มุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

กชพร พงษ์แต้, พย.ม.*
ปริมล หงษ์ศรี, พย.ม.* และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, กศ.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative descriptive approach) นี้ มีวัตถุประสงค์เข้าใจมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือ ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 9 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic Analysis) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และสะท้อนมุมมองถึงสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ประเด็นที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน และประเด็นที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน สรุป ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่กำลังเผชิญกับอุปสรรคปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

---

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Corresponding e-mail: parimonh@gmail.com
(Received: September 7, 2024; Revised: October 10, 2024; Accepted: November 20, 2024)

Perspectives of caregivers for stroke patients during the transition period from hospital to home

Kodchaporn Pongtae, M.N.S.*
Parimon Hongsri, M.N.S.* & Sutthisak Suriruk, Ed.D.**

Abstract

This qualitative descriptive study aimed to understand the perspectives of professional nurses and caregivers regarding the care of stroke patients during the transition from hospital to home. The informants were six professional nurses and nine caregivers who were selected using purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using thematic analysis. From the results, the informants reflected their perspectives on the situation, problems, and needs of caregivers of stroke patients during the transition period from hospital to home in three themes: 1) caring for stroke patients during the transition period, 2) problems and barriers in care during the transition period, and 3) support for stroke patient care during the transition period. In conclusion, the findings are useful for those who are facing obstacles in caring for stroke patients during the transition from hospital to home and those involved in providing services to stroke patients. The findings offer insights into stroke patient care during the transition from hospital to home to guide the development of stroke care guidelines for the caregivers of stroke patients during this transition.

Keywords : stroke stroke caregivers stroke care

---

*Boromarajonani College of Nursing, Phare , Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

**Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 4 ปี อัตราป่วยด้วยโรคหลอเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2559-2562 พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.81 1.87 2.08 และ 2.19 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากสถิติสาธารณสุข 2565 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประเทศไทย ถือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบโรคนี้มากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าประชาชนไม่ได้รับการป้องกันอย่างถูกวิธี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2564 พบว่า มีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มจาก 278.49 เป็น 330.05 และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 11 ต่อประชากรแสนคนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566) และมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบากสูญเสียการทรงตัว พูดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก มีความบกพร่องทางความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจและอารมณ์บกพร่อง สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ (Sewell et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยระยะเวลานาน เช่น การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของข้อต่างๆ กล้ามลีบ นอนไม่หลับ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Civelek et al., 2016) ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการตลอดชีวิต หรือการสูญเสียชีวิตตามมา จากผลกระทบดังกล่าวสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และต้องการการฟื้นฟูสภาพที่ใช้ระยะเวลานานก่อให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก (Zhao et al., 2021) อีกทั้งยังส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทำให้เกิดภาวะเครียดและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา (Pucciarelli et al., 2019)

การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทักษะการดูแลผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะนี้เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งระยะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามแนวคิดของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Naylor et al., 2004) โดยมีการดำเนินการประเมินอย่างสมบูรณ์แบบเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์การรู้คิด และการทำหน้าที่รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม การนำแผนการดูแลที่อาศัยหลักฐานที่เชื่อถือได้ไปปฏิบัติ การดูแลจะต้องเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อเนื่องไปถึงบ้านและติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตาม สร้างกลไกที่จะได้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแลและสถาบันที่รับส่งต่อ และการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลระยะการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงเวลาที่ท้าทายในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเข้าใจในมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยและแก้ไขความต้องการที่ไม่ได้รับการดูแลระหว่างการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่าน

การศึกษาประสบการณ์จากผู้ดูแลมีประโยชน์ในการได้รับข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับมุมมอง ความคิด และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในเขตภาคเหนือซึ่งยังมีจำกัด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการทบทวนแนวทางการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่าน เพื่อมีแนวทางในการออกแบบการดูแลและเชื่อมช่องว่างของบริการในการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในเขตภาคเหนือ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเข้าใจมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือ และเพื่อนำประเด็นที่ได้จากมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในเขตภาคเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การวิจัยนี้ได้รับจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ หมายเลขโครงการ03/2566 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน หมายเลขโครงการ 012/2566 เมื่อเดือน มีนาคม 2566 และโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา หมายเลขโครงการ 07/2566 เมื่อวันที่ 12 เมษายน 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2566

ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้เลือกพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นผู้กำหนดขั้นตอนและกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยผ่านการเรียนวิชาวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 3 หน่วยกิต 45 ชั่วโมง เมื่อปี 2567 หลังจากนั้นเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงคุณภาพ จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จำนวน 24 ชั่วโมง เมื่อปี 2567 และผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเอง ดังนี้ 1) เตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาและมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) เตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และ 3) เตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้วิจัยเคยได้รับการอบรมด้านการพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 7 ปี

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกจากปัญหา วัตถุประสงค์ และจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 4 ข้อ และสำหรับผู้ดูแลจำนวน 3 ข้อ มีลักษณะกึ่งโครงสร้างเป็นคำถามปลายเปิด โดยตอบทีละคำถาม เพื่อให้ครอบคลุมเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการศึกษา แนวคำถามสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ตัวอย่างคำถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เช่น *คุณมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่อย่างไรบ้าง? คุณได้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง? ที่ผ่านมาคุณพบปัญหาอะไรบ้างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย? คุณมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย?* และตัวอย่างคำถามสำหรับผู้ดูแล เช่น *คุณช่วยบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นอย่างไรบ้าง? ที่ผ่านมาคุณพบปัญหาอะไรบ้างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย? คุณมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย?*

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกที่ห้องประชุมในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีความสะดวกและเพื่อเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic Aanalysis) โดนเน้นการหาความหมาย การตีความข้อมูลอย่างลึกซึ้งจากมุมมองคนในประกอบด้วย 7 ขั้นตอน (Sandelowski, 2000) ได้แก่ 1) การฟังเสียงที่ได้จากการบันทึกมาซ้ำๆ 2) การถอดเสียงที่บันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) โดยพิมพ์ออกมาเป็นบทสนทนาแล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังเทปการสัมภาษณ์ทบทวนซ้ำทีละบรรทัดจนบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและครบถ้วน 3) อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัดและอ่านซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจในภาพรวมของข้อมูลข้อมูลที่ถอดเสียง 4) การอธิบายข้อมูลให้เป็นรหัสโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Excel โดยจัดระบบความหมายจากบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันไว้ในหมวดหมู่เดียวกัน โดยนำรหัสที่ได้มาทำเป็นผัง Initial thematic map 5) การจำแนกรหัสออกเป็นประเด็นย่อยโดยทำเป็นผัง Developed thematic map โดยนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่จัดหมวดหมู่ใจความสำคัญเดียวกันทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกัน 6) การระบุประเด็นย่อยที่มีความคล้ายกันในประเด็นหลักโดยทำเป็นผัง Final thematic map โดยการนำผลการวิเคราะห์ร่วมกันมาสรุปเป็นใจความสำคัญหลักของมุมมองและประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาอุปสรรค และ 7) การทบทวนและปรับปรุงประเด็นย่อยและประเด็นหลัก โดยการเปรียบเทียบข้อมูลทุกประเภท

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถืออิงหลักเกณฑ์ของ Lincoln and Guba (1985) ประกอบด้วย 1) ความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยผ่านการเรียนและการอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงคุณภาพ สร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกจากปัญหา

