

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย เรื่องผลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา และนำเสนอ เนื้อหาโดยครอบคลุมหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.1 คำจำกัดความ
  - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรค
  - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
  - 1.4 ปัญหาที่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการจำหน่าย
  - 1.5 การพยากรณ์โรค
2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแล
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย
  - 3.1 คำจำกัดความ
  - 3.2 หลักการของการวางแผนจำหน่าย
  - 3.3 วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่าย
  - 3.4 รูปแบบของการวางแผนจำหน่าย
  - 3.5 องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย
  - 3.6 ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่าย
  - 3.7 บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

##### 1.1 คำจำกัดความ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ สโตรก (Cerebrovascular Disease or Stroke) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ

(เจียมจิต, 2535 ; สมจิต, 2534 ; Hickey, 1986) สาเหตุเนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตก (hemorrhage) อุดตัน (embolism) หรือตีบตัน (thrombosis) ในที่สุดก็สมองขาดเลือด (Arsenault & Pugas, 1998) เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนนั้น ๆ (Mower, 1997)

## 1.2 สาเหตุของการเกิดโรค

โดยทั่วไปสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือด มักเกิดจากหลอดเลือดแคบลงหรือถูกปิดกั้นอย่างสมบูรณ์ ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ แล้วทำให้การทำหน้าที่ของสมองส่วนนั้นลดลง (Luckmann & Sorensen, 1987) ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อมีก้อนแอมโบลาย (embolism) หลุดลอยมาอุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่วนอีกกรณีหนึ่งเกิดจาก ทромโบสิส (thrombosis) สาเหตุทั้งสองดังกล่าว ทำให้สมองขาดเลือด จึงเรียกโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ischemic stroke) ซึ่งพบมากกว่า 80 ตรงกันข้ามกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดเส้นเลือดแตก (hemorrhagic stroke) เส้นเลือดเกิดการแตกในทันทีทันใด แล้วเลือดจะแทรกซึมเข้าสู่เนื้อสมอง (Mower, 1997) เกิดภาวะสมองบวมในที่สุด สมองส่วนนั้นได้รับอันตราย จึงสูญเสียการทำหน้าที่ของสมอง อาการต่าง ๆ ที่พบจึงขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ถ้าตำแหน่งของโรคอยู่ชีกขวา ซึ่งเป็นสมองซีกเด่น จะทำให้พูดไม่ได้ กลืนลำบาก สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกซีกซ้าย อัมพาตของซีกซ้าย การรับรู้ลดลงโดยเฉพาะสิ่งใหม่ ๆ ถ้าตำแหน่งของโรคอยู่ชีกซ้าย จะทำให้พูดได้ไม่ชัด สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก อัมพาตของซีกขวา อารมณ์เปลี่ยนแปลง (Gularick, 1998) สำหรับอาการทั่วไปอื่น ๆ ที่พบได้ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ ความดันโลหิตสูง อาจมีไข้ มีความผิดปกติของหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (สมจิต, 2534)

## 1.3 ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งได้แก่ภาวะความดันเลือดสูง โรคหัวใจและเบาหวาน และนอกจากนี้ก็มีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วยพอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้ (กัมมันต์, 2530 ; เจียมจิต, 2535)

### 1.3.1 อายุ และเพศ

โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ มีการศึกษาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นสองเท่าของคนอายุน้อย และมีรายงานที่แสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 10,000 คน ตามช่วงอายุกล่าวคือ จะมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 22 คน 32 คน และ 88 คน ในประชากร 10,000 คน ในกลุ่มอายุ 45-54 ปี 55-64 ปี และ 65-74 ปี ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากมาจากความเสื่อมของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น

สำหรับเพศนั้นพบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตันได้มากกว่าเพศหญิงประมาณร้อยละ 30 และอุบัติการณ์เกิดดังกล่าวจะต่างกันมากในกลุ่มอายุต่ำกว่า 65 ปี ส่วนอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดหลอดเลือดแตก โดยเฉพาะเลือดออกในช่องใต้เยื่อ อะแรคนอยด์ พบมากในเพศหญิง มีความแตกต่างกันมากในกลุ่มสูงอายุโดยเชื่อว่ามีอิทธิพลมาจากฮอร์โมน ในเพศหญิง

### 1.3.2 ความดันเลือดสูง

ความดันเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70 จะมีความดันเลือดสูงด้วย อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในหญิงและชายเท่า ๆ กัน และความดันเลือดสูง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (Deninis & Warlow, 1987) ดังนั้น ผู้ที่มีความดันเลือดสูง จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง

### 1.3.3 โรคหัวใจ

โรคหัวใจ นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกนัยหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก (atrial fibrillation) มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่ถ้ามีภาวะหัวใจเต้นระริก ร่วมกับโรคหัวใจรูมาติก (rheumatic heart disease) โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ ดังนั้นจึงพบผู้โรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะหลอดเลือดสมองอุดตันมีภาวะหัวใจเต้นระริก ร่วมด้วยเสมอ หรือประมาณร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดเนื่องจากภาวะหัวใจเต้นระริก จะทำให้หัวใจห้องบนซ้ายขยาย เกิดการคั่งของเลือด และมีการรวมตัวกันของเลือด เกร็ดเลือด และเม็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดที่หลุดลอยออกไปอุดตันหลอดเลือดสมอง

### 1.3.4 เบาหวาน

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ ประมาณ 2-3 เท่า อัตราเสี่ยงไม่แตกต่างในเพศ และอายุ และยังไม่มียางานว่าการควบคุมเบาหวานจะทำให้อัตรา

การเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแข็งตัวและความดันเลือดสูง ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

### 1.3.5 โคเลสเตอรอล และไลโปโปรตีน (Cholesterol and Lipoprotein)

แม้ว่าความผิดปกติของไขมันหลอดเลือด เช่น โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ Low Density Lipoprotein (LDL) ในเลือดสูง และ High Density Lipoprotein (HDL) ในเลือดต่ำ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ก็พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค

## 1.4 ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.4.1 ปัญหาด้านร่างกายส่วนใหญ่จะเป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบบ่อยมีดังนี้

1.4.1.1 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของเมดัลลัสสมองส่วนกลาง เปลือกสมอง หรือสมองน้อย ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป (Lewis & Collier, 1987) โดยในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย อาการที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง หลังจากนั้นเมื่อผ่านระยะอ่อนปวกเปียกแล้วจะเกิดอาการเกร็ง โดยจะเกิดการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ข้อเข่าจะงอ และนิ้วเท้าจะงอเข้า (Luckman & Sorenen, 1993) ถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นาน จะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดของข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ ซึ่งจะทำให้ข้อต่าง ๆ เหยียดลำบาก การเคลื่อนไหวของแขนขาด้านที่มีอาการจึงลำบาก

1.4.1.2 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกเด่น โดยความผิดปกติที่พบบ่อยมีสองลักษณะ (Luckman & Sorensen, 1993) คือ

1.4.1.2.1 ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสารภาษา (receptive or sensory aphasia) เกิดจากมีการทำลายบริเวณเวอร์นิค (wernicke's area) ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (global aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้ง ๆ ที่มองเห็น (visual aphasia) เนื่องจากไม่สามารถเข้าใจภาษาเขียน (alexia)

