

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน
จากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล

Effects of a Hospital-to-Home Transitional Care Program on Activities of Daily
Living, Patients' Complications, and Self-Management Ability of Caregivers

วิรัตน์ นิลสวัสดิ์*

Wirarat Nilsawaddi*

โรงพยาบาลสงขลา*

Songkhal Hospital*

(Received: September 24, 2022; Revised: October 21, 2022; Accepted: October 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล โรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือนมีนาคม - กันยายน 2564 รวม 34 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเอง มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Dependent t-test และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2) หลังใช้โปรแกรม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และ 3) ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการตนเองหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านไปปรับใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในแผนกอื่น ๆ ตลอดจนการนำไปขยายผลให้โรงพยาบาลชุมชน เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน, ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน, ความสามารถในการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ดูแล

*ผู้ให้การติดต่อ: วิรัตน์ นิลสวัสดิ์ e-mail: wirarat-n@hotmail.com

Abstract

This one group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to examine the effects of a hospital-to-home transitional care program on activities of daily living, patients' complications, and self-management ability of caregivers, Songkhla Hospital. Sample were 34 patients with stroke and their caregivers who were admitted to the stroke unit, Songkhla Hospital from March to September 2021. Samples were purposefully chosen based on research criteria. Research instruments consisted of the hospital-to-home transitional care program, the Barthel activities of daily living index, and a self-management ability questionnaire. The Item-Objective Congruence Index (IOC) ranged from 0.67-1.00, and the Cronbach alpha coefficient of self-management ability questionnaire was 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics, a dependent t-test, and the Wilcoxon signed ranks test.

The results were found as follows: 1) after program completion, patients with stroke had significantly higher activities of daily living than before enrolling to the program ($p\text{-value} = 0.001$) 2) after program completion, there were no patients' complications after hospital discharge 3) after program completion, caregivers had significantly higher self-management ability than before enrolling to the program ($p\text{-value} < 0.001$). Therefore, the hospital-to-home transitional care program should be applied to other departments for patients before hospital discharge and it should be extended to community hospitals for continuous care of patients with stroke.

Keywords: Hospital-to-Home Transitional Care Program, Activities of Daily Living, Self-Management Ability, Patients with Stroke, Caregivers

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกว่าอัมพฤกษ์หรืออัมพาต คือ ภาวะที่ระบบหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลกและมีคนพิการถาวร 5 ล้านคน ในขณะที่ผู้เสียชีวิต 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียที่สำคัญทั้งในเพศชายและเพศหญิงและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม การดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงหลายระดับโดยประมาณร้อยละ 20 จะหายเป็นปกติ ร้อยละ 60 ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องระยะหนึ่งจึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อีกร้อยละ 20 ต้องการคนดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลาจากการที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มีโอกาสดังกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

คือ ตัวผู้ป่วย สื่อ และอิทธิพลจากครอบครัว (ปรารณา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย, 2560) เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดภาวะเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่สำคัญเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลต้องใช้พลังความสามารถเพื่อดูแลและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Orem, 1991) ซึ่งเป็นผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย (ธีรนาถ ห่านิธิสัย และปริญญญา แร่ทอง, 2556) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ได้มากที่สุด ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล

โรงพยาบาลสงขลาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่มีศูนย์การดูแลต่อเนื่องภายใต้การบริหารงานของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิคือทำหน้าที่ในการการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย จัดระบบเยี่ยมบ้านระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามและประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่าง ปีพ.ศ. 2560 – 2562 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจำนวน 328 ราย 320 ราย และ 336 ราย ตามลำดับ โดยมีการวางแผนก่อนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและการดำเนินงานด้านดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมายังขาดการกำหนดปัญหาร่วมกันส่งผลให้ขาดความเชื่อมโยงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน กระบวนการดูแลไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ปัญหาการวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลรัฐบาลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้าน พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบชัดเจน ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครอบคลุมในทุกขั้นตอน ขาดความต่อเนื่องขั้นตอนการปฏิบัติและยังไม่ต่อเนื่องถึงบ้านผู้ป่วย โดยเฉพาะขาดการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลด้านการปรับตัว ความมั่นใจ ความเครียด สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะเฉพาะก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเท่านั้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2556) จึงเกิดความเครียดในการเรียนรู้ (Camak, 2015) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมามีการประเมินผลลัพธ์หลังจากการสิ้นสุดโปรแกรมโดยทันทีและไม่ได้มีการติดตามประเมิน ซึ่งอาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดไม่สามารถปรับตัวได้ และผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาภายหลังได้ (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2556) การเตรียมความพร้อม แก่ผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล การวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ การได้รับความรู้อย่างเพียงพอ (Camak, 2015; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว การมีกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ตลอดจนเสียสละประโยชน์ส่วนตน (Qiu, Sit, & Koo, 2018) ช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยและฝึกฝนอย่างชำนาญ ส่งผลให้สามารถจัดการปัญหาที่ต้องเผชิญได้เหมาะสม

