ หรือการลุกนั่งจากที่นอน (4) การใช้ห้องสุขา (5) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน หรือภายในห้อง (6) การสวมใส่เสื้อผ้า (7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น (8) การอาบน้ำ (9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และ (10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การให้คะแนนมาจากการสังเกต การสอบถาม และให้คะแนนตามลำดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีคะแนนต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ โดยมีสัดส่วนการให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|--|---------|
| 1. การรับประทานอาหาร | 2 คะแนน |
| - ให้คะแนน 0 หมายถึง ตักอาหารเองไม่ได้ | |
| - ให้คะแนน 1 หมายถึง ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยเหลือ | |
| - ให้คะแนน 2 หมายถึง ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ | |
| 2. การล้างหน้า หวีผม แปรงผม และโกนหนวด | 1 คะแนน |
| - ให้คะแนน 0 หมายถึง ต้องการช่วยเหลือ | |
| - ให้คะแนน 1 หมายถึง ทำได้เอง (รวมทั้งทำตัวเองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) | |
| 3. การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ | 3 คะแนน |
| - ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถนั่งได้ หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น | |
| - ให้คะแนน 1 หมายถึง ต้องการคนช่วยเหลือพยุงนั่ง 1 - 2 คนจึงจะนั่งอยู่ได้ | |
| - ให้คะแนน 2 หมายถึง ต้องการคนช่วยพยุงเล็กน้อย | |
| - ให้คะแนน 3 หมายถึง ทำได้เอง | |
| 4. การใช้ห้องสุขา | 2 คะแนน |
| - ให้คะแนน 0 หมายถึง ช่วยตัวเองไม่ได้ | |
| - ให้คะแนน 1 หมายถึง ช่วยตัวเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือ | |
| - ให้คะแนน 2 หมายถึง ช่วยตัวเองได้หมด | |
| 5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน | 3 คะแนน |
| - ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถเดินไปไหนได้ | |
| - ให้คะแนน 1 หมายถึง ใช้รถเข็นจัดการเองได้ และเข้ามุมห้อง ออกประตูได้ | |
| - ให้คะแนน 2 หมายถึง เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง | |
| - ให้คะแนน 3 หมายถึง เดินได้เอง | |

6. การสวมใส่เสื้อผ้า 2 คะแนน
- ให้คะแนน 0 หมายถึง ใส่เองไม่ได้ ต้องมีคนสวมใส่ให้
 - ให้คะแนน 1 หมายถึง พอใส่เองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องการคนช่วยเหลือ
 - ให้คะแนน 2 หมายถึง ใส่ได้เอง ติดกระดุม รูดซิปได้เอง
7. การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น 2 คะแนน
- ให้คะแนน 0 หมายถึง ทำเองไม่ได้
 - ให้คะแนน 1 หมายถึง ต้องการคนช่วยพยุง
 - ให้คะแนน 2 หมายถึง ขึ้นลงบันไดได้เอง
8. การอาบน้ำ 1 คะแนน
- ให้คะแนน 0 หมายถึง ต้องการคนช่วยเหลือหรือทำให้
 - ให้คะแนน 1 หมายถึง อาบน้ำได้เอง
9. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 2 คะแนน
- ให้คะแนน 0 หมายถึง กลั้นไม่ได้
 - ให้คะแนน 1 หมายถึง กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
 - ให้คะแนน 2 หมายถึง กลั้นได้เป็นปกติ
10. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ 2 คะแนน
- ให้คะแนน 0 หมายถึง กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ
 - ให้คะแนน 1 หมายถึง กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
 - ให้คะแนน 2 หมายถึง กลั้นได้เป็นปกติ

เมื่อนำคะแนนทั้ง 10 กิจกรรมมารวมกันจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน นำ

ผลรวมของคะแนนมาแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยแบ่งได้เป็น 5 ระดับดังนี้

- | | |
|-------------|---|
| 0-4 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง |
| 5-8 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ปฏิบัติได้น้อย |
| 9-11 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง ปฏิบัติได้เองปานกลาง |
| 12-19 คะแนน | หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ |
| 20 คะแนน | หมายถึง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด |

1.3 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ภาคผนวก ข หน้า 134) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังเก็บข้อมูล ทั้งนี้ในผู้ป่วยแต่ละรายไม่ว่ากลับมารักษาซ้ำกี่ครั้งจะนับเป็นการกลับมารักษาซ้ำ 1 คน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1.4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (ภาคผนวก ข หน้า 135) จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้

ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพ

1.5 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ภาคผนวก ข หน้า 137) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจาร์ก ธานีรัตน์ (2545) เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน 13 ข้อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 10 ข้อ การฟื้นฟูสภาพ 5 ข้อ การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย 7 ข้อ รวมทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองสำหรับการศึกษานี้ คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (ภาคผนวก ค หน้า 141) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประกอบด้วยการดูแล 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospital visits) ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และให้การดูแลทุกวัน จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยกิจกรรมในระยะนี้ประกอบด้วย

1. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อการวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ โดยการซักถามเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อประเมินความต้องการและความบกพร่องทางร่างกายหลังเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เมื่อทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยแผนการดูแลจะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ คือ (1) การดูแลระยะเฉียบพลัน และ (2) การ

ดูแลระยะหลังเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการแบ่งการดูแลตามระยะของการดำเนินโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

(1) แผนการดูแลระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย การดูแลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การป้องกันภาวะการทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ การป้องกันการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก และการส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วย

(2) แผนการดูแลระยะหลังเฉียบพลัน ประกอบด้วย การดูแลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ โดยผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดำเนินการโดยการโทรศัพท์ติดต่อและพูดคุยร่วมกันที่เตียงผู้ป่วย

3. ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ เป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดำเนินการโดยวิธีการบรรยาย สอน สาธิตและให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับตามแผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สื่อที่ใช้ประกอบการสอน ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ซึ่งเนื้อหาในการบรรยาย ประกอบด้วย 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ และบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การป้องกันภาวะปอดอักเสบ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 3) การดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย การเดิน การขึ้น-ลงบันได การใช้ส้วกหรือกระโถน การขับถ่ายปัสสาวะ และการขับถ่ายอุจจาระ 4) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การจัดทำในการนอน การจัดทำในการนั่ง การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายโดยผู้ดูแลทำให้ การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง และ 5) การดูแลด้านจิตใจ หลังจากการบรรยายผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เสนอแนะ ชักถามข้อสงสัย เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความไว้วางใจ และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และนอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรักความผูกพันกัน และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล หลังจากนั้นมอบคู่มือแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทบทวนต่อไป

4. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการทบทวนความรู้ ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และปรับปรุงแผนการจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมง ในประเด็นที่เป็น

ปัญหาการดูแล ดำเนินการโดยการสอนและสาธิตซ้ำ และบันทึกสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ในสมุดประจำตัว และมอบให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลภายหลังการจำหน่าย

ระยะที่ 2 ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability) โดยกิจกรรมในระยะนี้ประกอบด้วย

1. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทั้งหมด 2 ครั้ง คือ วันที่ 7 และวันที่ 30 ของการเก็บข้อมูล โดยการเยี่ยมวันที่ 7 จะเป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา และพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล การเยี่ยมในวันที่ 30 จะเป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำ และประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2. การอำนวยความสะดวกและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ วันที่ 14 และวันที่ 21 ของการเก็บข้อมูล โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม นั้น จะเป็นการโทรสอบถามปัญหา ส่งเสริมความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และเน้นย้ำผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 7 วันต่อสัปดาห์ ดังนี้ ในวันทำการให้บริการเวลา 8.00 น. ถึง 22.00 น. และในวันหยุด ให้บริการเวลา 8.00 น. ถึง 12.00 น. เพื่อตอบคำถามข้อสงสัย และความกังวลต่างๆ ของผู้ป่วย

การดำเนินโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านนี้มีเครื่องมือประกอบการทดลอง และสื่อประกอบ ดังนี้

1. แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความต้องการข้อมูล ความช่วยเหลือ การสอนเกี่ยวกับทักษะความสามารถต่างๆ ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และความต้องการข้อมูลอื่นๆ

2. แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่แบ่งระยะการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะติดตามเยี่ยมที่บ้านและการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์

3. แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับผู้วิจัย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลด้านจิตใจ

4. สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ประกอบการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายยิ่งขึ้น ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนสำหรับผู้วิจัย

5. คู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับสื่อนำเสนอภาพนิ่ง และสอดคล้องกับแผนการสอนสำหรับผู้วิจัย โดยเนื้อหาในคู่มือจะมีความกระชับ เข้าใจง่าย และผู้วิจัยจะมอบให้กลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนและศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

6. สมุดประจำตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสมุดที่บันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และบันทึกต่อเนื่องเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้าน

7. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน ใช้เพื่อบันทึกสภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และคำแนะนำที่ได้รับจากผู้วิจัย เครื่องมือนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ สภาพผู้ป่วย สภาพผู้ดูแล ปัญหาที่พบในการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับจากผู้วิจัย และการนัดครั้งต่อไป

8. แบบบันทึกการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ใช้ประเมินและติดตามสภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ เครื่องมือนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ อาการของผู้ป่วยหลังการจำหน่าย ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย หรือความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มเติม ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่ได้รับจากผู้วิจัย และการนัดหมายทางโทรศัพท์ครั้งต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบของกิจกรรมและเวลาที่ใช้ในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน รวมถึงสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมการดูแล ได้แก่ แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน แผนการสอน เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สื่อนำเสนอภาพนิ่ง คู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล สมุดประจำตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน และแบบบันทึกการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลและระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ 1 ท่าน และ 3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน

สิ่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ประกอบด้วย 1) ปรับคู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลให้เป็นภาษาที่สามารถอ่านเข้าใจง่าย และเพิ่มขนาดตัวอักษร และ 2) ปรับสีแนะนำเสนอภาพนิ่งให้มีเนื้อหากระชับ ใช้รูปภาพประกอบเพื่อเพิ่มความน่าสนใจ ผู้วิจัยได้ปรับแก้เครื่องมือต่างๆ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากนั้นได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปใช้

ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับ (Polit & Beck, 2012)

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการหาความเท่าเทียมของการวัดระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยก่อนการทดลองใช้แบบประเมินผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการใช้แบบประเมินแก่ผู้ช่วยวิจัย จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบประเมินกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยสมมติสถานการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแทนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย หากผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่ตรงกับผู้วิจัย ผู้วิจัยทำการอธิบายเพิ่มเติมจนมีความเข้าใจที่ตรงกัน หลังจากนั้นจึงนำแบบประเมินไปใช้จริงกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ที่มาเข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลในขณะเดียวกันผู้วิจัยก็ร่วมประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในแบบประเมินอีกชุด จากนั้นนำผลการประเมินในแต่ละข้อที่บ้านทักโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมาหาความเท่าเทียมกันของการใช้แบบประเมินโดยใช้สูตร จำนวนครั้งของการประเมินที่เหมือนกัน ÷ (จำนวนครั้งของผลการประเมินที่เหมือนกัน + จำนวนครั้งของผลการประเมินที่ต่างกัน) ได้ค่าความเท่าเทียมกันของการใช้แบบประเมินในทุกข้อเท่ากับ 1.0 จากนั้นนำผลการประเมินของผู้ป่วยทั้ง 10 ราย มาคำนวณหาค่าความเที่ยงจากค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับ (Polit & Beck, 2012)

การศึกษานำร่อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยศึกษานำร่องในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ที่เข้ามารับบริการ ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลที่ศึกษา เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมฯ ความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ รวมทั้งดูความเข้าใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลต่อกิจกรรมและสื่อที่ใช้ โดยทดลองใช้โปรแกรมฯ ในระยะสั้น 2 สัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 1 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 1 ครั้ง เพื่อประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่บ้าน เมื่อครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดตามผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่บ้านเพื่อประเมินผลหลังการทดลอง ผลจากการศึกษานำร่องพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีความเข้าใจต่อโปรแกรมฯ และสื่อที่ใช้ รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพ และผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือ ส่งเสริมผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำได้อย่างถูกต้อง แต่พบว่าระยะเวลาในการให้ความรู้โดยใช้สื่อแนะนำเสนอภาพนิ่ง 1 ชั่วโมง เป็นเวลานานเกินไป ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลขาดความสนใจ นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านผู้ดูแลจะมีความกังวล และไม่มั่นใจในการปฏิบัติทักษะที่ได้เรียนรู้ ในการศึกษาจริงผู้วิจัยจึงปรับเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยใช้เวลารวมทุกกิจกรรมให้เหลือ 1 ชั่วโมง อีกทั้งผู้วิจัยมีการพูดคุยให้กำลังใจ และเสริมแรงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัส PSU IRB 2018-NSt 026 ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย อธิบายให้ทราบถึงวิธีการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย สิทธิที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือออกจากการศึกษาได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการบริการที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นจึงทำการรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก จ หน้า 179)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้วิจัยวางแผนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง เพื่อขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.3 กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

ผู้วิจัย มีหน้าที่ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 1 โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ช่วยวิจัย มีหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสัมภาษณ์ และการสังเกต ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในด้านอายุรกรรมอย่างน้อย 1 ปี และยินดีที่จะเป็นผู้ช่วยวิจัย หลังจากนั้นจึงมีการอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยโดยรวม ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง รวมถึงฝึกทักษะการใช้แบบประเมินในการรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการประเมินและไม่มีข้อสงสัย

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากสมุททะเลเป็นผู้ป่วยของ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 1 โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าพบผู้ป่วยและผู้ดูแล แนะนำตัวเอง ชี้แจงพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน ดังนี้

การรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการทักทายและแนะนำตัวเอง ตลอดจนชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจ เกิดความคุ้นเคย และให้ความไว้วางใจ

2. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งจัดบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและบันทึกไว้

3. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล

4. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันที่ 30 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามประเมินผล

6. ผู้ช่วยวิจัยประเมินระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถของผู้ดูแลในวันที่ 30 หลังจำหน่าย พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

การรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

คัดเลือกกลุ่มทดลองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมในระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อายุ เพศ และการศึกษา เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมการ

ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายภายใน 3-5 วัน)

วันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย (ใช้เวลา 30-45 นาที)

1. ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับการรักษา สร้างสัมพันธภาพด้วยการแนะนำตนเอง สถานที่ และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การลงนามเข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และพิธีทักขณสิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2. ผู้ช่วยวิจัยประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากนั้นทำการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของจิตะพันธ์กุล กมลรัตนกุล และเอบราฮิม (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994)

3. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการซักถามเกี่ยวกับข้อมูลความเจ็บป่วย ข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล พร้อมกับให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่เกิดจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้

วันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ เกษัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ในการให้ความรู้ที่มีแบบแผนแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ได้ร่วมประเมินปัญหาในผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกัน

2. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบรายบุคคล ดังนี้

2.1 สอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นส่วนขาดซึ่งเนื้อหา ประกอบด้วย 1) ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปัจจัยเกิดโรค 3) อาการ 4) การรักษา 5) การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ 6) การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 7) การดูแลกิจวัตรประจำวัน 8) การฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และ 9) การดูแลด้านจิตใจ โดยการบรรยายผ่านสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (ใช้เวลา 25-30 นาที)

2.2 ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาอีกครั้ง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจพร้อมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ (ใช้เวลา 15-20 นาที)

2.3 ผู้วิจัยให้คู่มือเป็นเอกสารประกอบแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกันไม่ให้โรค

กลับเป็นซ้ำ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน และการดูแลด้านจิตใจ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพักผ่อนตามอรรถาศัย และนัดเวลาในการเรียนรู้เรื่องทักษะการปฏิบัติดูแลที่เตียงผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยสาธิตทักษะการดูแลผู้ป่วย ณ เตียงผู้ป่วย (ใช้เวลา 0.5-1 ชั่วโมง) ในกิจกรรมเกี่ยวกับเรื่องการดูแล

3.1 ด้านกิจวัตรประจำวันประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกายครบทุกส่วน การสวมใส่เสื้อผ้า การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีการขับถ่าย การทำทางเดินหายใจให้โล่งก่อนให้อาหาร การจัดและให้อาหารทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานได้เอง และให้อาหารทางสายยาง การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ

3.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การเฝ้าระวังภาวะปอดติดเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

3.3 การดูแลทางด้านจิตใจประกอบด้วย การแสดงความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ตำหนิผู้ป่วย ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

4. กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการใส่สายให้อาหาร ผู้วิจัยพาผู้ดูแลไปที่ฝ่ายโภชนาการ หลังจากที่ได้มีการประสานงานไว้แล้ว เพื่อให้ผู้ดูแลเรียนรู้การทำอาหารปั่นให้แก่ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยแนะนำนักโภชนาการให้แก่ผู้ดูแลได้รู้จัก แล้วทำการเรียนรู้เรื่องอาหารปั่นกับนักโภชนาการ ซึ่งผู้วิจัยอยู่ร่วมด้วยตลอดการสอน นักโภชนาการสอนทักษะการทำอาหารปั่นที่ฝ่ายโภชนาการประจำโรงพยาบาล ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการฝึกปฏิบัติ (ใช้เวลา 25-30 นาที) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำผู้ดูแลเรียนรู้ทักษะในการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลพักผ่อนตามอรรถาศัย

5. ผู้วิจัยพาผู้ดูแลไปที่ห้องกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย รวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การขึ้นลงบันได การใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไม้เท้าเพื่อเดิน รถเข็น เพื่อเป็นการฟื้นฟูผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลร่วมในการปฏิบัติ (ใช้เวลา 20-25 นาที)

หมายเหตุ: กรณีที่ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายลำบากประสานนักกายภาพบำบัดทำการสอนที่หอผู้ป่วย

6. ภายหลังจากสอนทั้งหมดเสร็จสิ้น ผู้วิจัยมีการสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพที่ได้สอนทักษะ และให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติดูแลในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย (ใช้เวลา 1-1.5 ชั่วโมง) หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถาม หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยควรได้รับเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่เป็นผู้เจรจาต่อรองในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ และมีการนัดหมายวันเวลาการพบกันในวันต่อไป

วันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

1. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ได้มีการเรียนรู้ไป และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับทักษะในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมที่สามารถทำได้ให้ผู้วิจัยดู ผู้วิจัยชี้แนะทักษะการปฏิบัติที่

ถูกต้อง และส่งเสริมทักษะที่ยังปฏิบัติไม่ได้ให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลด้านจิตใจ (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) และจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

2. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแล (ใช้เวลา 30-45 นาที)

2.1 ผู้วิจัยมีการสรุปปัญหา และประเมินความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคในผู้ป่วย พร้อมกับให้ข้อมูลเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ซักถามในเรื่องที่เป็นปัญหาที่พบเจอ และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันวางแผน ตั้งเป้าหมายการดูแลต่อที่บ้านภายใน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

2.2 ผู้วิจัยพูดคุยชักนำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการเป็นผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน และมีการบอกถึงแหล่งสนับสนุนให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669 และบอกถึงการติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน และการปรึกษาทางโทรศัพท์เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

3. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของจิตตะพันธ์กุล กมลรัตนกุล และเอบราฮิม (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994)

หมายเหตุ: กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่กลับบ้าน โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีดังนี้

วันที่ 4 และ วันที่ 5 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ใช้เวลา 0.5-1 ชั่วโมง)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับในทักษะการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย และแนะนำทักษะการดูแลที่ถูกต้องให้แก่ผู้ดูแล

2. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ซักถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับทักษะความรู้ที่เป็นปัญหาในการดูแล

3. ผู้วิจัยมีการสาธิตให้ดู และให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามจนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติดูแลได้ระยะที่ 2 ระยะติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้านในวันที่ 7 นับจากวันที่เก็บข้อมูลครั้งแรก (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมีการกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. การประเมินปัญหาด้านการดูแล ดังนี้

2.1 ประเมินปัญหาการดูแลทั้ง 4 ด้าน โดยการสังเกต ซักถาม และให้ผู้ดูแลสาธิตให้ดู หากพบว่าผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ หรือให้การดูแลไม่ถูกต้อง จะมีการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างถูกต้องครอบคลุม

2.2 ประเมินปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแล ด้วยการซักถามและสังเกตการเปลี่ยนแปลง

2.2.1 ด้านร่างกาย ความเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ แบบแผนการนอนหลับ อาการปวดเมื่อยตามร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง

2.2.2 ด้านจิตใจ ความรู้สึกกลัวการดูแล อาการซึมเศร้าระหว่างการดูแล ภาวะท้อแท้ หรือมีความคับข้องใจในเรื่องใดเกี่ยวกับการดูแล

3. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำการตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อดูความเปลี่ยนแปลง หากพบปัญหาภายหลังการตรวจร่างกายที่เป็นความเสี่ยง แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาล

4. ผู้วิจัยนำประเด็นปัญหาที่ประเมินได้ในการติดตามเยี่ยมบอกแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมวางแผนการดูแล และแนะนำการปฏิบัติการดูแลที่เป็นปัญหาให้ถูกต้องเหมาะสม พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในวันที่ 14 นับจากวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรก (ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที) ในประเด็นดังนี้

1. ผู้วิจัยประเมินปัญหา และความต้องการในการดูแลของผู้ดูแล

1.1 การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การจัดและให้อาหารผู้ป่วย (ทั้งกรณีใส่สายให้อาหาร และรับประทานอาหารเอง) มีปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติการดูแลอย่างไร

1.2 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัว การประเมินความเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การดูแลทางเดินหายใจ การประเมินทางเดินปัสสาวะ ลักษณะปริมาณปัสสาวะเป็นอย่างไร

1.3 การฟื้นฟูสภาพ มีปัญหาในการจัดทำ การออกกำลังกายให้ผู้ป่วยหรือไม่

1.4 การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย มีปัญหา หรือขาดทักษะในเรื่องใดเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจ

2. ประเมินปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแล

2.1 ด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงด้านการนอนหลับ อาการปวดเมื่อยตามร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง อาการอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง

2.2 ด้านจิตใจ ความรู้สึกกลัวในการปฏิบัติการดูแล รู้สึกมีภาระเพิ่มขึ้น ท้อแท้หรือไม่

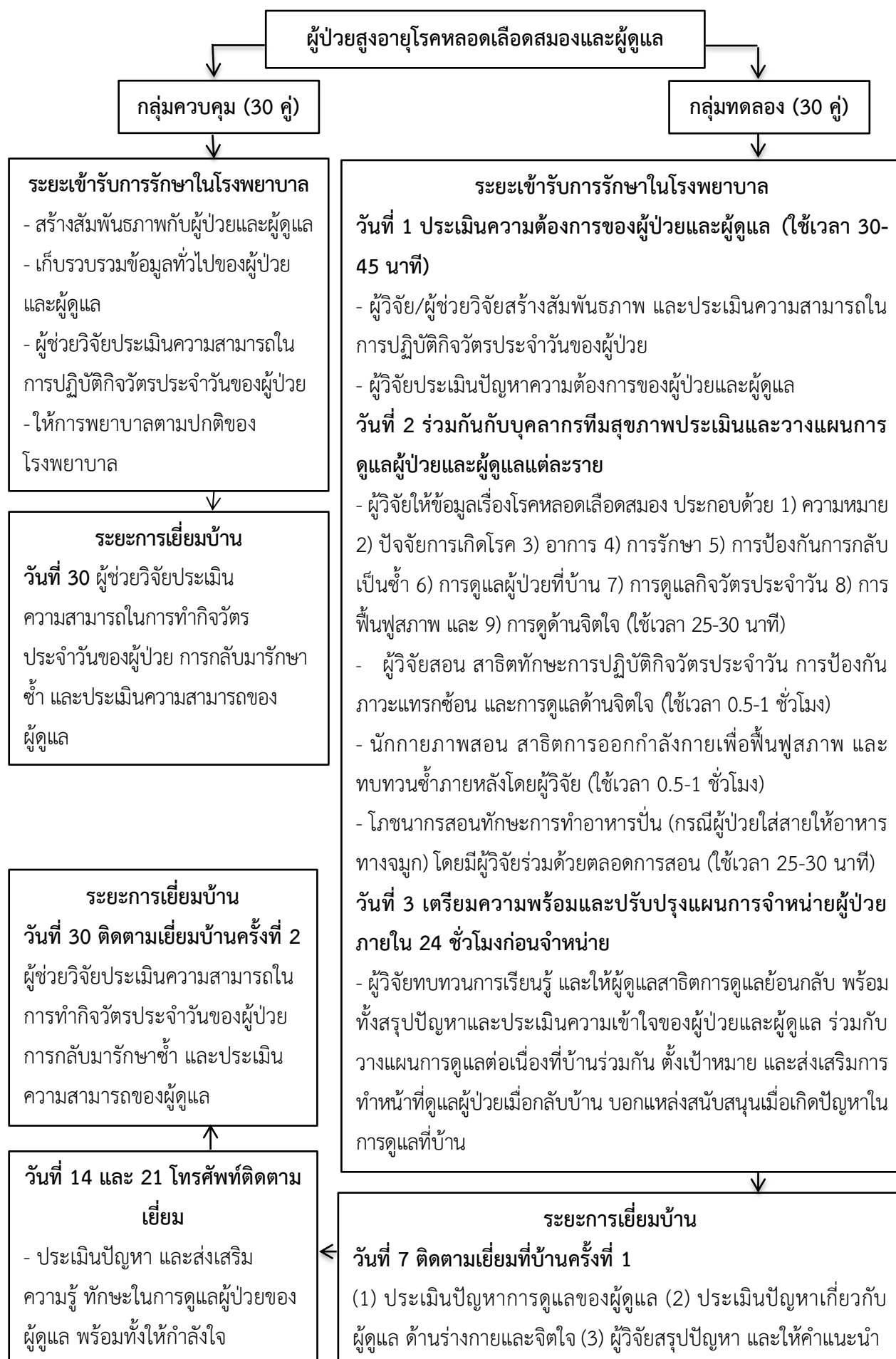
โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในวันที่ 21 นับจากวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรก (ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที)

1. ประเมินปัญหา อุปสรรค ดังเช่นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในวันที่ 14
2. แนะนำให้ข้อมูลในการดูแลของผู้ดูแลที่พบว่าเป็นปัญหา
3. ให้กำลังใจผู้ดูแล

ติดตามเยี่ยมบ้าน วันที่ 30 นับจากวันที่เก็บข้อมูลครั้งแรก (ใช้เวลา 25-30 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินการกลับมารักษาซ้ำ และประเมินความสามารถของผู้ดูแล
3. ผู้วิจัยทำการยุติการเข้าร่วมการวิจัย กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

จากวิธีการดำเนินการวิจัยข้างต้นผู้วิจัยได้เขียนสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็นแผนภาพได้ดังแผนภาพ 2



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ 1) สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ หรือแบบเรียงลำดับ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการรับประทานอาหาร ภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2) สถิติทีอิสระ (Independent t-test) สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นแบบอันตรภาคชั้น หรืออัตราส่วน ที่มีการกระจายข้อมูลเป็นปกติ ได้แก่ อายุ และ 3) สถิติแมนท์วิทนี (Mann-Whitney test) แทนการใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) สำหรับตัวแปรที่มีการกระจายข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5. เปรียบเทียบจำนวนของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่กลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลข้อ 3, 4 และ 6 ผู้วิจัยทำการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ โดยการทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (test of normality) ด้วยการคำนวณจากค่า skewness/SE และการใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลก่อนและ

หลังการทดลองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ และทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variances) ของข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ความแปรปรวนของข้อมูลไม่มีความแตกต่างกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลั้มารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จำนวน 60 คู่ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คู่ และกลุ่มควบคุม 30 คู่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

2.2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การรับประทานอาหาร นำคุณสมบัติทั่วไปของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทดสอบ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติทีอิสระพบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันด้านข้อมูลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในกลุ่มทดลองร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.7 โดยอายุเฉลี่ยกลุ่มทดลองเท่ากับ 69.90 ปี ($SD = 6.85$) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 70.43 ปี ($SD = 7.36$) ด้านสถานภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส กลุ่มทดลองร้อยละ 66.7 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70 ด้านศาสนากลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 66.7 เท่ากับกลุ่มควบคุม ด้านระดับการศึกษา มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลองร้อยละ 56.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 63.3 ด้านการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 53.3 ด้านความเพียงพอของรายได้ กลุ่มทดลองมีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ ร้อยละ 33.3 กลุ่มควบคุมมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 33.3 ด้านสิทธิการรักษา ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ กลุ่มทดลองร้อยละ 70 กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.3 ด้านประวัติโรคประจำตัว กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.3 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรค รวมทั้ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ หัวใจ ร้อยละ 36.7 ด้านระดับความรู้สึกตัวทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่รู้สึกตัวแต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ กลุ่มทดลองร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมร้อยละ 43.3 ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กลุ่มทดลองต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้น้อย ร้อยละ 50 เท่ากับกลุ่มควบคุม ด้านอุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใช้ nasogastric tube เท่ากัน ร้อยละ 53.3 ด้านการรับประทานอาหารผู้ป่วยทั้งสอง กลุ่มส่วนใหญ่รับประทานอาหารทางสายยาง กลุ่มทดลองร้อยละ 63.9 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 70

ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | ค่าสถิติ |
|-------------------------------|---|--------|---|--------|--------------------|
| | (n = 30) | | (n = 30) | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| อายุ (ปี) ² | Max = 85, Min = 62 (M = 69.90 ปี, SD = 6.85) | | Max = 86, Min = 61 (M = 70.43 ปี, SD = 7.36) | | |
| 60-69 | 14 | 46.7 | 13 | 43.3 | 0.32 ^{ns} |
| 70-79 | 11 | 36.7 | 12 | 40.0 | |
| 80-89 | 5 | 16.7 | 5 | 16.7 | |
| เพศ ¹ | | | | | 0.73 ^{ns} |
| ชาย | 18 | 60.0 | 17 | 56.7 | |
| หญิง | 12 | 40.0 | 13 | 43.3 | |
| สถานภาพ ¹ | | | | | 1.54 ^{ns} |
| โสด | 8 | 26.7 | 6 | 20.0 | |
| คู่ | 20 | 66.7 | 21 | 70.0 | |
| หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ | 2 | 6.7 | 3 | 10.0 | |
| ศาสนา ¹ | | | | | 0.71 ^{ns} |
| พุทธ | 20 | 66.7 | 20 | 66.7 | |
| อิสลาม | 10 | 33.3 | 10 | 33.3 | |
| ระดับการศึกษา ¹ | | | | | 8.50 ^{ns} |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 3 | 10.0 | 3 | 10.0 | |
| ประถมศึกษา | 17 | 56.7 | 19 | 63.3 | |
| มัธยมศึกษา | 5 | 16.7 | 5 | 16.7 | |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี | 5 | 16.7 | 3 | 10.0 | |
| อาชีพ ¹ | | | | | 7.53 ^{ns} |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 14 | 46.7 | 16 | 53.3 | |
| ค้าขาย | 6 | 20.0 | 4 | 13.3 | |
| เกษตรกร | 3 | 10.0 | 5 | 16.7 | |
| รับราชการ | 5 | 16.7 | 3 | 10.0 | |
| ธุรกิจส่วนตัว | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 | |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | ค่าสถิติ |
|--|------------|--------|-------------|--------|--------------------|
| | (n = 30) | | (n = 30) | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| ความเพียงพอของรายได้ ¹ | | | | | 1.20 ^{ns} |
| เพียงพอและมีเงินเก็บ | 10 | 33.3 | 8 | 26.7 | |
| เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ | 8 | 26.7 | 10 | 33.3 | |
| ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน | 10 | 33.3 | 10 | 33.3 | |
| ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 | |
| สิทธิการรักษาพยาบาล ¹ | | | | | 0.77 ^{ns} |
| บัตรประกันสุขภาพ | 21 | 70.0 | 22 | 73.3 | |
| เบิกได้/จ่ายตรง | 9 | 30.0 | 8 | 26.7 | |
| โรคประจำตัว ¹ | | | | | 5.88 ^{ns} |
| ไม่มี | 10 | 33.3 | 5 | 16.7 | |
| ความดันโลหิตสูง | 6 | 20.0 | 7 | 23.3 | |
| เบาหวาน | 3 | 10.0 | 3 | 10.0 | |
| หัวใจ | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 | |
| อื่นๆ | 7 | 23.3 | 11 | 36.7 | |
| ระดับความรู้สึกรู้ตัว ¹ | | | | | 1.56 ^{ns} |
| รู้สึกตัวดี | 12 | 40.0 | 12 | 40.0 | |
| ไม่รู้สึกตัวแต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ | 15 | 50.0 | 13 | 43.3 | |
| ไม่รู้สึกตัวต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ | 3 | 10.0 | 5 | 16.7 | |
| ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ¹ | | | | | 1.89 ^{ns} |
| ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดไม่สามารถปฏิบัติได้เอง | 3 | 10.0 | 4 | 13.3 | |
| ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมากปฏิบัติได้น้อย | 15 | 50.0 | 15 | 50.0 | |
| ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลางปฏิบัติได้เองปานกลาง | 12 | 40.0 | 11 | 36.7 | |
| อุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ ¹ | | | | | 7.52 ^{ns} |
| ไม่มี | 6 | 20.0 | 8 | 26.7 | |
| nasogastric tube | 16 | 53.3 | 16 | 53.3 | |
| foley catheter | 5 | 16.7 | 1 | 3.3 | |
| อื่นๆ | 3 | 10.0 | 5 | 16.7 | |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | ค่าสถิติ |
|--------------------------------|------------|--------|-------------|--------|--------------------|
| | (n = 30) | | (n = 30) | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| การรับประทานอาหาร ¹ | | | | | 1.00 ^{ns} |
| รับประทานอาหารทางปาก | 11 | 36.7 | 9 | 30.0 | |
| รับประทานอาหารทางสายยาง | 19 | 63.3 | 21 | 70.0 | |

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด (ทั้ง 2 กลุ่ม)
ns = not significant, ¹Chi – square test, ²T-test for Independent sample

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับการศึกษา อาชีพ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย นำคุณสมบัติทั่วไปของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติทีอิสระพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันด้านข้อมูลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 76.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 57.93 ปี ($SD = 11.40$) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 58.80 ปี ($SD = 9.44$) ด้านสถานภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส กลุ่มทดลองร้อยละ 83.3 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80 ด้านศาสนาในกลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 66.7 เท่ากับกลุ่มควบคุม ด้านระดับการศึกษา ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.3 ด้านอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 40 ด้านความเพียงพอของรายได้ ทั้งสองกลุ่มมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ กลุ่มทดลองร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมร้อยละ 53.3 ด้านภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรงดี กลุ่มทดลองร้อยละ 66.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 60 ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าเป็นบุตร กลุ่มทดลองร้อยละ 40 เท่ากับกลุ่มควบคุม ด้านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองร้อยละ 66.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 70 ด้านความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพร้อยละ 100 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ดังตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | ค่าสถิติ |
|-------------------------------|--|--------|---|--------|--------------------|
| | (n = 30) | | (n = 30) | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| อายุ (ปี) ² | Max = 73, Min = 32 (M = 57.93 ปี, SD = 11.40) | | Max = 72, Min = 38 (M = 58.80 ปี, SD = 9.44) | | |
| 30-39 | 3 | 10.0 | 2 | 6.7 | 0.98 ^{ns} |
| 40-49 | 2 | 6.7 | 3 | 10.0 | |
| 50-59 | 8 | 26.7 | 9 | 30.0 | |
| 60-69 | 12 | 40.0 | 11 | 36.7 | |
| 70-79 | 5 | 16.7 | 5 | 16.7 | |
| เพศ ¹ | | | | | 0.64 ^{ns} |
| ชาย | 7 | 23.3 | 8 | 26.7 | |
| หญิง | 23 | 76.7 | 22 | 73.3 | |
| สถานภาพ ¹ | | | | | 5.83 ^{ns} |
| โสด | 5 | 16.7 | 6 | 20.0 | |
| คู่ | 25 | 83.3 | 24 | 80.0 | |
| ศาสนา ¹ | | | | | 0.71 ^{ns} |
| พุทธ | 20 | 66.7 | 20 | 66.7 | |
| อิสลาม | 10 | 33.3 | 10 | 33.3 | |
| ระดับการศึกษา ¹ | | | | | 5.83 ^{ns} |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 | |
| ประถมศึกษา | 15 | 50.0 | 16 | 53.3 | |
| มัธยมศึกษา | 8 | 26.7 | 8 | 26.7 | |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี | 6 | 20.0 | 5 | 16.7 | |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | ค่าสถิติ |
|--|------------|--------|-------------|--------|--------------------|
| | (n = 30) | | (n = 30) | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| อาชีพ ¹ | | | | | 6.48 ^{ns} |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 | |
| ค้าขาย | 6 | 20.0 | 8 | 26.7 | |
| รับจ้าง | 1 | 3.3 | 3 | 10.0 | |
| เกษตรกร | 14 | 46.7 | 12 | 40.0 | |
| รับราชการ | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 | |
| ธุรกิจส่วนตัว | 5 | 16.7 | 3 | 10.0 | |
| ความเพียงพอของรายได้ ¹ | | | | | 7.32 ^{ns} |
| เพียงพอและมีเงินเก็บ | 9 | 30.0 | 8 | 26.7 | |
| เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ | 15 | 50.0 | 16 | 53.3 | |
| ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน | 6 | 20.0 | 6 | 20.0 | |
| ภาวะสุขภาพ ¹ | | | | | 0.45 ^{ns} |
| แข็งแรงดี | 20 | 66.7 | 18 | 60.0 | |
| มีโรคประจำตัว | 10 | 33.3 | 12 | 40.0 | |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ¹ | | | | | 2.23 ^{ns} |
| คู่สมรส | 10 | 33.3 | 16 | 53.3 | |
| บุตร | 12 | 40.0 | 12 | 40.0 | |
| ญาติ-พี่น้อง | 8 | 26.7 | 2 | 6.7 | |
| ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ¹ | | | | | 1.59 ^{ns} |
| มีที่บ้าน | 7 | 23.3 | 5 | 16.7 | |
| มีที่โรงพยาบาล | 3 | 10.0 | 4 | 13.3 | |
| ไม่มี | 20 | 66.7 | 21 | 70.0 | |
| ความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพ ¹ | | | | | 1.00 ^{ns} |
| ต้องการ | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 | |

