

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คณินิจ ศรีชะโคตร พยม.¹

พจนีย์ ชูลีลัง พยม.² เบญจพร เองวานิช พยม.³

บุญมี ชุมพล พยม.⁴ สุวิธยา ศรีรักษา พยบ.⁵

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางอายุรศาสตร์และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางอายุรศาสตร์

การออกแบบวิจัย: การวิจัยและพัฒนา (Research & Development)

การดำเนินการวิจัย: มี 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่าย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบฯ กับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจำนวน 2 คู่และปรับปรุงเพื่อความเหมาะสม ระยะที่ 4 นำรูปแบบฯ จากระยะที่ 3 ไปใช้และประเมินผลลัพธ์โดยการออกแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 15 คู่ กลุ่มควบคุมได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการฯ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนของญาติผู้ดูแล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความพร้อมในการดูแล แบบประเมินความเครียดจากการดูแลโดยตรง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ส่วนของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบที

ผลการวิจัย: ด้านญาติผู้ดูแล พบว่า ก่อนจำหน่ายญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่คะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลโดยตรงไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลโดยตรง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านผู้ป่วย พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบภาวะแทรกซ้อน ส่วนการกลับมารักษาซ้ำ พบว่า กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำ 2 ราย ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ

ข้อเสนอแนะ: โรงพยาบาลควรมีนโยบายในการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางอายุรศาสตร์เพื่อส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติ

วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(3) 20-43

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการ /ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ญาติผู้ดูแล/ความพร้อมในการดูแล/ความเครียดจากการดูแลโดยตรง/ คุณภาพชีวิต

วันที่ได้รับ 10 ก.ค. 65 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 26 ก.ค. 65 วันที่รับตีพิมพ์ 29 ก.ค. 65

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม E-mail : nij2505@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยทารกวิกฤต

Development of Integrated Discharge-Planning Programme for Stroke Patients

Khanuengnij Srisakhot, M.N.S¹

Potjanee Kuleelung, M.N.S² Benchaporn Aungvanit, M.N.S³

Boonmee Sondos, M.N.S⁴ Suwallaya Sriruksa, B.N.C⁵

Abstract:

Objective: To develop a discharge-planning programme for internal medicine stroke patients, and to assess two aspects of the programme outcomes, namely, the caregivers, in terms of caregiving preparedness, direct care-induced stress, and quality of life, and the patients, in terms of preventable complications and need for re-admission

Design: Research and development

Methodology: This study was conducted between October 2021 and June 2022 in four stages: 1) analysis of discharge-planning situation; 2) development of an integrated discharge-planning programme for stroke patients, based on Naylor's theory of transitional care; 3) trial of the developed programme on two pairs of patients and caregivers, followed by evaluation of outcomes and adjustment of the programme for increased reliability; and 4) utilisation of the adjusted programme and final outcome assessment.

The research was designed as a two-group quasi-experimental study with a post-test. The participants were 30 pairs of stroke patients and their caregivers selected based on the inclusion criteria and equally assigned to a control group and an experimental group, 15 pairs in each. Whilst the control group received the standard discharge plan, the experimental group participated in the researcher-developed integrated discharge-planning programme.

Data were collected from the caregivers and the patients. The data from the caregivers were collected through a personal information form, the preparedness scale, the direct care-induced stress scale, and the quality of life scale. The data from the patients were collected through a personal information form, the preventable complication scale, and the re-admission records. The data were analysed based on frequency, percentage, mean, chi-square statistics, and T statistics.

Results: The caregivers in the experimental group achieved significantly higher mean scores on caregiving preparedness and pre-discharge quality of life than those in the control group did ($p < .05$). However, the two groups' mean score on direct care-induced stress did not differ significantly ($p > .05$). One month after discharge, the experimental group also achieved significantly higher mean scores on caregiving preparedness and pre-discharge quality of life than the control group did ($p < .05$), and displayed a significantly lower level of direct care-induced stress than the control group did ($p < .05$). As for the patients, neither the experimental group nor the control group displayed any complications. Whereas two of the patients in the control group were re-admitted, none of those in the experimental group was.

Recommendations: It is recommended that hospitals have a policy to apply this integrated discharge-planning programme to treating internal medicine stroke patients, to promote their caregivers' caregiving preparedness and quality of life.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022; 37(3) 20-43

Keywords: integrated discharge-planning programme; family caregivers; stroke patients

Received 10 July 2022, Revised 26 July 2022, Accepted 29 July 2022

¹ Corresponding Author, Registered Nurse, senior professional level, Head of Nursing Department, Mahasarakham Hospital, E-mail: nij2505@gmail.com

² Registered Nurse, professional level, Male medicine ward

³ Registered Nurse, professional level, Stroke unit

⁴ Registered Nurse, senior professional level, Male orthopedic ward

⁵ Registered Nurse, senior professional level, New born Intensive Care Unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและพิการอันดับต้นของโลกและประเทศไทย คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มถึง 3.4 ล้านคน¹ ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของประเทศ² สำหรับจังหวัดมหาสารคาม ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน คือ จำนวน 1,949, 2,444, 2,661, 2,604 และ 2,818 คน ตามลำดับ³

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ถึงแม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤติ จะรวดเร็วและมีคุณภาพสูงจนทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตโอกาสมิมีความพิการหลงเหลือได้ถึงร้อยละ 90 โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพระดับเล็กน้อย ร้อยละ 71 ทุพพลภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 16 และทุพพลภาพในระดับรุนแรง ร้อยละ 13⁴ ภาวะพิการหรือทุพพลภาพนี้กระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เป็นต้น ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เช่น ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย แยกตัวเองจากสังคม ซึมเศร้าและท้อแท้ได้⁵⁻⁶ ด้านเศรษฐกิจ เช่น สูญเสียรายได้ในขณะที่ต้องใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว เป็นต้น ผลกระทบเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาวได้

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพิการที่ฟื้นฟูไม่ได้หรืออยู่ในช่วงระยะฟื้นฟูสภาพร่างกาย จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติบทบาททางสังคม และการประกอบอาชีพรวมถึงการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นให้ช่วยเหลือในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือจนตลอดชีวิต ส่วนใหญ่ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยมักจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเครือญาติ ที่เรียกว่า “ญาติผู้ดูแล” หากญาติผู้ดูแลมีความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคลดโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายได้ ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นและพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง อย่างไรก็ตามการที่ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลเอง เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่ต้องทำซ้ำๆ ทุกวัน และไม่มีที่สิ้นสุด บางครั้งต้องอดทนและอดกลั้นกับพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย เช่น หงุดหงิด ดื้อดึง ไม่ปฏิบัติตามสิ่งที่แนะนำ ภาระแต่ละวันหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย ความเป็นส่วนตัวลดน้อยลง ไม่มีเวลาหรือมีกิจกรรมในการผ่อนคลายดังที่เคยทำได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ (caregiver burden) หรือเกิดความเครียดจนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายหรือภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังนั้นการคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่เหมาะสม และการเตรียมญาติผู้ดูแลให้มีความพร้อมในด้านความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดีและเกิดผลลัพธ์การรักษาส่งต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในจังหวัดมหาสารคามที่สามารถรักษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด และได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต ระยะกลางและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติ และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายจิตใจสังคมให้ดีขึ้นมากที่สุดเท่าที่พยาธิสภาพของโรคจะเอื้ออำนวย ในระหว่างการพัฒนาได้มีการประเมินผลลัพธ์เพื่อตรวจสอบปรับปรุงผลการพัฒนาระบบเป็นระยะ ตัวชี้วัดร้อยละการกลับมารักษาซ้ำเป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดที่บอกผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่จากโรงพยาบาลไปถึงที่บ้าน และกำหนดเป้าหมายไว้ที่น้อยกว่าร้อยละ 3 แต่ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2563 -2564 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันมีการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 3.96 และ 3.36 ตามลำดับ ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำมากที่สุด คือ จากโรคเดิมกลับเป็นซ้ำร้อยละ 63.16 รองลงมา คือจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ร้อยละ 12.28 โดยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ ปอดอักเสบ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 7.01, 3.51 และ 1.76 ตามลำดับ³