1.4.1.2.2 ไม่สามารถสื่อภาษาได้ (motor or expressive aphasia) เกิดจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) ผู้ป่วยจะเข้าใจภาษาพูด เขียน สัญลักษณ์ต่าง ๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไรแต่พูดไม่ได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา ในทำนองเดียวกันก็มีปัญหาเขียนไม่เป็น ประโยค (Lewis & Collie, 1987)

นอกจากนี้ความผิดปกติในการสื่อภาษาอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูดหรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า จะทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ชัด ซึ่งปัญหาการสื่อภาษาเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ความคิดของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานใจ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า และแยกตัวในที่สุด

1.4.1.3 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้น ความผิดปกติเส้นประสาทเหล่านี้จะทำให้ริมฝีปากของผู้ป่วยปิดไม่สนิท การเคี้ยวอาหารจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก (Dilorio & Price, 1990) ยิ่งถ้าเพดานอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนปิดกับผนังคอหอย จะทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืน ซึ่งพบถึงร้อยละ 59 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอดตามมา (Lewis & Collier, 1987) นอกจากนี้ความพิการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยทำให้เบื่ออาหารด้วย ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล หรือเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา อันจะส่งผลให้ผิวหนังของผู้ป่วยถูกทำลายได้ง่ายขึ้น เป็นต้นว่าอาจเกิดแผลกดทับหรือบวมตามมาได้

1.4.1.4 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองกลีบพาริเอทัล (parietal) โดยเฉพาะในสมองซีกไม่เด่น ความผิดปกติที่พบบ่อยได้แก่

1.4.1.4.1 การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อน ความเย็น ความผิดปกติอาจเกิดขึ้นอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกันก็ได้ ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้ หรือบอกไม่ถูก บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ ผู้ป่วยจะละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่มีอาการ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย เพราะกว่าร่างกายจะรู้และมีปฏิกิริยาได้ตอบสิ่งที่อันตรายนั้น ร่างกายอาจได้รับอันตรายเสียแล้ว

1.4.1.4.2 มีความบกพร่องในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง และขาดความสนใจเอาใจใส่ต่อความพิการหรือความเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้น ที่เรียกว่า anosognosia คือไม่รับรู้สภาพผิดปกติของร่างกายและปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง และละเลยร่างกายที่มีความพิการ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปรับท่าการกระยะทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ (Lewis & Collier, 1987)

1.4.1.4.3 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

1.4.1.4.4 การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ที่พบบ่อยคือ ตาบอดครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา (homonymous hemiansia) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาตเกิดการละลายไม่สนใจสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาต และบางครั้งอาจไม่รับรู้ต่อสิ่งที่มองเห็น ผู้ป่วยจะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (Luckman & Sorensen, 1993) และยังเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางคนอาจมีความผิดปกติในลักษณะมองเห็นภาพซ้อน เนื่องจากมีความบกพร่องของเส้นประสาทคู่ที่ 3, 4 และ 6 ทำให้เกิดการขาดการประสานงานของกล้ามเนื้อตาทั้งสองข้าง ไม่สามารถกรอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ จึงเกิดภาพซ้อนซึ่งจะมีผลต่อความสมดุลการนั่งและการยืน

1.4.1.5 มีความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยคือการสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไปซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบเทมโปรัล (temporal lobe) หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองข้าง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญญา ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริง (Hickey, 1986) ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ซ้ำซาก ไม่สามารถใช้สิ่งต่าง ๆ ได้ตามปกติที่เคยใช้มาก่อน ตลอดจนไม่สามารถแก้ไขปัญญาในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถหลบหลีกอันตรายต่าง ๆ ได้

1.4.1.6 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองด้านหน้าหรือส่วนของคอร์เทกซ์ (cortex) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ (เจียมจิต, 2535) แต่บางรายอาจมีปัสสาวะค้างคั่งค้างไม่สามารถถ่ายออกได้หมด หรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง ส่วนความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ หรือจากความพิการที่เกิดขึ้นทำให้เคลื่อนไหวร่าง

กายไม่ค่อยได้ หรือกล้ำเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลง และไม่สามารถบอกให้ทราบว่าการถ่ายอุจจาระได้ (Lewis & Collier, 1987)

1.4.1.7 มีความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชาย และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้อาจมีสาเหตุมาจากยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ เป็นต้นว่ายาลดความดันโลหิต ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะในผู้ชาย (Sjogrene, et al., 1983 cited in Burgener & Logan, 1989) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เบร์รี่ ดีแฟรงค์ และ วอลฟ์ (Bray, Defrank & Wolfe, 1981) เรื่องพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 คน เป็นผู้ป่วยเพศชาย 24 คน เพศหญิง 11 คน โดยมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 6 สัปดาห์ พบว่าความต้องการทางเพศและจำนวนครั้งของการร่วมเพศลดลง

1.4.2 ปัญหาด้านจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักพบปัญหาทางด้านจิตใจได้บ่อย โดยมาจากสาเหตุหลายประการดังนี้

1.4.2.1 ความคับข้องใจ ในด้านแรงผลักดันและความต้องการ เป็นผลมาจากการขาดการตอบสนองความพอใจทางด้านร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้ไม่บรรลุถึงเป้าหมายหรือไม่ได้รับตามสิ่งที่คาดหวังไว้ ไม่สามารถกระทำหรือแสดงออกได้ตามต้องการทำให้เกิดความคับข้องใจ และแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรม ในลักษณะตึงเครียด กระสับกระส่ายวุ่นวาย ก้าวร้าว (โดยตรง/โดยอ้อม) ไม่เป็นมิตร หรือบางคนอาจแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม เช่น เก็บตัว แยกตัวเอง ไม่ทำอะไร ไม่สนใจใคร ไม่แสดงอารมณ์ตอบสนอง เฉยเมย การแสดงออกทางอารมณ์ที่พบบ่อยเป็นอารมณ์โกรธขุ่นเคืองวิตกกังวล และซึมเศร้า (จินตนา, 2540)

1.4.2.2 ความขัดแย้งผู้ป่วยอาจมีแรงกระตุ้นในสิ่งที่ต้องห้ามที่เกิดทั้งในระดับจิตสำนึก / จิตใต้สำนึกที่ต้องการการตอบสนอง เช่น ความรู้สึกทางเพศ รู้สึกเกลียดชัง แต่ถูกกดหรือควบคุมไว้ด้วยมโนธรรม ศีลธรรมจรรยา และข้อห้ามทางสังคม เพราะถ้าแสดงออกมาตามความต้องการโดยไม่ควบคุมจะทำให้เกิดความรู้สึกผิด ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หรือถูกลงโทษจากสังคม ทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ ผลที่ตามมาอาจเกิดภาวะวิตกกังวล รู้สึกผิด และมีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ถ้ามีความขัดแย้งอย่างรุนแรง พฤติกรรมที่แสดงออกจะไม่เหมาะสม หรือมีปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตเวช เกิดขึ้น (อรพรรณ, 2534 ; Hickey, 1986)

1.4.2.3 การสูญเสียคุณค่าในตนเอง ผลของความเจ็บป่วยทางกายทำให้มีการลดหรือเสียความมีคุณค่าในตนเอง มีการตำหนิตนเอง รู้สึกตนเองล้มเหลว เกิดความรู้สึกผิด เกิดความรู้

สึกหมดหวัง ซึ่งเป็นประสบการณ์จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าต่อไป (อรพรรณ, 2534) ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้พบสูงถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคนี้ (Espmark, 1973 cited in Robinson, et al., 1985)

