การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุดา นาครอด
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์ 0895874215 E-mail Address: suda-apo@hotmail.com

บทคัดย่อ

ที่มา: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมักมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มตั้งแต่วันรับเข้ารักษาและดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประเมินผลการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จำนวน 25 คน ผู้ดูแล จำนวน 41 คน และผู้ป่วย จำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีค่าเชื่อมั่นทั้งฉบับ alpha= 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 95% Confidence Interval และ paired t-test

ผลการศึกษา: ผลการพัฒนา ขั้น Plan: พบแนวทางเดิมของโรงพยาบาลมีข้อจำกัด คือ ขาดการประเมินความพร้อมของผู้ดูแล Do: ส่วนขาดของกระบวนการเดิม ได้แก่ เน้นส่งมอบข้อมูล ไม่เน้นฝึกทักษะ บุคลากรทำงานแยกส่วน กระบวนการที่พัฒนาใหม่ คือ การเพิ่มศักยภาพแก่บุคลากรและสอนทักษะผู้ดูแล Check: โดยการประเมินทักษะการปฏิบัติของบุคลากร ประเมินความรู้และศักยภาพผู้ดูแล Act: ประเมินผลการใช้โปรแกรม หลังพัฒนาพบว่า บุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.0 เป็นร้อยละ 92.0 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 9.72-14.64, p<0.001) ผู้ดูแล มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI =2.14-3.26, p =0.033) และระดับศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI =1.57-1.76, p <0.001) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จากอาการระดับรุนแรง ร้อยละ 43.9 เป็นอาการระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 53.7

สรุป: การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้สามารถเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลและหลังพัฒนาผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทลดลง

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม, การวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รับบทความ: 23 กรกฎาคม 2569 **ปรับแก้บทความ:** 15 กันยายน 2569 **ตอบรับการตีพิมพ์:** 16 ตุลาคม 2569

Region 11 Med Online First

Development of discharge planning program with participation for stroke patients care in Wiangsa Crown prince Hospital, Surat Thani province

Suda Nakroad
Nursing Department, Wiangsa Crown prince Hospital Surat Thani province
Tele: 0895874215 E-mail Address: suda-apo@hotmail.com

Abstract

Background: After hospital discharge, stroke patients often face limitations in self-care and require ongoing reliance on caregivers and family members. Therefore, discharge planning should begin upon admission, continue throughout the hospital stay ongoing care at home.

Objective: It was aim to study discharge planning program with participation for stroke patients care and evaluate the outcomes of patient care in Wiangsa Crown prince Hospital, Surat Thani province.

Methods: This action research. Between October 2025 - February 2026. The sample group consisted of 25 staff members, 41 caregivers, and 41 patients. Research instrument used was a questionnaire, with an overall reliability coefficient of alpha = 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics, 95% confidence interval and paired t-test.

Results: Development results 1) Plan: The hospital's existing approach was found to have limitations: lack of assessment caregiver's readiness. 2) Do: Shortcomings of the original process focus on information delivery rather than skill training, and personnel working in silos. Newly developed process focuses on enhancing personnel and teaching skills caregivers. 3) Check: By assessing personnel's practical skills and evaluating knowledge and potential of caregivers. 4) Act: Evaluate implementation of program. After development, found that overall level of personnel providing care to stroke patients increased significantly, from 72.0% to 92.0%, statistically significant increase (95%CI = 9.72-14.64, $p<0.001$). Caregivers showed a statistically significant increase in their overall knowledge of caring for stroke patients (95%CI =2.14-3.26, $p =0.033$) and overall level of patient care capabilities increased significantly (95%CI =1.57-1.76, $p <0.001$). Patient care outcomes showed that neurological symptoms showed a statistically significant reduction ($p<0.001$), shifting from severe impairment (43.9%) to mild-to-moderate impairment (53.7%).

Conclusion: This developing discharge planning program approach to stroke patient care ensure capabilities of caregivers and patients reduced severity of neurological symptoms.

Keywords: Development Program, Discharge Planning, Stroke Patients

Received: July 23, 2026. **Revised:** September 15, 2026. **Accepted:** October 16, 2026.

Region 11 Med Online first

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือ ภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและภาวะมีเลือดออกในสมอง ภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ พบบ่อยในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รายงานจากองค์การอนามัยโลกพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและทุก 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม[1]

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างสมบูรณ์ ต้องกระทำอย่างเป็นระบบ ในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพและเป็นการดูแลในลักษณะองค์รวม โดยมีการประเมินจุดแข็ง และข้อจำกัดของผู้ป่วย และผู้ดูแลในทุกๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความเชื่อและจิตวิญญาณ มีการประเมินแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยเหล่านี้ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต้องเริ่มดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารักษาในโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง และกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างเป็นระบบ[2]

