

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง
ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ชุมชน อำเภอเมืองราชบุรี

The effects of home nursing program intermediate care of patients with stroke
on the occurrence of complications patients in the community area of Mueang
Ratchaburi District

ปราณี เสี้ยจันท์บริบูรณ์*
Pranee Sijanboriboon*
โรงพยาบาลราชบุรี
*Ratchaburi Hospital

Corresponding author: Pranee Sijanboriboon; Email: hhc13131505@gmail.com

Received: October 12, 2023; Revised: November 30, 2023; Accepted: December 5, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนก่อนจำหน่าย 2) ขั้นตอนหลังจำหน่าย เป็นการออกเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง คือภายใน 2 สัปดาห์และทุก 2, 4 และ 6 เดือนตามลำดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67-1.0 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .843 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า หลังจำหน่าย 6 เดือน กลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักและข้อติด พบภาวะติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะร้อยละ 3.30 และแผลกดทับร้อยละ 3.30 ส่วนกลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักร้อยละ 6.70 มีอาการข้อติดร้อยละ 10.00 พบภาวะติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะร้อยละ 13.30 และแผลกดทับร้อยละ 16.70

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน, ผู้ป่วยระยะกลาง, โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะแทรกซ้อน

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to compare complications in patients with mid-stage stroke between a group that received regular home nursing care and a group that received a home nursing program for intermediate care of patients with stroke. The sample group consisted of stroke patients admitted to Ratchaburi Hospital. Divided into an experimental group and a control group, each group had 30 patients. The research instrument were patient information record form and home nursing program for mid-term care of patients with stroke, consisting of 2 steps: 1) before the patient was discharged. Evaluate patients and families To plan before selling 2) steps after selling It is a total of 4 home visits, within 2 weeks, 2, 4, and 6 months, respectively. Passed a content validity check from 3 experts, obtained an index of consistency (IOC) between .67-1.0 and a confidence value of .843. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, t-test, and chi square test.

The results showed that 6 months after discharge, the experimental group had significantly fewer complications than the control group. The experimental group did not develop complications from pneumonia from aspiration and joint stiffness. 3.30% had urinary tract infections and 3.30% pressure ulcers. In the control group, 6.70% had complications from aspiration pneumonia, 10.00% had joint stiffness, and 13.30% had urinary tract infections. and pressure ulcers, 16.70%.

Keywords: home nursing program, intermediate care of patient, stroke, complications

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุทั่วโลก โรคนี้พบว่าเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง รายงานจาก WHO^{1,2} พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย อุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328.00 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว³ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยในหลายด้านทั้งจากตัวโรคเอง และผลจากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบประสาท ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ อาการ อัมพฤกษ์ หรือการที่ผู้ป่วยมีแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัดหรือมีปัญหาในการกลืนอาหาร สูญเสียความทรงจำและความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ปัญหาด้านอารมณ์ และในบางรายอาจมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป⁴ ส่วนภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับและภาวะข้อติด ซึ่งอาจจะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว หรือส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สมองขาดเลือด และขึ้นอยู่กับบริเวณสมองที่ได้รับผลกระทบ⁵ ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีการพัฒนาก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น พยาบาลจึงต้องพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์⁶ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากการดูแลตามแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องมีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่วางแผนก่อนจำหน่าย ระหว่างการจำหน่ายและหลังการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ฝ้าระวัง

2(13)

ภาวะแทรกซ้อนและส่งผลต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมั่นใจ การพัฒนาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย discharge planning การติดตามให้คำปรึกษาและเยี่ยมบ้านช่วงแรกหลังออกจากโรงพยาบาลนั้นมีความสำคัญอย่างมาก การมีทีมสุขภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจากแบบแผนการดูแลแบบองค์รวมเชื่อมโยงกันในระบบเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพปลอดภัย มีการฟื้นฟูสภาพที่ดี จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 53 ต่อแสนประชากร เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.00 มากกว่าเพศหญิง ซึ่งพบร้อยละ 42.00 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.00 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

โรงพยาบาลราชบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด ขนาดจำนวน 850 เตียง มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเขตบริการสุขภาพที่ 5 เข้ารับบริการ ในปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 611, 718 และ 661 ราย เมื่อแพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเปลี่ยนถ่ายการดูแลจากโรงพยาบาล กลับมาดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงที่มีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจให้ญาติ ครอบครัวในการดูแลหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแม้จะประสบความสำเร็จที่ระดับหนึ่ง แต่เมื่อเทียบกับสถานการณ์โรคที่เพิ่มอย่างต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากขึ้น เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีโอกาสกลับมาโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ายังมีจุดบกพร่องในการพยาบาลที่บ้าน และการดูแลของตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่วางไว้ จึงต้องมีขั้นตอนการทบทวน วิเคราะห์ และสังเกตสถานการณ์ การประเมินผลหลังการปฏิบัติ สะท้อนข้อมูลที่ยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมกลับให้ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ การพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรทางการพยาบาลจึงต้องพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ และนำความรู้ที่ได้ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย หลังการจำหน่ายได้อย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐาน ตลอดจนใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับบริบทสถานการณ์โรคในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่มีความสามารถปฏิบัติกิจกรรมพึ่งตนเองได้มากที่สุด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ จากสถิติศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลราชบุรี ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งหมด 344 ราย พบว่ามีผู้ป่วยค่า ADL น้อยกว่า 15 คิดเป็นร้อยละ 62.20 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในแต่ละระดับสถานบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง เตรียมผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมได้ภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้ มีการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านบนฐานความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนย้าย การจัดสิ่งแวดล้อม การทำกายภาพบำบัด การให้อาหารทางสายยาง การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามสภาพปัญหาผู้ป่วย สามารถประสานส่งต่อเพื่อการรักษาอย่างเหมาะสมแต่ยังพบปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อน การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะผู้ดูแล อายุที่เพิ่มขึ้น โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิม เช่น โรคเครียด โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไนมันในเลือดสูง และพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และภาวะข้อติด ตามลำดับ⁹ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็นตั้งแต่การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยครอบครัว ผู้ดูแล มีการวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกทักษะ

การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ความรู้เรื่องอาหารเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์¹⁰ การประสานแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เครือข่ายชุมชนเพื่อขอความร่วมมือ ตลอดจนการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม การประสานเครือข่ายเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และการเปิดโอกาสการเข้าถึงการปรึกษาปัญหาสุขภาพร่วมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมตามบริบทแต่ละครอบครัว ชุมชนนั้น ๆ การสอนของพยาบาลในรูปแบบเดิม คือ พยาบาล ในหอผู้ป่วยจะมีการสอนการทำหัตถการ สอนเรื่องการปฏิบัติตัว และให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลหลังจำหน่าย โดยการพูด ให้ข้อมูล และให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตาม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยและญาติไม่สามารถจำ และปฏิบัติตามได้ทั้งหมด

ซึ่งจากเดิมโรงพยาบาลราชบุรีมีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยหอผู้ป่วยมีการส่งเอกสารแบบบันทึกการจำหน่ายและการส่งต่อ (F-NUR-006R) มายังศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และศูนย์ฯ ได้ส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามเยี่ยมบ้าน กรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในพื้นที่ จะมีการปรึกษามายังศูนย์ ฯ เพื่อลงเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ บ้านยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยยึดตามแนวทางหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป¹¹ และนำผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้ มาถ่ายทอดเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติหรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (กลุ่มทดลอง) จำนวน 30 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 30 ราย