1.4.2.4 การเปลี่ยนแปลงในภาพลักษณ์ ความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองมักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างตนเอง ไม่น่าดู เช่น ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก นั่งทรงตัวไม่ได้ ตาข้างใดข้างหนึ่งปิดไม่สนิท หรือมีอุปกรณ์เครื่องมือติดกับตัว เช่น สายสวนปัสสาวะ และถุงเก็บปัสสาวะ (วิมลรัตน์, 2538 )

1.4.2.5 การมีความล้มเหลวในกลไกการปรับตัว การล้มเหลวของการใช้กลไกการปรับตัวทางจิตที่เหมาะสมเกิดจากการมีกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล หรือความรู้สึกผิดที่รุนแรง และเป็นอยู่จนร่วมกับการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ผลของการล้มเหลวทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ เช่น ความวิตกกังวลมาก ซึมเศร้า และอาการทางจิตเวช (อรพรรณ, 2534)

1.4.2.6 การผิดปกติของการนอนหลับ ภาวะการนอนไม่หลับจะพบบ่อยในผู้ป่วยโรคทางกาย การนอนไม่หลับจะทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น (Grove,1970 อ้างถึงในอรพรรณ , 2534 )

ดังจะเห็นได้ว่าปัญหาทางด้านจิตใจมีสาเหตุมาจากความพิการของร่างกาย และในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความกลัวร่วมด้วย ในลักษณะกลัวพิการ กลัวทรมาณ กลัวการเป็นโรคซ้ำและกลัวการทอดทิ้ง (เจียมจิต, 2535) ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นยังมีสาเหตุมาจากความซับซ้อนของใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจในสิ่งที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ถูกจำกัด (Hickey, 1986) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เป็นต้นว่าการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังสูญเสียความรู้สึกที่ปกติเนื่องจากจะรู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดีตลอดเวลา สูญเสียความพึงพอใจในตนเองอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกตนเองไม่มีค่า ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปรับตัวเข้ากับสังคม บางคนอาจแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมตามมา

1.4.3 ปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังเกิดขึ้นจากผลของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง หรือบางรายอาจไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เลย ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติในครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งส่วน



มากจะเป็นไปในรูปเหินห่างหรือเสื่อมลง ซึ่งจะทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ผู้ป่วยจะขาดสิ่งสนับสนุนคำจุนจิตใจในขณะเผชิญภาวะเครียด ดังนั้นเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะปรับตัวได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเหว่ ขาดที่พึ่ง สิ้นหวังและซึมเศร้าได้ง่าย นอกจากนี้ความเจ็บป่วย ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยทั้งในครอบครัวและสังคม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจหากไม่สามารถยอมรับบทบาทใหม่ได้ อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (ฟาริดา, 2539)

### 1.5 การพยากรณ์โรค

โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นโรคที่มีการพยากรณ์โรคเลว กล่าวคือมีอัตราการตายสูง หรือมีเช่นนั้นก็มีความพิการรุนแรงหลงเหลือตามมา การคาดเวลาที่จะมีชีวิตอยู่ในอนาคตจะมีระยะเวลาสั้น และคุณภาพของชีวิตไม่ดีด้วย ผู้ป่วยต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นตลอดไป ฉะนั้นปัญหาที่ผู้ป่วยตลอดจนญาติผู้ป่วยต้องการทราบ รองลงมาจากคำถาม “ผู้ป่วยเป็นโรคอะไร” คือ “ผู้ป่วยจะหายไหม หรือ จะมีอันตรายต่อชีวิตหรือมีความพิการตามมาหรือไม่ และจะมีมากน้อยเพียงใด” ซึ่งนิพนธ์ (2534) ได้สรุปการพยากรณ์ของโรคไว้ดังนี้

1.5.1 พยากรณ์ตามลักษณะอาการและอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ดูที่ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยอยู่ระดับโคม่า อัตราตายในช่วง 3 สัปดาห์แรก จะสูงถึง 15 เท่าของผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนเลือดและตำแหน่งที่เกิดในเนื้อสมองด้วย สำหรับชนิดของโรคหลอดเลือดสมองปรากฏว่าโรคหลอดเลือดสมองแตกจะมีอัตราการตายสูงกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบถึง 4 เท่า และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง อายุของผู้ป่วย ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นระริก การหายใจผิดปกติ และภาวะไข้สูง

1.5.2 พยากรณ์การเกิดอาการกลับซ้ำของโรค โอกาสมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ภาวะโรคต่าง ๆ และการป้องกันการฟื้นฟูสภาพ ปัจจัยพื้นฐานทางครอบครัวและสังคม จะเห็นได้ว่า เพศชาย ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นระริก โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เกิดร่วมด้วย และผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 80 ปี โอกาสเกิดการกลับซ้ำได้มากกว่าปกติ 1.5 – 2.5 เท่า

1.5.3 การพยากรณ์ของโรคตามอาการของผู้ป่วย กัมมันต์ และคณะ (2537) ได้สรุปไว้ดังนี้

1.5.3.1 กลุ่มที่สามารถยับยั้งแขนขาได้เองใน 1 สัปดาห์ และขยับมือได้เองใน 2 สัปดาห์ จะมีอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ จนสามารถใช้มือและแขนได้ปกติ แต่ถ้าไม่ดีขึ้นเลยภายใน 2

สัปดาห์แรก อาการอ่อนแรงจะดีขึ้นต่อไปได้ไม่มากนัก และถ้ายังคงมีอาการมากอยู่ถึง 6 เดือน อาการมักจะไม่ดีขึ้น

1.5.3.2 กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์และความผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งเป็นผลจากโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ มักเป็นอยู่นาน ส่วนภาวะปฏิเสธ (denial) ภาวะเพิกเฉย (neglect) และความผิดปกติด้านความรู้สึกมักดีขึ้นภายใน 1 เดือน และบางครั้งอาจหายเป็นปกติ สำหรับการพูดสำเนียงผิดปกติ (dysarthria) การกลืนลำบาก (dysphagia) และอาการวิงเวียน (vertigo) ส่วนใหญ่จะหายภายใน 4-8 สัปดาห์

1.5.3.3 กลุ่มอาการพูดไม่ได้ (aphasia) การฟื้นตัวมักเป็นไปได้ยากแต่จะค่อยดีขึ้น

จากการศึกษาของ นาคายามา, จอร์ เจน เสน, ราสชูว์ และ ออลเสน (Nakayama, Jorgensen, Raaschou & Olhen, (1994) เรื่องการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการทำหน้าที่แขน ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 421 คน มีการประเมินทุกสัปดาห์ในระยะ 1 ปี โดยใช้ดัชนีบาร์เทล เกี่ยวกับการให้อาหารและความสามารถในการแต่งกาย พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่แขนได้ดีที่สุดในระยะเวลา 3 สัปดาห์ หลังจากเกิดโรค และ ซูห์ (Suh, 1990) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาต พบว่าระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่าย ผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านร่างกายในการพึ่งพาผู้อื่นเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันลดลง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแล

ยูพาฟิน (2539) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึงญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติ หรือ บุคคล ในที่นี้อาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตและผู้ป่วย ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษา โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแล โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการให้เวลาดูแล ประกอบด้วย (1) ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรง ((direct care) อย่างสม่ำเสมอ (2) ญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver)