สถานการณ์ในประเทศไทย มีผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 จำนวน 330,992 ราย 350,328 ราย และ 17,944 รายตามลำดับ สำหรับในจังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี พ.ศ. 2566, 2567 และ 2568 จำนวน 18,515 ราย 19,931 ราย และ 20,508 ราย ตามลำดับหรือร้อยละ 1.40, 1.50, 1.55 ตามลำดับ และมีการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ในเขตสุขภาพที่ 11 พบอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองระหว่างปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 ร้อยละ 5.52, 4.42 และ 4.12[3]ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2563-2567 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 489, 346, 350, 500 และ 659 คน ตามลำดับ[4] สะท้อนถึงความจำเป็นต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและทุพลภาพ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำสูง

สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านข้อจำกัดของแนวทางเดิมในโรงพยาบาล พบว่า 1) บุคลากรทางการแพทย์ต่างคนต่างทำหน้าที่ พยาบาลเน้นการให้การพยาบาลบนตึก แพทย์เน้นการรักษา เภสัชกรเน้นการจ่ายยา และนักกายภาพบำบัดฟื้นฟูเป็นครั้งคราว ขาดการบูรณาการข้อมูลร่วมกันอย่างเป็นระบบ ทำให้คำแนะนำที่ส่งไปถึงญาติขาดความต่อเนื่องและบางครั้งไม่เป็นทิศทางเดียวกัน 2) ระบบการประสานงานกับเครือข่ายระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอเวียงสระ) มักเกิดขึ้นในวันจำหน่ายหรือหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว ขาดการส่งข้อมูลเชิงรุกเพื่อเตรียมความพร้อมของสิ่งแวดล้อมที่บ้านล่วงหน้า 3) ภาระงานของบุคลากรสูง ทำให้เจ้าหน้าที่มีเวลาจำกัดในการเตรียมความพร้อม ส่งผลให้การจำหน่ายกลายเป็น "กิจกรรมเร่งด่วนก่อนกลับบ้าน" มากกว่ากระบวนการฟื้นฟู ด้านแนวคิด D-METHOD แบบเดิมที่มีอยู่นั้น มักเน้นให้พยาบาลเป็นผู้บอกและผู้อธิบาย ข้อมูลตามหัวข้อ ส่วนผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้รับฟัง ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ดูแลมีทักษะ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติจริง มักมุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ในความจริงผู้ป่วย

Region 11 Med Online First

โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงสูง ญาติจึงต้องรับแรงกดดันสูง หากไม่มีการประเมินศักยภาพข้อจำกัด หรือความเครียดของผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับ การให้ข้อมูลตามสูตร D-METHOD จะกลายเป็นการสร้างภาระทางข้อมูลที่ญาติไม่สามารถนำไปใช้ได้จริงเมื่อกลับบ้าน[5] ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญ เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการดูแล วางแผนการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล อันจะนำไปสู่รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีความเป็นระบบ ต่อเนื่อง และเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ตลอดจนเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายให้มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ มีการประเมินผลต่อการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายของบุคลากร ความรู้และศักยภาพของผู้ดูแล รวมถึงผลลัพธ์ของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสำหรับบุคลากร
2. เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการรับรู้การปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายของบุคลากร ความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล

สมมุติฐาน

1. หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรมีการรับรู้การปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วัสดุและวิธีการ

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาที่ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ บุคลากรผู้ให้บริการ ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากร จำนวน 25 คน ผู้ดูแล จำนวน 41 คน และผู้ป่วย จำนวน 41 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 25 คน เจาะจงศึกษาทุกคน เป็นบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ อายุ 20 ปีขึ้นไปและปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม 3 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน แพทย์แผนไทย 4 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนากร 2 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน พยาบาล stroke unit 9 คน

Region11med Online Jrnl

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มละ จำนวน 41 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน[6]

2.1 ผู้ดูแล จำนวน 41 คน คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านและอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 4) อ่านออก เขียนได้ สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้

2.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 41 คน คือ อ้างอิงข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ปี พ.ศ.2567 มีจำนวน 659 คน เฉลี่ยเดือนละ 59.91 คน มีเกณฑ์ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Acute Ischemic Stroke) ที่มีอาการบกพร่องทางระบบประสาทชัดเจนและวัดผลได้ ได้แก่ คะแนนการประเมิน Glasgow Coma Scale มากกว่า 10 คะแนน

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. บุคลากรผู้ให้บริการ ที่ลาศึกษาต่อเต็มเวลา หรือลาคลอด สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

2. กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพจิต 2) ผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการวิจัย มีการเปลี่ยนแปลงญาติผู้ดูแล หรือ ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดและหลักการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1. บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 25 คน เจาะจงศึกษาทุกคน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม 3 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน แพทย์แผนไทย 4 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนากร 2 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน พยาบาล stroke unit 9 คน

2. ขนาดตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย[6] ดังนี้

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{\mu_d^2}$$

Z_α = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$), Z_β = กำหนด power of test เท่ากับ 80 มีค่าเท่ากับ 0.84 (กำหนด 90 ใช้ค่า 1.28), σ_d^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม

μ_d = ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลอง คำนวณหาค่าความแปรปรวน ในสูตร ดังนี้

$$\sigma_d^2 = \frac{(n_1-1)\,sd_1^2 + (n_2-1)\,sd_2^2}{(n_1+n_2)-2}$$

σ_d^2 การคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วม การศึกษานี้อ้างอิงความสอดคล้องจากการศึกษา[7] การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้น จากค่าเฉลี่ย 20.67 (SD = 7.51) เพิ่มเป็นค่าเฉลี่ย 23.53 (SD = 4.19) คำนวณค่าความแปรปรวนในสูตร

$$\sigma_d^2 = \frac{(20.67\text{-}1)\,(7.51)^2+(18.0\text{-}1)(4.19)^2}{(23.53+20.67)^{-2}} = 6.78$$

μ_d = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การศึกษานี้อ้างอิงความสอดคล้องจากศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[7] พบว่า หลังใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

Region 11 Med Online first

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้น จากค่าเฉลี่ย 20.67 (SD = 7.51) เพิ่มเป็นค่าเฉลี่ย 23.53 (SD = 4.19) μ_d = 23.53-20.67 = 2.86 แทนค่า

$$n = \frac{(1.96+1.28)^2 \times 6.78^2}{3.30^2}$$

ได้จำนวน 36.17 คน และผู้วิจัยปรับขนาดเพิ่มขึ้นเผื่อข้อมูล drop out 10% ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 41 คน โดยศึกษาผู้ดูแลและผู้ป่วย กลุ่มละ 41 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 25 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ อายุ 20 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. กลุ่มตัวอย่างตัวอย่างผู้ดูแลและผู้ป่วย สุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) จากผู้ป่วยทั้งหมด (N) 659 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ (n) 41 คน คำนวณช่วงการสุ่ม: 659/41 = 16.07 ปัดเศษลงเลือกใช้ 16 (การปัดเศษลงช่วยให้มั่นใจว่าจะสุ่มได้ครบ 41 คนก่อนหมดบัญชีรายชื่อ) สุ่มหาเลขเริ่มต้นได้ เลข 7 นับเพิ่มทีละ 16 ไปจนครบ 41 คน โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การพัฒนาแนวทางปฏิบัติวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้หลักการ FOCUS PDCA ได้แก่ FIND a process to improve (รวบรวมข้อมูลปัญหางาน), ORGANIZE a team that knows the process (จัดตั้งทีมปฏิบัติ), CLARIFY current knowledge of the process (ทำความเข้าใจกระบวนการจริงที่กำลังปฏิบัติ), UNDERSTAND the source or causes of process variation (สาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการเดิม) และ SELECT the process to improve (เลือกแนวทางที่ดีที่สุด) เพื่อนำเข้าสู่วงจร PDCA[6] ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาโดยการทบทวนวรรณกรรมและสภาพปัญหาที่ผ่านมา 2) การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการในหอผู้ป่วยร่วมกันพัฒนาและพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการดูแล และ 3) จัดทำคู่มือโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Do) ดังนี้

1. ปรับปรุงรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการ ประกอบด้วย การดูแลตามกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกลักษณะปลอดภัย เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ (bed sore) การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ปฏิบัติการโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบ D-METHOD ประกอบด้วย ทั้งด้านความรู้ การปฏิบัติตัวและตรวจสอบความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้าน พร้อมให้แรงเสริมแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เช่น คำชมเชย ให้กำลังใจ เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง โดยทำแบบสอบถามก่อนการสอน (pretest) การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย แบบ D-METHOD ดังนี้

Region 11 Med Online First

แพทย์: ให้ความรู้เรื่องโรค (disease [D]) อธิบายแผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การระบุอาการเตือน (warning signs) หรือปัญหาที่เร่งด่วน

เภสัชกร: ยาที่ใช้ในการรักษา (medication [M]) แนะนำและให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง

พยาบาล: การจัดสิ่งแวดล้อม (environment [E]) ให้คำแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

นักกายภาพบำบัดหรือแพทย์แผนไทย: อธิบายแนวทางการฟื้นฟู (treatment [T])

พยาบาล: การดูแลสุขภาพ (health [H]) แนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไป อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การดูแลสุขภาพจิตใจ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน

ทันตแพทย์: การดูแลสุขภาพช่องปาก (health [H]) แนะนำการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากและการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก

พยาบาล: การมาตรวจตามนัดและการส่งต่อ (outpatient & referral [O]) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานนัดหมายจากทีมสุขภาพ ในการวางแผนการรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