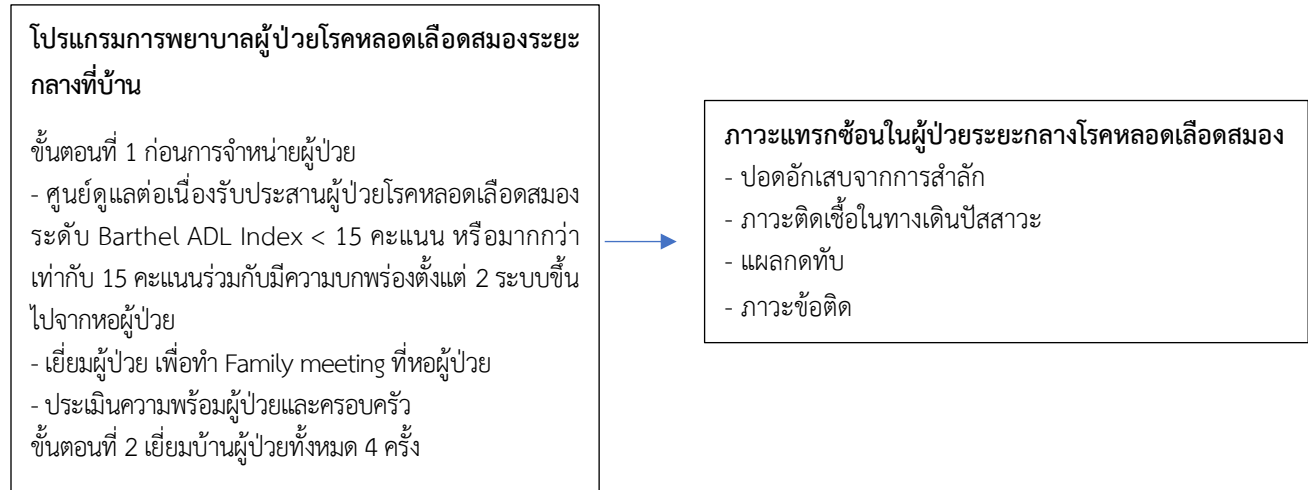
ขอบเขตด้านตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรตาม คือ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และภาวะข้อติด

ขอบเขตด้านเวลา เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 1 กันยายน 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรีด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระหว่างเดือน มีนาคม 2566 ถึง กันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโปรแกรม G* power โดยกำหนดค่า alpha = 0.5, effect size = 0.5, Power = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยชายและหญิงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดเส้นเลือดสมองตีบและเส้นเลือดสมองแตกเฉียบพลัน
3. ผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index น้อยกว่า 15 คะแนน หรือ กลุ่มที่มีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน ร่วมกับมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (multiple impairment)

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ภูมิลำเนาอยู่นอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
2. ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการดูแลที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์ และขั้นตอนหลังจำหน่ายเป็นการออกเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนจำหน่าย

1) ศูนย์ดูแลต่อเนื่องรับประสานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับ barthel ADL index < 15 คะแนน หรือมากกว่าเท่ากับ 15 คะแนนร่วมกับมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปจากหอผู้ป่วย และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อวางแผนจำหน่าย

2) เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อทำ family meeting ที่หอผู้ป่วย พร้อมทีมสหวิชาชีพ ทีมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว

3) ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว โดยหอผู้ป่วยส่งแบบบันทึกการส่งต่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 หลังจำหน่าย ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลโดยทำการเยี่ยมทั้งหมด 4 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ภายใน 1 – 2 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ 2 ภายใน 1 – 2 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ 3 ภายใน 2 – 4 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ 4 ภายใน 4 – 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

โดยในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะมีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (barthel index) ร่วมกับการประเมินภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และภาวะข้อติด โดยทำการบันทึกข้อมูลลงในแบบจัดเก็บข้อมูลแบบจัดเก็บข้อมูลผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกเก็บข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบเก็บข้อมูล
2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาของแบบเก็บข้อมูล ตามรายละเอียดของตัวแปร และข้อมูลเพิ่มเติมที่จำเป็น
3. นำแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และการสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคร่วมที่พบ คะแนน barthel index

ส่วนที่ 2 การวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย คะแนน barthel index ข้อบ่งชี้ในการพยาบาลที่บ้าน การทำ family meeting ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ส่วนที่ 3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 – 4 ซึ่งต้องประเมิน barthel index ความบกพร่องที่พบ และภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 สรุปผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย คะแนน barthel index ความบกพร่องที่พบ และภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกข้อมูลโดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบเก็บข้อมูล และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องจำนวน 3 ท่าน โดยมีความเชี่ยวชาญด้านแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลราชบุรี อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราชนบุรี และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรี แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำมีผล IOC ระหว่าง .67-1.0 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .843