เป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักหรือมีญาติผู้ดูแลรอง ทั้งสองลักษณะนี้ขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ดริงก์ (Dring, 1989) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลธรรมดาที่สามารถคาดการณ์ การตอบสนองภาวะพร่องของการดูแลของแต่ละบุคคล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นภรรยาหรือบุตรสาว โดยมีปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ในการปรับบทบาทของผู้ดูแล ดังนี้ 1) ระดับความสามารถและการพึ่งพาของผู้ป่วย 2) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 3) การแสดงออกหรือไม่แสดงออกของการขอความช่วยเหลือ 4) บทบาทและการตอบสนองอื่น ๆ ของผู้ดูแล การเตรียมผู้ดูแลถือเป็นกุญแจสำคัญของผลลัพธ์ที่จะสำเร็จได้

วูด (Wood, 1991) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ดังนี้ 1) สัมพันธภาพของครอบครัว 2) ระยะเวลาของการดูแล 3) เพศ 4) อายุ 5) ฐานะทางการเงิน 6) การพัฒนาการตามวัย 7) การศึกษา และได้ให้ข้อเสนอแนะ 5 ขั้นตอนหลักในการเตรียมผู้ดูแล ด้วยอักษร AFFIRM 1) Availability : ดูความเป็นไปได้ของแหล่งทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกบ้าน 2) Formulation : การกำหนดตารางเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละวัน 3) Factual Information : จัดหาข้อมูลที่เป็นจริงและสอน / ฝึกทักษะในการทำกิจกรรมการดูแล 4) Referrals : แหล่งทรัพยากรที่สามารถให้บริการนอกบ้านได้ 5) Monitoring : การติดตามการเยี่ยมภายหลังจำหน่าย

จากการที่ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือญาติพี่น้อง ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรองก็ได้ ทั้งนี้การให้การดูแลผู้ป่วย จะได้รับมากน้อยเพียงใด หรือใครเป็นผู้รับผิดชอบนั้น ยูพาฟิน (2539) และศิริมา (2544) ได้สรุปปัจจัยต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันต่อมา โดยที่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขร่วมกัน โดยเฉพาะเพศหญิง ที่ได้รับการหล่อหลอมทางสังคม ให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน เช่น ลูกต้องดูแลพ่อแม่ การเพิกเฉยหรือละเลย ย่อมทำให้สังคมตำหนิได้

2. สัมพันธภาพ สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี จะมีความเห็นอกเห็นใจสงสาร และห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก มักจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย มีโอกาสได้ตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการและได้รับความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง

3. ศักยภาพของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วยและการดูแล รวมทั้งประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีแนวโน้มที่จะรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ

4. การยอมรับของญาติผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีเจตนาที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย หรือมีแรงจูงใจในการดูแลย่อมได้รับการยอมรับจากสมาชิกคนอื่น ๆ

5. เวลาและความสะดวกของการดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส และงานประจำที่ทำอยู่

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีรายได้ จากงานประจำมักเป็นผู้รับบทบาท ส่วนผู้ดูแลที่เป็นเพศชายจะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงิน

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากหลังเกิดโรคมักมีความพิการต่าง ๆ หลงเหลืออยู่ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล แม้ว่าบุคลากรในทีมสุขภาพคอยให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ แต่ผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งหย่อนไปว่าบุคลากรดังกล่าวคือผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และเป็นกุญแจสำคัญที่คอยกระตุ้น ช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ป่วยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ (จินนะรัตน์, 2540 ; อรอุษา, 2539)

1. ด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนเช้าจนถึงเข้านอน ประกอบด้วยกิจกรรมการอาบน้ำ/สระผม/เช็ดตัว ทำความสะอาดปากฟัน ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และการสวมใส่เสื้อผ้า กิจกรรมการรับประทานอาหาร โดยปกติแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนจะส่งผลให้เกิดการสำลัก และโรคแทรกซ้อนคือโรคปอดบวมตามมาได้ ฉะนั้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยนั่ง หรือจัดทำให้ผู้ป่วยนั่ง หรือนอนท่าศีรษะสูง กระตุ้นให้มีการกลืนโดยการก้มหัวและค้าง ทำให้ผู้ป่วยกลืนได้สะดวกขึ้น อาหารที่จัดให้ควรเริ่มด้วยอาหารเหลวที่มีลักษณะข้น ดีกว่าการเริ่มต้นด้วยอาหารที่เป็นน้ำ เทคนิคการป้อนควรป้อนช้า ๆ ปริมาณอาหารควรเพียงพอ 2,000 – 3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน น้ำควรได้รับ 2,000 – 2,500 มิลลิลิตร กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอาหารได้เอง จำเป็นต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางอย่างเพียงพอเช่นเดียวกัน การจัดเตรียมอาหารและอุปกรณ์ต้องสะอาด ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรค ตรวจสอบและดูดเสมหะก่อนให้อาหาร มีการจัดท่านอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูง และมีการตรวจดูตำแหน่งสายยางก่อนให้อาหารทุกครั้ง สำหรับกิจกรรมการช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ควรได้รับการดูแลความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้อง หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ นอกจากนี้การฝึกให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายเป็น

เวลา ถ้าหากมีปัญหาที่องคฺรควรได้รับยาระบาย หรือถ้ามีการอุดแน่นอาจจะต้องล้างอุจจาระ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันดังกล่าวข้างต้นด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแล ในการดูแลนั้นมีหลักสำคัญ คือผู้ดูแลจะต้องพยายามกระตุ้นผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และคอยช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น (พรชัย,2540) ถึงแม้ว่ากิจวัตรประจำวันอาจเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลคุ้นเคย หรือเคยทำประจำแต่สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีข้อบกพร่องของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ มากขึ้น จึงมีความซับซ้อนมากกว่าปกติ เช่นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการกลืนอาหาร ต้องให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้และได้รับการฝึกทักษะเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ จากการศึกษาของ จอม (2540) ได้ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับดี โดยเฉพาะด้านกิจวัตรประจำวัน ส่วนกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำไม่ถูกต้องได้แก่การขจัดเสมหะ น้ำลายในปากและคอ การฝึกการขับถ่าย และการดูแลเมื่อมีปีศาจวะคั่ง ซึ่งได้มีข้อเสนอแนะให้มีการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น

2. ด้านการฟื้นฟูสภาพ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมีเป้าหมายสำคัญคือให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามอัตภาพและกลับไปมีชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางด้านร่างกายโดยการกระตุ้น การเคลื่อนไหวของร่างกาย ได้แก่การจัดท่านอน การออกกำลังเพื่อคงพิสัยข้อ (range of motion) การเคลื่อนไหวบนเตียง การฝึกการทรงตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การฝึกการใช้รถเข็นนั่ง รวมถึงการฝึกยืน/เดิน (เจียมจิต, 2535 ; สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง ฉะนั้นการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองนั้นเป็นสิ่งจำเป็น เพราะเป็นการทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง ความคิดวิตกกังวลของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะคิดว่าตนเองไร้คุณค่าต้องพึ่งพาผู้อื่นนั้นจะลดน้อยถอยลงไป ผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะต้องได้รับคำแนะนำและอธิบายถึงเรื่องที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้มีความความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ การที่ผู้ดูแลคอยปฏิบัติดูแลให้ตลอดเวลายิ่งนานวันที่จะเข้าโอกาสที่จะฝึกผู้ป่วยให้กระทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองจะยิ่งยากลำบากมากขึ้น จากการศึกษาของอารมณ (2540) เรื่อง ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ดูแลในช่วงหลังเตรียมความพร้อมดีกว่าก่อนเตรียมความพร้อม

3. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดมากมายดังกล่าวแล้ว ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ เกิดภาวะข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อเหยี่ยวลีบ หรือเกิดอุบัติเหตุได้ ดังนั้นจึงควรมีวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ กระทำได้โดยการดูแลความสะอาดผิวหนังไม่ให้เปียกชื้น การเปลี่ยนท่านอน หรือพลิกตะแคงตัวทุก 1 – 2 ชั่วโมง การใช้ฟองน้ำบาง ๆ หรือที่นอนลมปูรองที่นอน ไม่นอนทับข้างที่เป็นอัมพาต หลีกเลี่ยงการดึง กระชากลากถูตัวผู้ป่วย หรือผ้าปูที่นอนซึ่งก่อให้เกิดการเสียดสีเป็นรอยถลอกได้ นอกจากนี้การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และหมั่นตรวจดูสภาพผิวหนังอย่างต่อเนื่องช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ จากการศึกษาของ ยุวราณี (2537) ศึกษาผลของการเตรียมญาติ เพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลัก 5 ราย ได้รับการเตรียมเป็นรายบุคคลใน 1-2 สัปดาห์ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยทั้ง 5 ราย ไม่เกิดแผลกดทับ ญาติสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

การป้องกันการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ การติดเชื้อที่พบบ่อยคือ ปอดบวม หรือปอดอักเสบ ซึ่งเกิดจากการนอนนาน ทำให้การเคลื่อนไหวของเสมหะไอขับออกได้ไม่ดี อาการสำคัญอาหารหรือการเคลื่อนไหวของปอดลดลง ฉะนั้นผู้ดูแลควรสังเกตลักษณะอาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการไข้ การหอบเหนื่อย ลักษณะเสมหะที่ผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวรวมถึงการป้องกันการสำลัก สำหรับการติดเชื้อที่รองลงมา คือ ระบบทางเดินปัสสาวะ อาการที่สังเกตได้ชัดได้แก่ อาการไข้ ปัสสาวะขุ่นหรือมีตะกอน การดูแลที่สำคัญโดยการดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายปัสสาวะเป็นไปตามกิจวัตร หลีกเลี่ยงการสวนปัสสาวะคาไว้ กรณีที่จำเป็นควรได้รับการดูแลที่เป็นระบบปิดใช้เทคนิคปลอดเชื้อ

การป้องกันภาวะข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อเหยี่ยวลีบ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกายมีผลกระทบต่อกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เพราะอาจทำให้เกิดการติดแข็งของข้อ กล้ามเนื้อลีบและขนาดเล็กลง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จึงควรช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อ (range of motion) ด้วยการที่ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง (active exercise) และการช่วยเหลือจากผู้อื่น (passive exercise ) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวควรทำทันทีภายหลังจาก 24 – 48 ชั่วโมง โดยให้เริ่มทำแต่น้อยในระยะเริ่มต้น แล้วค่อย ๆ

เพิ่มหรือขยายขอบข่ายของกิจกรรมจนสามารถทำได้ท่าละ 20 – 30 ครั้ง วันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น ในแต่ละท่าทำซ้ำ ๆ และให้สูดองศาของการเคลื่อนไหว

การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้แก่ การตกเตียง การเกิดแผล จากบริเวณที่ผูกมัด การล้มศีรษะฟาด ฉะนั้นผู้ดูแลควรระมัดระวังโดยการยกราวกันเตียงขึ้น หลีกเลี่ยงการผูกมัดที่แน่นจนเกินไป นอกจากนี้ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยไ้ตามลำพัง

4. การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลจะต้องให้การยอมรับ เข้าใจความแปรปรวนของอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของสมอง และข้อจำกัด หรือความผิดปกติของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุข สูญเสียอิสระในการพึ่งพาตนเองรวมทั้งการสังเกตและให้การดูแลเอาใจใส่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทราบสาเหตุความแปรปรวนของอารมณ์ผู้ป่วยและสามารถช่วยแก้ไขตามสาเหตุได้ และบับบี้ (Bubb, 1984) มีความเห็นว่าการดูแลจิตใจเป็นสิ่งที่สำคัญ ความผิดปกติด้านจิตใจนี้จะเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับพยาบาลและบุคคลรอบข้าง จากการศึกษางานวิจัยของโรบินสัน (Robinson, 1998) ศึกษาเชิงทดลองทดสอบประสิทธิผลโครงการฝึกทักษะทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มเลือกตัวอย่าง คือญาติผู้ดูแลหลักซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เข้ากลุ่มทดลอง 11 ราย และกลุ่มควบคุม 9 ราย ผลการวิจัยพบว่า เมื่อสิ้นสุดโครงการ คะแนนความสามารถในการยืนยันเพื่อแสดงความจำนง การรับรู้ควมมีคุณค่าในตัวเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย

สภาพการณ์ด้านสังคม เศรษฐกิจ ได้ผลักดันให้มีการปรับปรุงบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพสูงสุด ภายใต้งบค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และมีแนวโน้มจะไม่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลหากไม่จำเป็น โดยมุ่งให้มีการสอน การดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน รวมทั้งการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดทันทีที่อาการเจ็บป่วยดีขึ้น

#### 3.1 คำจำกัดความ

กฤษดา, ธีรพร และ เรวดี (2539) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวซึ่งในทางปฏิบัตินั้นพยาบาลจะเป็นผู้ริเริ่มและประสานแผนจำหน่ายผู้ป่วยของทีมสุขภาพเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถสังเกตอาการ และประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทุกราย

Mc Keehan (1981) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายว่า การวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการ (Process) ของกิจกรรมซึ่งรวมถึงผู้ป่วย ทีมสหวิทยาการ ทำงาน / อำนวยความสะดวก โดยเปลี่ยนที่ผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปยังอีกสิ่งแวดล้อมหนึ่ง

สุภาณี (2537) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุข เป็นกิจกรรมที่จะเชื่อมโยงบริการสาธารณสุขระหว่างโรงพยาบาลและบ้านหรือชุมชน การวางแผนจำหน่ายต้องการความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นการเตรียมผู้รับบริการและครอบครัว สำหรับการดูแลในระยะต่อไป และช่วยให้ครอบครัวได้จัดเตรียมสถานการณ์เพื่อการดูแล ซึ่งอาจจะเป็นการดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกครอบครัวให้การดูแล หรือให้การดูแลโดยหน่วยงานใกล้บ้าน

Rorden & Taft (1990) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายว่า การวางแผนจำหน่าย เป็นกลุ่มกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่าง ๆ ซึ่งกระบวนการวางแผนจะเหมาะสมสำหรับแต่ละครั้งของการเปลี่ยนแปลง เช่น การย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยผู้ป่วยหนักไปหอผู้ป่วยสามัญ หรือจากหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยสามัญไปยังหอผู้ป่วยหนักหรือเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

Hartigan & Brown (1985) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายว่า การวางแผนจำหน่าย เป็นโปรแกรมการประสานงาน มีการร่วมกันเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล และเชื่อกันว่าการวางแผนนี้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง หรือมีการติดตามการดูแล

Lowenstin & Hoff (1994) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการรวมเอาการประเมินความต้องการ การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย และผู้ดูแล และทีมสหวิทยาการ โดยให้ข้อมูลและคิดหาแหล่งประโยชน์เพื่อให้ผู้ใช้บริการดูแลตนเองได้

สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่าย เป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ เป็นไปตามกระบวนการ มีการทำงานร่วมกันในทีมสหวิทยาการ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในแต่ละระยะ จากภาวะเจ็บป่วยคืนสู่ภาวะปกติ หรือดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพโดยใช้ทรัพยากร และความสามารถที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน 3 ประการ คือ เกิดคุณภาพในระบบบริการ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น การวางแผนจำหน่าย ควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล การรักษาพยาบาลจะต้องต่อเนื่องแม้ว่าจะจำหน่ายจาก



โรงพยาบาลแล้วก็ตาม ต้องมีการส่งต่อยังชุมชน หรือสถานบริการที่ผู้ป่วย/และหรือผู้ดูแลต้องการ  
ได้

### 3.2 หลักการของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายตั้งอยู่บนพื้นฐานของปรัชญาที่ว่า ผู้ป่วยมีความแตกต่างของแต่ละบุคคล ซึ่งภาวะสุขภาพก็ย่อมแตกต่างกันด้วย ฉะนั้นการวางแผนจำหน่ายที่ถูกต้อง การตอบสนองของโรงพยาบาลที่จัดวางแผนจำหน่าย จึงมีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย หลักการของการวางแผนจำหน่าย สรุปได้ดังนี้ (Harris, 1997 & Mc Keehan, 1981)

3.2.1 การเข้าถึงแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีการดำเนินไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องในกระบวนการทำงาน

3.2.2 มีการผสมผสานของการวางแผนจำหน่ายอันเป็นจุดร่วมทั้งหมดในการดูแลที่ต่อเนื่อง

3.2.3 ปรัชญาและวัตถุประสงค์สามารถช่วยสนับสนุนกรอบแนวคิดของการวางแผนจำหน่าย

3.2.4 การสนับสนุนและการรวมเข้าด้วยกันของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงแพทย์ ผู้รักษาด้วย

3.2.5 การศึกษาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ควรคำนึงถึงแหล่งทรัพยากรที่เป็นไปได้และข้อบ่งชี้ของการบริการ

3.3 วัตถุประสงค์ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีดังนี้ (กฤษดา, อีรพร และ เรวดี, 2539 ; Jupp & Sims, 1986)

3.3.1 เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความพร้อมในการดูแล ทั้งด้านร่างกาย

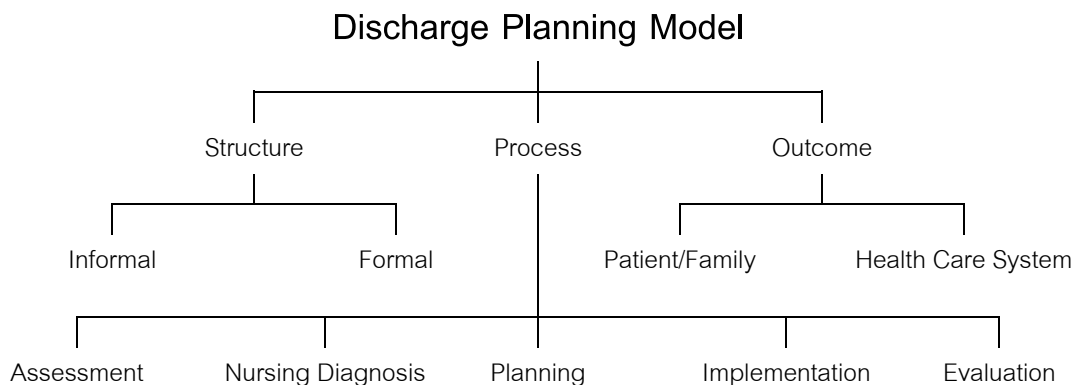
จิตใจ อารมณ์ และสังคม เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

3.3.2 เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน มีการส่งต่อ

3.3.3 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้สูงสุด และพึ่งพาตนเองได้

### 3.4 รูปแบบของการวางแผนจำหน่าย

เมคคีแฮนและเคาท์ตัน (Mekeehan & Caulton, 1985 Cited in Jackson, 1994) ได้เสนอรูปแบบของการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. โครงสร้าง (structure) 2. กระบวนการ (process) และ 3. ผลลัพธ์ (outcome)



### รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วย

(Mc Keehan & Caulton, 1985 cited in Jackson, 1994)

3.4.1 โครงสร้าง (structure) : โครงสร้างของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ใช้ทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ (1) รูปแบบทางการ (formal structure) หมายถึง การวางแผนจำหน่ายและการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย ทุกขั้นตอนกระทำขึ้นอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ของบุคลากรที่เข้ามามีส่วนร่วม ในการวางแผนการจำหน่าย

ผู้ป่วย ขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติ ของทีมสุขภาพแต่ละสาขา กำหนดแบบฟอร์มประเมินผลหรือระยะเวลาติดตามประเมินผล และ (2) รูปแบบไม่เป็นทางการ (informal structure) หมายถึง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่การกระทำ ในขั้นตอนต่าง ๆ ดำเนินไปโดยปราศจากหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษร

อย่างไรก็ตาม โครงสร้างรูปแบบทางการ ถึงแม้จะมีประโยชน์และผู้บริหารทางการแพทย์ในหลาย ๆ โรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ปรารถนาให้เกิดขึ้น แต่ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่ ยังคงนิยมโครงสร้างรูปแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งจากผลการสำรวจ เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย จำนวน 101 คน ของ ดูแกน และโมเซล (Dugan & Mosel) ในปี ค.ศ.1992พบว่า ร้อยละ 46.2 ปราศจากแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากการศึกษาของ เมคจินเลย์และคณะ (Mcginley, et al., 1996) ได้กล่าวถึงระบบการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาล แฟรงก์พอร์ต (Frank Hospital) ถึงความจำเป็นของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เป็น

ภาระงานของทีมสหวิทยาการที่ต้องปฏิบัติที่จะช่วยลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การทำงานซ้ำซ้อน ช่วยพัฒนาช่วงเวลาในการทำกิจกรรม สนับสนุนการติดต่อสื่อสาร การเคารพ บุคลากรในทีมงาน ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ต้องประเมินความต้องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงระบบการส่งต่อด้วย จากการศึกษาพบว่า ในโรงพยาบาล แฟรงค์ฟอร์ด มีการวางแผนจำหน่าย ร้อยละ 100 และสามารถลดระยะเวลาของการนอนพักรักษาตัว โดยเฉลี่ยจาก 6.7 วัน เหลือ 5.4 วัน

3.4.2 กระบวนการ (process) : กระบวนการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของเมค คีย์แฮน และเคาเวตัน ประกอบด้วยการประเมิน (assessment) การวางแผน (planning) และการ ปฏิบัติ (implementation) ซึ่งเป็นหลักการเดียวกับ กระบวนการพยาบาล และเมื่อนำมาประยุกต์ ใช้ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ (กฤษดา, ธีรพร และ เหวดี, 2539)

#### ขั้นตอนที่ 1

การประเมินปัญหาและความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย      ซึ่งเป็นการประเมิน แบบ

องค์รวมทั้ง สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือ หรือความต้องการ การดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์และทักษะต่าง ๆ เช่น การฟัง การสังเกต เป็นต้น ในขั้นตอนนี้ควรเริ่มประเมินตั้งแต่แรกรับ ก็สามารถประเมินอย่าง ต่อเนื่องได้ โดยกระทำควบคู่กันในขณะให้การพยาบาล