วัตถุประสงค์ และจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิดแนวคำถามสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและมีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทุกระยะของการรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูลและ ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูลโดยการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่เป็นพยาบาลและญาติผู้ดูแลนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันเพื่อให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างของข้อมูล 2) การตรวจสอบได้ ผู้วิจัยได้เขียนรายละเอียดกระบวนการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน นำไปสู่การสร้างข้อสรุปและตรวจสอบได้ 3) การยืนยันผลการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกตลอดจนตรวจสอบข้อมูลที่ได้กับผู้ให้ข้อมูลทุกรายโดยถอดเทปภายใน 24 ชั่วโมงหลังการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยนำคำพูดของผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดลงในผลการวิจัยตามความเป็นจริง และทำการตรวจสอบร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อรับคำแนะนำแล้วนำมาปรับปรุงก่อนสรุปเป็นผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และ4) การนำไปใช้ ผู้วิจัยได้เขียนบรรยายลักษณะการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะที่เป็นทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรวบรวมข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกตลอดจนขั้นตอนการวิจัยไว้อย่างละเอียดเพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจ และสามารถนำผลการวิจัยที่ค้นพบในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งระยะที่รักษาในโรงพยาบาลและระยะที่จำหน่ายไปอยู่ที่บ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 15 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน อายุ 30 – 48 ปี มีประสบการณ์ทำงาน 5 - 23 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1 และผู้ดูแลที่รับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน และจังหวัดพะเยา จำนวน 9 คน อายุ 42 – 63 ปี ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ผู้ดูแลทุกคนเป็นคู่สมรสกับผู้ป่วย และทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รหัส	อายุ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ทำงาน
A01	45	ปริญญาตรี	23
A02	30	ปริญญาตรี	6
A03	34	ปริญญาตรี	5
A04	39	ปริญญาตรี	8
A05	42	ปริญญาตรี	10
A06	48	ปริญญาตรี	21

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รหัส	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา	สถานภาพสมรส	อาชีพ	ประสบการณ์
A07	57	หญิง	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	8
A08	63	หญิง	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1
A09	42	หญิง	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	2
A10	54	หญิง	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1
A11	54	หญิง	ประถมศึกษา	สมรส	รับจ้าง	1
A12	52	ชาย	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1
A13	55	หญิง	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1
A14	45	หญิง	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1
A15	52	ชาย	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1

จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านจำแนกได้ 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

1) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่

(1) การประเมินผู้ป่วย

“การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยก่อนกลับไปอยู่ที่บ้านทุกราย” (A 02)

“ประเมินปัญหาของผู้ป่วยก่อน โดยประเมินว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากน้อยเพียงใด” (A 03)

“ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น แผลกดทับ ข้อติด อาการชักเกร็งว่าความรุนแรงเป็นอย่างไร โดยวางแผนร่วมกันติดตามปัญหาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน” (A 09)

(2) การประเมินครอบครัวและผู้ดูแล

“ประเมินปัญหาหรือความต้องการของญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโดยการถามปากต่อปาก ไม่มีแบบประเมิน” (A 03)

“ประเมินตั้งแต่แรกว่าใครเป็นผู้ดูแลหลัก มีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ก่อนจำหน่ายจะประเมินอุปกรณ์ที่จะใช้ดูแลจากผู้ดูแลว่ามีหรือไม่ ถ้าไม่มีติดต่อหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชนเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้” (A 04)

“สอบถามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านว่าใครเป็นผู้ดูแลหลักที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ประเมินทักษะ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความพร้อมที่จะกลับไปดูแลต่อที่บ้านสอบถามความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากชุมชนว่าต้องการอะไรบ้าง” (A 06)

(3) การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

“ควรมีการติดตามเยี่ยมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ แล้วนำผลมาประชุมร่วมกัน เพื่อจะได้วางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ จะได้นำเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และการจัดเตรียมผู้ดูแลต่อไป”
(A 06)

“มีพยาบาล และนักกายภาพบำบัดมาสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล” (A 07)

“นอกจากพยาบาล ก็จะมีนักกายภาพบำบัดสอนการบริหารร่างกายทั้งแบบให้ผู้ป่วยทำเอง หรือญาติต้องช่วย เภสัชสอนการทานยาและการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยา warfarin เช่น อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง” (A 08)