ผู้วิจัยในฐานะผู้นำทางการพยาบาลได้ตระหนักถึงผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล จึงได้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลางถึงรุนแรง มีความต้องการญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายเดิมพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมทุกด้าน

เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเครียดของผู้ป่วย เป็นต้น ทำให้ญาติผู้ดูแลบางรายไม่มั่นใจเมื่อกลับไปที่บ้าน และถ้ามีปัญหาไม่มีช่องทางติดต่อขอรับคำแนะนำหรือปรึกษากับทีมสุขภาพได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลบางรายตัดสินใจแก้ไขปัญหามาไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วย บางรายเกิดความวิตกกังวลและความเครียดแล้วจัดการความเครียดไม่ได้ ขาดการประสานความร่วมมือที่ชัดเจนระหว่างพยาบาลผู้จำหน่ายและพยาบาลเยี่ยมบ้าน เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ดูแลกลางคันไม่มีระบบการฝึกผู้ดูแลใหม่ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปี 2563-2564 โรงพยาบาลมีนโยบายห้ามญาติเยี่ยม ยิ่งทำให้มีข้อจำกัดในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลและการติดตามเยี่ยมที่บ้านมากยิ่งขึ้น

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะพัฒนา ระบบบริการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยทำการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่าแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁵ มีผู้นิยมนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแลอย่างกว้างขวาง เนื่องจากแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁵ มีจุดเน้นที่น่าสนใจ กล่าวคือ มุ่งเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง (broad range of time-limited services designed to ensure health care continuity) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (prevent health complications) และป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (prevent rehospitalization) อีกทั้งยังเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอีกด้วย (focuses on improving care; enhancing patient and family caregiver outcomes)⁸

ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาของการวางแผนการจำหน่ายที่พบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดของ Naylor และคณะ⁸ เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยโดยคาดหวังให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ทั้งขณะที่รักษาในโรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางอายุรศาสตร์
- 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการต่อญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรง และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ต่อผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางอายุรศาสตร์

สมมติฐานการวิจัย

ด้านญาติผู้ดูแล

1. คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรง และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน
2. คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน
3. คะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลโดยตรงของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมก่อน

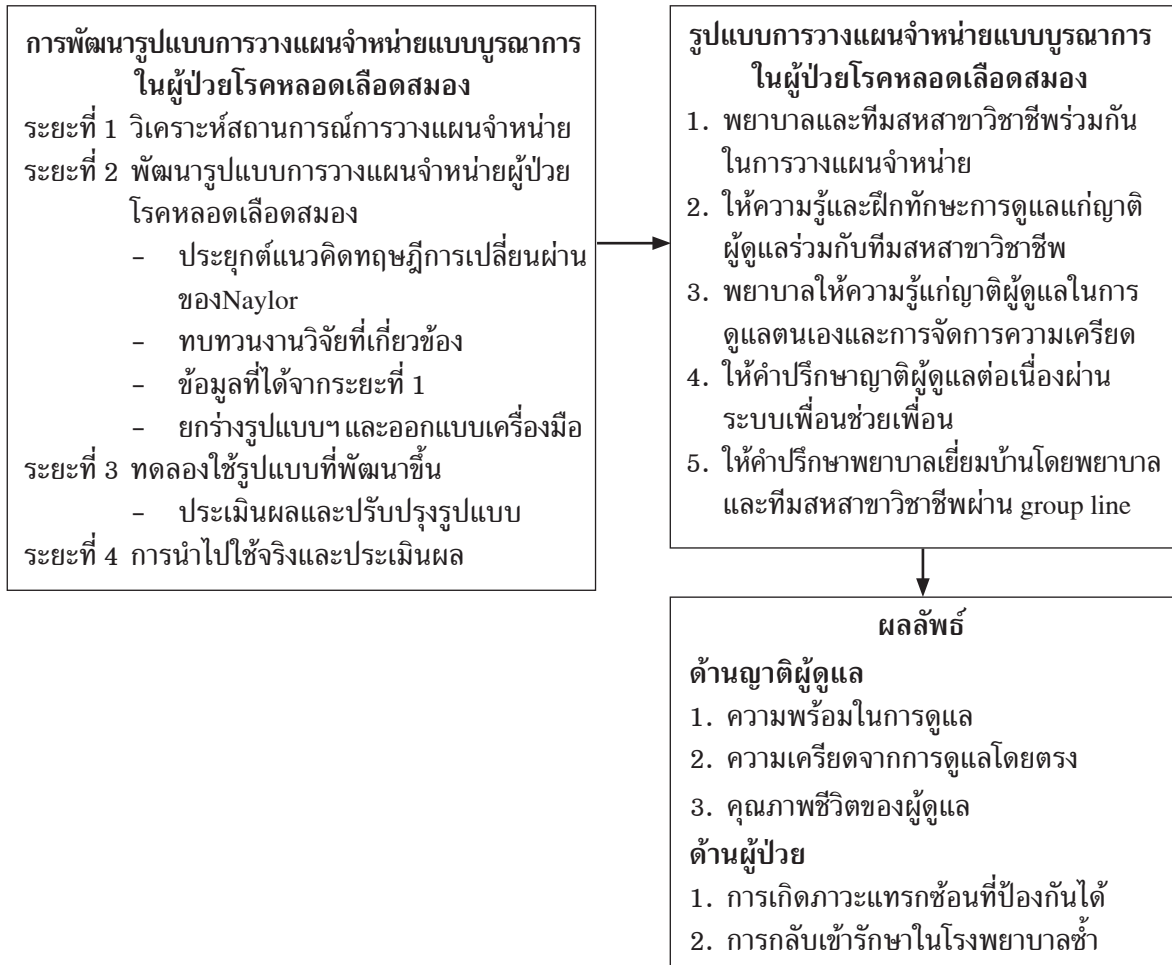
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