#### ขั้นตอนที่ 2

การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย เป็นการ วินิจฉัยการพยาบาล ในลักษณะของปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว และการคาด การณ์ล่วงหน้า เกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่บ้านภายหลังจำหน่าย

#### ขั้นตอนที่ 3

การกำหนดแผนจำหน่ายผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี ควรเป็นการร่วมกัน กำหนดแผนการจำหน่าย ระหว่างทีมสหวิทยาการ ผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาวและวิธีประเมินผล รวมทั้งเนื้อหาในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งเนื้อหาในการสอนเป็นไป ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D (Hucy, et al. cited by Lubkin, 1986 อ้างตาม กฤษดา, ธีรพร และ เหวดี, 2539) สามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละคน และปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาที่มีรายละเอียดดังนี้

M = Medication คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ได้แก่ ชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยา

E = Environment & Economic คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม บางรายอาจต้องการการฝึกฝนอาชีพใหม่ เป็นต้น

T = Treatment คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจปัญหาของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบรวมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง

H = Health คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับตัวให้ ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

O = Outpatient referral คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา และสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ซึ่งควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุป และแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือได้

D = Diet คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับตัวให้ ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

#### ขั้นตอนที่ 4

การปฏิบัติตามแผนจำหน่าย โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย โดยมีหน้าที่เป็นผู้วางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน สาธิต ให้คำปรึกษา เป็นต้น รวมทั้งเป็นผู้ที่มอบหมายให้บุคลากรที่มการพยาบาลต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน ติดต่อประสานงานระหว่างทีมสหวิทยาการ และดูแลให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร

#### ขั้นตอนที่ 5

การประเมินผล เป็นการประเมินผลระยะสั้น และระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ให้การดูแล โดยใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น การตรวจร่างกาย การสังเกต การสอบถาม ทดลอง ปฏิบัติ เป็นต้น หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเกณฑ์ อาจต้องย้อนกลับไปสู่ขั้นตอนที่ 1-4 ใหม่

3.4.3 ผลลัพธ์ (Outcome) : การประเมินผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถประเมินได้จาก 2 แหล่ง คือ ผู้ป่วยและครอบครัว และทีมสุขภาพ ดังนี้

3.4.3.1 ผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้จากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้แก่จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลลดลง จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง ความต้องการการบริการต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายลดลง ผู้ป่วยและครอบครัว มีความพึงพอใจต่อบริการต่าง ๆ ที่ได้รับ ได้รับข้อมูลไม่ซ้ำซ้อน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพลดลง

3.4.3.2 ทีมสุขภาพ ผลลัพธ์จากความสำเร็จของการนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้ผล ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลลดลง แต่คุณภาพบริการไม่ได้ลดลง (cost-effectiveness) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการลดลงของจำนวนวัน (length of stay) และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ (readmission rate) ในโรงพยาบาล บุคลากรมีโอกาสดำเนินการปฏิบัติงานและการทำงานเป็นทีม รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า

จากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายดังกล่าวข้างต้น ประภัสศรี (2534) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ศูนย์ขอนแก่น และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน โดยทดลองกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 15 รายและญาติผู้ป่วยจำนวน 15 ราย พบว่า คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บศีรษะ โดยรวมของญาติผู้ป่วยสูงขึ้นคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ฮาดดอค (Haddock, 1994) ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบของการแผนจำหน่ายต่อค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิจัยผลทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 64 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 29 ราย ซึ่งได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ผลของการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุม ระยะเวลาในการพักรักษาตัวน้อยกว่า การเข้ารับการรักษาซ้ำน้อยกว่า และได้รับการบริการหลังจำหน่ายสูงกว่า การศึกษาของไนด์ลิงเจอร์และคณะ (Neidlinger, et al., 1987) เกี่ยวกับการประเมินค่าใช้จ่ายของการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยทำวิจัยถึงทดลองในผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งนอนพักในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมงกลุ่มตัว

อย่างทั้งหมด 80 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 39 ราย พบว่าค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อวันในกลุ่มทดลองลดลง 60 เหรียญอเมริกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยถึงทดลองของมาร์เชต และ ฮอลโลแมน (Marchelte & holloman, อ้างตาม กฤษดา, ธีรพร และ เรวดี, 2539) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีจำนวนวันอยู่รักษาในโรงพยาบาลลดลง เฉลี่ย 0.8 วัน ถ้าพยาบาลวางแผนจำหน่ายเร็ว ก็สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น และพบว่ากรณีที่ผู้ป่วยต้องยี่ระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีความสัมพันธ์กับการเริ่มวางแผนจำหน่ายช้า นอกจากนี้ ผลการประเมินโปรแกรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังทดลองใช้เป็นเวลา 5 เดือน โดยเน้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องด้วยการประสานงานกับทีมสุขภาพภายในโรงพยาบาล การสอนและแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนการส่งต่อ ผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องสามารถลดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากอัตราเฉลี่ย 13.4 วัน เป็น 9.3 วัน ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายเงินประกันสุขภาพได้ถึง 31,819 เหรียญอเมริกัน และผู้ป่วยทุกรายมีความพึงพอใจต่อการดูแลตามแผนจำหน่ายและการส่งต่อในระดับสูง

### 3.5 องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย

จากรูปแบบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถสรุปองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้ดังนี้ (กฤษดา, ธีรพร และ เรวดี, 2539 ; สุทธิดา และศรีัญญา, 2541)

3.5.1 ทีมสหวิทยาการ (multidisciplinary team) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น รวมถึงการประสานงาน หรือทำงานร่วมกัน ระหว่างองค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในและนอกสถานบริการ

3.5.2 ผู้ป่วย และครอบครัวหรือผู้ให้การดูแล (caregiver) การกำหนดเป้าหมายวางแผน และปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของทีมสหวิทยาการ ควรมีผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลเข้ามามีส่วนร่วมเสมอ ภายใต้อัมพันธภาพที่ดี

3.5.3 กระบวนการพยาบาล (nursing process) ได้แก่ การประเมินปัญหา/ความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

3.5.4 คู่มือแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อใช้ในการเป็นสื่อกลาง สำหรับทีมสหวิทยาการได้รับทราบเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย ควรได้รับ ส่งผลสู่แนวทางการประเมินที่เหมาะสมต่อไป

3.5.5 การส่งต่อการดูแล (referral system) การส่งต่อการดูแล ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการส่งต่อที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกรับไว้

ในโรงพยาบาล จนถึงการดูแลภายหลังการจำหน่าย การส่งต่อเป็นกระบวนการที่มีสำคัญกระบวนการหนึ่งในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกล่าวคือเมื่อมีการกำหนดแผนการจำหน่ายที่สื่อความหมายแล้วจะต้องมีการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องด้วย ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ที่จะปฏิบัติตามแผนดังกล่าวนี้มีหลายคน หลายระดับ ทั้งเจ้าหน้าที่ในทีมการพยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆ ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดกลไกการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องขึ้นในทุกๆระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้านหรือการดูแลหลังจำหน่าย ดังนี้

3.5.5.1 กำหนดให้มีกลไกติดต่อสื่อสารเพื่อส่งต่อการดูแล ทั้งการสื่อสารด้วยวาจาและการสื่อสารด้วยเอกสาร