โภชนากร: แนะนำด้านอาหาร (diet [D]) แนะนำการรับประทานอาหาร

การประเมินการสอน (A: asses) การฟังและให้โอกาสผู้ป่วยหรือครอบครัวสอบถามเพิ่มเติม

3. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล กำหนดบทบาทของญาติและผู้ดูแลในครอบครัว[8] เป็นโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสอนโดยทีมสหวิชาชีพแก่ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 13 กิจกรรม ดังนี้ 1) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 2) การเช็ดตัวและการอาบน้ำ 3) การรับประทานอาหาร 4) การดูแลสุขภาพช่องปาก 5) การให้อาหารทางสายยาง 6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 7) การจัดท่าบนเตียงและการเคลื่อนไหว 8) การเดิน 9) การขึ้น-ลงบันได 10) การฟื้นฟูผู้ป่วยและการป้องกันแผลกดทับ 11) การดูแลผิวหนัง 12) ภาวะโภชนาการ 13) การดูแลจิตใจ

ระยะที่ 3 การตรวจสอบการปฏิบัติ (Check) จากการทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบบูรณาการให้เหมาะสมกับบริบทและมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ประกอบด้วย 1) สังเกตุการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลในการร่วมดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล 2) พยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีหน้าที่ประเมินทักษะโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 3) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสังเกตความพร้อมโดยประเมินระดับอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยก่อนส่งกลับบ้าน 4) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแผนออกติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย สังเกตความก้าวหน้าของการดูแลฟื้นฟูสภาพและประเมินระดับอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วย

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Action) โดยทำการประเมินผล คือ ก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน ประกอบด้วย โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ศักยภาพผู้ดูแล ความพึงพอใจและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา จากการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับบุคลากร ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Naylor[9] แบบ D-METHOD ประกอบด้วย แพทย์: ให้ความรู้เรื่องโรค (disease [D]) เภสัชกร: ยาที่ใช้ (medication [M]) พยาบาล: การจัดสิ่งแวดล้อม (environment [E]) นักกายภาพบำบัด: แนวทางการรักษาฟื้นฟู (treatment

Region 11 Med Online First

[T]) พยาบาล: การดูแลสุขภาพ (health [H]) ทันตแพทย์: การดูแลสุขภาพช่องปาก (health [H]) พยาบาล: การมาตรวจตามนัด/ส่งต่อ (outpatient & referral [O]) และโภชนากร: แนะนำด้านอาหาร (diet [D]) **เครื่องมือที่ใช้** โดยวิธีการประชุมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร **การเก็บข้อมูล** โดยใช้แบบบันทึกการประชุม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากรผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน จำนวน 50 ข้อ ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 45 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ[10] คือ 1= ปฏิบัติน้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด การแปลผลรวม 225 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับต่ำ (45.0-60.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (61.00-120.00 คะแนน) ระดับสูง (121.0-225 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน จำนวน 36 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ การศึกษา การทำงาน เวลาในการดูแลต่อวัน และการได้รับการฝึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำกลับไปดูแลต่อที่บ้าน การตอบ ถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบไม่ได้คะแนน การแปลผลรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่ออยู่ที่บ้าน การตอบคือ 0 = ไม่ใช่หรือไม่ปฏิบัติ, 1 = ใช่หรือปฏิบัติ การแปลผลรวม 9 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับต่ำ (1-3 คะแนน) ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) ระดับสูง (7-9 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มี 2 ส่วน จำนวน 23 ข้อ ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของโรค ระยะเวลาป่วย ข้างที่อ่อนแรง จำนวนวันนอน และสถานะจำหน่าย

ส่วนที่ 2 ระดับความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท จำนวน 10 ข้อ (0-36 คะแนน) ปรับจากเครื่องมือเดิมของลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี[13] ประกอบด้วย ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของตา การมองเห็น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า กำลังของกล้ามเนื้อแขน กำลังของกล้ามเนื้อขา การประสานงานของแขนขา การรับความรู้สึก ความสามารถด้านภาษาและการออกเสียง เกณฑ์ระดับความบกพร่องทางระบบประสาท จากการประเมินด้วย NIHSS จำแนกเป็น 4 ระดับดังนี้ 25 คะแนน = ระดับรุนแรงมาก, 15–24 = ระดับรุนแรง, 5–14 = ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง, ≤ 4 = ระดับเล็กน้อย การแปลผลรวม 36 คะแนน คือ ระดับต่ำ (0-12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13-24 คะแนน) ระดับรุนแรง (25-36 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดแบบสอบถามพร้อมทั้งขอความยินยอมแก่ผู้ร่วมวิจัย

2. ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

2.1 กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ตอบแบบสอบถามก่อนการใช้โปรแกรม (pretest) ในเดือนตุลาคม 2568 จากนั้นการวางแผนจำหน่ายโดยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย แบบ D-METHOD และทำแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในเดือนกุมภาพันธ์ 2569 โดยไม่กำหนดระยะเวลาการตอบ

Region 11 med Online first

2.2 ผู้ดูแล หลังลงนามเข้าร่วมโปรแกรมให้ตอบแบบสอบถามก่อนการสอนตามโปรแกรม (pretest) ในวันแรกรับ การประเมินการสอนและตอบแบบสอบถามหลังได้รับโปรแกรม (posttest) โดยไม่กำหนดระยะเวลาการตอบ