“มีพยาบาล นักกายภาพ เภสัช มาให้ข้อมูลคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน” (A 15)

2) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่

(1) ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

“ข้อมูลและคำแนะนำทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยเกี่ยวกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเมื่อมีอาการจากโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อน ให้โทร 1669 เพื่อรับบริการ” (A 01)

“ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ และให้ข้อมูลกับญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การติดตามอาการ การมาตรวจตามนัด และการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง” (A 02)

“ข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค โภชนาการที่ต้องจัดเตรียมให้ตามที่ได้เรียนกับนักโภชนาการก่อนออกจากโรงพยาบาล” (A 13)

(2) ด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วย

“กรณีผู้ป่วยต้องใส่สายยางให้อาหารจะมีสอนการให้อาหารทางสายยางและให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับการทำอาหารเหลวเองที่บ้าน” (A 03)

“สอนการดูแลที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง และการพลิกตะแคงตัว” (A 05)

“นักกายภาพบำบัด มาสอนการบริหารข้อมือ ข้อเท้าผู้ป่วย ฝึกหยิบจับเหรียญ แนะนำว่าหากกลับไปบ้านสามารถใช้อุปกรณ์เสริม เช่น การบริหารลูกบีบ หรือเหยียบจักรเย็บผ้าเพื่อบริหารข้อเท้า” (A 13)

3) การประสานส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่อง

“ทีมเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลประสานให้ทีมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล รพ.สต. ในท้องที่ติดต่อผู้ป่วยให้อีกครั้ง” (A 01)

“พยาบาลที่วอร์ดส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล แล้วทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลจะส่งข้อมูลที่จะต้องดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม Thai COC ที่เชื่อมต่อกับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งต่อผู้ป่วยทุกคนที่ต้องมีการออกเยี่ยมบ้าน” (A 05)

“พยาบาลส่งต่อข้อมูลให้กับทีมดูแลระยะกลางของโรงพยาบาลแล้วติดตามผู้ป่วยต่อให้” (A 06)

“มีการติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล หากไม่ได้มาที่บ้านเค้าก็จะโทรสอบถามจากผู้ดูแลประมาณเดือนล่ะครั้ง” (A 07)

“มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมผู้ดูแลต่อเนื่องในระบบส่งต่อช่วยเหลือที่เป็นการติดตามผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามระบบสุขภาพ โดยมีพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลใกล้บ้านติดตามเยี่ยม และจากโรงพยาบาลโทรสอบถามอาการ” (A 10)

ประเด็นที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ดังนี้

1) ความไม่พร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(1) ไม่มีผู้ดูแลหลัก

“ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากบุตรหลานต้องทำงานต่างจังหวัด และจะกลับมาดูแลได้เฉพาะช่วงที่ป่วยอยู่โรงพยาบาลเท่านั้น” (A 01)

“ขาดผู้ดูแลหลักที่จะต้องดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน” (A 06)

“ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านไม่ได้เป็นคนเดียวกับที่มาร่วมวางแผนดูแล” (A 08)

(2) ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

“ผู้ป่วยและญาติไม่มีความมั่นใจในการทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเอง” (A 02)

“ผู้ดูแลยังดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน แม้จะมีอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบแล้วก็ตาม” (A 04)

“ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การเรียนรู้เพื่อให้เข้าใจในทักษะปฏิบัติต้องใช้ระยะเวลานาน และปฏิบัติไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่สามารถจำข้อมูลที่สอนได้” (A 05)

“ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการให้ข้อมูลมีเพียงสั้น ๆ เลยไม่สามารถจำข้อมูลที่ทีมพยาบาลให้ได้ทั้งหมด แล้วอันไหนที่ทำอยู่ก็ไม่รู้ว่าทำถูกต้องหรือไม่” (A 07)

“ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการออกกำลังกายไม่รู้ว่าทำถูกต้องไหม เพราะจำได้ไม่ทั้งหมด” (A 08)

(3) ผู้ดูแลและครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

“ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลน้อย” (A 03)