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด (ทั้ง 2 กลุ่ม)

ns = not significant, ¹Chi - square test, ²T-test for Independent sample

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ก่อนทดสอบสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยนำคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองไปทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงปกติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ($M = 9.47, SD = 3.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.45, p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n = 30$)

| กลุ่มทดลอง | คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | | t | p-value |
|------------|--|------|-------|---------|
| | M | SD | | |
| ก่อนทดลอง | 7.50 | 2.11 | -6.45 | 0.00 |
| หลังทดลอง | 9.47 | 3.21 | | |

2.2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.09, p < .05$) ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ Independent t-test ($N = 60$)

| กลุ่มตัวอย่าง | N | คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | | | | t | p-value |
|---------------|----|--|------|-------------|------|-------|---------|
| | | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | | |
| | | M | SD | M | SD | | |
| ก่อนทดลอง | 30 | 7.50 | 2.11 | 7.43 | 2.25 | -1.18 | .906 |
| หลังทดลอง | 30 | 9.47 | 3.21 | 7.93 | 2.39 | -2.09 | .040 |

2.3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจาก

โรงพยาบาลสู่บ้าน กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.09, p < .01$) ดังตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ *Independent t-test* ($N = 60$)

| กลุ่มตัวอย่าง | คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล | | | | t | p-value |
|---------------|--|------|----------------------|------|-------|---------|
| | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | | | |
| | M | SD | M | SD | | |
| หลังทดลอง | 61.60 | 3.26 | 54.13 | 3.09 | -9.09 | .000 |

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการศึกษามีผลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุเฉลี่ยกลุ่มทดลองเท่ากับ 69.90 ปี ($SD = 6.85$) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 70.43 ปี ($SD = 7.36$) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และมีโรคประจำตัวหลายโรคทั้งความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ ร้อยละ 33.3 จากข้อมูลด้านอายุพบว่าสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชากรโลกที่พบในแต่ละปีประมาณ 17 ล้านคน (WSO, 2017) และพบมากในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 43.54 (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นมีผลต่อสมรรถภาพทางร่างกายที่เสื่อมถอยลงจากความชรา จากการศึกษาพบว่าช่วงอายุระหว่าง 54-84 ปี จะพบการเปลี่ยนแปลงของสมองและการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น (Baştan et al., 2016) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นโรค

หลอดเลือดสมองได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎา (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติประมาณ 6 เท่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากหลอดเลือดโป่งพองทำให้เกิดการตีบและอุดตันได้ง่าย และผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ โดยเฉพาะภาวะหัวใจเต้นพลิ้วมีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 5 เท่า (American Stroke Association [ASA], 2017) ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กลุ่มทดลองต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ร้อยละ 50 เท่ากับกลุ่มควบคุม ด้านอุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สายยางให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube) เท่ากัน ร้อยละ 53.3 ด้านการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่รับประทานอาหารทางสายยาง กลุ่มทดลองร้อยละ 63.9 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะอยู่ในภาวะพึ่งพา ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตอาการพร่องทางระบบประสาทหรือความพิการจะเริ่มคงที่ ความพิการที่พบ ได้แก่ ความบกพร่องในการสื่อสาร ผู้ป่วยจะพูดไม่ชัด หรือไม่สามารถพูดเป็นคำและประโยคได้ นอกจากนี้อาจพบอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก ร่วมกับการเคลื่อนไหวลำบาก ผู้ป่วยบางรายอาจสูญเสียการทรงตัว มีความผิดปกติด้านการมองเห็น มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน รวมทั้งการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ (รัตนพร, ปุญญพัฒน์, และสมเกียรติยศ, 2562; Hickey, 2014)

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล สามารถอธิบายได้ดังนี้

สมมติฐาน 1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐาน 2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน 1 และ 2 สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ตามรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al., 1994, 1999, 2004) ส่งผลต่อค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่สูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่บูรณาการการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยรายกรณีมีผู้วิจัยที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างสมบูรณ์ และมีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายกรณีอย่างสมบูรณ์โดยพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน กระบวนการดูแลที่ใช้ในโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ขั้นตอนนี้เป็น การค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล ทำโดยวิธีการสัมภาษณ์ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การตรวจร่างกาย การประเมินสภาพจิตใจ และการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคลด้วยแบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะแรกนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา และในระยะที่อาการคงที่จนถึงระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยจะมีความต้องการการสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน (ธีรนุช และปริญญา, 2556; พรพรรณ, 2554) 2) การวางแผนจำหน่ายตามปัญหาที่ประเมินได้ โดยแผนการดูแลจะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (1) การดูแลระยะเฉียบพลัน จะเป็นการดูแลเพื่อป้องกันภาวะที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การป้องกันภาวะการทำงานของระบบหายใจ และหัวใจผิดปกติ การป้องกันภาวะสำลักจากภาวะกลืนลำบาก การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ของ

ผู้ป่วย และ (2) การดูแลระยะหลังเฉียบพลัน จะเป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหากผู้ป่วยได้รับการดูแลและส่งเสริมในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดชีวิตได้สูง ตลอดจนมีโอกาสในการฟื้นตัวของระบบประสาทได้เร็วขึ้น (อรุณี, และวิจิตรรา, 2556; อุษา, ศุภร, และกุสุมา, 2554) 3) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ กระบวนการนี้เป็นขั้นตอนของการนำแผนการดูแลที่วางไว้ไปปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยจะมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับการฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดำเนินการโดยวิธีการบรรยาย สอน สาธิต และสาธิตย้อนกลับ ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลลงมือปฏิบัติ และคอยให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง และมีการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในระหว่างการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ผู้วิจัยมีการสาธิตพร้อมกับให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีการฝึกปฏิบัติ มีการติดตามผลการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการให้ข้อมูลคำแนะนำในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย หลังจากนั้นจะมีการประเมินผล โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ ซึ่งกระบวนการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง เพิ่มการเรียนรู้และจำได้แม่นยำขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธภรณ์ (2558) ที่พบว่าการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงจะช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และ 4) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปรับปรุงแผนการจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ขั้นตอนนี้จะเป็นการทบทวนความรู้ ทบทวนทักษะ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หากพบประเด็นปัญหาหรือยังมีทักษะใดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องจะมีการสอนและสาธิตซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และจะมีการบันทึกประเด็นสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่องในสมุดประจำตัว พร้อมทั้งมอบให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังจำหน่าย ซึ่งในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายกรณีอย่างสมบูรณ์นั้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ เรืออากาศเอกหญิง จริญญาลักษณ์ (2563) ที่ใช้บทบาทการพยาบาลรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการทุเลาลง ลดความพิการและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้

โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านๆ นอกจากจะใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างสมบูรณ์แล้วนั้น โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านๆ ในการศึกษาครั้งนี้ยังมีการใช้กระบวนการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องมาเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมการดูแลด้วย เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะเมื่อเกิดในวัยผู้สูงอายุ การฟื้นตัวของระบบประสาทจะยิ่งช้าลง ส่งผล

ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่เป็นส่วนใหญ่ และมีความซับซ้อนในการดูแล (NSA, 2017) ดังนั้นแล้วการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญที่จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ และมีผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยในโปรแกรมจะใช้วิธีการร่วมพูดคุย และวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด และมีการประเมินผลการดูแลตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและมีความซับซ้อนในการดูแล ประกอบด้วย 1) แพทย์ ทำหน้าที่ให้การรักษา 2) พยาบาล ทำหน้าที่ให้การพยาบาลตามปัญหาสุขภาพตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล 3) เภสัชกร ทำหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแต่ละชนิด รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา 4) นักโภชนาการ ให้คำแนะนำเรื่องอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีหน่วยสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น (ศิริอร และพิเชต, 2556) และการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของพัชรริดา (2563) ที่ได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองแล้วพบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

การดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน เป็นกระบวนการดูแลที่สำคัญอีกกระบวนการหนึ่งในโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านฯ เนื่องจากภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับความเครียดจากการเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่าย จะพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความวิตกกังวล และไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง (NSA, 2017) หากภาวะดังกล่าวไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม หรือผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้จะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าได้ และส่งผลกระทบต่อฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ง (Lui & Nguyen, 2018) ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบได้สูงถึงร้อยละ 47 หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Haghgoo, Pazuki, Hosseini, & Rassafiani, 2013) โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านฯ ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีการติดตามดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านซึ่งจะอยู่ในระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์โดยกิจกรรม ประกอบด้วย 1) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน โดยผู้วิจัยจะเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านทั้งหมด 2 ครั้ง คือ วันที่ 7 และวันที่ 30 ของการเก็บข้อมูล การเยี่ยมบ้านจะเป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา รวมถึงพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และวิธีการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ซึ่งการเยี่ยมที่บ้านจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเหลือและแนะนำเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันอย่างปลอดภัยภายใต้ข้อจำกัดของสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในแต่ละบุคคล และ 2) การอำนวยความสะดวกและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ วันที่ 14 และวันที่ 21 ของการเก็บข้อมูล การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมจะเป็นการโทรสอบถามปัญหา และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน และฝึกฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 7 วันต่อสัปดาห์อีกด้วย การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะสามารถช่วยกระตุ้นการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เนื่องจากการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมนั้นทำให้ผู้วิจัยสามารถติดตามประเมินผล รับทราบปัญหา และให้คำปรึกษาทางด้านการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย นอกจากนี้ยังได้มีการบันทึกปัญหาต่างๆ รวมถึงคำแนะนำที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับจากผู้วิจัยเพื่อติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉิรณุช, ทศนรินทร์, และพิสิษฐ์ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้วิธีการเยี่ยมแบบมีแบบแผนส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันดีขึ้น (วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559; สุพัตรา, ศรีวรรณ, นิรมัย, และวราพร, 2561)

สมมติฐาน 3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองไม่พบการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน 3 สามารถอธิบายได้ดังนี้

การศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้นไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน โดยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แผนการจำหน่ายของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจะมีการให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และการปฏิบัติตัว รวมถึงมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล ตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยทีมติดตามเยี่ยม ซึ่งระยะเวลาในการเยี่ยมขึ้นกับลำดับในการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะมีช่วงเวลาการเยี่ยมที่แตกต่างจากแผนการจำหน่ายดังกล่าวอาจเป็นผลให้ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำใน 30 วันหลังการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและศึกษาในระยะเวลาจำกัด ดังนั้นจึงทำให้ไม่พบผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับมารักษาซ้ำใน 30 วัน

หลังจากการเก็บข้อมูล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า การเก็บข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำต้องใช้ระยะเวลาในการศึกษาอย่างต่อเนื่องและต้องมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากเพียงพอในช่วงเวลาที่ศึกษา (McBride, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของสุริ และคิวเรชิ (Suri & Qureshi, 2013) ที่ได้ติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,018 ราย ภายหลังจากจำหน่ายในประเทศญี่ปุ่น พบการกลับมารักษาซ้ำใน 30 วันเพียงร้อยละ 9 และการศึกษาของซัน ลี เฮง และชิน (Sun, Lee, Heng, & Chin, 2013) ที่พบการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มที่ 3-12 เดือนหลังจำหน่าย

สมมติฐาน 4 ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน 4 สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านฯ มีการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมถึงผู้ดูแล โดยในกระบวนการวางแผนการจำหน่ายเป็นรายกรณีอย่างสมบูรณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการสอบถามปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นรายบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค แผนการรักษาผู้ป่วย รวมถึงการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ (บุษยมาศ, 2561; Camicia, Lutz, Markoff, & Catlin, 2019; Lutz et al., 2017) โดยในโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านฯ ผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสายใจ, ราตรี, และวรรณศิริ (2562) ที่พบว่า การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลลดความกังวลลงและสามารถเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น สำหรับกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ผู้วิจัยจะสอนผ่านสื่อนำเสนอภาพนิ่ง และมอบคู่มือให้ผู้ดูแลได้ศึกษาด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ด้านการฝึกทักษะต่างๆ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสอน สาธิต และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ และฝึกปฏิบัติต่อเนื่องจนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ถูกต้อง พร้อมทั้งให้กำลังใจ

และเสริมแรงแก่ผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสอนแนะผู้ดูแลร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงจะ ช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ (พัชราภรณ์, 2558) นอกจากนี้ผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยน ผ่านๆ แล้ว ผู้ดูแลยังมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงในระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ดูแลจะได้รับการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมพร้อม กันกับผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือ ผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อสอบถามปัญหาการ ดูแลต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และช่วยให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก การติดตาม เยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมจะทำให้ผู้วิจัยสามารถติดตามประเมินผล รับทราบปัญหา และให้คำปรึกษาทางด้านการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันอย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย นอกจากนี้ยังได้มีการบันทึกปัญหาต่างๆ รวมถึง คำแนะนำที่ผู้ดูแลได้รับจากผู้วิจัย ตลอดจนเป็นการพูดคุยให้กำลังใจเพื่อเสริมแรงให้ผู้ดูแลปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านซึ่งพบว่าการดูแลต่อเนื่องระยะเปลี่ยนผ่านแก่ ผู้ดูแลสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้น (วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน, และสิริรัตน์, 2559; สุพัตรา, ศรีวรรณ, นิรมัย, และวราพร, 2561)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยทำการศึกษาสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม (pretest-posttest, control group designs) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561- เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 1 โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 60 คู่ โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล 30 คู่แรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 30 คู่หลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยแบ่งการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายภายใน 3-5 วัน) ในวันที่ 1 จะมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล วันที่ 2 ร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย วันที่ 3-5 เตรียมความพร้อมและปรับปรุงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ระยะที่ 2 ระยะการเยี่ยมบ้าน จะติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในวันที่ 7 หลังเก็บข้อมูลครั้งแรก และเยี่ยมวันที่ 30 นอกจากนี้ยังมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 14 และวันที่ 21 สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 3) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ และ 4) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

และทางโทรศัพท์ โดยสื่อที่ใช้ประกอบการสอน ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองและคู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ และแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.45, p < .01$)
2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.09, p < .05$)
3. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน
4. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.09, p < .01$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อยถึงปานกลาง ผลการวิจัยจึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับอื่น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ในระยะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล การค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลมีความสำคัญ ดังนั้นพยาบาลผู้รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยควรตระหนัก และให้ความสำคัญในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อนำมาสู่การวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ และครอบคลุม

1.2 จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ในระยะติดตามเยี่ยมที่บ้าน ควรมีการเยี่ยมที่เป็นแบบแผนชัดเจน โดยเฉพาะใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในงานวิจัยจะติดตามเยี่ยมในวันที่ 7 ของการเก็บข้อมูล เนื่องจากช่วงเวลานี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะมีความเปราะบาง และมีความกังวลที่ต้องเปลี่ยนสถานที่ดูแลจากโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมาสู่บ้าน ซึ่งมีเฉพาะผู้ป่วยและผู้ดูแล ขาดแหล่งสนับสนุนอื่นๆ หากผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจะส่งผลให้เกิดภาวะท้อถอย และไม่มีกำลังใจในการดูแล แต่ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนที่ดี มีความพร้อม จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีประสิทธิภาพ การฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นแผนการเยี่ยมบ้านจึงควรมีแบบแผนการเยี่ยมที่ชัดเจน และควรวางแผนเยี่ยมบ้านภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

1.3 การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม พบปัญหาที่สำคัญคือ ความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการโทรศัพท์จึงเป็นการพูดคุยให้กำลังใจ และเน้นให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งการกล่าวชื่นชมในการทำหน้าที่ผู้ดูแล นอกจากนี้การอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์โดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถโทรหาผู้วิจัยได้ตามเวลาที่กำหนด ยังส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกมีความมั่นใจในการทำหน้าที่มากขึ้นด้วย

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ควรนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลยังหอผู้ป่วยต่างๆ เพราะผลการวิจัยสามารถพิสูจน์ให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมนี้สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ตลอดจนสามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