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการนำรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านมาเชื่อมช่องว่างการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านเพื่อป้องกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเข้ารับการรักษซ้ำจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อจากแผลกดทับ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในโรงพยาบาล (กนกวรรณ ช้างโรจน์, ละเอียด แจ่มจันทร์ และจินตนา อาจสันเทียะ, 2563; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัศววิเศษ, 2545) ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านตามแนวคิดของ Naylor (2002) ขึ้นโดยกำหนดโปรแกรมการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย ตั้งแต่การดูแลในระยะเฉียบพลันตามแนวปฏิบัติร่วมกับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความรู้เกี่ยวกับโรคโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ 2) ระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมที่บ้านและเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อระหว่างการดูแลจากโรงพยาบาลกับการดูแลที่บ้าน ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล โรงพยาบาลสงขลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
2. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลสงขลาหลังใช้โปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

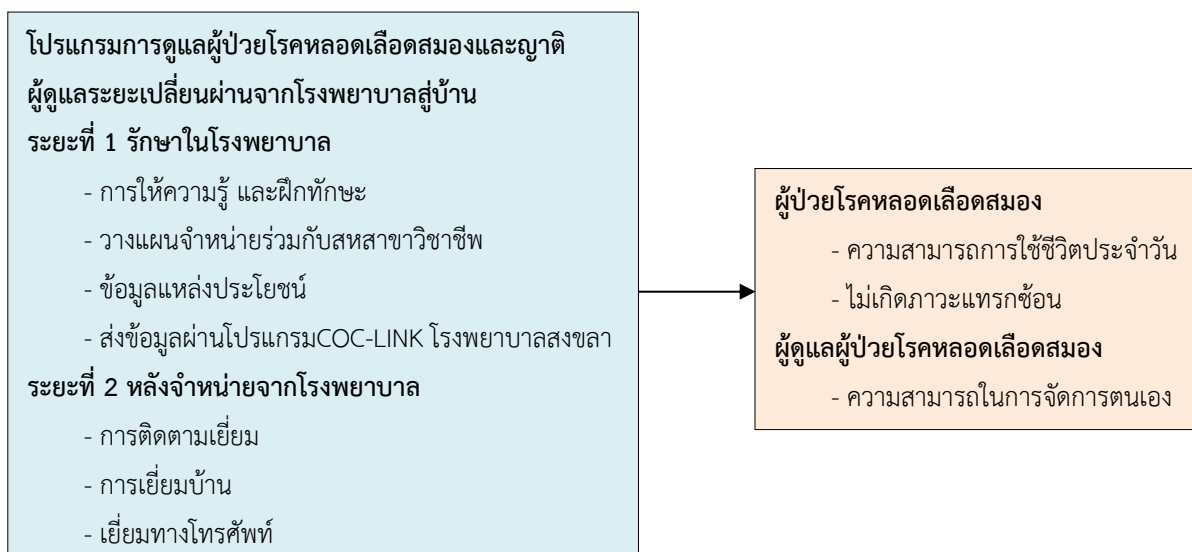
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลสงขลา มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น
2. หลังใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลสงขลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. หลังใช้โปรแกรมฯ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลสงขลา มีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเนลเลอร์ (Naylor, 2002; Naylor, Broton, Campbell, Maislin, McCauley, & Schwartz, 2004; Naylor, & Keating, 2008) ซึ่งมีการกำหนดโปรแกรมการดูแล 2 ระยะ คือ 1) ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย เริ่มตั้งแต่การดูแลในระยะเฉียบพลันตามแนวปฏิบัติร่วมกับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความรู้เกี่ยวกับโรคโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ร่วมกับทีมสุขภาพ 2) ระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมที่บ้านและเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน โดยการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เป็นการวางแผนและจัดสรรบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายอย่างเป็นองค์รวม มีการประสานงานของสหวิชาชีพในการสนับสนุน และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณี รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อการให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างมั่นใจและปลอดภัย นอกจากนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991) ที่กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency (SCA)) ว่าบุคคลสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งในระดับความสามารถขั้นพื้นฐาน ได้แก่ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ความเข้าใจในตนเองตามสภาพจริง และความสามารถมีความสามารถในการจัดระบบจัดการ ควบคุมตนเองให้เกิดการเรียนรู้ ใช้เหตุผล และสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนตัดสินใจเลือกดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลอื่นภายใต้หลักการบุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-Test, Post-Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง กันยายน 2564 จำนวน 68 คน เป็นผู้ป่วย 34 คน ผู้ดูแล 34 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis

(Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) เลือก Test Family เป็น T-Tests, กำหนด Statistical Test เป็น Means: Differences between Two Dependent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น (Power of Analysis) เท่ากับ 0.95 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 27 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก
2. มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 5-11 คะแนน
3. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยไม่มีความบกพร่องด้านรู้คิด
4. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วย

1. อาการของโรครุนแรงขึ้นระหว่างนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผลทำให้ต้องย้ายเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนัก หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. ย้ายสถานพยาบาลหรือไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่าย
3. ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ดูแล

1. ผู้ดูแลหลักที่มีอายุตั้งแต่ 18-70 ปี มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติ รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก
2. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
3. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดออกผู้ดูแล

1. เปลี่ยนผู้ดูแลหลัก
2. ไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้ และฝึกทักษะ วางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ข้อมูลแหล่งประโยชน์ และส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม COC-LINK โรงพยาบาลสงขลา ระยะที่ 2 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้แก่ การติดตามเยี่ยมการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมทางโทรศัพท์ และส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม COC-LINK โรงพยาบาลสงขลา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การเป็นหัวหน้าครอบครัว และสิทธิในการรักษาพยาบาล

2.2 แบบประเมินความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อ จาก 0 คะแนน ถึง 2 คะแนน มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ จาก 10 กิจกรรม มีคะแนนรวม 0 - 20 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) ดังนี้

0 - 4 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์
5 - 8 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพารุนแรง
9 - 11 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพานกลาง
12 - 20 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุไม่มีการพึ่งพา

2.3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.4 แบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยประกอบด้วยภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พัฒนาจากเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรม คู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Centers for Disease Control and Prevention) และการเกิดแผลกดทับใช้เกณฑ์การประเมินของ Edsberg และคณะ (2016)

2.5 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินของกองการพยาบาล (2563) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ (Rating Scale) จากระดับ 5 หมายถึง ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องสม่ำเสมอ ถึงระดับ 0 หมายถึง ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน แบบประเมินความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน แบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน และแบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ และอาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามพบว่าแบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนและเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสงขลา และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย จากนั้นอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามดังต่อไปนี้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-Test) แบบสอบถามความสามารถการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และแบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านดังนี้

ระยะที่ 1 รักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 1-2 ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยการสอนแก่ผู้ป่วยพร้อมญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคลตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไปของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2558) ให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจ ความสามารถจัดการตนเองบทบาทผู้ดูแลให้ญาติผู้ดูแลหลัก และติดตามฝึกทักษะและให้สาธิตเกี่ยวกับทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย 2) การจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพการท่ายกย่ำขา 4) การฝึกการกลืน 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ 6) การสังเกตอาการผิดปกติ

ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พร้อมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก กำหนดเป้าหมายการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ติดตามผู้ป่วยตามระบบนัด ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่รับผิดชอบดูแล หรือกรณีมีอาการผิดปกติฉุกเฉินที่ต้องไปโรงพยาบาลอย่างทันที โทรศัพทหมายเลข 1669