“ไม่มีการร่วมกันวางแผนในการดูแล” (A 04)

“ไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลได้ทุกเคส” (A 06)

“ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนอะไร” (A 07)

2) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน

“ไม่มีสื่อการสอนในการให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายออกโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้เกิดการ กลับมารักษาซ้ำ” (A 03)

3) การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง

“ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ที่ได้ให้ข้อมูลทำให้ติดตามผู้ป่วยไม่ได้” (A 04)

“ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการติดต่อของผู้ป่วย” (A 06)

“เมื่อโทรศัพท์สอบถามอาการบางครั้งคลื่นไม่ดี เพราะต้องออกไปทำสวนที่อยู่บนดอย” (A 08)

“เมื่อได้รับการติดต่อสอบถามอาการ เบอร์โทรศัพท์ที่ให้พยาบาลไม่ได้เป็นเบอร์ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจริง หรือเป็นเบอร์ของบุคคลที่อยู่คนละบ้าน” (A 09)

4) ทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ

“ขาดอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแลต่อเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยยังต้องใช้ออกซิเจน” (A02)

“ไม่มีแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายมีแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือแต่อุปกรณ์มีไม่เพียงพอหรือไม่มีเพราะมีผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์เหล่านี้เหมือนกัน” (A 05)

ประเด็นที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

พบว่า การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีดังนี้

1) คู่มือหรือสื่อการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

“ควรมีคู่มือหรือแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้ผู้ดูแลได้ทบทวน และสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้” (A 04)

“จัดทำคู่มือหรือทำสื่อการสอนที่เป็นคลิปวีดีโอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวน การปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและสามารถที่จะประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้” (A 05)

“ควรจะมีเป็นคู่มือ/หนังสือ ที่สื่อสารเข้าใจง่าย ให้ทีมผู้ดูแลที่มีการผลัดเปลี่ยนกันได้เรียนรู้ร่วมกันหรืออ่านได้เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วย อยากให้มีเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นของผู้ป่วยจะได้ทราบและป้องกันไม่ให้เกิดได้อีก” (A 07)

“ควรมีคู่มือหรือแผ่นพับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในเฉพาะปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยมีรูปภาพประกอบชัดเจน พร้อมคำอธิบายอย่างละเอียดให้เข้าใจ ตัวหนังสือที่ผู้สูงอายุอ่านได้” (A 08)

“ควรมีเล่มคู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน” (A 11)

2) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

“ควรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมดูแลเป็นระยะ เพื่อจะได้ทราบข้อมูล อุปสรรค ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย” (A 06)

“ควรให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยได้มาเรียนรู้พร้อมกัน เพราะเราไม่ได้ดูแลคนเดียวตลอด” (A 07)

“ควรให้ทุกคนที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และเรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องไปอยู่ที่บ้าน” (A 08)

3) การมีช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

“อยากให้ทีมที่ดูแลมีช่องทางในการปรึกษาสอบถามปัญหาที่เกิด หรือเมื่อไม่แน่ใจในการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย เมื่อมีอาการแทรกซ้อนช่วงที่ดูแลต่อที่บ้าน และอยากให้มีกลุ่ม line ในการติดต่อขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย” (A 07)

“อยากให้มี line ของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยหรือที่มที่รับส่งต่อดูแลต่อที่บ้าน เพื่อปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” (A 13)