2.2 ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมการวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ นอกจากจะเป็นการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องแล้ว การวางแผนจำหน่ายเป็นรายกรณีอย่างสมบูรณ์โดยพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านก็เป็นกระบวนการที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงขึ้น ซึ่งพยาบาลที่จะทำหน้าที่ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจะต้องมีสมรรถนะที่เพียงพอ ทั้งการสร้างสัมพันธภาพ องค์ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การติดต่อประสานงานระหว่างวิชาชีพ การประสานแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ โดยควรจัดให้มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ หรือพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงช่วยดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการดูแล

3. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

ควรสร้างความตระหนักโดยการปลูกฝังให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน โดยเฉพาะการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่ส่งผลกระทบต่อตรงทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีการเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินไปได้ด้วยดี ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับน้อยถึงปานกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพของตนเองบ้างบางส่วน การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับอื่นๆ

2. การวิจัยครั้งนี้มีการติดตามผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 30 วันหลังเก็บข้อมูล ซึ่งจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มการติดตามประเมินผลเป็นระยะ เช่น ในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 59-75). กรุงเทพมหานคร: เอ็น. พี. เพรส.
- กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: เอ็น. พี. เพรส.
- กุลธิดาพร กีฬาแปง. (2557). *ผลของการสนับสนุนผู้ดูแลด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาต โลก ปี 2560*. จากเว็บไซต์ http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/_2560_.pdf
- งามจิตต์ จันทร์สาธิต. (2554). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*. กรุงเทพมหานคร: THE SUN GROUP.
- จรรยา สันตยากร. (2554). *การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิด และประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน*. พิษณุโลก: ตระกูลไทย.
- จารวี คณิตาภิรักษ์, ทศพร คำผลศิริ, และลินจง โปธิบาล. (2563). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง*. *พยาบาลสาร*, 47(1), 222-230.
- จารึก ธานีรัตน์. (2545). *ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิรบูรณ์ ไตสงวน, สุชญญา อังกุลานนท์, หทัยชนก สุมาลี, และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2555). *ความสัมพันธ์ และความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจจากการสูบบุหรี่: การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอนุमान*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(2), 248-259.
- จีรศักดิ์ กาญจนางสงกุล. (2556). *ภาวะพิษต่อระบบประสาท*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

- จันทร์จิรา สีสว่าง, และปุกวิรัช ทองแดง. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(2), 73-85.
- ชลธิชา กาวไรสง. (2555). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชื่นชม ชื่อลือชา. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 12(1), 99-111.
- ณิรนุช วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชตารณรัชต์, และพิสิษฐ์ สมงาม. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนืองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(04), 61-61.
- ทิววรรณ เกื้อนัยง. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง. (2556). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ธีรนุช ห่านิรติศัย, และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 634-639.
- นันทกาญจน์ ปักซี่, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *Ramathibodi Nursing Journal*, 22(1), 65-80.
- นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์, พวงรัตน์ มณีวงษ์, อรณีย์ ศรีสุข, ณัฐพัชร์ โพธิ์เงิน, และนริมาลัย นีละไพจิตร. (2557). ศึกษาปัจจัยเสี่ยงการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(3), 30-40.
- นิภา นิยมไทย. (2559). มโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ. ใน กิตติกร นิลมานัต และรัตใจ เวชประสิทธิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1* (หน้า 19-35). สงขลา: สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์. (2561). การพัฒนาระบบบริการในการมีส่วนร่วมของชุมชน และทีมสหสาขาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University*, 36-45.

- บุศรา ศรีคำเวียง, ผ่องพรรณ อรุณแสง, และวิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 42-51.
- บุษยมาศ บุศยารัศมี. (2561). ความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลนครนครปฐม. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 37(2), 192-200.
- ปนิษฐา นาคช่วย. (2559). บทความพินวิภาภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 69(1), 39-44.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ประไพพรรณ จิรินธร. (2554). การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน. ใน สุปาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ), *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 13, หน้า 114-175). กรุงเทพมหานคร: จุฑาทอง.
- ปราณี เกษรสันต์. (2558). รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 83-96.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2556). ปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุ (Dysphagia in Elderly). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*, 23(3), 73-80.
- พรพรรณ พรหมทัต. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พรรณวดี พุฒวัฒน์, และนพวรรณ เปี้ยชื้อ. (2560). การประเมินทางการพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุโภชนาการ. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ), *การจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 112-117). นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *ประสาทวิทยาทางคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *วิทยาการระบาดของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง. (2554). *แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.

- พัชรภรณ์ สิริรัตนานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พัชรริดา เคณาภูมิ. (2563). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4(8), 35-47.
- เพ็ญภา มะหะหมัด. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายสำหรับสตรีมุสลิมที่มีภาวะเมตาบอลิกซิมโดรม. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญภูมิมากร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(1), 82-96.
- ภัทรวินท์ ภัคภิรมย์. (2556). *คู่มือดูแลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: เครือเถา.
- ยุวดี ผงสา. (2563). ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น, 2(2), 139-154.
- รุจภา เจริญโนนปัจจัย, และสุวิมล แสนเวียงจันทร์. (2561). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ. *วารสารพยาบาล*, 67(4), 53-61.
- รัชฎา แก่นสาร. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท. ใน คณาจารย์สถาบันพระราชชนกโครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 13, หน้า 440-558). กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.
- รัตนพร สายตรี, ปุญญพัฒน์ ไชยเมธ, และสมเกียรติยศ วรเดช. (2562). ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(2), 1-1.
- เรืออากาศเอกหญิง จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ. (2563). บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 3(1), 5-18.

- ลาวัลย์ พาณิขเจริญ. (2554). ภาพภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554*, หน้า 27-31.
จากเว็บไซต์ <http://wellolder.com/wp-content/uploads/2016/02/stroke.pdf>
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ; ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ลัดดาวัลย์ มั่นพานิช, และชนกฤทัย ชื่นอารมณ. (2561). การกระตุ้นพฤติกรรมในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า: มุมมองทางสมองและประสาทวิทยา. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 24(2), 130-144.
- วนิดา ตันเจริญรัตน์. (2557). การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่บ้าน. ใน ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม และศรีวรรณ มีบุญ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ดูแล* (หน้า 86-106). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุดทอง.
- วลัยนารี พรหมลา. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. (2558). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke rehabilitation)*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- วัฒน์ศักดิ์ สุกใส. (2555). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอพนมไพร จังหวัด ร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- วัลลยา ทองน้อย. (2554). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วาสนา มูลฐี, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ สีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(1), 95-110.
- วาสนี ชาญศรี, และพรเลิศ ชุมชัย. (2562). บทบาทพยาบาลชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดิน ปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการเคลื่อนไหว. *เวชบันทึกศิริราช*, 12(2), 101-107.

- วิวัฒน์ ศิริยงค์. (2561). ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(1), 863-870.
- วีระยุทธ ศรีทุมสุข, สายทิพย์ จำยพงษ์, กัญยพัชร์ เศรษฐ์โชฎีก, นันทวรรณ ตีระวงศา, และณัฐกร นิลเนตร. (2563). ปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันรายใหม่. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13(2), 144-158.
- วีระศักดิ์ เอนกศักดิ์, สุรพันธ์ สืบเนียม, และสิรินธร นิลวรรณภา. (2562). การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุทธาเวช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(04), 27-27.
- วัฒน์ยี่ ปานจินดา. (2559). ศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 5(2), 70-78.
- ศรัณยา แสงมณี, มณี อาภานันท์กุล, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน. *วารสารรามาชิตี*, 18(1), 119-133.
- ศศิภาณูจน์ สกุลปัญญวัฒน์. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา อ.องครักษ์ตำบลองครักษ์ จ.นครนายก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 353-360.
- ศิริอร ลินธุ์, และพิเชต วงรอด. (บรรณาธิการ). (2556). *การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล*. ชลบุรี: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- สภาการพยาบาล. (2561). *ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*. จากเว็บไซต์ <http://www.tnmc.or.th/diploma/page-3.html>
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2554). Recurrent Ischemic stroke in Srinagarind Hospital. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 6(3), 31-38.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2560). *กลุ่มอาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงและการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม*. จากเว็บไซต์ <http://haamor.com/th/โรคชิวโดบ์บาร์พัลซี/>
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2561). *ความดันโลหิตสูงกับโรคหลอดเลือดสมอง*. จากเว็บไซต์ <http://www.thaihypertension.org/files/10.08Dec200601-AttachFile1165555081.pdf>

- สวรินทร์ หงษ์สร้อย. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, สมุทรปราการ.
- สายใจ จารุจิตร, รัตรี อร่ามศิลป์, และวรรณศิริ ประจันโน. (2562). รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตาม ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 54-68.
- สายฝน ม่วงคุ้ม, สุภาภรณ์ ต้วงแพง, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และพรพรรณ ศรีโสภา. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 82-93.
- สิริพร ศรีวิลัย, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และวิชชุดา เจริญกิจการ. (2557). การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาล*, 63(3), 65-71.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 84-101.
- สุพัตรา ปวนไผ่, ศรีวรรณ วงค์เจริญ, นิรมัย มณีรัตน์, และวราพร นนทศิลา. (2561). ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลประสาธต์เชียงใหม่ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(3), 500-509.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือความรู้เรื่องโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต สำหรับประชาชน*. กรุงเทพมหานคร.

- อมรา ชูพลสัจย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และชนิดดา แนบเกษร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความ
เข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาล*, 67(2), 36-43.
- อรุณี เฮงยศมาก, และวิจิตรา กุสุมภ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. ใน
วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท (Nervous System
Dysfunction)* (หน้า 345-400). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชา
พานิชย์.
- อะเคื้อ อุดมলেখกะ. (2554). *การเฝ้าระวังและการสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล*.
เชียงใหม่: มิ่งเมือง.
- อุษา พงษ์เลาพันธ์ุ ศุภร วงศ์วาทัญญ, และกุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์. (2554). กิจกรรมการพยาบาลและ
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.
Ramathibodi Nursing Journal, 15(2), 221-232.
- อุ้นเรือน ศรอากาศ, วรณีย์ เตียววิศเรศ, และจินตนา วัชรสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล.
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9(2), 58-69.
- Acciarresi, M., Bogouslavsky, J., & Paciaroni, M. (2014). Post-stroke fatigue:
epidemiology, clinical characteristics and treatment. *European Neurology*,
72(5-6), 255-261. doi.org/10.1159/000363763
- Akosile, C. O., Banjo, T. O., Okoye, E. C., Ibikunle, P. O., & Odole, A. C. (2018). Informal
caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care
facility. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-7.
- American Heart Association. (2017). *Heart Disease and Stroke Statistics—2017
Update*. retrieved from <http://circ.ahajournals.org/SITE/STATUPDATE>
- American Heart Association and American stroke Association. (2019). *Stroke Risk
Factors*. Retrieved 21/11/2019, from
[http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/
/Understanding-Stroke-Risk_UCM_308539_SubHomePage.jsp](http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/Understanding-Stroke-Risk_UCM_308539_SubHomePage.jsp)
- American Stroke Association . (2015). *Stroke complication*. retrieved from
[https://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/
documents/downloadable/ucm_309717.pdf](https://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_309717.pdf)

- American Stroke Association. (2017). *stroke risk factor*. retrieved from <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/>
- Barken, R., & Lowndes, R. (2018). Supporting family involvement in long-term residential care: Promising practices for relational care. *Qualitative Health Research, 28*(1), 60-72.
- Baştan, B., Gunaydin, S., Balci, F. B., Acar, H., Mutlu, A., Ozer, F., & Çokar, O. (2016). Ischemic stroke in the elderly: Septuagenarians versus octogenarians. *Noro Psikiyatri Arşivi, 53*(4), 334.
- Bath, P. M., Lee, H. S., & Everton, L. F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (10)*.
- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., ... & Isasi, C. R. (2017). Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American heart association. *Circulation, 135*(10), e146-e603.
- Bergman, D. (2011). Preventing recurrent cerebrovascular events in patients with stroke or transient ischemic attack: The current data. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners, 23*(12), 659-666.
- Bettger, J. P., Alexander, K. P., Dolor, R. J., Olson, D. M., Kendrick, A. S., Wing, L., ... & Duncan, P. W. (2012). Transitional care after hospitalization for acute stroke or myocardial infarction: a systematic review. *Annals of Internal Medicine, 157*(6), 407-416.
- Billinger, S. A., Arena, R., Bernhardt, J., Eng, J. J., Franklin, B. A., Johnson, C. M., ... & Shaughnessy, M. (2014). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 45*(8), 2532-2553.
- Bravata, D. M., Ho, S. Y., Meehan, T. P., Brass, L. M., & Concato, J. (2015). Readmission and death after hospitalization for acute ischemic stroke: 5-year follow-up in the medicare population. *Stroke, 38*(6), 1899-1904.
doi.org/10.1161/STROKEAHA.106.481465

- Brooten, D., Naylor, M. D., York, R., Brown, L. P., Munro, B. H., Hollingsworth, A. O., ... & Youngblut, J. M. (2002). Lessons learned from testing the quality cost model of advanced practice nursing (APN) transitional care. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(4), 369-375.
- Camicia, M., Lutz, B. J., Markoff, N., & Catlin, A. (2019). Determining the needs of family caregivers of stroke patients during inpatient rehabilitation using interview, art, and survey. *Rehabilitation Nursing Journal, 44*(6), 328-337.
- Carod-Artal, F. J., Trizotto, D. S., Coral, L. F., & Moreira, C. M. (2011). Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. *Journal of the neurological sciences, 284*(1), 63-68. doi:10.1016/j.jns.2009.04.008
- Chen, R. L., Balami, J. S., Esiri, M. M., Chen, L. K., & Buchan, A. M. (2011). Ischemic stroke in the elderly: an overview of evidence. *Nature Reviews Neurology, 6*(5), 256. doi: 10.1038/nrneuro.2010.36
- Chinwatanakul, S., Boonyapisit, K., Pornsriniyom, D., Proyoonwivat, N., Senanarong, V., Chaisevikul, R., ... & Pongvarin, N. (2012). Siriraj acute stroke unit: 10 years experience. *Journal of the Medicine Association Thailand, 95*(2), S235-44.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed., pp.54- 55). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., ... & Robson, K. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke, 11*(4), 399-411.
- 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.
- Condon, C., Lycan, S., Duncan, P., & Bushnell, C. (2016). Reducing readmissions after stroke with a structured nurse practitioner/registered nurse transitional stroke program. *Stroke, STROKEAHA-115*.
- Dharmasaroja, P. (2012). *Ischemic stroke*. Bangkok: Jaransanitwong.

- Eberlein-Gonska, M., Petzold, T., Helaß, G., Albrecht, D. M., & Schmitt, J. (2013). The incidence and determinants of decubitus ulcers in hospital care: an analysis of routine quality management data at a university hospital. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(33-34), 550-556.
- 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.
- Gordon, E. H., Peel, N. M., Samanta, M., Theou, O., Howlett, S. E., & Hubbard, R. E. (2017). Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis. *Experimental gerontology*, 89, 30-40. doi.org/10.1016/j.exger.2016.12.021
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). Sampling. In Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (Eds.), *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (7th ed., pp. 351-381). St. Louis: Saunders.
- Haghgoo, H. A., Pazuki, E. S., Hosseini, A. S., & Rassafiani, M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences*, 328(1), 87-91.
- Hardin, S. R. (2012). Engaging families to participate in care of older critical care patients. *Critical Care Nurse*, 32(3), 35-40.
- Hickey, J. V. (2014). *The clinical practice of neurological and neurological nursing* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M., & Naylor, M. (2015). Continuity of care: the transitional care model. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3), 1.
- Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences. *The Gerontologist*, 25(6), 612-617.
- Hsieh, C. Y., Lin, H. J., Hu, Y. H., & Sung, S. F. (2017). Stroke severity may predict causes of readmission within one year in patients with first ischemic stroke event. *Journal of the Neurological Sciences*, 372, 21-27.

- Iaci, J. F., Ganguly, A., Finklestein, S. P., Parry, T. J., Ren, J., Saha, S., ... & Caggiano, A. O. (2011). Glial growth factor 2 promotes functional recovery with treatment initiated up to 7 days after permanent focal ischemic stroke. *Neuropharmacology*, *59*(7), 640-649. doi: 10.1016/j.neuropharm.2010.07.017
- Ishigami, K., Okuro, M., Koizumi, Y., Satoh, K., Iritani, O., Yano, H., ... & Morimoto, S. (2012). Association of severe hypertension with pneumonia in elderly patients with acute ischemic stroke. *Hypertension Research*, *35*(6), 648-653.
- 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
- Kane, R. L., & Kane, R. A. (2000). *Assessing Older Persons: Measures, Meaning, and Practical Application*. New York: Oxford University Press.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, *185*(12), 914-919.
- Kilkenny, M. F., Longworth, M., Pollack, M., Levi, C., & Cadilhac, D. A. (2013). Factors associated with 28-day hospital readmission after stroke in Australia. *Stroke*, *44*(8), 2260-2268. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.000531
- Kishore, A. K., Vail, A., Jeans, A. R., Chamorro, A., Di Napoli, M., Kalra, L., ... & Pneumonia in Stroke Consensus (PISCES) Group. (2018). Microbiological etiologies of pneumonia complicating stroke: a systematic review. *Stroke*, *49*(7), 1602-1609.
- Kitisomprayoonkul, W., Sungkapo, P., Taveemanoon, S., & Chaiwanichsiri, D. (2011). Medical complications during inpatient stroke rehabilitation in Thailand: a prospective study. *Journal of the Medicine Association Thailand*, *93*(5), 594-600.
- Kitzman, P., Hudson, K., Sylvia, V., Feltner, F., & Lovins, J. (2017). Care coordination for community transitions for individuals post-stroke returning to low-resource rural communities. *Journal of Community Health*, *42*(3), 565-572.
- Kumar, S., Selim, M. H., & Caplan, L. R. (2011). Medical complications after stroke. *The Lancet Neurology*, *9*(1), 105-118. doi:10.1016/S1474-4422(09)70266-2

- Laiwarin, W. & Liankruea, K. (2016). Development of care model for cerebrovascular disease patient in Phaholpolpayuhasena hospital. *Journal of Nursing Division*, 43(3), 92-113.
- Lerdal, A., Bakken, L. N., Rasmussen, E. F., Beiermann, C., Ryen, S., Pynten, S., ... & Lee, K. A. (2011). Physical impairment, depressive symptoms and pre-stroke fatigue are related to fatigue in the acute phase after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 33(4), 334-342.
- Li, X., Zheng, T., Guan, Y., Li, H., Zhu, K., Shen, L., & Yin, Z. (2020). ADL recovery trajectory after discharge and its predictors among baseline-independent older inpatients. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-10.
- 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.
- Llorca, G. E., Castilla-Guerra, L., Moreno, M. F., Doblado, S. R., & Hernández, M. J. (2015). Post-stroke depression: an update. *Neurología (English Edition)*, 30(1), 23-31.
- Lui, S. K., & Nguyen, M. H. (2018). Elderly stroke rehabilitation: overcoming the complications and its associated challenges. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 20(2), 36-48.
- Lutz, B. J., Young, M. E., Creasy, K. R., Martz, C., Eisenbrandt, L., Brunny, J. N., & Cook, C. (2017). Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home. *The Gerontologist*, 57(5), 880-889.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*.
- Manimmanakorn, N., Arrayawichanon, P., Wattanapun, P., Nuntharuksa, C., & Kuptniratsaikul, V. (2011). Age-related rehabilitation outcome in stroke patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(3), 388.
- McBride, D. L. (2013). New Report Asks Why Pediatric Hospital Readmission Rates Vary Widely. *Journal of Pediatric Nursing*, 3(28), 300-301.