ด้านผู้ป่วย

การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งประกอบด้วยกระบวนการวิจัย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ที่สอดคล้องกับบริบท ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁸ ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 เน้นการวางแผนการดูแลทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลที่บ้านและการประเมินผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรง และคุณภาพชีวิต ส่วนด้านผู้ป่วย ประเมินอาการทางคลินิก ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ที่พัฒนาเพื่อดูความเป็นไปได้ในบริบทของการปฏิบัติงานและปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์เพื่อนำไปสู่การวิจัยต่อไป ในระยะที่ 4 การนำไปทดลองใช้จริง และประเมินผลลัพธ์



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Research & Development) โดยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน ตุลาคม 2564 -มิถุนายน 2565 ผู้วิจัยดำเนินการเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Research : R1) ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย อายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์เวชปฏิบัติ พื้นฟูพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง พยาบาลปฏิบัติการและพยาบาลเยี่ยมบ้าน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งหมด 18 คน ใช้วิธีการประชุม (Focus group) โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เปิดเวทีให้ผู้เข้าประชุมร่วมวิเคราะห์ปัญหาและเสนอมุมมองที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนวคิดในการ

พัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการตามแนวคิดทฤษฎีระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁸ (Transitional Care Model) พร้อมรับฟังความเห็นเพื่อความร่วมมือในการพัฒนา

กลุ่มที่ 2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – มกราคม 2565 โดยสุ่มเลือกจากผู้ดูแลหลักที่เป็นบิดาหรือมารดา 1 คน สามีหรือภรรยา 2 คน บุตร 3 คน หลานหรือคนอื่นๆ ที่เป็นผู้ดูแล จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 8 คน การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์แบบมีโครงสร้างและขออนุญาตญาติผู้ดูแลในการบันทึกการสนทนาโดยมีประเด็นสัมภาษณ์ดังนี้ 1) ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านในเรื่องใดบ้าง การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากน้อยเพียงใด 2) ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีอะไรบ้าง ท่านแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างไร 3) พยาบาลเยี่ยมบ้านมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงไร และ 4) มีข้อเสนอแนะให้กับโรงพยาบาล/พยาบาลเยี่ยมบ้านอย่างไรบ้าง

หลังการสัมภาษณ์สิ้นสุด ทีมผู้วิจัย ได้วิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญของทั้ง 2 กลุ่มเพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Design and Development : D1) เป็นการออกแบบและพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁸ (Transitional Care Model) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเน้นการประสานร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและ

ประสานกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ ประเมินผล (Research: R2) และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม (Design and Development : D2) เป็นขั้นตอนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริงของการให้บริการและประเมินผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยนำไปศึกษากับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตรงตามการวิจัยจำนวน 2 คู่ ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเดือนมีนาคม 2565

หลังจากสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ที่ได้ร่วมกับการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนคิดจากประสบการณ์ของการทดลองใช้ นำข้อมูลทั้งหมดมาปรับปรุงรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการให้เหมาะสมกับบริบทและมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นดังแสดงในรูปภาพที่ 1

ระยะที่ 4 การนำไปใช้จริงและประเมินผล (Research : R3) ผู้วิจัยนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายหลังการปรับปรุงแล้วไปใช้จริง ออกแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดหลังทดลอง(Quasi experimental design with two group post- test) โดยประเมินผล 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านและอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อายุตั้งแต่

วันที่ 1	กิจกรรมที่ 1 (30 นาที) พยาบาลและแพทย์ให้ความรู้เรื่องโรคแก่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย	วันที่ 2	กิจกรรมที่ 3 พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้และฝึกทักษะครั้งที่ 2 (1 - 2 ชั่วโมง) - พยาบาลให้ความรู้สิทธิและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดที่สามารถป้องกันได้ (ได้แก่ความปลอดภัยและการจัดการความเครียดแก่ญาติผู้ดูแล - ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยครั้งที่ 2 โดยให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ปฏิบัติและทีมสหสาขาวิชาชีพให้คำแนะนำใกล้ชิด (เช่น การทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ การทำอาหารที่ปลอดภัย) - ประเมินผลการปฏิบัติและประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม	วันที่ 3	กิจกรรมที่ 5 จำหน่าย (1 ชั่วโมง) - สรุปผลการดูแลผู้ป่วยในประเด็นสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง พยาบาลให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ซักถาม - พยาบาลประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผ่าน Smart COC / group line ศูนย์เยี่ยมบ้านให้แก่พยาบาลเยี่ยมบ้าน - ส่งมอบอุปกรณ์ยา เอกสาร	วันที่ 1-30 หลังจำหน่าย	กิจกรรมที่ 6 การติดตามเยี่ยมบ้าน - พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในสัปดาห์แรก - พยาบาลชุมชนติดตามเยี่ยมที่บ้าน 2 ครั้ง (day 14, 28) - ให้คำปรึกษา (call for help) แก่ญาติผู้ดูแลผ่าน group line เพื่อช่วยเหลือ - กรณีพยาบาลเยี่ยมบ้านมีปัญหา มีช่องทางให้คำปรึกษาผ่าน group line - ทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามรายงานได้จากระบบ Smart COC
	กิจกรรมที่ 2 พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้และฝึกทักษะครั้งที่ 1 (1 - 2 ชั่วโมง) - พยาบาลให้ความรู้สิทธิและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ทักษะการดูแลพื้นฐานและทักษะการดูแลขั้นสูง - ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลขั้นสูงแก่ญาติผู้ดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย (เช่น การทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ การทำอาหารที่ปลอดภัย) - ประเมินผลความเข้าใจและความมั่นใจในการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม		กิจกรรมที่ 4 พยาบาลฝึกทักษะแบบบูรณาการในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (ตลอดวัน) - ให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลพื้นฐานกิจวัตรประจำวัน และตามแผนการรักษาพยาบาลโดยมีพยาบาลเป็นผู้สังเกตตอบข้อซักถาม และให้คำแนะนำใกล้ชิด - ประเมินทักษะ ความมั่นใจของผู้ดูแลและผู้ดูแลเปิดโอกาสให้ซักถาม - อธิบายและสอนญาติผู้ดูแลในการใช้ group line เพื่อช่วยเหลือ - ให้ clip การปฏิบัติ และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อทบทวนความรู้และกิจกรรมการปฏิบัติต่าง ๆ - ประเมินความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมืออุปกรณ์ตามความจำเป็นที่บ้าน - พยาบาลประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่าย				

รูปภาพที่ 1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

18 ปีขึ้นไป 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 4) อ่านออกเขียนได้ สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusive criteria) ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพจิต 2) ผู้สูงอายุและ/หรือมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ส่วนเกณฑ์การยุติเข้าร่วมการวิจัย (terminate criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการวิจัย 2) มีการเปลี่ยนแปลงญาติผู้ดูแล 3) ญาติผู้ดูแล/ผู้ป่วยขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีสภาวะทางการแพทย์ที่ได้แก่ คะแนนการประเมิน Glasgow Coma Scale มากกว่า 10 คะแนน 2) กรณีผู้ป่วยให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ความดันโลหิตหลังให้ยาต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 180/105 มิลลิเมตรปรอทและผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง หลังให้ยา 24 ชั่วโมงไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ให้ยาละลายลิ่มเลือด ความดันโลหิตต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 220/120 มิลลิเมตรปรอท 3) ผู้ป่วยได้รับการประเมินว่ามีภาวะพึงพิง โดยมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยของ วาสนา มุลฐี⁹ เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ได้คำนวณหาขนาดของอิทธิพล (effect size) ได้ระดับ large effect size ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจใน

การทดสอบ (power) ที่ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คู่ แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้อยู่ในสถานการณ์โรคระบาด จึงได้ลดขนาดของกลุ่มตัวอย่างลงโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางของ Polit & Hungler¹⁰ ที่ระบุว่างานวิจัยกึ่งทดลองควรใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คู่

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (รูปภาพที่ 1) และเครื่องมือในการดำเนินการตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ได้แก่ 1) แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) แผนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติผู้ดูแล 3) คลิปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาโดยสถาบันประสาท และเขตรบริการสุขภาพที่ 7 และ 4) คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ และเครื่องมือดำเนินการตามรูปแบบวางแผนจำหน่ายฯ โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคระบบประสาทจำนวน 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน แล้วนำผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของญาติผู้ดูแล

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาอาชีพ

แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยในการดูแล จำนวนผู้ที่อยู่ในความดูแล และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

2.1.2 แบบประเมินความพร้อมในการดูแล (Preparedness Scale) พัฒนาขึ้นโดย Archbold & Stewart¹¹ แปลเป็นภาษาไทยโดยวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์¹² หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.88¹³ แบบประเมินนี้มี 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) การหาข้อมูล 4) การจัดการความเครียด 5) การดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) การจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 7) การดูแลผู้ป่วยด้านขอความช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likerts Scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพร้อมเลย คะแนน 4 หมายถึง มีความพร้อมมากที่สุด การแปลความหมาย คะแนนรวม 0-10 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับต่ำ คะแนนรวม 11-21 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับปานกลาง และคะแนนรวม 22-32 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับสูง

2.1.3 แบบประเมินความเครียดจากการดูแลโดยตรง พัฒนาโดย Archbold & Stewart¹¹ มีการแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์¹² การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.89¹⁴ แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 91 ข้อ โดยให้ตอบตามกิจกรรมที่ปฏิบัติ ถ้าไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ไม่ต้องให้คะแนน แต่ถ้าปฏิบัติกิจกรรมนั้น จึงให้ตอบตามระดับคะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likerts Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน ตอบ 0 หมายถึง ไม่ยากเลย 4 หมายถึง ยาก

มากที่สุด แปลผลคะแนนด้วยสถิติความเบ้ (skewness) ค่าคะแนนความเบ้ < 0 แสดงว่า ข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ > 0 แสดงว่า ข้อมูลเบ้ขวา ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านต่ำ

2.1.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เป็นขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งแปลและปรับปรุงภาษาโดย สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุลและคณะ¹⁵ ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.84¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 แบบ คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ประเมินองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likerts Scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนน 0 คะแนน หมายถึง รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก คะแนน 4 หมายถึง รู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก การแปลความหมายคะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-130 คะแนน คะแนนรวม 26-60 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนนรวม 61-95 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนรวม 96-130 หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ได้นำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพร้อมในการดูแล แบบประเมินความเครียดจากการดูแล

โดยตรง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแล เท่ากับ 0.72, 0.81 และ 0.83 ตามลำดับ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพการสมรส จำนวนผู้ดูแลหลัก ชนิดของการอุดตัน อาการสำคัญ โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพของสมองจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การรักษาที่ได้รับ คำปรึกษา ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะรักษาในโรงพยาบาล

2.2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล (The Barthel Activity of Daily Living Index) การศึกษาครั้งนี้ใช้ฉบับแปลเป็นไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา¹⁷ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.83¹⁸ ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน/การเคลื่อนที่ การแต่งกาย การอาบน้ำเช็ดตัว สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา และกระโถน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (bowels) การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ และการเดินขึ้นบันได คะแนนรวม 0-100 คะแนน การแปลความหมาย คะแนนรวม 0-20 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย คะแนนรวม 25-45 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย คะแนนรวม 50-70 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง คะแนนรวม 70-95 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก คะแนนรวม 100 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

2.2.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ โดยการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Centers of Disease Control and prevention¹⁹ แผลกดทับ ใช้เกณฑ์การประเมินของ National Pressure Ulcer Panel Advisory²⁰

2.2.4 แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ วันเดือนปีที่กลับมารักษาซ้ำ โรค/ปัญหาที่กลับมารักษาซ้ำ หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้รับการพิจารณาอนุมัติ เลขที่ MSKH_REC 65-01-031 COANO 65/031 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ การรักษาความลับของข้อมูล และใช้รหัสแทนกลุ่มศึกษา รวมถึงการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมการวิจัยจึงให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การดำเนินการวิจัย

1) ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปริญญาตรีจำนวน 2 คนซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการพิจารณาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ให้ผู้ช่วยวิจัย

ทั้ง 2 คนเข้าร่วมในทุกกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเข้าใจในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการประเมินผลลัพธ์ โดยผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้ดำเนินการตามแผนการทดลอง และผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์

2) การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนกับกลุ่มทดลอง การดำเนินการในกลุ่มควบคุมโดยเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามกิจวัตรปกติของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การให้ความรู้ ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายแก่ญาติผู้ดูแลเป็นเวลา 3 วัน ในวันจำหน่ายกลับบ้านผู้ช่วยวิจัยได้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประเมินความพร้อมในการดูแล ประเมินความเครียดจากการดูแลโดยตรง และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จากนั้นจึงทำการประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนเรื่อง ปวดบวม แผลกดทับและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาตามนัด ผู้ช่วยวิจัยได้ประเมินญาติผู้ดูแลเรื่อง 1) ความพร้อมในการดูแล 2) ความเครียดจากการดูแลโดยตรงและ 3) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ส่วนด้านผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและการกลับมารักษาซ้ำตามแบบประเมินที่กำหนดไว้

การดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง โดยเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่แล้วผู้วิจัยปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อกำหนดเป้าหมายและวางแผนการจำหน่ายร่วมกัน ร่วมกับการปรึกษากับญาติผู้ป่วยเพื่อพิจารณาคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่เหมาะสม หลังจากนั้น ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการฯ ดังรายละเอียดในรูปภาพที่ 1 และในวัน

จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ช่วยวิจัยได้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประเมินความพร้อมในการดูแล ประเมินความเครียดจากการดูแลโดยตรง และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จากนั้นจึงทำการประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนเรื่อง ปวดบวม แผลกดทับ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาตามนัด ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ประเมินญาติผู้ดูแลในเรื่อง ความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรง และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จากนั้นจึงทำการประเมินผู้ป่วยในเรื่องภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-Square test

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อมูลที่ได้ พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังกล่าว

4. การเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ จำนวน และร้อยละ

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อสรุปการสัมภาษณ์สหสาขาวิชาชีพ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ข้อสรุป 3 ประเด็น ดังนี้