3. ขั้นหลังการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย - ทำการบันทึกลงโปรแกรมสำเร็จรูป ควบคุมคุณภาพของข้อมูล วิเคราะห์ประมวลผล สรุปรายงานการวิจัยและเผยแพร่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence; IOC) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลตรวจ คือ แบบสอบถามการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากร การรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และแบบประเมินความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย IOC = 1 ทุกประเด็น

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลชุมชน พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตรวจพบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแยกรายประเด็นดังนี้ การปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย alpha= 0.88 ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล alpha= 0.89 ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย alpha= 0.87

3. ค่าความเชื่อมั่นภายในของแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ด้วย KR-20 ผลตรวจสอบได้ค่า KR-20 = 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติพรรณนา แสดงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.05$, ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI (95% Confidence Interval), Mean difference ได้แก่ การปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากร ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และระดับความรุนแรงอาการของผู้ป่วย โดย paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้ขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการ STPHO2025-197 วันที่ 26 กันยายน 2568 และดำเนินการวิจัยตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนดโดยเคร่งครัด

ผลการศึกษา

1. การวางแผน (Plan) การวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่าย จากการประชุมบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ในขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จากแบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมได้ข้อสรุปสถานการณ์พบแนวทางเดิมของโรงพยาบาลมีข้อจำกัด คือ 1) ขาดการประเมินความพร้อม ความรู้และความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแล (Caregiver) ตั้งแต่แรกรับ 2) ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มักพบในผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และ 3) ไม่มีแนวปฏิบัติ (Protocol) ที่ชัดเจนสำหรับเครือข่าย ขาดการประสานงานเชิงรุกกับ รพ.สต. และชุมชนในการเตรียมความพร้อมที่บ้านของผู้ป่วยล่วงหน้า ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ปัญหา

Region 11 Med Online First

ร่วมกัน โดยตั้งทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร พยาบาลชุมชน รพ.สต.) กำหนดเป้าหมายและทำการออกแบบการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

2. การปฏิบัติและดำเนินงาน (Do) ส่วนขาดของกระบวนการเดิม ได้แก่ เน้นส่งมอบข้อมูล ไม่เน้นฝึกทักษะ บุคลากรทำงานแยกส่วน ต่างคนต่างให้คำแนะนำ เช่น พยาบาลบอกเรื่องยา นักกายภาพบอกเรื่องการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ดูแลสับสนจากข้อมูลที่มากและไม่เป็นทิศทางเดียวกัน กระบวนการที่พัฒนาใหม่ โดยจัดกิจกรรมการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการจัดท่า พลิกตัว และทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับบุคลากรตั้งแต่ในหอผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลลงมือทำจนมั่นใจและผ่านเกณฑ์การประเมินทักษะ พร้อมทั้งส่งข้อมูลผ่านระบบเครือข่ายไปยัง รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมที่บ้านก่อนผู้ป่วยกลับ

3. การตรวจสอบและประเมินผล (Check) โดยใช้แบบประเมินความรู้และศักยภาพผู้ดูแลและแบบประเมินทักษะการปฏิบัติของบุคลากร โดยทำการวัดผล 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) เพื่อดูพื้นฐาน และ หลังเข้าร่วมโปรแกรมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (Post-test) เพื่อตรวจสอบความพร้อม

4. การปรับปรุงแก้ไขและสร้างแนวปฏิบัติ (Act) โดยจัดตั้งกลุ่ม Line หรือระบบ Telemedicine ระหว่างผู้ดูแล รพ.สต. และทีมสหวิชาชีพของ รพ.สมเด็จพระยุพราชเวียงสระ เพื่อแก้ไขปัญหาทันทีเมื่อผู้ดูแลสงสัย (เช่น สายอาหารหลุด, ยาหมด) นำปัญหาจากการเยี่ยมบ้านมาทบทวนในทีม ปรับปรุงโปรแกรม และประกาศใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ได้แก่ ให้ความรู้เรื่องโรค (disease) ยารักษา (medication) การจัดสิ่งแวดล้อม (environment) แนวทางการฟื้นฟู (treatment) การดูแลสุขภาพ (health) การดูแลช่องปาก (health) การมาตรวจตามนัด (outpatient) และแนะนำด้านอาหาร (diet)

ผลการประเมินความรู้และศักยภาพผู้ดูแล จากการสอนผู้ดูแล พบว่า 1) การให้ความรู้หัวข้อที่ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ส่วนใหญ่ได้รับการสอนในเรื่องที่สำคัญครบถ้วน ญาติผู้ดูแลบางรายหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง เช่น ได้รับการเตรียมความพร้อมจากพยาบาลช่วยสอนเรื่องโรค ให้หนังสือมาอ่านมีความเข้าใจมากขึ้น พยายามทำตามที่พยาบาลสอน 2) การให้ความรู้เรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ที่อาจเกิดจากปัญหาด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ สูงอายุ สายตาไม่ดี และมีโรคประจำตัว ปัญหาด้านเวลาและภาระงานของญาติผู้ดูแล

ผลการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายของบุคลากร พบว่า ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.0 อายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 76.0 (mean= 34.56±SD=7.45, Min= 24, Max= 50) จบปริญญาตรี ร้อยละ 88.0 รายได้20,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 84.0 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 76.0 โดยการวัดแต่ละกิจกรรมของแต่ละคนนำมารวมคะแนน จนได้ค่าผลรวมคะแนน พบว่าหลังพัฒนาบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.0 เป็นร้อยละ 92.0 ดังตารางที่ 1

Region 11 Med Online First

ตารางที่ 1 ระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ก่อนกับหลังพัฒนา (N=25)

ระดับ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
รวม 225 คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (45.0-60.00 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (61.00-120.00 คะแนน)	7	28.0	2	8.0
ระดับสูง (121.0-225 คะแนน)	18	72.0	23	92.0

หลังพัฒนาบุคลากรมีระดับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 9.72-14.64, p<0.001) จำแนกเป็น 12 ด้านพบด้านที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การให้อาหารทางสายยาง (p<0.001) รองลงมา คือ การจัดท่าบนเตียง (p<0.001) เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ การทำแผนดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (p =0.018) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน ก่อนและหลังพัฒนา (N=25)

การปฏิบัติการ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%CI	t	*p*-value
	Mean±SD	Mean±SD			
1. การทำแผนดูแลผู้ป่วยรายบุคคล	5.05±2.55	6.86±1.92	1.90-4.53	-1.847	.018*
2. การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง	6.30±1.90	7.98±1.86	1.11-2.21	-2.965	.005*
3. การเช็ดตัวและการอาบน้ำ	7.76±1.96	8.21±1.75	1.02-2.63	-2.149	.037*
4. การรับประทานอาหาร	7.28±1.37	8.07±1.49	2.16-3.81	-3.036	.004*
5. การดูแลสุขภาพช่องปาก	8.68±1.31	9.04±1.09	3.24-4.73	-4.013	.000*
6. การให้อาหารทางสายยาง	13.47±4.33	14.98±4.04	2.88-5.13	-4.860	.000*
7. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก	8.33±1.82	9.68±1.37	1.25-3.98	-3.216	.003*
8. การจัดท่าบนเตียง	16.20±2.90	17.80±2.66	3.49-4.40	-4.227	.000*
9. การฟื้นฟูและการป้องกันแผลกดทับ	17.70±2.66	18.26±2.33	1.14-2.96	-2.746	.009*
10. การดูแลผิวหนัง	12.74±2.10	13.09±2.04	1.01-2.71	-1.918	.062
11. การดูแลภาวะโภชนาการ	11.02±2.85	13.12±2.12	2.86-3.15	-2.886	.006*
12. การดูแลจิตใจผู้ป่วย	12.77±2.27	13.48±1.80	2.88-3.31	-3.131	.003*
รวม	**171.04±17.15**	**185.37±18.77**	**9.72-14.64**	**-11.061**	**.000***

*p<0.05, Paired t-test

3. ผลการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักเกี่ยวข้องเป็นญาติในครอบครัว ร้อยละ 68.3 ผู้ดูแลเป็นหญิง ร้อยละ 85.4 อายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.9 (mean= 53.98±SD= 6.85, Min= 43, Max= 67) จบอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 80.5 อาชีพการทำงาน ไม่มีงานประจำ ร้อยละ 63.4 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.1 และได้รับการฝึกการดูแลผู้ป่วยโรงหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 39.0 พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับพอใช้ร้อยละ 51.2 เป็นระดับดีร้อยละ 85.4 ดังตารางที่ 3

Region11med Online first

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=41)

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
รวม 20 คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (≤11 คะแนน)	9	22.0	3	7.3
ระดับพอใช้ (12-15 คะแนน)	21	51.2	3	7.3
ระดับดี (16 คะแนน ขึ้นไป)	11	26.8	35	85.4

ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI =2.14-3.26, p =0.033) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ก่อนและหลังอบรม (n=41)

ความรู้	Mean± SD	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนพัฒนา	14.61±3.76	1.93	0.32-4.19	0.092
หลังพัฒนา	18.67±1.71	1.70	2.14-3.26	0.033*

*p<0.05, Paired t-test

ระดับศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีระดับศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางร้อยละ 48.8 เป็นระดับสูงร้อยละ 80.5 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=41)

ระดับศักยภาพการดูแลผู้ป่วย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
รวม 9 คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-3 คะแนน)	4	9.8	0	0.0
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	20	48.8	8	19.5
ระดับสูง (7-9 คะแนน)	17	41.5	33	80.5

คะแนนศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI =1.57-1.76, p <0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมก่อนและหลังพัฒนา (n=41)

ศักยภาพการดูแล	Mean± SD	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนพัฒนา	6.32±1.87			
หลังพัฒนา	7.49±1.73	1.17	1.57-1.76	0.000*