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี เลขที่โครงการ RBHEC 012/66 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นไว้เป็นความลับไม่สามารถสืบค้นถึงเจ้าของข้อมูลเป็นรายบุคคลได้และนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากการทำกิจกรรมประเมินผู้ป่วยตามระยะต่าง ๆ และข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี ลงในแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้น โดยการเก็บข้อมูลจะเริ่มหลังจากงานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ข้อมูลที่ถูกบันทึกทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ และข้อมูลจะถูกทำลายทันทีหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการวิเคราะห์จำแนกตามประเภทของสถิติได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ chi-square test
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ t-test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลราชบุรีด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือน มีนาคม 2566 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ จำนวน 30 ราย และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มี

ข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันโดยเป็นเพศชายร้อยละ 63.30 และ 60.00 วินิจฉัยโรคหลักหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ร้อยละ 76.70 และ 83.30 มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.30 และ 70.00 โรคร่วมเบาหวาน ร้อยละ 16.70 และ 30.00 โรคร่วมไขมันในเลือด ร้อยละ 40.00 และ 36.70 โรคร่วมโรคหัวใจ ร้อยละ 10.00 และ 3.30 โรคร่วมจิตเวช ร้อยละ 3.30 และ 0.0 ผลการเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านเพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคร่วมเบาหวาน โรคร่วมไขมันในเลือดสูง โรคร่วมหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะของข้อมูลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม=30)		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มทดลอง = 30)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000
ชาย	19	63.30	18	60.00	
หญิง	11	36.70	12	40.00	
การวินิจฉัยโรค					0.747
หลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน	23	76.70	25	83.30	
หลอดเลือดสมองแตก	7	23.30	5	16.70	
โรคร่วมความดันโลหิตสูง					0.360
ไม่เป็น	5	16.70	9	30.00	
เป็น	25	83.30	21	70.00	
โรคร่วมเบาหวาน					0.360
ไม่เป็น	25	83.30	21	70.00	
เป็น	5	16.70	9	30.00	
โรคไขมันในเลือดสูง					1.000
ไม่เป็น	18	60.00	19	63.30	
เป็น	12	40.00	11	36.70	
โรคหัวใจ					.612
ไม่เป็น	27	90.00	29	96.70	
เป็น	3	10.00	1	3.30	
โรคพาร์กินสัน					NA
ไม่เป็น	30	100.00	30	100.00	
เป็น	0	0.00	0	0.00	
โรคจิตเวช					NA
ไม่เป็น	29	96.70	30	100.00	
เป็น	1	3.30	0	0.00	

$p < 0.05$

การศึกษาเปรียบเทียบด้านอายุและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันก่อนจำหน่าย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุเฉลี่ย 62.13 และ 59.57 ตามลำดับและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันก่อนจำหน่าย 10.47 และ 8.97 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันก่อนจำหน่าย(B) ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม=30)		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มทดลอง = 30)		P-value
	ค่าเฉลี่ย	Min – Max	ค่าเฉลี่ย	Min – Max	
อายุ	62.13±8.974	43 – 76	59.57±11.482	40 - 81	0.339
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	10.47±6.474	40 – 81	8.97±5.875	37 - 40	0.351

$p < 0.05$

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ดังนี้

2.1 ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก คิดเป็นร้อยละ 6.70 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.492$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะปอดอักเสบจากการสำลักระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม	ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก		χ^2	df	p-value
	มี	ไม่มี			
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	2(6.70)	28(93.30)	.517	1	0.492
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	0(00.00)	30(100.00)			

$p < 0.05$

2.2 ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 13.30 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.353$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการระหว่างกลุ่มที่ได้รับพยาบาลที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม	ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ		X ²	df	p-value
	มี	ไม่มี			
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	4(13.30)	26(86.70)	.873	1	0.353
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	1(3.30)	29(96.70)			