1.1 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มักพบในผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ญาติผู้ดูแลมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย เช่น ได้รับการสอนจากพยาบาลแล้วแต่ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเมื่อกลับไปบ้าน มีการเปลี่ยนตัวญาติผู้ดูแลโดยนำผู้ที่ไม่ผ่านการสอนมาเป็นผู้ดูแล เป็นต้น

1.2 มุมมองการวางแผนจำหน่ายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพทุกฝ่ายตระหนักถึงหน้าที่และความรับผิดชอบในการร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการสอนญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการพัฒนาและปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีผลลัพธ์ที่ดีมากขึ้น

1.3 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมเสนอแนะโดยสรุป 8 ประเด็น ดังนี้ 1) ควรมีการสื่อสารแผนการรักษาเพื่อให้ทีมเข้าใจและวางแผนการดูแลไปในแนวทางเดียวกัน 2) ปรับปรุงวิธีการคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่เหมาะสม 3) ปรับปรุงการสอนและฝึกทักษะญาติผู้ดูแลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน

4) ปรับปรุงเอกสารความรู้ที่ให้แกญาติและมีสื่อการสอนที่ทันสมัย 5) การฝึกทักษะและประเมินผล การสอนญาติผู้ดูแล ตลอดจนประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน 6) มีการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้นและมีช่องทางการปรึกษาเมื่อมีปัญหา 7) เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาแกญาติผู้ดูแลที่บ้าน 8) ปรับปรุงการสื่อสาร/ส่งต่อปัญหาเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากพยาบาลในโรงพยาบาลสู่พยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านอิเล็กทรอนิกส์ (Smart Continuum of Care : Smart COC) และการหาแหล่งประโยชน์เพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน

2. ผลสรุปจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล

2.1 หัวข้อที่ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ส่วนใหญ่ได้รับการสอนในเรื่องที่สำคัญๆ ครบถ้วน ญาติผู้ดูแลบางรายหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง ดังเช่น “ได้รับการเตรียมความพร้อมจากพยาบาลช่วยสอนเรื่องโรค ให้หนังสือมาอ่านได้อ่านก็เข้าใจมากขึ้น พยายามทำตามที่พยาบาลสอน บางอย่างก็ไปค้นพบเอง อย่างการฝึกร้องเพลงในห้องน้ำ ทำให้ออกเสียงชัดขึ้น อันนี้ก็ไปเห็นในยูทูบเอามาทำ” และพบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุบางคนจำหัวข้อการสอนไม่ได้ “เพื่อก็นึกสอนอยู่ แต่จำไม่ค่อยได้ รู้แต่ว่าอย่างไม่ให้กินเค็ม กินหวาน ให้อยากแขนตะขบหน่อยๆ ให้แม่ช่วยทำด้วย หัดทำด้วย แต่แม่ก็จำได้บ้างไม่ได้บ้าง” ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าการสอนช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้มาก “สอนครับ สอนว่าต้องทำยังไง สอนดูดเสมหะ ทำแผล ให้อาหาร ป้อนอาหาร พลิกตัว ออกกำลังกายยังไง แก่งแขนยังไง ผมก็เอามาทำทุกอย่างไม่ขาดตามที่หมอสอน” “มีการสอนหลายอย่างคะ สอนให้อาบน้ำ เช็ดตัว ป้อนอาหาร มีหมอมามาพาออกกำลังกายก่อนกลับด้วย มาแนะนำให้อยากแขนยกขา แก่กลับบ้านก็ยกทั้งวัน”

2.2 ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่าญาติผู้ดูแลบางรายไม่สามารถแก้ปัญหาได้ สรุปได้ว่าเกิดจาก 1) ปัญหาด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ สูงอายุ สายตาไม่ดี และมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต 2) ปัญหาด้านเวลาและภาระงานของญาติผู้ดูแล 3) ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ 4) ปัญหาด้านสัมพันธภาพและการปรับตัวของผู้ป่วย ดังเช่น “มีปัญหาอยู่ละ ก็ดูได้เท่าที่ได้ แม่ก็สุขภาพไม่ค่อยดี เป็นเบาหวาน ความดันต้องกินยา โอ้ย ยาก หลายคุณหมอ เจ้าของก็ป่วย ต้องมาดูแลลูกที่ป่วยอีก เฮ็ดจ้งได้ได้ ก็เป็นแล้ว ต้องดูกันไป”

2.3 พยาบาลเยี่ยมบ้านมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยช่วยติดตามประเมินอาการของผู้ป่วย ประเมินความรู้และสอนทักษะเพิ่มในเรื่องที่ยังปฏิบัติไม่ได้ ญาติผู้ดูแลบางรายพอใจ ดังเช่น “พยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน ให้ออกก้าง เดินให้ดู ตอนแรกทำไม่ได้ พยาบาลก็พาหัดทำทำนั่นทำนี่” “พยาบาลมาเยี่ยมบ้าน เขาก็ดูแลให้คำแนะนำดี” แต่บางรายคิดว่า พยาบาลไม่สามารถแก้ไขปัญหาในบางอย่างได้ ดังเช่น “ไม่เคยปรึกษาพยาบาลเยี่ยมบ้าน เขาคงงานเยอะ คนไข้เยอะ ไม่ได้ดูเราคนเดียว”

2.4 ข้อเสนอแนะจากญาติผู้ดูแลมี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) เพิ่มเวลาการฝึกทักษะการดูแลเพื่อให้มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น 2) เพิ่มจำนวนครั้งของการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อช่วยประเมินอาการของผู้ป่วยให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจแก่ญาติผู้ดูแล 3) มีช่องทางติดต่อกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอรับคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแล และ 4) อยากให้

มีช่องทางช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาอื่น ๆ เช่น ต้องดูแลผู้ป่วยคนเดียว มีภาระการดูแลผู้ป่วยอื่น มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