*p <0.05, Paired t-test

4. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.7 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.7 (mean= 67.49±SD= 16.56, Min= 37, Max= 89) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่อยู่ในระบบช่องทางด่วน ร้อยละ 51.2 ผู้ป่วยระยะการฟื้นตัว: กึ่งเฉียบพลัน (≤ 6 เดือน) ร้อยละ 63.4 อ่อนแรงด้านซ้าย ร้อยละ 51.2 วันนอนต่ำกว่า 5 วัน ร้อยละ 73.2 สถานะจำหน่ายกำลังรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 39.0 และมีดัชนีมวลกายผิดปกติ ร้อยละ 68.3 หลังพัฒนาผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการทางระบบ

Region 11 Med Online first

ประสาทโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ลดจาก Mean=47.90 S.D.=13.90 เป็น Mean=25.80 S.D.=8.03 ลดระดับจากความบกพร่องระดับมาก ร้อยละ 43.9 เป็นความบกพร่องระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 53.7 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมองภาพรวม (n=41)

ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเล็กน้อย (คะแนน ≤ 4)	5	12.2	8	19.5
ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 5–14)	9	22.0	22	53.7
ระดับมาก (คะแนน 15–24)	18	43.9	7	17.1
ระดับมากที่สุด (คะแนน 25)	9	22.0	4	9.8
	Mean	**S.D.**	**Mean**	**S.D.**
รวม 36 คะแนน	**47.90**	**13.90**	**25.80**	**8.03**
	95% CI		**t**	**p**
	18.70-25.48		**13.17**	**.000***

*p<0.05, Paired t-test

วิจารณ์

1. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย โดยใช้วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act)

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ (Plan) จากการประชุมบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ในขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จากแบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ การประชุมได้ข้อสรุปสถานการณ์การวางแผนจำหน่าย 3 ประเด็น ดังนี้ 1) สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มักพบในผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 2) มุมมองการวางแผนจำหน่ายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพทุกฝ่ายตระหนัก ถึงหน้าที่และความรับผิดชอบในการร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการสอนญาติผู้ดูแล พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการพัฒนาและปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีผลลัพธ์ที่ดีมากขึ้น 3) ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการวางแผนจำหน่าย

1.2 ผลการพัฒนา (Do) ได้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ประกอบด้วย ให้ความรู้เรื่องโรค (disease) ยารักษา (medication) การจัดสิ่งแวดล้อม (environment) การฟื้นฟู (treatment) การดูแลสุขภาพ (health) การดูแลช่องปาก (health) การมาตรวจตามนัด (outpatient) และด้านอาหาร (diet)

2. ผลการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากร อภิปรายผลได้ว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีระบบส่งต่อ และติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วยในการฝึกออกกำลังกาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ การสอนตรวจสอบตำแหน่งสายและอาหารที่ค้างในกระเพาะอาหาร ตามลำดับ โดยรวมมีคะแนนการปฏิบัติการอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการสอนเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า 1) การให้ความรู้หัวข้อที่ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ส่วนใหญ่ได้รับการสอนในเรื่องที่สำคัญครบถ้วน ญาติผู้ดูแลบางรายหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง เช่น ได้รับการเตรียมความพร้อมจากพยาบาลช่วยสอนเรื่องโรค ให้หนังสือมาอ่าน มีความเข้าใจมากขึ้น พยายามทำตามที่พยาบาลสอน และ 2) การให้ความรู้เรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการ

Region 11 Med Online first

แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ที่อาจเกิดจากปัญหาด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ สูงอายุ สายตาไม่ดี และมีโรคประจำตัว ปัญหาด้านเวลาและภาระงานของญาติผู้ดูแล

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทธิกรณ์ นันทคุณ[14] ศึกษาประสิทธิผลการจัดการงานบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสระบุรี พบว่า 1) สภาพการณ์การจัดการงานบริการผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง PDCA (P) เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามาประเมินเบื้องต้น (D) แพทย์ส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (C) ดูผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (A) หากพบปัญหาระหว่างให้การดูแลรักษาในแต่ละขั้นตอนจะมีการนำปัญหามาปรับปรุงแก้ไขทันที จากการศึกษาของ นิสสา อาชวชาลี[15] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการประเมินผลเอกซเรย์-คอมพิวเตอร์โดยใช้ Alberta Stroke Program Early CT Score กับการพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของร่างกายผู้ป่วยโรคเลือดสมอง พบว่า การประเมินเพื่อการวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพยากรณ์ความทุพพลภาพของผู้ป่วยภายหลังการรักษา ช่วยประกอบการตัดสินใจในการรักษาและพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของร่างกายผู้ป่วย จากผลการศึกษาของรัชดา เจนวิทยารักษ์[16] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะ การใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า โปรแกรม ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการศึกษาของพิชัย โรจนพิทยากร[17] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและระยะเวลาในการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวที่ดี