3.5.5.2 กำหนดให้มีช่องทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน เช่น แผนจำหน่ายและผลการปฏิบัติตามแผนในหอผู้ป่วยหนักจะส่งต่อให้กับพยาบาลที่หอผู้ป่วย โดยการบันทึกรายงานในเวชระเบียน ร่วมกับการส่งเวรระหว่างพยาบาลของ 2 หน่วยงาน หรือพยาบาลที่หอผู้ป่วย ประชุมปรึกษาร่วมกับพยาบาลที่จะเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายร่วมกับการส่งเอกสารงานการส่งต่อผู้ป่วย หรือพยาบาลผู้ป่วยนอก การส่งเอกสารรายงานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเพื่อให้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายหลังการรับการรักษา เป็นต้น

### 3.6 ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพ อาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า คุณภาพของการดูแลและความต่อเนื่องในการบริการ ฉะนั้นย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และสถานบริการสุขภาพด้วย ดังประโยชน์ต่อไปนี้

3.6.1 ทำให้ระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล และการกลับมารักษาซ้ำลดลง จากงานวิจัยของ สุภาณีและคณะ (2540) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ใช้กลุ่ม ตัวอย่าง 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่พักรักษาตัวของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.7 วัน แต่กลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย ระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.7 วัน และเมื่อวัดความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าสามารถให้การดูแลได้ดีกว่า อันจะนำไปสู่การป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ และการศึกษาของ ฮาดดอค (Haddock, 1994) ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบของการแผนจำหน่ายต่อค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิจัยผลทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 64 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 29 ราย ซึ่งได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลผู้

ชำนาญเฉพาะทางร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ผลของการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมระยะเวลาในการพักรักษาตัวน้อยกว่า การเข้ารับการรักษาซ้ำน้อยกว่า นอกจากนี้มาร์เชต และ ฮอลโลแมน (Marchelte & Holloman, อ้างตาม กฤษดา, อธิพร และ เรวดี, 2539) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีจำนวนวันอยู่รักษาในโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย 0.8 วัน ถ้าพยาบาลวางแผนจำหน่ายเร็ว ก็สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น และพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยต้องยี่ระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีความสัมพันธ์กับการเริ่มวางแผนจำหน่ายช้า นอกจากนี้ ผลการประเมินโปรแกรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังทดลองใช้เป็นเวลา 5 เดือน โดยเน้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องด้วยการประสานงานกับทีมสุขภาพภายในโรงพยาบาล การสอนและแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องสามารถลดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากอัตราเฉลี่ย 13.4 วัน เป็น 9.3 วัน ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายเงิน

ประกันสุขภาพได้ถึง 31,819 เหรียญอเมริกัน และผู้ป่วยทุกรายมีความพึงพอใจต่อการดูแลตามแผนจำหน่ายและการส่งต่อในระดับสูง

3.6.2 ทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง จากการศึกษาของไนด์ลิงเจอร์และคณะ (Neidlinger, et al., 1987) เกี่ยวกับการประเมินค่าใช้จ่ายของการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยทำวิจัยถึงทดลองในผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งนอนพักในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 39 ราย พบว่าค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อวันในกลุ่มทดลองลดลง 60 เหรียญอเมริกัน และจากการศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องก็พบว่าระยะเวลา ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น

3.6.3 ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลมากขึ้น จากการศึกษาของประภัสศรี (2534) ได้ศึกษาวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน โดยทดลองกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 15 รายและญาติผู้ป่วยจำนวน 15 ราย พบว่า คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมของญาติผู้ป่วยสูงขึ้น คะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด และจากการศึกษาของสุภาณีและคณะ (2540) ของฮาดดอค(1994) มาร์เชตและฮอลโลแมนได้สรุปไว้ว่ามีความพึงพอใจมากขึ้น เช่นเดียวกันดังกล่าวแล้ว



3.6.4 ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร คุณภาพการดูแลดีขึ้นและเกิดความต่อเนื่องของการดูแล จากการศึกษาของ แมคจินเลย์ และคณะ (McGinley, 1996) ศึกษาเรื่องการพัฒนาของการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิทยาการ ที่แฟรงค์ฟอร์ด เพนซิลวาเนีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนวันในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ดูแลที่บ้าน โภชนากร นักกายภาพบำบัด และผู้ที่ทำประโยชน์อื่น ๆ มีการประชุมปรึกษาหารือกำหนดบทบาทในการวางแผนจำหน่าย การให้ความรู้ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือให้มีคุณภาพ ผลทำให้เกิดกระบวนการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิทยาการ มีประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วยและบุคลากร ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแล และโดยเฉพาะบุคลากรมีการพัฒนาทักษะวิชาชีพที่สูงขึ้น และฟาริดา (2539) ได้สรุปให้เห็นว่า แผนการจำหน่ายผู้ป่วยจะสะท้อนแนวความคิดการดูแล โดยมุ่งองค์รวมของผู้ป่วย การเน้นการดูแลตนเอง และการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดการพัฒนาศักยภาพให้เห็นเด่นชัดยิ่งขึ้น

### 3.7 บทบาทของพยาบาลในการวางแผนการจำหน่าย

พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการวางแผนจำหน่าย เป็นทั้งผู้จัดการ (manager) ผู้ประสานงาน (coordinator) ผู้อำนวยการความสะดวก (facilitator) ผู้ให้คำปรึกษา (consultant) โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการวางแผนจำหน่าย (Rorden & Taft, 1990) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญ พอสรุปได้ดังนี้ (กฤษดา, อิทธิพร และ เหวดี, 2539 ; สุทธิดา และศรีธัญญา, 2541 ; Rowland & Rowland, 1985)

3.7.1 ประเมินความต้องการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรค โดยประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม ระหว่างพักรักษาและก่อนจำหน่าย

3.7.2 ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และทักษะ ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม

3.7.3 เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

3.7.4 ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเอง ตามการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยากลับบ้านโดยการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

3.7.5 บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม ระหว่างเวลาในการดูแล ให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะเฉียบพลันและเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน จำหน่ายตามแผนการรักษา

3.7.6 ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

3.5.7 ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะ ๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลาก่อนจำหน่าย

3.5.8 ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย

3.5.9 ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงาน หรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

3.5.10 ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาล และทีมสหวิทยาการเพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ

### สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองนั่นเอง ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุของเส้นเลือดในสมองแตก อุดตันหรือตีบตัน ก็ส่งผลให้เกิดการสูญเสียของการทำหน้าที่ของระบบประสาท ดังปัญหาที่พบทั้งด้านร่างกาย เกิดความพิการของแขนขา การสื่อสาร ความผิดปกติต่อการรับประทานอาหาร การขับถ่าย เพศสัมพันธ์ และการรับรู้ต่าง ๆ ผิดไป และที่สำคัญทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ และสังคมตามมาในที่สุด จากปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยจึงมีความ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นและผู้ที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าบุคลากรทางการพยาบาลคือผู้ดูแล เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และเป็นกุญแจสำคัญที่คอยกระตุ้นช่วยเหลือและสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการที่มีคุณภาพ เกิดความต่อเนื่องและค้ำคูณั้น ต้องอาศัยการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ นั่นคือการวางแผนการจำหน่ายที่ชัดเจน โดยให้สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานด้วย จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ ระบุถึงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมหรือเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลยังมีน้อยหรือที่มีอยู่ยังไม่ระบุรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.