3. ผลลัพธ์การทดสอบรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 30 คู่ เป็นกลุ่มทดลอง 15 คู่ และกลุ่มควบคุม 15 คู่ แต่เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม เสียชีวิตระหว่างการวิจัย 1 ราย จึงเหลือกลุ่มควบคุมจำนวน 14 คู่ ผลการวิจัยมีดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มทดลองมีเพศหญิง 12 ราย กลุ่มควบคุมมีเพศหญิง 11 ราย กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.67 ปี ($SD = 5.63$) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 48.14 ปี ($SD = 5.17$) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลายและไม่มีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสายตรงของผู้ป่วย ด้านรายได้กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยรายได้เฉลี่ยกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 6186.67$, $SD = 3278.91$) กลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 8985.71$, $SD = 4507.41$) จำนวนผู้ช่วยในการดูแล กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 1.87$, $SD = 1.46$) กลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.14$, $SD = 1.17$) และจำนวนผู้ช่วยในความดูแล กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 1.52$) กลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 4.64$, $SD = 1.34$) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ อายุการศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ย จำนวนผู้ช่วยผู้ดูแล และจำนวนผู้ช่วยในความดูแล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=29)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)	กลุ่มควบคุม (n=14)	χ^2	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	3 (20.0)	3 (21.4)	0.01	0.92
หญิง	12 (80.0)	11 (78.6)		
อายุเฉลี่ย (SD)	48.67 (5.63)	48.14 (5.17)	-0.26	0.79
การศึกษา			5.73	0.13
ประถมศึกษาต้น	5 (33.3)	0 (0)		
ประถมศึกษาปลาย	5 (33.3)	7 (50.0)		
มัธยมต้น/ปวช	1 (6.7)	1 (7.1)		
มัธยมปลาย/ปวส.	4 (26.7)	6 (42.9)		
โรคประจำตัวของผู้ดูแล			1.00	0.32
ไม่มี	12 (80.0)	13 (92.9)		
มี	3 (20.0)	1 (7.1)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			1.95	0.38
สามี/ภรรยา	4 (26.7)	5 (35.7)		
บุตรสายตรง	7 (46.7)	8 (57.1)		
ญาติ	4 (26.7)	1 (7.1)		
รายได้เฉลี่ย (SD)	6,186.67(3,278.91)	8,985.71(4,507.41)	1.901	0.70
จำนวนผู้ช่วยผู้ดูแลเฉลี่ย (SD)	1.87 (1.46)	2.14 (1.17)	0.57	0.578
จำนวนผู้ที่อยู่ในความดูแลเฉลี่ย (SD)	3.80 (1.52)	4.64 (1.34)	1.59	0.12

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 62.47 ปี (SD= 13.89) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.64 ปี (SD = 11.21) ทั้งสองกลุ่มพบการอุดตันชนิด Thrombosis มากกว่า Embolism และผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หอบหืด และไขมันในเลือดสูงตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง

เมื่อแรกรับ ($\bar{X}$ = 41.67, SD= 20.85) ก่อนจำหน่าย ($\bar{X}$ = 46.33, SD= 20.13) กลุ่มควบคุม เมื่อแรกรับ ($\bar{X}$ = 41.43, SD= 26.34) ก่อนจำหน่าย ($\bar{X}$ = 45.00, SD= 13.59) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีเพียงด้านเพศที่แตกต่างกัน ($p < .05$) ส่วนด้านอายุ ชนิดของการอุดตัน โรคประจำตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแรกรับและเมื่อจำหน่าย และภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะที่รักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=29)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)	กลุ่มควบคุม(n=14)	χ^2	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ			4.14	0.04*
ชาย	4 (26.7)	9 (64.3)		
หญิง	11 (73.3)	5 (35.7)		
อายุเฉลี่ย (SD)	62.47 (13.89)	64.64 (11.21)	0.47	0.65 t
ชนิดของการอุดตัน			0.109 ^a	0.74
Thrombosis	11 (73.33)	11 (78.57)		
Embolism	4 (26.67)	3 (21.43)		
โรคประจำตัว			0.006 ^a	0.94
ไม่มี	2 (13.3)	2 (14.3)		
มี	13 (86.7)	12 (85.7)		
โรคประจำตัวที่พบ(ตอบได้มากกว่า 1 โรค)				
ความดันโลหิตสูง	7 (46.67)	8 (57.14)		
เบาหวาน	6 (40)	6 (42.86)		
หัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation)	5(33.33)	1 (7.14)		
ไขมันในเลือดสูง	0	2 (14.29)		
ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะรักษาในรพ.			0.08	0.78
ไม่มี	10 (66.67)	10 (71.43)		
มี	5 (33.33)	4 (28.57)		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน				
แบกรับเฉลี่ย (SD)	41.67 (20.85)	41.43 (26.34)	-0.03	0.98 t
จำหน่ายเฉลี่ย (SD)	46.33 (20.13)	45.00 (13.59)	-0.21	0.84

เปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรงและคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มของผู้ดูแลกลุ่มทดลองระหว่างก่อนจำหน่ายกลับบ้านและหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่าความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรงและคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ($t = -1.28$, $p = 0.22$, $t = 0.22$, $p = 0.83$, $t = 2.03$, $p = 0.06$ ตามลำดับ)

ในส่วนของผู้ดูแลกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลก่อนจำหน่าย ไม่แตกต่างจากหลังจำหน่าย 1 เดือน ($t = -1.93$, $p = 0.75$) แต่ค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลโดยตรงหลังจำหน่าย 1 เดือน สูงกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = -4.45$, $p = 0.001$) และค่าคะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังจำหน่าย 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.03$, $p = 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรงและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลภายในกลุ่มของญาติผู้ดูแลระหว่างก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

การประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=15)				กลุ่มควบคุม(n=14)			
	$\bar{X}$	SD	t	p-value	$\bar{X}$	SD	t	p-value
1. ความพร้อมในการดูแล								
- ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	20.67	7.51	-1.28	0.22	15.36	5.99	-1.93	0.75
	(max = 32 min = 10)				(max = 28 min = 9)			
- หลังจำหน่าย 1 เดือน	23.53	4.19			18.43	4.50		
	(max = 31 min = 13)				(max = 24 min = 13)			
2. ความเครียดจากการดูแลโดยตรง								
- ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	53.47	27.03	0.22	0.83	58.71	26.30	-4.45	0.001**
	(max =114 min = 1)				(max =106 min = 9)			
- หลังจำหน่าย 1 เดือน	51.93	23.91			106	31.61		
	(max =89 min =15)				(max =151 min =37)			
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล								
- ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	94.93	11.34	2.03	0.06	83.71	9.06	3.03	0.01*
	(max =115 min = 80)				(max =109 min =70)			
- หลังจำหน่าย 1 เดือน	85.80	11.01			72.71	11.93		
	(max = 105 min = 69)				(max = 89 min =42)			

*p < .05., **p<.01

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลความเครียดจากการดูแลโดยตรงและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ระหว่างญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายกลับบ้านพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อม

ในการดูแลและค่าคะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.11$, $p = .04$, $t = -2.95$, $p = .007$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลโดยตรงของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($t = 1.51$, $p = 0.60$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรงและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม(n=14)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ความพร้อมในการดูแล	20.67	7.51	15.36	5.99	-2.11	0.04*
2. ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	53.47	27.03	58.71	26.30	1.53	0.60
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	94.93	11.34	83.71	9.05	-2.95	0.007**

*p < .05., **p<.01

เปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรง และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแล และคุณภาพชีวิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($t = -3.16, p = .004, t = -3.07, p = .005$ ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลโดยตรงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.59, p = .000$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรงและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจำหน่าย 1 เดือน

หลังจำหน่าย 1 เดือน	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม(n=14)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ความพร้อมในการดูแล	23.53	4.19	18.43	4.50	-3.16	.004*
2. ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	51.93	23.91	106	31.61	4.59	.000**
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	85.80	11.01	72.71	11.93	-3.07	.005*

* $p < .01$, ** $p < .001$

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่พบภาวะแทรกซ้อน ส่วนการกลับมารักษาซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำจำนวน 2 ราย ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจำหน่าย 1 เดือน

หลังจำหน่าย 1 เดือน	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม(n=14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะแทรกซ้อน	0	0	0	0
2. การกลับมารักษาซ้ำ	0	0	2	14.29