ระยะที่ 2 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ ติดตามปัญหาผู้ป่วยและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลหลักและการพบแพทย์ตามนัด

1 เดือนหลังจำหน่าย เยี่ยมบ้านตามแนวคิด INHOMESSS ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่ส่งต่อจากโรงพยาบาล ให้สาธิตการฟื้นฟูสภาพการท่ายกย่ำขา สังเกตความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำ ให้การสนับสนุนและให้ความรู้จากปัญหาที่พบและ

ให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหารายบุคคล ให้คำปรึกษา และสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจให้ญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน

บันทึกข้อมูลผู้ป่วยเยี่ยมบ้านในโปรแกรม COC-LINK โรงพยาบาลสงขลา ส่งต่อให้หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยรักษาขณะอยู่ที่โรงพยาบาล เพื่อรับทราบประวัติการเจ็บป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และผลการดูแลผู้ป่วยไปตามแผนการดูแลตามแนวทางของโรงพยาบาล

3 เดือนหลังจำหน่าย ติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยประเมินผลและสอบถามปัญหาผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการดูแลรวมทั้งให้คำปรึกษา และสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจให้ญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน ประเมินคะแนนความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแล

หลังครบโปรแกรมการทดลองผู้ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความสามารถการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และแบบสอบถาม ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล (Post-Test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติ Dependent Sample t-test

3. เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลสงขลา ก่อนและหลังใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (Shapiro-Wilk Test, $p\text{-value} < 0.001$)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสงขลา ได้รับใบรับรองหมายเลข SKH IRB 2020-Nrt-IN3-0718 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 และผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด ประกอบด้วย 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวม แบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็น ความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่องานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.90 มีอายุเฉลี่ย 64.44 ปี (S.D.=9.74) อายุต่ำสุด 43 ปี อายุสูงสุด 88 ปี สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 70.40 มีอาชีพค้าขายร้อยละ 25.90 มีรายได้ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่ายและมีหนี้สินร้อยละ 48.10 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลแบบบัตรทองร้อยละ 70.40 สำหรับผู้ดูแลเป็นเพศหญิงร้อยละ 77.80 มีอายุเฉลี่ย 64.44 ปี (S.D.=9.74) อายุต่ำสุด 43 ปี อายุสูงสุด 88 ปี สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 77.80 การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 40.70 มีอาชีพค้าขายร้อยละ 33.30 มีรายได้เพียงพอร้อยละ 55.60 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรร้อยละ 55.60

2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

พบว่า หลังใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (n=34)

ความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้โปรแกรม	11.00	2.32	13.132	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	16.44	2.98		

*p-value < 0.001

3. ร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านพบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับโปรแกรม	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะปอดอักเสบ	0	0
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	0	0
แผลกดทับ	0	0

4. ความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถจัดการตนเองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแลและหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (n = 34)

ความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแล	Mean	S.D.	Z	P-value
ก่อนใช้โปรแกรม	2.08	0.64	4.126	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	4.53	0.34		

*p-value < 0.001

การอภิปรายผล

หลังใช้โปรแกรม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวเป็นโปรแกรมที่มีกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโดยตรง เช่น การสาธิตการทำกายภาพบำบัด การสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำและให้ความรู้จากปัญหาที่พบตลอดจนการสอนให้ผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้านตามหลัก INHOMESSS ซึ่งเป็นการให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ที่เน้นการช่วยให้ผู้ป่วยหรือบุคคลสามารถทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งในระดับความสามารถขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ความเข้าใจในตนเองตามสภาพจริง และความสามารถมีความสามารถในการจัดระบบจัดการ ควบคุมตนเองให้เกิดการเรียนรู้ ใช้เหตุผล และสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนถึงเลือกที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา มุลธิ์, สุปรียา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ ลีลาจรัส (2559) พบว่าผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ส่งผลให้หลังการจำหน่าย 1 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกัน รวมทั้งการศึกษาของโบทัน บุญอยู่ (2563) พบว่าผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านทั้งในระยะขณะอยู่ในโรงพยาบาลและระยะหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความมั่นใจและสามารถเผชิญปัญหาด้านการบรรเทาความรู้สึกลึกซึ้งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้ผลวิจัยพบว่าหลังใช้โปรแกรม ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล เป็นโปรแกรมที่มีกิจกรรมสำคัญเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 2 ระยะ คือ ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย และระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน (Naylor, 2002; Naylor & Keating, 2008) โดยในระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลญาติผู้ดูแลจะได้รับการให้คำปรึกษา การสนับสนุนด้านจิตใจ การเสริมพลังอำนาจ การฝึกทักษะ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การจัดท่านอน และการพลิกตะแคงตัว การฟื้นฟูสมรรถภาพ การทำกายภาพบำบัด การฝึกการกลืน การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และการสังเกตอาการผิดปกติตลอดจนการร่วมวางแผนกับทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ในขณะที่ในระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมพยาบาลเวชปฏิบัติและทีมสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง และเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายใต้การส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม COC-LINK ของโรงพยาบาล