- Messecar, D., Powers, B. A., & Nagel, C. L. (2011). The Family Preferences Index: helping family members who want to participate in the care of a hospitalized older adult. *AJN The American Journal of Nursing*, *108*(9), 52-59.
doi: 10.1097/01.NAJ.0000334527.52341.bd
- Mohammadi, S., Zabolypour, S., Ghaffari, F., & Arazi, T. (2019). The effect of family-oriented discharge program on the level of preparedness for care-giving and stress experienced by the family of stroke survivors. *Iranian Rehabilitation Journal*, *17*(2), 113-120.
- Mutai, H., Furukawa, T., Wakabayashi, A., Suzuki, A., & Hanihara, T. (2018). Functional outcomes of inpatient rehabilitation in very elderly patients with stroke: differences across three age groups. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *25*(4), 269-275.
- Naess, H., Lunde, L., Brogger, J., & Waje-Andreassen, U. (2012). Fatigue among stroke patients on long-term follow-up. The Bergen Stroke Study. *Journal of The Neurological Sciences*, *312*(1), 138-141.
- National Stroke Association. (2017). *Effects of stroke*. retrieved from <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=effects>
- Naylor, M. D. (2006). Transitional care: a critical dimension of the home healthcare quality agenda. *Journal for Healthcare Quality*, *28*(1), 48-54.
- Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., & Schwartz, J. S. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Jama*, *281*(7), 613-620.
- 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.
- Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., & Pauly, M. (1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly: a randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, *120*(12), 999-1006.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.) Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reddy, H. P. (2019). A study of age as a risk factor in ischemic stroke of elderly.
- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). *Supporting family caregivers in providing care*. retrieved from http://www.ahrq.gov/qual/nurseshabk/docs/reinhards_fcga.pdf
- Rao, A., Barrow, E., Vuik, S., Darzi, A., & Aylin, P. (2016). Systematic review of hospital readmissions in stroke patients. *Stroke research and treatment*, 2016. doi: 10.1155/2016/9325368
- Senoo, K., An, Y., Ogawa, H., Lane, D. A., Wolff, A., Shantsila, E., ... & Lip, G. Y. (2016). Stroke and death in elderly patients with atrial fibrillation in Japan compared with the United Kingdom. *Heart*, 102(23), 1878-1882.
- Smith, A., MacKay, S., & McCulloch, K. (2013). Case management: developing practice through action research. *British Journal of Community Nursing*, 18(9), 452-458. doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.9.452
- Stavrianopoulos, T. (2016). Impact of a Nurses-Led Telephone Intervention Program on the Quality of Life in Patients with Heart Failure in a District Hospital of Greece. *Health Science Journal*, 10(4), 1-12.
- Sun, Y., Lee, S. H., Heng, B. H., & Chin, V. S. (2013). 5-year survival and rehospitalization due to stroke recurrence among patients with hemorrhagic or ischemic strokes in Singapore. *BMC neurology*, 13(1), 133.
- Suttipong, C., & Sindhu, S. (2011). Predicting factors of pressure ulcers in older Thai stroke patients living in urban communities. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 372-379.
- Suri, M. F. K., & Qureshi, A. I. (2013). Readmission within 1 month of discharge among patients with acute ischemic stroke: results of the University HealthSystem Consortium Stroke Benchmarking study. *Journal of Vascular and Interventional Neurology*, 6(2), 47.
- Swartz, K., & Collins, L. G. (2019). Caregiver care. *American Family Physician*, 99(11), 699-706.

- Tan, W. S., Heng, B. H., Chua, K. S. G., & Chan, K. F. (2011). Factors predicting inpatient rehabilitation length of stay of acute stroke patients in Singapore. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90*(7), 1202-1207.
doi: 10.1016/j.apmr.2009.01.027
- Tchero, H., Tabue-Tegu, M., Lannuzel, A., & Rusch, E. (2018). Telerehabilitation for stroke survivors: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research, 20*(10), e10867.
- The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). *NPUAP Pressure injury stages*. Retrieved March 22, 2021 from <https://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
- Tong, X., Kuklina, E. V., Gillespie, C., & George, M. G. (2011). Medical complications among hospitalizations for ischemic stroke in the United States from 1998 to 2007. *Stroke, 41*(5), 980-986.
- Tsai, P. C., Yip, P. K., Tai, J. J., & Lou, M. F. (2015). Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Preference and Adherence, 9*, 449. doi: 10.2147/PPA.S77713
- Wade, D. T. (1992). *Measurement in neurological rehabilitation*. New York: Oxford University.
- Wade, D. T., & Hewer, R. L. (1987). Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 50*(2), 177-182.
- Walker, D. (2014). *Stroke Survival, Recovery, and Rehabilitation in the Elderly*. retrieved from <https://www.griswoldhomecare.com/blog/stroke-before-after-elderly>
- Wang, H. H., Sheu, J. T., Shyu, Y. I. L., Chang, H. Y., & Li, C. L. (2014). Geriatric conditions as predictors of increased number of hospital admissions and hospital bed days over one year: Findings of a nationwide cohort of older adults from Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 59*(1), 169-174.
doi.org/10.1016/j.archger.2014.02.002

- 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.
- Wattanapan, P., Kovindha, A., Piravej, K., & Kuptniratsaikul, V. (2011). Relationship between the ability to change from a supine to a sitting position at admission and mobility outcomes after stroke rehabilitation. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(3), 21-24.
- Williams, L. (2008). Theory of caregiving dynamics. *Middle Range Theory for Nursing*, 261-276.
- World Health Organization. (2021). *Stroke Cerebrovascular accident health topic*. retrieved from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- World Stroke Organization. (2017). *Campaign Advocacy Brochures 2017*. retrieved from http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures-2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf
- 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.
- Yu, C., An, Z., Zhao, W., Wang, W., Gao, C., Liu, S., ... & Wu, J. (2015). Sex differences in stroke subtypes, severity, risk factors, and outcomes among elderly patients with acute ischemic stroke. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, 174. doi.org/10.3389/fnagi.2015.00174
- Yuan, H. W., Wang, C. X., Zhang, N., Bai, Y., Shi, Y. Z., Zhou, Y., & Wang, Y. J. (2012). Poststroke depression and risk of recurrent stroke at 1 year in a Chinese cohort study. *Plos one*, 7(10), e46906.
- Zhu, R., Xu, K., Shi, J., & Yan, Q. (2016). Time interval between first ever and recurrent stroke in a population hospitalized for second stroke: A retrospective study. *Neurology Asia*, 21(3).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988)

$$ES = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sqrt{(SD_1^2 + SD_2^2)/2}}$$

μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง SD_1 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม SD_2 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ได้มาจากการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ซึ่งได้มีการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย (วาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน และสิริรัตน์, 2559) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 60 คู่ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาเป็นครั้งแรก ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คู่ ได้ผลการคำนวณขนาดอิทธิพล ดังนี้

$$\begin{aligned} \mu_1 &= 34.13 & \mu_2 &= 28.57 & SD_1 &= 2.27 & SD_2 &= 3.96 \\ \text{แทนค่าในสูตรได้} & & ES &= & \frac{34.13 - 28.57}{\sqrt{(2.27)^2 + (3.96)^2/2}} \\ & & & & & & &= 1.72 \end{aligned}$$

ค่าขนาดอิทธิพลที่ได้ เท่ากับ 1.72 ซึ่งงานวิจัยของวาสนา, สุปรีดา, ยุพาพิน และสิริรัตน์ (2559) มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างและรูปแบบการดำเนินการวิจัยที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงปรับลดขนาดอิทธิพลจาก 1.72 เป็น .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คู่ต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 20 (Grove, Burns, & Gray, 2013) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คู่ต่อกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คู่ และกลุ่มควบคุม 24 คู่ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 คู่ แต่เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลจริงพบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาเข้ารับรักษาในช่วงดำเนินการวิจัยหลายราย ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 50 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คู่ และกลุ่มควบคุม 30 คู่

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมา รักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลการวิจัย ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ก. ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมีจำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงซึ่งได้จากแฟ้มข้อมูล หรือสอบถามจากผู้ป่วย/ผู้ดูแล

1. อายุปี
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่
() 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. อิสลาม
() 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
() 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา
() 4. อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ
() 5. ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี
() 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. ค้าขาย
() 3. ประมง () 4. รับจ้าง
() 5. เกษตรกร () 6. รับราชการ
() 7. ธุรกิจส่วนตัว () 8. อื่นๆ ระบุ.....
7. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
() 1. เพียงพอและมีเงินเก็บ
() 2. เพียงพอ แต่ไม่มีเงินเก็บ
() 3. ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน
() 4. ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน
8. สิทธิการรักษาพยาบาล.....

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษามีจำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงซึ่งได้จากแฟ้มข้อมูล หรือสอบถามจากผู้ป่วย/ผู้ดูแล

1. วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่...../...../.....
2. โรคประจำตัว

| | | |
|--|---|---|
| | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. ความดันโลหิตสูง |
| | <input type="checkbox"/> 3. เบาหวาน | <input type="checkbox"/> 4. หัวใจ |
| | <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ..... | |
3. ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> 1. รู้สึกตัวดี |
| | <input type="checkbox"/> 2. ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ |
| | <input type="checkbox"/> 3. ไม่รู้สึกตัว ต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ |
| | <input type="checkbox"/> 4. ไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด |
4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

| | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> 1. ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง |
| | <input type="checkbox"/> 2. ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ปฏิบัติได้น้อย |
| | <input type="checkbox"/> 3. ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง ปฏิบัติได้เองปานกลาง |
| | <input type="checkbox"/> 4. ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ |
| | <input type="checkbox"/> 5. ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด |
5. อุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้

| | | |
|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. nasogastric tube |
| | <input type="checkbox"/> 3. foley catheter | <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ..... |
6. การรับประทานอาหาร

| | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> 1. รับประทานอาหารทางปาก |
| | <input type="checkbox"/> 2. รับประทานอาหารทางสายยาง |
| | <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ..... |
7. การรักษาที่สำคัญ.....
8. สรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่อง

| | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> 1. ด้านร่างกาย ระบุ..... |
| | <input type="checkbox"/> 2. ด้านจิตสังคม ระบุ..... |
| | <input type="checkbox"/> 3. ด้านจิตวิญญาณ ระบุ..... |

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประเมินผู้ป่วยโดยการสังเกต ซักถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาทำการบันทึกด้วย ✓ ในช่องที่เป็นการทำกิจกรรมจริงของผู้ป่วยเพียงช่องเดียว

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว

- 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 ตักอาหารได้เอง แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ตามปกติ

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- 0 ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 ทำได้เอง

4. การใช้ห้องสุขา

- 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 ช่วยตัวเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือ
- 2 ช่วยตัวเองได้หมด

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0 ไม่สามารถเดินไปไหนได้
- 1 ใช้รถเข็นจัดการเองได้ และเข้ามุมห้อง ออกประตูได้
- 2 เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง
- 3 เดินได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0 ใส่เองไม่ได้ ต้องมีคนสวมใส่ให้
- 1 พอใส่เองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องการคนช่วยเหลือ
- 2 ใส่ได้เอง ติดกระดุม รูดซิปได้เอง

7. การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น

- 0 ทำเองไม่ได้
- 1 ต้องการคนช่วยพยุง
- 2 ขึ้นลงบันไดได้เอง

8. การอาบน้ำ

- 0 ต้องการคนช่วยเหลือหรือทำให้
- 1 อาบน้ำได้เอง

9. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

- 0 กลั้นไม่ได้
- 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 กลั้นได้เป็นปกติ

10. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

- 0 กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ
- 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 กลั้นได้เป็นปกติ

รวมคะแนนทั้งหมด.....คะแนน

หมายเหตุ (คะแนนรวมถึง 20 คะแนน)

การแปลผล สำหรับระดับการให้คะแนน แบ่งตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ดังนี้

การแปลผลระดับความรุนแรงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

0-4 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง

5-8 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ปฏิบัติได้น้อย

9-11 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง ปฏิบัติได้เองปานกลาง

12-19 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่

20 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด

1.4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปมีจำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงซึ่งได้จากการสอบถามบุคคลที่เป็นหลักในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย

1. อายุปี
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่
() 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. อิสลาม
() 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
() 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา
() 4. อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ
() 5. ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี
() 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. ค้าขาย
() 3. ประมง () 4. รับจ้าง
() 5. เกษตรกร () 6. รับราชการ
() 7. ธุรกิจส่วนตัว () 8. อื่นๆ ระบุ.....
7. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
() 1. เพียงพอและมีเงินเก็บ
() 2. เพียงพอ แต่ไม่มีเงินเก็บ
() 3. ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน
() 4. ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน
8. ภาวะสุขภาพ () 1. แข็งแรงดี () 2. มีโรคประจำตัว ระบุ.....
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย () 1. คู่สมรส () 2. บุตร
() 3. ญาติ-พี่น้อง () 4. อื่นๆ ระบุ.....
10. ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย
() 1. มี..... () 1.1 ที่บ้าน () 1.2 ที่โรงพยาบาล
() 2. ไม่มี

11. ท่านต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่
อย่างไร

() 1. ต้องการ โปรดระบุ.....

() 2. ไม่ต้องการ

1.5 แบบบันทึกการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อโดยพิจารณาอย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องเพียงหนึ่งช่องที่ตรงกับระดับความสามารถของท่านที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นแก่ผู้ป่วย

| กิจกรรม | ความสามารถของผู้ดูแล | | |
|--|------------------------|------------------------|-------------------|
| | ปฏิบัติทุกครั้ง (2) | ปฏิบัติบางครั้ง (1) | ไม่ปฏิบัติ (0) |
| ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน | | | |
| 1. อาบน้ำ/เช็ดตัวให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) | | | |
| 2. ทำความสะอาดฟันและช่องปาก อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) | | | |
| 3. สระผมให้ผู้ป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง | | | |
| 4. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ | | | |
| 5. จัดหาเสื้อผ้า สวมใส่ให้ผู้ป่วยไม่ให้ยับยู่ยี่ | | | |
| กรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง | | | |
| 6. จัดหาอาหารให้ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอไม่ขัดกับโรค | | | |
| 7. ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารด้วยตนเอง | | | |
| 8. จัดให้ผู้ป่วยนั่ง หรือจัดทำนั่งกึ่งนอนศีรษะสูงขณะรับประทานอาหาร | | | |
| 9. จัดหาอาหารเสริม เช่น ผลไม้ น้ำผลไม้ระหว่างมื้อ | | | |
| กรณีผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง | | | |
| 6. จัดเตรียมอาหารและอุปกรณ์ให้สะอาด | | | |
| 7. ดูดเสมหะก่อนให้อาหารทุกครั้ง | | | |
| 8. จัดท่าศีรษะสูงในการให้อาหาร | | | |
| 9. ตรวจสอบตำแหน่งสายและอาหารที่ค้างในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย ทุกครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง | | | |
| 10. ได้ช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะ ได้แก่ ช่วยพุงผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ เตรียมกระบอกปัสสาวะ/หมอนอนให้ผู้ป่วยที่เตียง เปลี่ยนแพมเพิสให้ผู้ป่วย เป็นต้น | | | |
| 11. ได้ช่วยเหลือในการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ ช่วยพุงผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ เตรียมหมอนอนให้ผู้ป่วยที่เตียง เปลี่ยนแพมเพิสให้ผู้ป่วย เป็นต้น | | | |
| 12. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักหลับ โดยจำกัดแสง เสียง รบกวน | | | |

| กิจกรรม | ความสามารถของผู้ดูแล | | |
|---|------------------------|------------------------|-------------------|
| | ปฏิบัติทุกครั้ง (2) | ปฏิบัติบางครั้ง (1) | ไม่ปฏิบัติ (0) |
| 13. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลับเร็วขึ้น โดยอ่านหนังสือให้ฟัง ปับนวดเบาๆ เปิดบทสวดมนต์ เป็นต้น | | | |
| ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน | | | |
| 14. ผ้าปูที่นอนสะอาด เรียบตึงไม่ยับขึ้น | | | |
| 15. เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนทันทีเมื่อปัสสาวะ หรืออุจจาระรดที่นอน | | | |
| 16. ระมัดระวังขณะเคลื่อนย้าย/พลิกตะแคงตัว ไม่กระชาก ลากถู | | | |
| 17. ได้ตรวจดูรอยแดง ตามปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น กระดูกก้นกบ ข้อเท้า หรือสันเท้าของผู้ป่วยทุกครั้งหลังอาบน้ำ/เช็ดตัวให้ผู้ป่วย | | | |
| 18. ได้กระตุ้น/กำหนดเวลา ให้มีการขับถ่ายปัสสาวะอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือตามกิจวัตรของผู้ป่วย | | | |
| 19. ได้กระตุ้น/กำหนดเวลา ให้มีการขับถ่ายอุจจาระหลังอาหารเข้า 30 นาทีทุกวัน หรือตามกิจวัตรของผู้ป่วย | | | |
| 20. ได้สังเกตลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ อาการไอ การมีเสมหะคั่ง ในหลอดลมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) | | | |
| 21. ได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง | | | |
| 22. ได้สังเกตความชุ่มและจำนวนของปัสสาวะทุกครั้ง que ผู้ป่วยขับถ่าย | | | |
| 23. ได้เฝ้าติดตามการมีไข้ของผู้ป่วยทุกวัน | | | |
| ด้านการฟื้นฟูสภาพ | | | |
| 24. ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้อ่อนในท่าที่เหมาะสม เช่น ท่านอนหงาย ท่า นอนตะแคงทับด้านที่ปกติ | | | |
| 25. ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดท่านอนตะแคงไม่ให้เกิดการทับกันของ แขนขาข้างที่อ่อนแรง | | | |
| 26. ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการบริหารข้อ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) | | | |
| 27. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกาย โดยการบริหารข้อ ทุกข้ออย่าง น้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) | | | |
| 28. ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่านั่ง/นอน อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง | | | |

| กิจกรรม | ความสามารถของผู้ดูแล | | |
|--|------------------------|------------------------|-------------------|
| | ปฏิบัติทุกครั้ง (2) | ปฏิบัติบางครั้ง (1) | ไม่ปฏิบัติ (0) |
| 29. ใช้เวลา รอคอยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกทุกครั้ง que ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เศร้า เสียใจ | | | |
| 30. พูดคุยกับผู้ป่วยทุกวัน เล่าเรื่องราวเหตุการณ์ต่างๆ ให้ฟัง เช่น เรื่องของญาติ เพื่อนฝูง ข่าวสาร เป็นต้น | | | |
| 31. ได้บอกกล่าวเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ แก่ผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน | | | |
| 32. พูดให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมสำเร็จ | | | |
| 33. แสดงออกถึงการยอมรับ ไม่ว่าจะกล่าวหรือตำหนิผู้ป่วย และเข้าใจในพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางจิตอารมณ์ของผู้ป่วยทุกครั้ง que ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตอารมณ์ | | | |
| 34. ปลอบโยน สัมผัส เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เศร้า เสียใจ | | | |
| 35. เป็นสื่อกลาง เป็นตัวแทนให้กับผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์และบุคคลอื่น | | | |