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อภิปรายผลได้ว่า

2.1 ด้านความรู้ หลังดำเนินการผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ได้แก่ สาเหตุโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษครึ่งซีกเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรือตันจากลิ่มเลือดอุดตัน การทำความสะอาดช่องปากและฟัน ควรทำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง การทำความสะอาดอวัยวะเพศควรทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ หลังพัฒนาผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ ทำให้ญาติผู้ดูแล มีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน สามารถช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรพีภัทร ชำนาญเพาะ และคณะ[18] ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการและความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภายหลังใช้การวางแผนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองลดลงเป็นระดับน้อยเพิ่มขึ้น

2.2 ด้านศักยภาพ หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีการจัดเจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนดูแลรายบุคคลของเครือข่ายและอสม. การแจ้งขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่และอสม.เพื่อให้ออกมาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหรือเข้าเยี่ยมตามพยาธิสภาพของโรค หลังพัฒนาผู้ดูแลมีระดับศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Enderby และคณะ[19] ศึกษาศักยภาพการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สิ่งที่จำเป็นในการจัดการ ได้แก่ การสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการกำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่จะได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ การให้ความรู้ด้านศักยภาพผู้ดูแล และให้การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย

Region 11 Med Online First

4. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย อภิปรายผลได้ว่า หลังดำเนินการ ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรง มากที่สุด คือ มองเห็นมุมเดียว พูดไม่ชัดเล็กน้อย กำลังของแขนซ้าย-ขวาคงไว้ได้ 10 วินาทีและการพูดปกติ ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ severe impairment ทั้งนี้ อาจเนื่องจากหลังการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุติมา ลิ้มประยูร[20]ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโรงพยาบาลหนองคาย พบว่า การกลับมารักษาซ้ำลดลง และมีความพร้อมภายหลังการเข้าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาล ควรมีการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินระบบประสาทและการเคลื่อนไหว มีการให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ให้ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยการออกกำลังกาย (passive exercise) ตามความเหมาะสม การดูแลระยะฟื้นฟู การสังเกตอาการผิดปกติ และการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สำคัญ คือ การสอนผู้ดูแลด้านการดูแลระยะฟื้นฟูเมื่อกลับมาอยู่ในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพยาธิสภาพจากการที่สมองถูกทำลายจึงทำให้มีอาการแขน ขาอ่อนแรง เน้นเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยออกกำลังกาย การป้องกันแผลกดทับ แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติและการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรับการรักษาทันที

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรกและติดตามครบ 6 เดือน เพื่อส่งเสริมการรักษาฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพที่ดี

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้สามารถเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้และผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization (WSO). Annual Report. World Stroke Organization [Internet]. 2024 [Cited 2025 Jan 11]. Available from: https://www.Worldstroke.org/about-wso/ annual- reports
2. กานดา อินทร์ท่าฉาง. ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้การให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาแบบสั้น โรงพยาบาลท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: www.srth.go.th/home/research
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ข้อมูลสถิตสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.ops.moph.go.th

Region 11 Med Online First

4. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/1/2024
5. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.weingsrahosp.com
6. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2557.
7. คนึงนิจ ศรีษะโคตร, พจนีย์ ขูลีลัง, เบญจพร เองวานิช, บุญมี ชุมพล, สุวัลยา ศรีรักษา. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล 2565;37(3):20-43.
8. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.cmneuro.go.th/qr/2561
9. Naylor M, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional Care. J Am Geriatr Soc. 2017;65: 1119-25.
10. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
11. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
12. Bloom BS. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill; 1971.
13. ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, สินีนาฏ นาคศรี. ความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคกับอาการทางระบบประสาทที่แย่ลงในระยะแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันแบบเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564;32(2): 146-60.
14. ภัทธิกรณ์ นันทคุณ. ประสิทธิผลการจัดการงานบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสระบุรี. [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลย์อลงกรณ์; 2565.
15. นิสสา อาชวชาสี. การศึกษาความสัมพันธ์ของการประเมินผลเอกซเรย์-คอมพิวเตอร์โดยใช้ Alberta Stroke Program Early CT Score กับการพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของร่างกายผู้ป่วยโรคเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(2): 297-312.
16. รัชดา เจนวิทยารักษ์. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะ การใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ 2567;38(3): 89-98.
17. พิชัย โรจนพิทยากร. ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและระยะเวลาในการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงในสมองอุดตัน ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. J Thai Stroke Soc. 2562; 18(2):5-14.

Region 11 med Online first

18. รพีภัทร ชำนาญเพาะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ทิพมาส ชิณวงศ์. ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13 ปี การศึกษา 2561. ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต; 2561.
19. Enderby P, Pandyan A, Bowen A, Hearnden D, Ashburn A, Conroy P, Logan P, Thompson C, Winter J. Accessing rehabilitation after stroke – a guessing game?. Disability and Rehabilitation J. 2017;39(7): 709–13.
20. ชุติมา ลิ้มประยูร. การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567;9(2):571-79.

Region11med Online first