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นหญิงและเป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกาญจน์ ปักซี่²¹ อธิบายได้ว่า สังคมไทยปลูกฝังค่านิยมให้ผู้หญิงต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว

โดยเฉพาะในระหว่างเจ็บป่วย ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นบุตร ส่วนระดับการศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีภาระการประกอบอาชีพนอกบ้าน จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการให้การดูแลผู้ป่วย สอดคล้อง

กับการศึกษาของนันทกาญจน์ ปักษ์²¹ และจรรยาลักษณ์ ป้องเจริญและจันทร์ฉาย มณีวงศ์²² สำหรับจำนวนผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีจำนวน 1-2 คน สอดคล้องกับการศึกษาของอรัทัย บุญวงศ์ และคณะ¹³ การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งดีซึ่งช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาในการผ่อนคลาย ไม่รู้สึกวุ่นวายตนเอง รับภาระมากเกินไป

ในส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเป็นผู้หญิง (กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 62.47, SD 13.89 และกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 64.64, SD 11.21) สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบมากในผู้สูงอายุและการเกิดในวัยสูงอายุ ความชุกของโรคจะเกิดกับเพศหญิงมากกว่าเพศชาย²³ นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุของโรคเกิดจาก Thrombosis มากกว่า Embolism สอดคล้องกับผลการสำรวจความชุกของโรคหัวใจ ศิริยงค์²⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นชนิด Thrombosis ร้อยละ 82.6 และ Embolism ร้อยละ 14.1 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด รองลงมาคือ เบาหวาน หัวใจห้องบนลิ้นหัวใจรั่ว และไขมันในเลือดสูงซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{9,24-25}

ผลการวิจัยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลไม่แตกต่างไปจากก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($p>.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการวางแผนตั้งแต่การคัดเลือกญาติ มีการปรับปรุงการสอนและการประเมินผลการสอน มีระบบการส่งต่อพยาบาลชุมชนเพื่อให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีระบบ

การให้คำปรึกษาจากทีมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาผ่าน group line เพื่อช่วยเหลือเพื่อน รวมถึงพยาบาลชุมชน เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลก็สามารถปรึกษากับทีมสุขภาพได้เช่นกัน ทำให้สามารถแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล/ผู้ป่วยได้แม้จะกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วก็ตาม ทำให้ผลคะแนนการประเมินความพร้อมในการดูแลไม่ต่างจากหลังการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับแนวคิดของ Naylor⁸ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล (care giver engagement) และความรับผิดชอบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (accountability/clinician/Team) มีผลทำให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองประเมินตนเองว่ามีความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิมล บุตรรัตน์²⁶ ที่ศึกษาโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันก่อนจำหน่ายกลับบ้านพบว่า กลุ่มทดลองมีความพร้อมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) อย่างไรก็ตามผลวิจัยนี้มีความแตกต่างกับการศึกษาของนันทกาญจน์ ปักษ์²¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อม ความเครียด การปรับตัวและความพึงพอใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองหลังจำหน่าย 1 เดือนสูงกว่าก่อนจำหน่าย ความแตกต่างของผลการวิจัยอาจเกิดจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ต่างกัน และสถานการณ์ของการศึกษาแตกต่างกัน

ในส่วนของความเครียดจากการดูแลโดยตรงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลโดยตรงไม่ต่างจากก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ให้ความสำคัญกับผลกระทบทางลบที่จะเกิดกับญาติผู้ดูแลโดยเฉพาะในเรื่องความเครียด จึงได้ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองและการจัดการความเครียดในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการเปิดช่องทางในการให้คำปรึกษาผ่าน group line และเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแหล่งในการขอคำปรึกษาเมื่อมีความเครียด อีกทั้งผู้วิจัยยังได้มีการโทรศัพท์ติดตามสอบถาม ประเมินปัญหา และให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วย จึงทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลโดยตรงจึงไม่เพิ่มขึ้นและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ เสียบเลิศหิรัญ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา²⁷ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกวิธีการแก้ไขปัญหาคือความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีระดับความเครียดน้อยกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลการพยาบาลตามปกติ

สำหรับความเครียดจากการดูแลโดยตรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากแบบประเมินความเครียดนี้เป็นการประเมินความเครียดจากการดูแลโดยตรง แต่ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลยังไม่ได้มีบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองอย่างอิสระ เป็นเพียงการเรียนรู้จากบุคลากรสุขภาพโดยได้รับการกำกับดูแลและให้ความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความอบอุ่นใจ ไม่ต้องกังวลในการดูแลผู้ป่วย

มากนัก อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนและให้กำลังใจในระหว่างการฝึกดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ไม่มีความเครียดที่เกิดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดของการดูแลโดยตรงจึงมีไม่มากและไม่มีแตกต่างไปจากกลุ่มควบคุม

ในส่วนของคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในกระบวนการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลมีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการความเครียดจากการดูแลโดยตรง ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการจัดการความเครียดของตนเองในระหว่างดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และสามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ประกอบกับกระบวนการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย มีผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจเห็นคุณค่าในตนเองและมองเห็นสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยที่จะต้องเผชิญเมื่อกลับไปอยู่บ้านว่าตนสามารถจัดการและควบคุมได้ ทำให้ประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ด้านคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนไม่ต่างไปจากก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นการมองญาติผู้ดูแลแบบองค์รวมและคำนึงถึงสวัสดิภาพทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลไปพร้อม ๆ กัน โดยมุ่งการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ผนวกกับการสอนญาติผู้ดูแลให้มีความรู้และความสามารถจัดการ

ความเครียดของตนเองในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยได้ ร่วมกับการมีช่องทางหลายช่องทางในการขอความช่วยเหลือ เป็นผลให้ญาติผู้ดูแลรับรู้การรับบทบาทของผู้ดูแลไม่ยากลำบาก อีกทั้งเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถให้การดูแลคนที่ตนรักได้ การประเมินคุณภาพชีวิตจึงไม่ลดลงและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Shyu YL, Kuo LM, Chen MC and Chen ST (2010)²⁸ ที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 158 ราย โดยญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และส่งเสริมการรับรู้ต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าหลังจำหน่ายญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ ทั้งนี้อาจเกิดจากระยะเวลาในการประเมินภาวะแทรกซ้อนในระยะเวลา 1 เดือนนั้นเป็นช่วงสั้น ภาวะแทรกซ้อนอาจยังไม่เกิดขึ้น อาจต้องติดตามโดยใช้เวลาในการประเมินให้ยาวนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา มูลฐิ²⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่พบว่าหลังจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ส่วนผลลัพธ์ของการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 14.29) ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบว่ามีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยอธิบายได้ว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ส่วนหนึ่งเน้นการให้ความรู้ญาติผู้ดูแลในการควบคุมโรคร่วมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำตามมา รวมถึงมีระบบการส่งต่อไปยังพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามและช่วยเหลือญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง อีกทั้งยังมีระบบในการปรึกษาเมื่อมีปัญหาทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขในระยะเริ่มแรกและสามารถควบคุมอาการได้ไม่เกิดภาวะความเจ็บป่วยที่ต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญพิมล เกณสาคร, เตือนใจ ลินอำไพ สิทธิ และวีรยุทธ ศรีทุมสุข²⁹ ที่ศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายโดยเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำใน 1 เดือน พบว่า กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม 2 ราย ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเช่นกัน

สรุป ผลการวิจัยสนับสนุนรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการฯ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ลดความเสี่ยงจากการมีความเครียดจากการดูแลโดยตรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงแตกต่างกัน ดังนั้นการดำเนินการวิจัยจึงจำเป็นต้องพิจารณาตามสถานการณ์ที่ปรับเปลี่ยนในแต่ละช่วงเวลา เช่น นโยบายของโรงพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคสู่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่จะลดระยะเวลาในการวางแผนจำหน่ายจากเดิม 5 วันเหลือ 3 วัน ในช่วงที่มีการระบาดรุนแรง พยาบาลชุมชนจะงดการเยี่ยมบ้าน แต่เปลี่ยนเป็นใช้โทรศัพท์ติดตาม

และให้คำแนะนำผ่านทางโทรศัพท์แทนการเยี่ยมเป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษาได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาลในการสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้อย่างเป็นทางการ โดยผ่านการให้ความรู้กับบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันในการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ นี้ไปใช้ และตระหนักในบทบาทความรับผิดชอบของตนเอง ในการร่วมมือเพื่อให้ได้ผลลัพธ์กับผู้รับบริการตามเป้าหมายของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่ความเป็นเลิศของการให้บริการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายในภาวะปกติก่อนเกิดโรคระบาดโควิด-19 มีระยะเวลา 5 วัน ภายหลังการเกิดโรคระบาด นโยบายของโรงพยาบาลลดการวางแผนจำหน่ายเหลือ 3 วัน และควรติดตามประเมินผลในระยะยาวมากขึ้น เช่น 3 เดือน 6 เดือน เป็นต้น

References

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of stroke: United States, 2006–2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012;61:379–82.
- Division of strategy and planning, Office of the permanent Secretary, Ministry of public health. Reported public health status of Thailand 2020. Bangkok: the printing office to assist veterans organization; 2020.
- Division of Information, Mahasarakham Hospital. Reported data of patients with stroke 2021. Mahasarakham: the printing office to assist veterans organization; 2021.
- Division of non-communicable diseases, Department of Disease Control. Ministry of public health. Reported number and rate of inpatients with stroke. Bangkok: the printing office to assist veterans organization; 2018. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
- Chuyingsakulit N, Chanchai A, Gadudom P, Kaewdang K. Quality of life of acute ischemia stroke patients in the stroke unit, Rayong Hospital. Journal of Phrapokklao Nursing College 2016; 27: 54–64. (in Thai)
- Yubolchit N, Praekhao C, Tiamkao S. Quality of life of acute ischemia stroke patients in middle secondary hospital in health region 7. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2019; 14: 15–36. (in Thai)
- Chayawatto C. Depression in the caregivers of stroke patients. Region 4–5 Medical Journal 2016; 35: 14–27. (in Thai)
- 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 [internet]. 2017 [cited 2021/11/9]. 65;1119–1125. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/315776473>
- Moonthee W, Mongkong S, Sirapo-ngam Y, Leelacharas S. Effect of transitional care program for stroke patients and family caregivers for patient's activities of daily living, complication and satisfaction. Thai Journal of Nursing Council 2016; 31: 133–48. (in Thai)
- Polit DF and Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999.
- Archbold PJ, Stewart BJ. Family Caregiving Inventory [Unpublished manuscript] Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.

12. Wirojratana V. Development of the Thai family care inventory [Doctoral dissertation, Portland: Oregon Health & Science University; 2002].
13. Boonchuwong O, Saneha C, Pinyopasakul W, Nilanont Y. Factors influencing readiness of caregivers of patients with stroke before hospital discharge. Journal of Nursing Science 2017; 35: 46–5. (in Thai)
14. Sutthilak C, Wirojratana V, Puwarawuttipanit W, Cheewakriengkrai L. Factors predicting health status on caregivers of elderly people with dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 9: 191–99. (in Thai)
15. Mahatnirankul S. Comparision of the World Health Organization's quality of life survey, a set of 100 indicators and 26 indicators. Chaingmai: Suanprung Psychiatric Hospital; 1998.
16. Nakasuwan V. The effectiveness of health promotion program for the elderly on the quality of life in the community. Journal of The Police Nurses 2020 ; 12: 171–80. (in Thai)
17. Neurological Institute of Thailand. Clinical nursing guideline for stroke. Bangkok: Tanapress; 2016.
18. Piumboriboon K, Pongcharoen C. Development of care model for stroke in Choapraya Yommaraj Hospital at Supanburi. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2018 ; 19: 191–99. (in Thai)
19. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Guide to diagnosis of infections in hospitals. Bangkok: Aksorngraphic & desing; 2018.
20. Haesler E, et al. Prevention and treatment of pressure ulcers: reference guidelines [internet]. 3nd ed. EPUAP/ NPIAP/PPPIA: 2019[cited in 2022 March 29]. Available from: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2021/04/qrg-2019-thai-04-21.pdf>
21. Paksee N, Sirapo-ngam Y, Monkong S, Leelacharas S. Effect of transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation and satisfaction [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2015.
22. Pongcharoen C, Maneewong J. The effects of preparing program on readiness among hemorrhagic stroke patient caregiver before discharge at Chaophara Yommaraj Hospital, Suphanburi. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2013 ; 21: 58–70. (in Thai)
23. Towanabot S, Hanchaiphiboolkul S, Tantirittisak T, Termklinchan T, Laoratanasaeng L, Traicharoenwonr J. Stroke. In: Makornsan S., editor. Thailand medical service profile 2011–2014 [internet]. 1st ed. Bangkok: Department of Medical service; 2014 [cited 2020 July 7]. Available from: <http://training.dms.moph.go.th/rtdc/article/2>
24. Siriyong W. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Kanchanadit Hospital. Region 11 Medical Journal 2018; 32: 863–70. (in Thai)
25. Tiamkao S. Controlling high blood pressure in stroke patients. North–Eastern Thai Journal of Neuroscience 2021; 16: 14–20. (in Thai)
26. Budratana S. Effects of discharge preparedness program among primary caregivers of patients with ischemic stroke in NongBuaLamphu Hospital. Nursing, Health, and Education Journal 2020; 3: 56–64. (in Thai)
27. Riablershirun S, Kespichayawattana J. Theeffect ofproblem solving approach program on stress of family caregivers taking care of elderly stroke survivors. Journal of The Police Nurse 2018; 10: 21–9. (in Thai)

28. Shyu YL, Kuo LM, Chen MC and Chen ST. A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2010 [cited 2022 July 23]; 19:1675–85. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2009.03124.x>
29. Kensakoo T, Sinumpaisit T, Srithumsuk W. The effectiveness of discharge planning's clinical nursing practice guideline on activity daily livings, hospital readmission and quality of life in ischemic stroke patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020; 21: 215–24. (in Thai)