$p < 0.05$

2.3 การเกิดแผลกดทับ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 13.30 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.097$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม	แผลกดทับ		X ²	df	p-value
	มี	ไม่มี			
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	5(16.70)	25(83.30)	1.667	1	0.097
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	1(3.30)	29(96.70)			

$p < 0.05$

2.4 การเกิดข้อติด พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่พบอาการข้อติด ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบอาการข้อติด คิดเป็นร้อยละ 10.00 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.237$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่บ้านตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม	ข้อติด		X ²	df	p-value
	มี	ไม่มี			
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3(10.00)	27(90.00)	1.404	1	0.237
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	0(0.000)	30(100.00)			

$p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับและภาวะข้อติด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาแตกต่างกันระหว่างกลุ่มโรคเลือดสมองแตก และหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีภาวะแทรกซ้อนพบรวมมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองแตก คือ ปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต¹² และการประเมินภาวะแทรกซ้อนเป็นการประเมินจากอาการ และแบบประเมินซึ่งผู้วิจัยใช้ทำงานประจำ ไม่มีการยืนยันจากผลตรวจ lab ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีประสิทธิภาพจนมั่นใจก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกราย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดด้านการกลับมาอนุรักษ์ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม (re-admission) ของหอผู้ป่วยทุกแห่ง นอกจากนี้ยังมีระบบการส่งต่อสู่ชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องส่งต่อเยี่ยมบ้าน มีแนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการสื่อสารทั้งในรูปแบบเอกสารและตัววาจา และช่องทางการขอคำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลแก่บุคลากรหน่วยปฐมภูมิ ทางไลน์กลุ่มเยี่ยมบ้าน แต่ยังคงพบข้อจำกัดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของหอผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนบุคลากรมีจำนวนจำกัด มีภาระงานมาก จำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ให้ความสำคัญการบันทึกข้อมูล ทำให้ต้องทำงานที่แข่งขันกับเวลา ดังนั้นการให้ความรู้คำแนะนำกับผู้ป่วย และญาติก่อนการจำหน่ายจึงเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ผู้ดูแลบางรายที่หอผู้ป่วย อาจไม่ใช่ผู้ดูแลหลักที่บ้าน และมุ่งเน้นในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเป็นหลักมากกว่าการดูแลครอบครัว อาจทำให้ไม่พบปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวหลังการจำหน่าย และขาดการประสานต่อข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายให้กับทีมสหวิชาชีพในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยเห็นปัญหา และช่องว่างการประสานงานดังกล่าวจึงเพิ่มวิธีการการเตรียมพร้อมก่อนการจำหน่ายโดยศูนย์ดูแลต่อเนื่องเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อทำ family meeting ที่หอผู้ป่วย พร้อมทีมสหวิชาชีพ ทีมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ตลอดจนหาแหล่งสนับสนุนจากชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวแต่ละราย

ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีการใช้แนวคิดการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis และ Mc Taggart (1998) ที่มีการพัฒนารูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการโดยใช้วงจรของ PAOR ที่มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและการวางแผนจำหน่าย (planning) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการวางแผนจำหน่าย (action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (observation) และขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) นำไปสู่การพัฒนาแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง¹³ ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล อย่างชัดเจนให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ 2) การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดเห็นร่วมกันโดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยศูนย์ดูแลต่อเนื่องรับประสานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการติดตามเยี่ยมเพื่อทำ family meeting ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นตอนที่ 2 หลังจำหน่ายมีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจนครบ 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ภายใน 1-2 สัปดาห์โรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ภายใน 1-2 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล ครั้งที่ 3 ภายใน 2 - 4 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล และครั้งที่ 4 ภายใน 4-6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล มีการกำหนดระบอบเวลานัดหมายที่ชัดเจน เป็นการสร้างโอกาสอันดีในการที่ญาติ ครอบครัว ได้ซักถามและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Naylor¹⁴ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล (care giver engagement) และความรับผิดชอบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (accountability/clinician/Team) ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และศรัทธาในการให้บริการของบุคลากรสุขภาพ และใช้หลักการเยี่ยมบ้านโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง¹⁵ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังจำหน่าย 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ และไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ แต่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁶

นอกจากนี้พบว่า การพยาบาลที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามปกติที่ผ่านมา เมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แพทย์มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเปลี่ยนถ่ายการดูแล จากโรงพยาบาลกลับมาดูแลที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงที่มีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจให้ญาติ ครอบครัวในการดูแลหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งผลการดำเนินที่ผ่านมาแม้จะประสบความสำเร็จที่ระดับหนึ่ง แต่เมื่อเทียบกับสถานการณ์โรคที่เพิ่มอย่างต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่พบมากขึ้น เช่น ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และภาวะข้อติด แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลที่บ้านตามปกติ ยังมีจุดบกพร่อง เนื่องจากขาดขั้นตอนการเตรียมก่อนจำหน่าย การวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว ปัญหาการติดตามเยี่ยมที่ไม่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีการแก้ไขจุดบกพร่องด้วยโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดต้นก่อนจำหน่ายกลับบ้านโรงพยาบาลบ้านหนองบัวลำภู พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีลักษณะทั่วไปแตกต่างกันเล็กน้อย ภายหลังปรับความแตกต่างดังกล่าว พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) แต่การกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ($p < 0.810$)

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับและภาวะข้อติด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงควรมีการพัฒนาแนวทางการประเมินภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยต่อไป ซึ่งแม้ผลการดำเนินที่ผ่านมาจะประสบความสำเร็จที่ระดับหนึ่ง แต่ภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่พบมากขึ้น ผู้วิจัยจึงเห็นประโยชน์การนำไปใช้ของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพ ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์ปัญหาตั้งแต่ก่อนการจำหน่าย ทำให้มีการวางแผนการพยาบาลร่วมกันระหว่างญาติ ผู้ดูแล ที่ตรงกับปัญหาผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลที่บ้าน และการกำหนดระยะเวลานัดหมายเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายที่ชัดเจน เป็นโอกาสอันดีที่ญาติ ครอบครัว ได้ซักถามและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาหรือปรับปรุงแบบไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ
2. การพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่าย ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตาม

ระยะเวลาที่ได้รับการพยาบาลที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Johnson W, Onuma O, Owolabic M, Sachdev S. Stroke: a global response is needed. Bull World Health Organ 2016;94:634-634A.
2. Coupland AP, Thapar A, Qureshi MI, Jenkins H, Davies AH, et al. The definition of stroke. Journal of the Royal Society of Medicine 2017;110(1):9-12.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. ว. ประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2564;37(4):54-60.
4. ปรีดา อารยาวิชานนท์. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สรรพสิทธิเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2565];37:43-58. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/130588>.
5. ภัทรา วัฒนพันธ์. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2020;12(1):31-43.
6. นันทกานต์ ปักซี่, ทิฏฐิ ศิริวิไล, เสน่ห์ ขุนแก้ว. การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. ว. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2564;13(1):47-61.
7. สุทธิรัตน์ บุชดี. การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. ว. สารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565;19(1):193-06.
8. สำนักงานสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/130588>.
9. อกันตรี กองทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. ว. สารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข 2565;1(3):1-17.
10. เมธิณี เกตวาทิมาตร. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดในระยะวิกฤต. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560;11(2):71-80.
11. นันทิยา ภูงามและชนิษฐา ทาพรมมา. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565;7(4):1-14.
12. นลินี พสุคันธรักษ์, สายสมร บริสุทธิ์ และวันเพ็ญ ภิญญญาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร. บริษัท ธนาเพลส จำกัด. 2559
13. ราตรี มณีชิตย์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ว. อนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2565;4(3):86-4.
14. 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>
15. ชวินทร์ เลิศศรีมงคล, วิชุดา จิรพรเจริญ. เวชปฏิบัติครอบครัว ฉบับปรับปรุง. เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2560
16. สุพิมล บุตรรัตน์. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันก่อนจำหน่ายกลับบ้านโรงพยาบาลบ้านหนองบัวลำภู. ว. การพยาบาล สุขภาพและการศึกษา 2563;3(1):56-64.