อภิปรายผล

การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาจากประสบการณ์ที่ได้ดูแลผู้ป่วย จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเด็นที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วย และประเด็นที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษานี้มีความสำคัญต่อผู้กำหนดนโยบายและระบบการดูแลสุขภาพในการพัฒนาและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านให้ประสบความสำเร็จ ความร่วมมือกับทีมสุขภาพให้การบริการฟื้นฟูที่เข้าถึงได้ การสนับสนุนติดตามผลหลังจากออกจากโรงพยาบาล และการสนับสนุนจากชุมชนและสังคมที่มีอยู่นั้นสมควรได้รับการบูรณาการเข้ากับการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้ (Lin et al., 2022) อภิปรายผลได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะที่พักรักษาในโรงพยาบาลและระยะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์ (Naylor et al., 2004) เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และในระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินอย่างสมบูรณ์แบบเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์การรู้คิด และการทำหน้าที่รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม 2) นำแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่อาศัยหลักฐานที่เชื่อถือได้ไปปฏิบัติ 3) การดูแลจะต้องเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อเนื่องไปถึงบ้านและติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตาม 4) สร้างกลไกที่จะได้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแล และสถาบันที่รับส่งต่อและ 5) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน เมื่อพิจารณาผลจากการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลจะต้องมีการดำเนินการ ดังนี้ 1) ประเมินผู้ป่วยความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และการประเมินผู้ดูแล ประกอบด้วย การหาผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลัก การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย และการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพร่วม 2) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ปรกอบด้วย ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการดำเนินการระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การประสานส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่อง ที่ประกอบไปด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน และการโทรติดตามอย่างต่อเนื่อง การดูแลช่วงการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงเวลาสำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่านที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเอง และวางแผนการฟื้นฟูสภาพในระยะยาว แนวทางการดูแลที่เน้นความร่วมมือของผู้ให้บริการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมและช่วยเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของแต่ละบุคคล (Chen et al., 2021) ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้นส่งผลให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (พรทิพย์รตา สุขรื่นบุลภรณ์, 2564)

ประเด็นที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้ 1) ความไม่พร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ไม่มีผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพราะขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ และเกิดขึ้นโดยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ใหม่ ของผู้ดูแลที่รับผิดชอบเพื่อตอบสนองความต้องการ และแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย ซึ่งในช่วงแรกของการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจจะยังขาดความพร้อมในการดูแล เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความไม่มั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการปัญหา (ศรารินทร์ พิทธยะพงษ์, 2561) 2) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทางกายที่หลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยบางรายกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน (ธัญพิมล เกณสาคูม และคณะ, 2563) 3) การติดตามผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาของ นันทกาญจน์ ปักษี และคณะ (2559) พบว่า พยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีการวางแผนร่วมกัน เน้นการมีส่วนร่วมของญาติอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในการบริการ ดังนั้นหากไม่มีการติดตามที่ต่อเนื่องก็อาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อความพึงพอใจในการบริการ 4) ทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นงานที่หนัก มีความยุ่งยากและซับซ้อน เป็นงานที่ผู้ดูแลมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแล ถึงแม้ว่าจะมีการได้รับความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ แต่ก็ยังพบว่า ทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยยังมีไม่เพียงพอ ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยตามมา (ศรารินทร์ พิทธยะพงษ์, 2561) ปัญหาและอุปสรรคที่พบสะท้อนให้เห็นว่ายังมีช่องว่างของการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องที่บ้านในช่วงระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอุปสรรคมากมายระหว่างการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่าน เช่น ขาดทรัพยากรและไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลของผู้ดูแล อีกทั้งยังส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ดังนั้นการสนับสนุนและการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทของตนได้ดีขึ้น (See et al., 2022)

ประเด็นที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอเลือดสมองมีความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) คู่มือและสื่อการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น คู่มือประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษา และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และการป้องกันอุบัติเหตุ (นันทกาญจน์ ปักษี และคณะ, 2564) 2) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล

ผู้ป่วยที่ถูกต้อง (ศรารินทร์ พิทธยะพงษ์, 2561) 3) การมีช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพโดยพยาบาลมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน นอกจากนี้การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแบบรายบุคคลนั้นถูกมองว่าเป็นตัวช่วยในการเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Lin et al., 2023)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นเพียงในส่วนเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้รวมมุมมองของวิชาชีพอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ดังนั้นจึงควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มสหวิชาชีพอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์และมุมมองการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในมิติที่หลากหลาย