สงขลา ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ดูแลมีความมั่นใจต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลโดยวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ ให้ความรู้ สร้างการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว แนะนำกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและช่วยลดภาระให้กับผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของวีรวัดน์ จิตจุ (2561) พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้ การเสริมสร้างเจตคติ การสอนเกี่ยวกับเทคโนโลยี มีผลทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความรู้ เจตคติ และทักษะปฏิบัติมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Cheng, Chair, & Pak-Chun Chau (2014) พบว่าการให้โปรแกรมทางจิตสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะการดูแล รวมทั้งทักษะการจัดการความเครียด

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน สามารถนำรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในการจัดการให้ผู้ดูแลได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ให้ความรู้ อย่างเพียงพอแก่ผู้ดูแล ตลอดจนแนะนำกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วย
2. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลและะยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลแบบไร้รอยต่อตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนถึงอยู่บ้าน รวมทั้งมีการเตรียมพัฒนาทักษะการดูแลให้กับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและยอมรับในสภาพการณ์ที่จะเกิดขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่สามารถขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยซ้ำ อย่างต่อเนื่องโดยทำการวิจัยในรูปแบบของอนุกรมเวลา (Time Series Design) เพื่อให้เห็นถึงความต่อเนื่องและความคงอยู่ของตัวแปรที่ศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ช้างโรจน์, ละเอียด แจ่มจันทร์ และจินตนา อาจสันเทียะ. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายตามแนวคิด M-E-T-H-O-D ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 12(2), 223-239.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการประเมินสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2565 จาก https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/publication/publish28062019110601.pdf.

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2565 จาก http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf.
- ธีรเดช ห่านิธิสัย และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7 ฉบับพิเศษ), 634-639.
- โบทัน บุญอยู่. (2563). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านต่อความมั่นใจและการเผชิญปัญหาในการเปลี่ยนผ่านของภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เป็นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ. (2556). การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 19(2), 194-205.
- ปรารธนา วัชรานุกฤษ และอัจฉรา กลับกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-231.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง และสิริรัตน์ สีสัจรัส. (2559). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 84-101.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา มูลฐิ, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ สีสัจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(1), 95-110.
- วีรวัฒน์ จิตจุง. (2561). *การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2556). *ชุดความรู้สถิติ*. นนทบุรี: สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- Camak, D. J. (2015). Addressing the burden of stroke caregivers; A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2376-2382. <https://doi.org/10.1111/jocn.12884>.
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Pak-ChunChau, Y. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 30-44.
- Edsberg, L. E., et al. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *Journal Wound Ostomy Continence Nurse*, 43(6), 585-597.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Naylor, M. D. & Keating, S. A. (2008). Transitional care: Moving patients from one care setting to another. *The American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 58-63.
- Naylor, M. D. (2002). Transitional care of older adults. In P. Archbold, & B. Stewart (Eds.), *Annual Review of Nursing Research*. New York: Springer.
- Naylor, M. D., Broton, D., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized elders: A randomized controlled trial. *Journal American Geriatrics Society*, 52, 675-684.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of Practice* (4thed.). St.Louis: Mosby Year Book.
- Qiu, X., Sit, W. H. J., & Koo, K. F. (2018). The influence of Chinese culture on family caregivers of stroke survivors: A qualitative study. *Clinical Nursing*, 27(1-2), e309-e319.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13947>.