1.6 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด

สมอง

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการประเมินการฝึกทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

| ทักษะ | ระดับความสามารถในการปฏิบัติทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง | | | | | |
|--|--|-------------|-------------|---------|-------------|-------------|
| | ก่อนสอน | | | หลังสอน | | |
| | ทำได้ | ควรปรับปรุง | ทำไม่ได้เลย | ทำได้ | ควรปรับปรุง | ทำไม่ได้เลย |
| การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง | | | | | | |
| 1. การป้องกันภาวะปอดอักเสบ | | | | | | |
| 2. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ | | | | | | |
| 3. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ | | | | | | |
| การดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย | | | | | | |
| 4. การทำความสะอาดร่างกาย | | | | | | |
| 5. การรับประทานอาหาร | | | | | | |
| 6. การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า | | | | | | |
| 7. การเคลื่อนย้าย | | | | | | |
| 8. การเดิน | | | | | | |
| 9. การขึ้น-ลงบันได | | | | | | |
| 10. การใช้สູขา หรือกระโถน | | | | | | |
| 11. การขับถ่ายปัสสาวะ | | | | | | |
| 12. การขับถ่ายอุจจาระ | | | | | | |
| การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย | | | | | | |
| 13. การจัดทำในการนอน | | | | | | |
| 14. การจัดทำในการนั่ง | | | | | | |
| 15. การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย | | | | | | |

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ส่วนที่ 3 แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ส่วนที่ 4 แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 5 สื่อที่ใช้ในแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

1) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด

2) คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

ส่วนที่ 6 สมุดประจำตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน

ส่วนที่ 8 แบบบันทึกการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
แบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้เพื่อสอบถามความต้องการของผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. มีข้อมูลใดบ้างที่ท่านต้องการทราบเมื่อญาติของท่าน (ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง) ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

..... อาการของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์

..... การดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

..... บทบาทหน้าที่ของญาติเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

..... ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วย

..... อื่นๆ ระบุ.....

2. ท่านมีความต้องการการช่วยเหลือ/การสอนให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ญาติของท่าน (ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง) ในเรื่องใดบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

..... การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง โพรตระบุงิจกรรม

() การป้องกันภาวะปอดอักเสบ

() การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

() การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

..... การดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย โพรตระบุงิจกรรม

() การทำความสะอาดร่างกาย

() การรับประทานอาหาร

() การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า

() การเคลื่อนย้าย

() การเดิน

() การขึ้น-ลงบันได

() การใช้สคูชา หรือกระโถน

() การขับถ่ายปัสสาวะ

() การขับถ่ายอุจจาระ

..... การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โพรตระบุงิจกรรม

() การจัดทำในการนอน

() การจัดทำในการนั่ง

() การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย

..... อื่นๆ ระบุ.....

3. ท่านต้องการการช่วยเหลือในเรื่องใดบ้าง หากทราบว่าญาติของท่าน (ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง) สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

..... ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลต่อณที่บ้าน

..... ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น อสม. รพ.สต

..... การติดตามเยี่ยมบ้าน

..... อื่นๆ ระบุ.....

4. ท่านต้องการทราบข้อมูล/การสอนทักษะใดๆ เพิ่มเติมก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (ทำแบบประเมินก่อนจำหน่าย 1 วัน)

..... ข้อมูลเพิ่มเติมจากทีมสุขภาพ

() ข้อมูลเกี่ยวกับยา

() ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

() ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ

() อื่นๆ ระบุ.....

..... ทักษะการดูแลผู้ป่วย

() การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง โปรตระบุกิจกรรม.....

() การดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย โปรตระบุกิจกรรม.....

() การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โปรตระบุกิจกรรม.....

..... อื่นๆ ระบุ.....

5. ความต้องการหรือความคิดเห็นอื่นๆ

.....

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

| ระยะ/ขั้นตอน | วัตถุประสงค์ | สถานที่/วิธีการ/ระยะเวลา | กิจกรรม | | |
|---|---|--|---|---|---|
| | | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย | ผู้ดูแล |
| <p>ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospital visits) ขั้นตอนการดูแล</p> <p>1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> | <p>เพื่อรวบรวมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล และนำไปสู่การวางแผนการดูแล</p> | <p>สถานที่ หอผู้ป่วย</p> <p>วิธีการ - ใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย</p> <p>- รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย</p> <p>- สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นรายบุคคล</p> <p>ระยะเวลา 30-45 นาที</p> | <p>- สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม</p> <p>- ใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสะท้อนเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการทางสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง -</p> <p>เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเวชระเบียนของผู้ป่วย</p> | <p>- บอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และความ ต้องการหลังการเจ็บป่วย</p> | <p>- ร่วมให้ข้อมูลเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย</p> |

| ระยะ/ขั้นตอน | วัตถุประสงค์ | สถานที่/วิธีการ/ระยะเวลา | กิจกรรม | | |
|---|--|---|---|---|--|
| | | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย | ผู้ดูแล |
| <p>2. วางแผนการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการที่ประเมินได้</p> <p>ครอบคลุมการดูแล 2 ระยะ คือ</p> <p>2.1 แผนการดูแลระยะเฉียบพลัน</p> <p>2.2 แผนการดูแลระยะหลังเฉียบพลันและประสานงานบุคลากรทีมสุขภาพ</p> | <p>เพื่อให้การดูแลได้ตรงกับปัญหา ความต้องการ และมี</p> <p>ความสอดคล้องกับวิถีชีวิต</p> | <p>สถานที่</p> <p>หอผู้ป่วย</p> <p>วิธีการ</p> <p>- โทรศัพท์ประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพร่วมวางแผนการดูแล และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>- สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นรายบุคคล</p> <p>ระยะเวลา</p> <p>30 นาที</p> | <p>- วางแผนการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องตามปัญหา และครอบคลุมการดูแลระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย (1) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (2) การป้องกันภาวะการทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ (3) การป้องกันการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก และ(4) การส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วย (เนื้อหาตามแผนการดูแลผู้ป่วย)</p> | <p>- รับฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการดูแลตามสภาพปัญหา</p> <p>- ร่วมวางแผนการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน</p> | <p>- รับฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการดูแลตามสภาพปัญหาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วย</p> <p>- ร่วมอภิปรายและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน</p> |

| ระยะ/ขั้นตอน | วัตถุประสงค์ | สถานที่/วิธีการ/ระยะเวลา | กิจกรรม | | |
|--------------|--------------|--------------------------|--|---------|---------|
| | | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย | ผู้ดูแล |
| | | | <p>ระยะหลังเฉียบพลัน</p> <p>ประกอบด้วย (1) การดูแลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2) การฟื้นฟูสภาพ (3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ (4) การดูแลด้านจิตใจ (เนื้อหาตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล)</p> <p>- โทรศัพท์ประสานงานบุคลากรทีมสุขภาพ ดังนี้</p> <p>- ประสานเภสัชกรเพื่อให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานยา</p> <p>- ประสานนักโภชนาการ</p> | | |

| ระยะ/ขั้นตอน | วัตถุประสงค์ | สถานที่/วิธีการ/ระยะเวลา | กิจกรรม | | |
|-------------------------------------|--|--|--|---|---|
| | | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย | ผู้ดูแล |
| | | | <p>เพื่อให้คำปรึกษาเรื่องอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้คำปรึกษาเรื่องอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล - กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมวางแผนเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน | | |
| 3. ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ | เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแล | สถานที่ หอผู้ป่วย วิธีการ ให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึก | กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยบรรยายผ่านสื่อนำเสนอ | - รับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างตั้งใจ - ฝึกปฏิบัติทักษะการ | - ร่วมรับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างตั้งใจ - ร่วมฝึกปฏิบัติทักษะการ |

| ระยะ/ขั้นตอน | วัตถุประสงค์ | สถานที่/วิธีการ/ระยะเวลา | กิจกรรม | | |
|--------------|--------------|--|---|--|--|
| | | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย | ผู้ดูแล |
| | | <p>ทักษะ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้</p> <p>1. การให้ความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกันไม่ให้โรค กลับเป็นซ้ำ การดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่งที่บ้าน และการดูแลด้านจิตใจ (ใช้ เวลา 25-30 นาที)</p> <p>2. ฝึกทักษะในการปฏิบัติ กิจวัตร ประจำวัน การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟู</p> | <p>ภาพนิ่ง และเปิดโอกาสให้ ซักถามข้อสงสัย</p> <p>กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะใน การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และ การฟื้นฟูสภาพ โดย ผู้วิจัยสาธิตทักษะการ ดูแลผู้ป่วย - ในกรณีที ผู้ป่วยได้รับการใส่สายให้อาหารผู้วิจัยพาผู้ดูแลไป ที่ฝ่ายโภชนาการ เพื่อให้ ผู้ดูแลเรียนรู้การ ทำอาหารป่นให้แก่ผู้ป่วย - ผู้วิจัยนำพาผู้ป่วยและ ผู้ดูแลไปที่ห้อง กายภาพบำบัด</p> | <p>ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และการ ฟื้นฟูสภาพ - ซักถามข้อสงสัย</p> | <p>ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และการ ฟื้นฟูสภาพ - ร่วมซักถามข้อสงสัย</p> |

| ระยะ/ขั้นตอน | วัตถุประสงค์ | สถานที่/วิธีการ/ระยะเวลา | กิจกรรม | | |
|--------------|--------------|--|---|---------|---------|
| | | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย | ผู้ดูแล |
| | | สภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ใช้เวลา 3 -3.5 ชั่วโมง | <p>นักกายภาพบำบัดให้ความรู้ในการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การขึ้นลงบันได การใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไม้เท้าเพื่อเดิน รถเข็น เพื่อเป็นการฟื้นฟูผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลร่วมในการปฏิบัติ</p> <p>- สรุปรการเรียนรู้ที่ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพที่ได้สอนทักษะ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถาม หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยควรได้รับเพิ่มเติม</p> | | |

| ระยะ/ขั้นตอน | วัตถุประสงค์ | สถานที่/วิธีการ/ระยะเวลา | กิจกรรม | | |
|---|---|---|--|--|--|
| | | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย | ผู้ดูแล |
| 4. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย | เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย | <p>สถานที่ หอผู้ป่วย</p> <p>วิธีการ - ทบทวนความรู้ ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และปรับปรุงแผนการจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมง ในประเด็นที่เป็นปัญหาการดูแล</p> <p>ระยะเวลา 1-1.5 ชั่วโมง</p> | <p>- ทบทวนความรู้ ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ ในประเด็นที่เป็นปัญหาการดูแล และดำเนินการสอน สาธิตซ้ำ</p> <p>- บันทึกสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่องในสมุดประจำตัว</p> <p>- ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669</p> | <p>- รับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างตั้งใจ</p> <p>- ฝึกปฏิบัติทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ</p> <p>- ชักถามข้อสงสัย</p> | <p>- ร่วมรับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างตั้งใจ</p> <p>- ร่วมฝึกปฏิบัติทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ</p> <p>- ร่วมซักถามข้อสงสัย</p> |

| ระยะ/ขั้นตอน | วัตถุประสงค์ | สถานที่/วิธีการ/ระยะเวลา | กิจกรรม | | |
|---|---|---|---|---|--|
| | | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย | ผู้ดูแล |
| <p>ระยะที่ 2 ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability)</p> <p>1. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน</p> | <p>- เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน และร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา</p> <p>- เพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p> | <p>สถานที่ บ้านผู้ป่วย</p> <p>วิธีการ - ติดตามเยี่ยมบ้าน</p> <p>ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง</p> | <p>- มอบคู่มือให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล</p> <p>เยี่ยมบ้านในวันที่ 7 นับจากวันเก็บข้อมูลครั้งแรก</p> <p>- ประเมินปัญหาการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ โดยการสังเกตซักถาม และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสาธิตให้ดู</p> <p>- นำประเด็นปัญหาที่ประเมินได้ในการติดตามเยี่ยมบอกแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> | <p>เยี่ยมบ้านในวันที่ 7 นับจากวันเก็บข้อมูลครั้งแรก</p> <p>- บอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหลังการจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>- สาธิตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ</p> <p>เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 30 นับจากวันเก็บข้อมูลครั้งแรก</p> <p>- สาธิตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>- รับการให้กำลังใจจากผู้วิจัย</p> | <p>เยี่ยมบ้านในวันที่ 7 นับจากวันเก็บข้อมูลครั้งแรก</p> <p>- ร่วมบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>- สาธิตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วย</p> <p>เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 30 นับจากวันเก็บข้อมูลครั้งแรก</p> <p>- ร่วมให้กำลังใจตนเอง และผู้ป่วยในการปฏิบัติการดูแลระยะ</p> |

| ระยะ/ขั้นตอน | วัตถุประสงค์ | สถานที่/วิธีการ/ระยะเวลา | กิจกรรม | | |
|--------------|--------------|--------------------------|---|--------------------------------|--|
| | | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย | ผู้ดูแล |
| | | | <p>ผู้ดูแลร่วมวางแผนการดูแล และแนะนำการปฏิบัติการดูแลที่เป็นปัญหาให้ถูกต้องเหมาะสม พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 30 นับจากวันเก็บข้อมูลครั้งแรก</p> <p>- ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำ และประเมินความสามารถของผู้ดูแล</p> <p>- แจงยุติการเข้าร่วมการ</p> | <p>- รับฟังผลการสรุปภาพรวม</p> | <p>เปลี่ยนผ่านต่อไป</p> <p>- รับฟังผลการสรุปภาพรวม</p> |

| ระยะ/ขั้นตอน | วัตถุประสงค์ | สถานที่/วิธีการ/ระยะเวลา | กิจกรรม | | |
|---|--|---|--|--|--|
| | | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย | ผู้ดูแล |
| 2. การอำนวยความสะดวกและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม | <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อสอบถามปัญหา ความต้องการเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน - เพื่อการดูแลต่อเนื่อง | วิธีการ - โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ระยะเวลา 10-15 นาที | วิจัย และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในวันที่ 14 และวันที่ 21 นับจากวันเก็บข้อมูลครั้งแรก <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่เข้าใจ และตอบปัญหาข้อสงสัยของผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ - สรุปรายการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล | โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในวันที่ 14 และวันที่ 21 นับจากวันเก็บข้อมูลครั้งแรก <ul style="list-style-type: none"> - ตอบคำถามเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านทางโทรศัพท์ - สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นในกรณีที่มีปัญหา - รับฟังการสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขจากผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแล | โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในวันที่ 14 และวันที่ 21 นับจากวันเก็บข้อมูลครั้งแรก <ul style="list-style-type: none"> - รับโทรศัพท์และตอบคำถามผู้วิจัย - ตอบคำถามรายงานผลผู้วิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น - หลังให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านทางโทรศัพท์ - โทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยกรณีที่มีข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน |

ส่วนที่ 3 แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|---|--|--|---|----------|
| ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospital visits) วันที่ 1 | 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล 2. ประเมินสภาพและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น/จัดการอาการ และอาการแสดงต่างๆ | 1. ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น บรรเทาอาการ และอาการแสดง 2. สามารถปรับตัวในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | 1. สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเอง ต้อนรับด้วยความเป็นมิตร ชี้แจงอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2. ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 3. สอบถามอาการสำคัญและสาเหตุของการเข้ารับการรักษา ข้อมูลสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องจำเป็น 4. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย แก้ไขภาวะฉุกเฉิน จัดการอาการ อาการแสดงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 5. แนะนำเกี่ยวกับสิทธิบัตร สถานที่ สิ่งของเครื่องใช้ กฎระเบียบของโรงพยาบาล แนะนำการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การเจาะเลือด การได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา เป็นต้น 6. วางแผนการดูแลโดยครอบคลุมประเด็นปัญหาที่พบใน 24-48 ชั่วโมงแรกของการเจ็บป่วย (ระยะเฉียบพลัน) คือ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะความดันใน | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|----------|--------------|-----------------------------|---|----------|
| | | | <p>กะโหลกศีรษะสูง การป้องกันภาวะการทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ การป้องกันการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก และการส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วย ดังนี้</p> <p>6.1 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>6.1.1 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงตามสภาพอาการของผู้ป่วย จนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์</p> <p>6.1.2 สังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning sign of increased intracranial pressure) และรายงานแพทย์ทันที หากพบอาการดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น สับสน กระสับกระส่าย - ระดับความรู้สึกตัวลดลง (glasgow coma score [GCS]) ลดลง ≥ 2 คะแนน - ปวดศีรษะเพิ่มมากขึ้น | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|----------|--------------|-----------------------------|---|----------|
| | | | <p>- ความบกพร่องทางระบบประสาทเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือเกิดขึ้นใหม่</p> <p>6.1.3 จัดท่านอนที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย คือ ท่านอนศีรษะสูง 30 องศา (Level A) โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกันไม่บิดหมุนซ้าย ขวา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก และขณะพลิกตะแคงตัวควรพลิกตะแคงแบบท่อนซุง (Level B) ส่วนท่านอนที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ท่านอนศีรษะต่ำ ทำตะแคงเกือบคว่ำ ทำศีรษะและคอหมุนซ้าย ขวา (Level B)</p> <p>6.1.4 ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดความดันสูงในช่องท้องและช่องอก เพราะจะทำให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจได้น้อยลง เช่น หลีกเลียงการไอหรือจามแรงๆ</p> <p>6.1.5 หากจำเป็นต้องดูดเสมหะควรปฏิบัติ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ (Level B) - ก่อนและหลังดูดเสมหะควรระบายอากาศพร้อมออกซิเจน 100 % เป็นเวลา 30-60 วินาที (Level B) - ใช้สายดูดเสมหะขนาดเบอร์ 14F ด้วยแรงดันในการดูดเสมหะ | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|----------|--------------|-----------------------------|---|----------|
| | | | <p>ระหว่าง 100–120 มิลลิเมตรปรอท (Level B)</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำกัดการดูดเสมหะไม่เกิน 1-2 ครั้งต่อรอบ โดยใช้เวลาครั้งละ 10-15 วินาที (Level B) - ควรพักอย่างน้อย 2 นาทีก่อนดูดเสมหะครั้งต่อไป (Level B) <p>6.1.6 กรณีมีไข้ ควรให้ยาลดไข้หรือเช็ดตัว</p> <p>6.1.7 กรณีท้องผูก แนะนำห้ามแบ่งถ่าย (ถ้าผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระนาน 3 วัน ให้รายงานแพทย์)</p> <p>6.1.8 บันทึกปริมาณน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษา</p> <p>6.1.9 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น และวางแผนการทำกิจกรรม</p> <p>การพยาบาลเป็นช่วงๆ ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น</p> <p>6.2 การป้องกันภาวะการทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>6.2.1 ส่งเสริมให้นื้อเอื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง</p> | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|----------|--------------|-----------------------------|---|----------|
| | | | <p>6.2.2 ดูแลให้ออกซิเจน cannula keep $O_2Sat \geq 95\%$</p> <p>6.2.3 ใช้หูฟังตรวจประเมินเสียงหายใจที่ปอด ที่เกิดจากภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ เนื่องจากอาจมีเสมหะอยู่ในลำคอ หลอดลมหรือถุงลมปอด ถ้าพบว่ามีอาการอุดตันของเสมหะในลำคอทำการดูดเสมหะให้ผู้ป่วยเป็นระยะด้วยความนุ่มนวล</p> <p>6.2.4 ประเมินอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียวซีด หายใจเร็วขึ้น</p> <p>6.2.5 ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมลึก Glasgow Coma Scale < 8 รีบรายงานแพทย์</p> <p>6.2.6 ติดตามค่า O_2Sat อย่างต่อเนื่อง</p> <p>6.3 การป้องกันการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>6.3.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว</p> <p>6.3.2 ประเมินความสามารถในการควบคุมการกลืน ได้แก่ ความสามารถในการ</p> | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|----------|--------------|-----------------------------|---|----------|
| | | | <p>การไอ gag reflex ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบๆ ปาก เช่น ลิ้นไก่ปาก แก้ม การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยว การปิดปาก ลักษณะเสียง</p> <p>6.3.3 ประเมินความสามารถในการขับเสมหะ</p> <p>6.3.4 ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย (เนื้อหาอยู่ในคู่มือและสื่อนำเสนอภาพนิ่ง)</p> <p>6.4 การส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ให้ผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้</p> <p>6.4.1 แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยด้วยเสียงพูด เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ไม่ดังเกินไป จะช่วยให้การฟื้นฟูการรับรู้ของผู้ป่วยดีขึ้น</p> <p>6.4.2 แนะนำผู้ดูแลให้บอกวัน เวลา สถานที่แก่ผู้ป่วยทุกวันขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|----------|--|--|--|----------|
| วันที่ 2 | 1. ฝึกระวัง ประเมิน ควบคุม ปัญหา/อาการและ อาการแสดงอย่าง ต่อเนื่อง 2. ประเมินความ พร้อมและสอน ญาติผู้ป่วยและผู้ดูแล | 1. ได้รับการ ช่วยเหลือจัดการ แก้ไข้ปัญหาได้ทันที เมื่อผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลง 2. ทราบข้อมูล ปัญหาความต้องการ การดูแล/รับข้อมูล ตรงตามความ ต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลตามสภาพ ปัญหาที่เป็นจริงของ ผู้ป่วย | 1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2. วางแผนฝึกระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ฯลฯ อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพผู้ป่วยแต่ละรายและให้การดูแลแก้ไข้ปัญหาได้ 3. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 3.1 ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การรักษา และการเกิดภาวะแทรกซ้อน 3.2 ประเมินความพร้อม/ความต้องการการดูแล/การรับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3.3 ระบุปัญหา/ความต้องการการดูแล/การรับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการการดูแล/การรับคำแนะนำด้านใด (1) ด้านกิจวัตรประจำวัน (2) การฟื้นฟูสภาพ (3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ (4) การดูแลด้านจิตใจ | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|------------|--|--|--|----------|
| | | | 4. วางแผนให้การดูแล/รับคำแนะนำ ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล 5. ประสานงานให้ทีมสุขภาพทราบถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลตามบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ | |
| วันที่ 3-4 | 1. ได้รับการดูแล ต่อเนื่อง 2. ได้รับการเตรียม ความพร้อมในการ จำหน่าย | 1. ไม่เกิดอาการ อาการแสดง/ ภาวะแทรกซ้อน 2. ได้รับการวาง แผนการจำหน่าย อย่างครอบคลุม 3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมี ทักษะในการดูแล ตนเอง รวมทั้ง สามารถดูแลตนเอง | 1. เผื่อระวัง บรรเทาอาการรบกวนอย่างต่อเนื่อง ประเมินสภาพร่างกาย ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ พร้อมทั้งกำหนดแผนการพยาบาล ในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 2. ประชุมปรึกษารื้อกับแพทย์ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และแผนการจำหน่ายของแพทย์ 3. วางแผนการจำหน่ายร่วมกันกับแพทย์ ทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวให้มี ความเชื่อมโยงระหว่างแผนการพยาบาลและแผนการรักษา 4. เตรียมความพร้อมในการจำหน่าย ดังนี้ - ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ตามปัญหา ความต้องการการดูแล/รับคำแนะนำของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|----------|--------------|-----------------------------|--|----------|
| | | ได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน | <p>โดยการสอนความรู้โรค อาการ อาการแสดง สาเหตุ การรักษาพยาบาล การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ (เนื้อหาอยู่ในคู่มือและสื่อนำเสนอภาพนิ่ง) รวมทั้งฝึกทักษะในการดูแลตนเอง โดยการสาธิต สาธิตย้อนกลับ</p> <p>5. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี</p> <p>6. บันทึกผลการดูแลเพื่อแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับประสานงานให้เกิดความร่วมมือในการดูแลตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาเพิ่มเติมที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะจากทีมสุขภาพ</p> <p>7. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ร่วมตรวจเยี่ยมกับทีมสุขภาพเพื่อติดตามผลจากการได้รับการดูแล</p> | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|--|---|---|---|----------|
| วันที่ 5 หลังเข้า รับการรักษา จนถึงจำหน่าย | ประเมินความพร้อม และ ความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของ ผู้ป่วย | ผู้ป่วยมีความพร้อม ในการดูแลตนเอง และผู้ดูแลมีความ พร้อมในการดูแล ผู้ป่วย | <ol style="list-style-type: none"> ตรวจสอบ ทบทวน การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและแผนการรักษา ความ ครบถ้วนของข้อมูลและการฝึกปฏิบัติ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อน จำหน่าย (ดีขึ้น-เท่าเดิม-แยลง) ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ การยอมรับต่อการเจ็บป่วย การ รักษาพยาบาลการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประสานงานกับทีมสุขภาพกรณีผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาความต้องการการ ดูแลที่เฉพาะเพิ่มเติม ประเมินผลติดตามการดูแลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับ พร้อมทั้งบันทึกผลและ สรุปผลการดูแลลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแลในการค้นหาและประสานแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล นัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมและการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|---|---|--|--|----------|
| ระยะติดตาม เยี่ยมที่บ้าน และ การอำนวยความสะดวกทาง โทรศัพท์ ดังนี้ - โทรศัพท์ ติดตามเยี่ยมทุก สัปดาห์ สำหรับการเยี่ยม ที่บ้าน ดังนี้ - ครั้งที่ 1 ภายใน 24 ชั่วโมงหลัง จำหน่ายออกจาก | เพื่อรับทราบปัญหา และเป็นการติดตาม ผลที่ได้ให้การ พยาบาลและทำ การวางแผน ต่อเนื่องในการดูแล ครั้งต่อไป | ผู้ป่วยและผู้ดูแลมี แนวทางในการแก้ไข ปัญหา และสามารถ ดูแลต่อเองที่บ้านได้ | การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมมีกิจกรรม ดังนี้ 1. สอบถามปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ (1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (3) การฟื้นฟูสภาพ และ (4) การดูแลด้านจิตใจ 2. ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่เข้าใจ และตอบปัญหาข้อสงสัยของผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ 3. สรุปผลการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมที่บ้านมีกิจกรรม ดังนี้ 1. ประเมินปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน คือ (1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (3) การฟื้นฟูสภาพ และ (4) การดูแลด้านจิตใจ 2. ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา รวมถึงมีการสอน สาธิตซ้ำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในด้านที่เป็นปัญหา 3. ประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยการประเมิน | |

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (ต่อ)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี AN/HN.....วันที่รับไว้ในการดูแล.....

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....แพทย์เจ้าของไข้.....

| ระยะเวลา | วัตถุประสงค์ | ผลลัพธ์การดูแล/ เป้าหมาย | กิจกรรม | หมายเหตุ |
|--|--------------|-----------------------------|---|----------|
| โรงพยาบาล - ครั้งที่ 2 ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล - ครั้งที่ 3 เยี่ยมในสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่าย ออกจาก โรงพยาบาล | | | <p>สัญญาณชีพ ตรวจอาการทางระบบประสาท รวมถึงตรวจร่างกาย หากพบปัญหาที่เป็นความเสี่ยงแนะนำให้พาผู้ป่วยไปตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาล</p> <p>4. สรุปประเด็นการเยี่ยมแจ้งแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้กำลังใจ สำหรับการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำ และประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณ</p> | |

ส่วนที่ 4 แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับผู้วิจัย
แผนการสอนผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

| | |
|---------------|---|
| สถานที่ | หอผู้ป่วยใน |
| ผู้ใช้ | พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน |
| กลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล |
| วัตถุประสงค์ | <ol style="list-style-type: none">1. เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถระบุปัญหา ความต้องการ และวางแผนการจำหน่ายร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม2. เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การดูแล 4 ด้าน คือ<ol style="list-style-type: none">2.1 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง2.2 การดูแลกิจวัตรประจำวัน2.3 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง2.4 การดูแลด้านจิตใจ |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | | วิธีการ/อุปกรณ์/สื่อ | การประเมินผล |
|--|---|--|--|--|---|
| | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย/ผู้ดูแล | | |
| 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถระบุปัญหา ความต้องการ และวางแผนการจำหน่ายร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม | ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล และทำการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินในครั้งแรกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ | 1. กล่าวทักทาย แนะนำตนเองต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล พูดคุยเรื่องสุขภาพทั่วไป และสอบถามปัญหา ความต้องการการดูแลภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย | 1. ทักทายผู้วิจัย และสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการทางสุขภาพ ภายหลังการเจ็บป่วย 2. ตอบคำถาม/ร่วมอภิปราย | 1. พุดคุยอภิปราย และใช้เครื่องมือประเมินดังนี้ - แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย - แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล - แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระยะเวลา 10-15 นาที | ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ ปัญหาและความต้องการ ในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ถูกต้องเหมาะสม |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | | วิธีการ/อุปกรณ์/สื่อ | ประเมินผล |
|--|---|--|--|---|--|
| | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย/ผู้ดูแล | | |
| 2. เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง | <p>รายละเอียดการสอนสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ รายละเอียด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง 2. ปัจจัยเกิดโรค 3. อาการ 4. การรักษา 5. การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำได้ 6. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (เนื้อหาอยู่ในคู่มือและสื่อนำเสนอภาพนิ่ง) | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้ โดยการอธิบายตามเนื้อหาในแผนการสอน 2. ซักถามย้อนกลับเกี่ยวกับความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำได้ 3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย | <ol style="list-style-type: none"> 1. ตั้งใจฟัง 2. ถามคำถาม 3. ซักถามข้อสงสัย | <ol style="list-style-type: none"> 1. สื่อนำเสนอภาพนิ่ง 2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล 3. ใช้วิธีการบรรยายและถามตอบ | <ol style="list-style-type: none"> 1. การสังเกตความสนใจและการซักถามข้อสงสัย 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอธิบายถึงความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้อง |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | | วิธีการ/อุปกรณ์/สื่อ | การประเมินผล |
|---|--|--|--|---|---|
| | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย/ผู้ดูแล | | |
| 2.1 เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง | <p>รายละเอียดการสอนสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การป้องกันภาวะปอดอักเสบ 2. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 3. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ <p>(เนื้อหาอยู่ในคู่มือและสื่อนำเสนอภาพนิ่ง)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้ โดยการอธิบายตามเนื้อหาในแผนการสอน 2. ชักถามย้อนกลับเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง 3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 4. สอนและสาธิตการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง | <ol style="list-style-type: none"> 1. ตั้งใจฟัง 2. ถามคำถาม 3. ชักถามข้อสงสัย 4. ฝึกทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง | <ol style="list-style-type: none"> 1. สื่อนำเสนอภาพนิ่ง 2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล 3. ใช้วิธีการบรรยายและถามตอบ 4. ใช้วิธีการสอนและสาธิต | <ol style="list-style-type: none"> 1. การสังเกตความสนใจและการซักถามข้อสงสัย 2. ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถอธิบายการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง 3. ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถสาธิตย้อนกลับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | | วิธีการ/อุปกรณ์/สื่อ | การประเมินผล |
|--|---|--|--|---|---|
| | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย/ผู้ดูแล | | |
| 2.2 เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวัน | <p>รายละเอียดการสอนสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การทำความสะอาดร่างกาย 2. การรับประทานอาหาร 3. การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า 4. การเคลื่อนย้าย 5. การเดิน 6. การขึ้น-ลงบันได 7. การใช้ส้วนา หรือกระโถน 8. การขับถ่ายปัสสาวะ 9. การขับถ่ายอุจจาระ <p>(เนื้อหาอยู่ในคู่มือและสื่อนำเสนอภาพนิ่ง)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้ โดยการอธิบายตามเนื้อหาในแผนการสอน 2. ซักถามย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน 3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 4. สอนและสาธิตการดูแลกิจวัตรประจำวัน | <ol style="list-style-type: none"> 1. ตั้งใจฟัง 2. ถามคำถาม 3. ซักถามข้อสงสัย 4. ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | <ol style="list-style-type: none"> 1. สื่อนำเสนอภาพนิ่ง 2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล 3. ใช้วิธีการบรรยายและถามตอบ 4. ใช้วิธีการสอนและสาธิต | <ol style="list-style-type: none"> 1. การสังเกตความสนใจและการซักถามข้อสงสัย 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอธิบายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้อง 3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้อง |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | | วิธีการ/อุปกรณ์/สื่อ | ประเมินผล |
|---|---|--|--|---|--|
| | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย/ผู้ดูแล | | |
| 2.3 เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง | <p>รายละเอียดการสอนสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดทำในการนอน 2. การจัดทำในการนั่ง 3. การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย 4. การออกกำลังกายโดยผู้ดูแลทำให้ 5. การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง <p>(เนื้อหาอยู่ในคู่มือและสื่อนำเสนอภาพนิ่ง)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้ โดยการอธิบายตามเนื้อหาในแผนการสอน 2. ซักถามย้อนกลับเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 4. สอนและสาธิตการฟื้นฟูสภาพ | <ol style="list-style-type: none"> 1. ตั้งใจฟัง 2. ถามคำถาม 3. ซักถามข้อสงสัย 4. ฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพ | <ol style="list-style-type: none"> 1. สื่อนำเสนอภาพนิ่ง 2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล 3. ใช้วิธีการบรรยายและถามตอบ 4. ใช้วิธีการสอนและสาธิต | <ol style="list-style-type: none"> 1. การสังเกตความสนใจและการซักถามข้อสงสัย 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอธิบายการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง 3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสาธิตย้อนกลับการการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง |

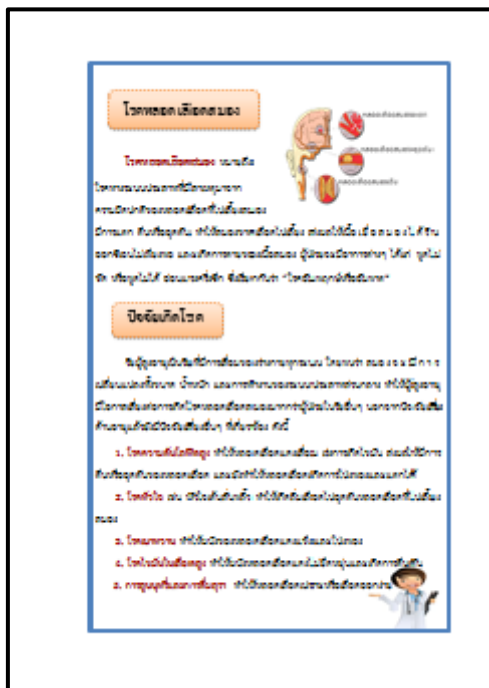
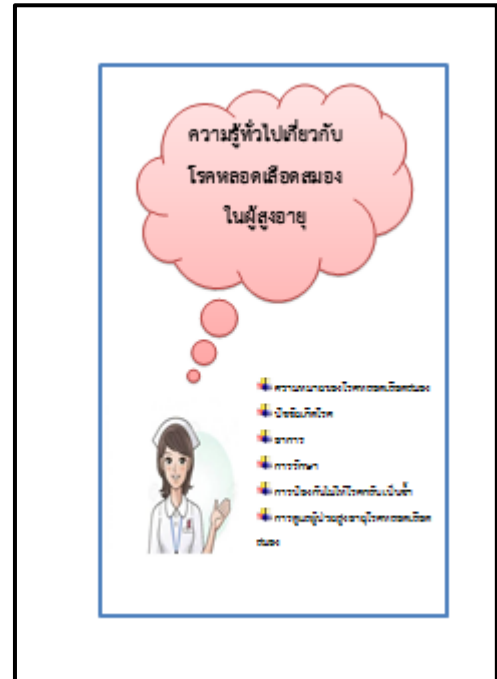
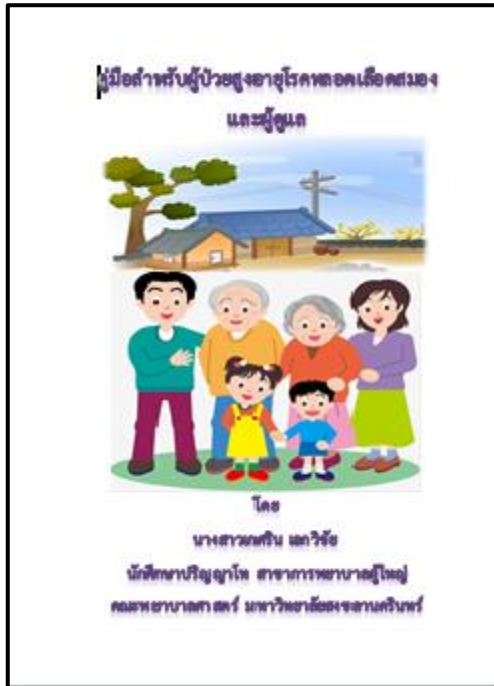
| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | | วิธีการ/อุปกรณ์/สื่อ | การประเมินผล |
|--|--|---|--|--|--|
| | | ผู้วิจัย | ผู้ป่วย/ผู้ดูแล | | |
| 2.4 เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง | รายละเอียดการสอนสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลด้านการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (เนื้อหาอยู่ในคู่มือและสื่อแนะนำภาพนิ่ง) | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้ โดยการอธิบายตามเนื้อหาในแผนการสอน 2. ซักถามย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง | <ol style="list-style-type: none"> 1. ตั้งใจฟัง 2. ถามคำถาม 3. ซักถามข้อสงสัย | <ol style="list-style-type: none"> 1. สื่อแนะนำภาพนิ่ง 2. คู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล 3. ใช้วิธีการบรรยายและถามตอบ | <ol style="list-style-type: none"> 1. การสังเกตความสนใจและการซักถามข้อสงสัย 2. ผู้ดูแลสามารถอธิบายการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง |

ส่วนที่ 5 สื่อที่ใช้ในแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด



ตัวอย่าง คู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล



ส่วนที่ 6 สมุดประจำตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง





ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

ผู้ดูแล/บุคคลที่สามารถติดต่อได้

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

งีบป่วยและอุปบัติทุกชนิด โทร 1669





สมุดประจำตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ประวัติเจ็บป่วย

โรคประจำตัว

1.
2.
3.

ประวัติครอบครัว

พ่อแม่ และญาติสายตรงมีประวัติเจ็บป่วย

1. ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี
2. เบาหวาน มี ไม่มี
3. โรคหัวใจ มี ไม่มี
4. โรคหลอดเลือดสมอง มี ไม่มี
5. โรคอื่นๆ

ประวัติแพ้ยา ไม่แพ้ยา แพ้ยา.....

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....

อาการสำคัญ.....

.....

.....

สภาพผู้ป่วยเข้ารับ.....

.....

GCS:.....

V/S:.....

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....คะแนน

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีผลปกติ.....

.....

การรักษาที่ได้รับ

ASA

clopidogrel

warfarin

อื่นๆ

.....

.....

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

แบบบันทึกการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

คำชี้แจง ใช้สำหรับพยาบาลบันทึกผลการติดตามปัญหาอาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยการโทรศัพท์

ชื่อผู้ป่วย.....เบอร์โทร.....

วันที่โทรศัพท์.....เวลา.....

สถานการณ์โทรศัพท์

ไม่รับสาย ไม่รับสายโทรศัพท์ ครั้งที่ 1 ไม่รับสายโทรศัพท์ ครั้งที่ 2

รับสาย ไม่ติดต่อกลับ

ได้สอบถามและสนทนากับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ใช่ ไม่ใช่

ผู้ป่วยมีอาการอย่างไรหลังจำหน่าย

.....
.....
.....

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย หรือความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มอะไรบ้าง (ด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ)

.....
.....
.....

ผู้ดูแลมีอาการหรือความรู้สึกอย่างไรหลังจากที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ด้านร่างกาย เช่น การนอนหลับ อาการปวดเมื่อย ด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกกลัว ท้อแท้)

.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่ให้

.....
.....
.....

นัดหมายครั้งต่อไป.....ลงชื่อ.....พยาบาลวิชา ชีพ

ส่วนที่ 8 แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

คำชี้แจง ใช้สำหรับพยาบาลบันทึกผลการติดตามปัญหาอาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยการเยี่ยมที่บ้าน

ชื่อผู้ป่วย..... วันที่เยี่ยมบ้าน.....

สภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล

.....
.....
.....
.....
.....

ปัญหาที่พบในการติดตามเยี่ยมบ้าน (ด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ)

.....
.....
.....
.....

ผู้ดูแลมีอาการหรือความรู้สึกอย่างไรหลังจากที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ด้านร่างกาย เช่น การนอนหลับ อาการปวดเมื่อย ด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกกลัว ท้อแท้)

.....
.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่ให้

.....
.....
.....
.....

นัดหมายครั้งต่อไป..... ลงชื่อ..... พยาบาลวิชา ชีพ

ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2018 NSt – Qn 029

ชื่อโครงการ: ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้

รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2018 – NSt 026

ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางสาวเกศริน เอกวิชัย

หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย
3. ใบเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง: 4 กรกฎาคม 2561

วันที่หมดอายุ: 4 กรกฎาคม 2563

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.อริญญา เชาวลิติ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก จ

แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม)
2. แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล (กลุ่มควบคุม)
3. แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย (กลุ่มทดลอง)
4. แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล (กลุ่มทดลอง)

แบบฟอร์มพื้ทักซ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ป่วย กลุ่มควบคุม)

งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมา รักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้

ดิฉัน นางสาวเกศริน เอกวิชัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมา รักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมา รักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับเลือกในการเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมในระยะนี้ ประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) การวางแผนการดูแลและประสานงานบุคลากรทีมสุขภาพ (3) การปฏิบัติตามแผนการดูแล และ (4) การประเมินผลลัพธ์ ระยะที่ 2 ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ กิจกรรมในระยะนี้ ประกอบด้วย (1) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และ (2) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ท่านจะได้รับการกำหนดให้อยู่หนึ่งในสองกลุ่มการศึกษา คือ กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล โดยท่านจะพบผู้วิจัยรวม 3 ครั้ง คือ วันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และอีกหนึ่งกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกวัน โดยในวันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลอง จะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพ หลังจากนั้นท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการดูแลที่ครอบคลุม 2 ระยะ คือ (1) การดูแลระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย การดูแลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การป้องกันภาวะการทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ การป้องกันการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก และการส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วย (2) การดูแลระยะหลังเฉียบพลัน แผนการดูแลประกอบด้วย การดูแลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ และในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ท่านจะได้รับสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่บ้านที่กประวัติการรักษา และคู่มือการดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และภายหลังที่ท่านจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมท่านที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง คือ เยี่ยมภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย เยี่ยมในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่าย และเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่าย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมท่านทุกสัปดาห์ และมีการอำนวยความสะดวกให้ท่านสามารถโทรศัพท์สอบถามหรือขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ และในการเยี่ยมสัปดาห์ที่ 4 นั้น ผู้วิจัยจะประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการกลับมารักษาซ้ำ

การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการ หรือการดูแลรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และจะไม่เกิดอันตรายต่อตัวท่าน ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย คือ ท่านจะได้รับการบริการและการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ตามบทบาทหน้าที่และตามมาตรฐานวิชาชีพ การนำเสนอข้อมูลหรือการอภิปรายข้อมูลในงานวิจัยจะเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด การวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือบอกยุติให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ทันที ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ทั้งนี้การตัดสินใจยกเลิกหรือเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อบริการพยาบาลที่ท่านควรจะได้รับตามปกติ

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และ/หรือกระบวนการต่างๆ หรือความปลอดภัยของการศึกษาวิจัยให้ท่านติดต่อ นางสาวเกศริน เอกวิชัย ที่ บ้านเลขที่ 177/1 หมู่ที่ 5 ตำบลหนองตรุณ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เบอร์โทรศัพท์ 087-2865635 อีเมลล์ ketsarin_nurse@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล อีกทั้งความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยแล้ว ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมของข้าพเจ้าที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้ายินยอมอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารฉบับนี้

ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(.....)

พยาน

.....

(นางสาวเกศริน เอกวิชัย)

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบฟอร์มพื้ทักษัตรีชของลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ดูแล กลุ่มควบคุม)

งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้

ดิฉัน นางสาวเกศริน เอกวิชัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับเลือกในการเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมในระยะนี้ ประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) การวางแผนการดูแลและประสานงานบุคลากรทีมสุขภาพ (3) การปฏิบัติตามแผนการดูแล และ (4) การประเมินผลลัพธ์ ระยะที่ 2 ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ กิจกรรมในระยะนี้ ประกอบด้วย (1) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และ (2) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ท่านจะได้รับการกำหนดให้อยู่หนึ่งในสองกลุ่มการศึกษา คือ กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลจะได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล โดยท่านจะพบผู้วิจัยรวม 3 ครั้ง คือ วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และอีกหนึ่งกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะพบผู้ดูแลกลุ่มทดลองทุกวัน โดยในวันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา ผู้ดูแลที่อยู่ในกลุ่มทดลอง จะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติส่วนบุคคล ความต้องการในการดูแลผู้ป่วย และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นในวันที่ 2 จนกระทั่งถึงวันจำหน่าย ผู้ดูแลจะได้รับการสอน สาธิต การทำกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ท่านจะได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมท่านที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง คือ เยี่ยมภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย เยี่ยมในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่าย และเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่าย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมท่านทุกสัปดาห์ และมีการอำนวยความสะดวกให้ท่านสามารถโทรศัพท์สอบถามหรือขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ และในการเยี่ยมสัปดาห์ที่ 4 นั้น ผู้วิจัยจะประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการ หรือการดูแลรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และจะไม่เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและท่าน ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย คือ ท่านจะได้รับการบริการและการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ตามบทบาทหน้าที่และตามมาตรฐานวิชาชีพ การนำเสนอข้อมูลหรือการอภิปรายข้อมูลในงานวิจัยจะเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด การวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือบอกยุติให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ทันที ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ทั้งนี้การตัดสินใจยกเลิกหรือเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อบริการพยาบาลที่ท่านควรจะได้รับตามปกติ

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และ/หรือกระบวนการต่างๆ หรือความปลอดภัยของการศึกษาวิจัยให้ท่านติดต่อ นางสาวเกศริน เอกวิชัย ที่ บ้านเลขที่ 177/1 หมู่ที่ 5 ตำบลหนองตาด อำเภอมือง จังหวัดตรัง เบอร์โทรศัพท์ 087-2865635 อีเมลล์ ketsarin_nurse@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล อีกทั้งความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยแล้ว ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมของข้าพเจ้าที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้ายินยอมอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารฉบับนี้

ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(.....)

พยาน

.....

(นางสาวเกศริน เอกวิชัย)

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ป่วย กลุ่มทดลอง)

งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมา รักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้

ดิฉัน นางสาวเกศริน เอกวิชัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมา รักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมา รักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับเลือกในการเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมในระยะนี้ ประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) การวางแผนการดูแลและประสานงานบุคลากรทีมสุขภาพ (3) การปฏิบัติตามแผนการดูแล และ (4) การประเมินผลลัพธ์ ระยะที่ 2 ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ กิจกรรมในระยะนี้ ประกอบด้วย (1) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และ (2) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ท่านจะได้รับการกำหนดให้อยู่หนึ่งในสองกลุ่มการศึกษา คือ กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล โดยท่านจะพบผู้วิจัยรวม 3 ครั้ง คือ วันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และอีกหนึ่งกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกวัน โดยในวันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลอง จะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพ หลังจากนั้นท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการดูแลที่ครอบคลุม 2 ระยะ คือ (1) การดูแลระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย การดูแลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การป้องกันภาวะการทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ การป้องกันการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก และการส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วย (2) การดูแลระยะหลังเฉียบพลัน แผนการดูแลประกอบด้วย การดูแลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ และในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ท่านจะได้รับสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่บ้านที่กประวัติการรักษา และคู่มือการดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และภายหลังที่ท่านจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมท่านที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง คือ เยี่ยมภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย เยี่ยมในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่าย และเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่าย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมท่านทุกสัปดาห์ และมีการอำนวยความสะดวกให้ท่านสามารถโทรศัพท์สอบถามหรือขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ และในการเยี่ยมสัปดาห์ที่ 4 นั้น ผู้วิจัยจะประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการกลับมารักษาซ้ำ

การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการ หรือการดูแลรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และจะไม่เกิดอันตรายต่อตัวท่าน ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย คือ ท่านจะได้รับการบริการและการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ตามบทบาทหน้าที่และตามมาตรฐานวิชาชีพ การนำเสนอข้อมูลหรือการอภิปรายข้อมูลในงานวิจัยจะเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด การวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือบอกยุติให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ทันที ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ทั้งนี้การตัดสินใจยกเลิกหรือเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อบริการพยาบาลที่ท่านควรจะได้รับตามปกติ

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และ/หรือกระบวนการต่างๆ หรือความปลอดภัยของการศึกษาวิจัยให้ท่านติดต่อ นางสาวเกศริน เอกวิชัย ที่ บ้านเลขที่ 177/1 หมู่ที่ 5 ตำบลหนองตรุณ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เบอร์โทรศัพท์ 087-2865635 อีเมลล์ ketsarin_nurse@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล อีกทั้งความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยแล้ว ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมของข้าพเจ้าที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้ายินยอมอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารฉบับนี้

ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(.....)

พยาน

.....

(นางสาวเกศริน เอกวิชัย)

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ดูแล กลุ่มทดลอง)

งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้

ดิฉัน นางสาวเกศริน เอกวิชัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับเลือกในการเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมในระยะนี้ ประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) การวางแผนการดูแลและประสานงานบุคลากรทีมสุขภาพ (3) การปฏิบัติตามแผนการดูแล และ (4) การประเมินผลลัพธ์ ระยะที่ 2 ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ กิจกรรมในระยะนี้ ประกอบด้วย (1) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และ (2) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ท่านจะได้รับการกำหนดให้อยู่หนึ่งในสองกลุ่มการศึกษา คือ กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลจะได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล โดยท่านจะพบผู้วิจัยรวม 3 ครั้ง คือ วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และอีกหนึ่งกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะพบผู้ดูแลกลุ่มทดลองทุกวัน โดยในวันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา ผู้ดูแลที่อยู่ในกลุ่มทดลอง จะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติส่วนบุคคล ความต้องการในการดูแลผู้ป่วย และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นในวันที่ 2 จนกระทั่งถึงวันจำหน่าย ผู้ดูแลจะได้รับการสอน สาธิต การทำกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ท่านจะได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมท่านที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง คือ เยี่ยมภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย เยี่ยมในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่าย และเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่าย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมท่านทุกสัปดาห์ และมีการอำนวยความสะดวกให้ท่านสามารถโทรศัพท์สอบถาม หรือขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ และในการเยี่ยมสัปดาห์ที่ 4 นั้น ผู้วิจัยจะประเมินความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแล

การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการ หรือการดูแลรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และจะไม่เกิด อันตรายต่อตัวผู้ป่วยและท่าน ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย คือ ท่านจะได้รับการบริการและการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ตามบทบาทหน้าที่และตามมาตรฐานวิชาชีพ การนำเสนอข้อมูลหรือการอภิปรายข้อมูลในงานวิจัยจะ เสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด การวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะ ปฏิเสธหรือบอกยุติให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ทันที ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการ วิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ทั้งนี้การตัดสินใจยกเลิกหรือเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มี ผลกระทบใดๆ ต่อบริการพยาบาลที่ท่านควรจะได้รับตามปกติ

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และ/หรือกระบวนการต่างๆ หรือความ ปลอดภัยของการศึกษาวิจัยให้ท่านติดต่อ นางสาวเกศริน เอกวิชัย ที่ บ้านเลขที่ 177/1 หมู่ที่ 5 ตำบล หนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เบอร์โทรศัพท์ 087-2865635 อีเมลล์ ketsarin_nurse@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรม การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ของผู้ดูแล อีกทั้งความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยแล้ว ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมของ ข้าพเจ้าที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้ายินยอมอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าในการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารฉบับนี้

ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(.....)

พยาน

.....

(นางสาวเกศริน เอกวิชัย)

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ฉ**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. แพทย์หญิงกัญญาดา เอี่ยมสุนทร
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพัทลุง

3. พว. กาญจนา บัวเนียม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพัทลุง

ประวัติผู้เขียน

| | | |
|----------------------|-----------------------|---------------------|
| ชื่อ - สกุล | นางสาวเกศริน เอกวิชัย | |
| รหัสประจำตัวนักศึกษา | 5910420015 | |
| วุฒิการศึกษา | | |
| วุฒิ | ชื่อสถาบัน | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
| พยาบาลศาสตรบัณฑิต | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ | 2552 |

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลพัทลุง

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

เกศริน เอกวิชัย, บุศรา หมื่นศรี, และกิตติกร นิลมานัต.(2564). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.