สรุปผล

การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในเขตภาคเหนือได้ขยายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังรับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านโดยการ มีส่วนร่วมของครอบมครัว

กิตติกรรมประกาศ การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน คือ อาจารย์ ดร. จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ ดร.จตุพงษ์ พันธ์วิไล และคุณรุจี รัตนเสถียร ซึ่งให้คำแนะนำและตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและตรงตามเนื้อหาแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านซึ่งได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ผู้วิจัยขอข้อมูลเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566).*สถิติสาธารณสุข 2565*. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานผลการศึกษา โครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย*. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1036320200810073233.pdf

ธัญพิมล เกณสาคู, เตือนใจ สินอำไพสิทธิ์, และวีรยุทธ ศรีทุมสุข. (2563). ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน. *วารสารพยาบาลทหารบก. 21*(3), 215-224.

นันทกาญจน์ ปักษี, ทิฏฐิ ศรีวิสัย, และเสน่ห์ ขุนแก้ว. (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 13*(1), 47-61.

นันทกาญจน์ ปักษี, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ได้รับ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร. 22*(1), 65-80.

พรทิพย์รตา สุขรื่นบุลภรณ์. (2564). กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. (1)2*, 113-129.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). 13 ปี เส้นทาง การ เรียน รู้ และ พัฒนา Stroke Fast Track ของ ประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, *17*(1), 191-199.

สุชาวดี เสนาสนะ, พัชรี คมจักรพันธ์, และแสงอรุณ อิสระมาลัย. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. *7*(2), 212-222.

ศรารินทร์ พิทธยะพงษ์. (2561). สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 11*(2), 26-39.

Chen, L., Xiao, L. D., Chamberlain, D., & Newman, P. (2021). Enablers and barriers in hospital‐to‐home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(19-20), 2786-2807. https://doi.org/10.1111/jocn.15807

Civelek, G. M., Atalay, A., & Turhan, N. (2016). Medical complications experienced by first-time ischemic stroke patients during inpatient, tertiary level stroke rehabilitation. *Journal of Physical Therapy Science*, *28*(2), 382-391.

Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. California: Sage Publications; 1985.

Lin, S., Wang, C., Wang, Q., Xie, S., Tu, Q., Zhang, H., ... & Redfern, J. (2022). The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: a qualitative longitudinal study. *International journal of nursing studies*, *130*, 104213. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104213

Lin, S., Xie, S., Zhou, J., Tu, Q., Wang, C., & Chen, L. (2023). Stroke survivors', caregivers' and nurse coaches' perspectives on health coaching program towards hospital‐to‐home transition care: A qualitative descriptive process evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(17-18), 6533-6544. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.16590

Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of The American Geriatrics Society*, *52*(5), 675-684. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x

Pucciarelli, G., Lee, C. S., Lyons, K. S., Simeone, S., Alvaro, R., & Vellone, E. (2019). Quality of life trajectories among stroke survivors and the related changes in caregiver outcomes: a growth mixture study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *100*(3), 433-440. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.07.428

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description. *Research in Nursing & Health, 23*(4), 334-340. https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G

See Toh, W. X. S., Lim, W. H. J., Yobas, P., & Lim, S. (2022). The experiences of spousal and adult child caregivers of stroke survivors in transitional care: a qualitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(12), 3897-3929. https://doi.org/10.1111/jan.15420

Sewell, K., Tse, T., Harris, E., Matyas, T., Churilov, L., Ma, H., ... & Carey, L. M. (2021). Pre-existing comorbidity burden and patient perceived stroke impact. *International Journal of Stroke, 16*(3), 273-279. https://doi.org/10.1177/1747493020920838

Zhao, J., Zeng, Z., Yu, J., Xu, J., Chen, P., Chen, Y., ... & Ma, Y. (2021). Effect of main family caregiver's anxiety and depression on mortality of patients with moderate-severe stroke. *Scientific Reports*, *11*(1), 1-9. https://doi.org/10.1038/s41598-021-81596-8