



## ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

เกษร อิ่มสุข พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยวัดผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการกิจวัตรประจำวัน การประเมินผลความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และประเมินความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยประสาทวิทยา ผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยา จำนวน 40 ราย 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 40 ราย และ 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 25 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นหลักและให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินผลความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวทางของสถาบันประสาทวิทยา จากแนวคิดของ Smith เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 30 กันยายน 2553 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ t - test

ผลการศึกษา พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\bar{X}=9.48$ ,  $SD=6.97$  เป็น  $\bar{X}=13.60$ ,  $SD=5.16$ ) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผลความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\bar{X}=16.15$ ,  $SD=2.02$  เป็น  $\bar{X}=12.02$ ,  $SD=2.02$ ) 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\bar{X}=6.30$ ,  $SD=0.764$  เป็น  $\bar{X}=11.68$ ,  $SD=2.21$ ) สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้กำหนดกรอบการดูแล สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งด้านตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

### ความเป็นมาและสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล<sup>1</sup> การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย และจิตสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยนั้นมีความพิการร่วมด้วย มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม นอกจากเกิด

ผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังเกิดผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานทำให้สังคมต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจในการรับภาระในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย<sup>2</sup> ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย อารมณ์

\*หัวหน้ากลุ่มพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร



ความคิด และสติปัญญา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีการดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ การสังเกตติดตามช่วยเหลือในระยะยาว ทั้งในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน<sup>3</sup> ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุ การประคับประคองจิตใจ โดยมีผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมักจะเป็นสามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง ความสามารถของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่สำคัญ ถ้าผู้ให้การดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แม้ว่าปัจจุบันมีหลายโรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายโดยเฉพาะโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีการจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (multi-disciplinary teamwork) ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาการทางด้านสุขภาพมีมากขึ้นทำให้เกิดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของแต่ละวิชาชีพที่แพทย์คนเดียวอาจทำได้ไม่หมด จึงต้องใช้ความสามารถของวิชาชีพอื่น ๆ มาช่วยเสริมในการดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อให้มีการดูแลแบบผสมผสาน (comprehensive care) และองค์รวม (holistic care)

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรได้เปิดหอผู้ป่วยประสาทวิทยา (Stroke unit) เมื่อวันที่ 1 เดือนตุลาคม 2551 ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ฉับพลัน โดยยึดหลักเชื่อมโยง ผสมผสานมาตรฐาน<sup>4</sup> ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเข้ารับบริการโดยรับไว้รักษาทั้งในหอผู้ป่วยประสาทวิทยาและให้การดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ประกอบด้วย ทีมแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด โภชนากรและนักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานและประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นทีมสหสาขา

วิชาชีพในการช่วยกันดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางปฏิบัติที่วางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันร่วมกัน ตามมาตรฐานของวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับ จนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Home health care) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารสูงสุดขององค์กรการพยาบาล จึงสนใจที่จะศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนการทำการกิจวัตรประจำวันและการดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินผลความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถและทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในภาพรวม และรายชื่อ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการพยาบาลและการให้การดูแลแบบองค์รวม เป็นกรอบในการดำเนินงานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน **ขั้นที่ 1** การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วย ความต้องการการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยความสามารถและทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย **ขั้นที่ 2** การวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม **ขั้นที่ 3** การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย และความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย **ขั้นที่ 4** การปฏิบัติการพยาบาลและกำหนดรูปแบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพตามแผนในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม



ขั้นที่ 5 การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่มโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้วิจัยจากการประเมินการเก็บข้อมูล จากแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว โดยวัดผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นแกนหลัก ในการดูแลผู้ป่วยและติดต่อประสานงานกับทุกวิชาชีพ และนำรูปแบบการปฏิบัติที่พัฒนามาจากสถาบันประสาทวิทยา ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ในระยะฟื้นฟูสภาพที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2553

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยา จำนวน 40 ราย คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยประสาทวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2553 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพที่ไม่มีอาการหนักและภาวะวิกฤต การเต็มใจเข้าโปรแกรม การให้การพยาบาลแบบสหวิชาชีพ 2) ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ญาติสามี ภรรยา หรือบุตร ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและรับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วยตลอดไป จำนวน 40 ราย และ 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 25 ราย ได้แก่ แพทย์ จำนวน 3 ราย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ราย นักสังคมสงเคราะห์และเภสัชกร ประเภทละ 2 ราย นักกายภาพบำบัด จำนวน 3 ราย นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการและนักจิตวิทยา ประเภทละ 1 ราย คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) ผ่านการอบรมหรือเคยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และ 3) เต็มใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้การดูแลสุขภาพแบบสหวิชาชีพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 2) แบบประเมินกิจวัตรประจำ

วัน (ADL) โดยใช้ Barthel index เป็นแบบประเมินการให้การดูแลแบบสหวิชาชีพ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย การประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การปัสสาวะ การถ่ายอุจจาระ การเข้าห้องน้ำ การขึ้นลงจากเตียง การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน การขึ้นบันได โดยลักษณะของแบบประเมิน มีระดับการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ 3) แบบประเมินผลความต้องการการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินกิจกรรม ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย ภาษาการสื่อสาร การมองเห็น การกลืน การพลัดตกหกล้ม การเกิดภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาต่อเนื่อง โดยลักษณะของแบบประเมิน มีระดับการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ และ 4) แบบประเมินความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมิน 6 กิจกรรม ได้แก่ การทำอาหาร/ให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การดูแลสภาพอารมณ์ จิตใจผู้ป่วย และการดูแลทางเดินหายใจ การดูแลห่มโดยลักษณะของแบบประเมินมีระดับการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวทางของประสาทวิทยา จากแนวคิดของ Smith<sup>5</sup> ทั้ง 3 ชุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด โดยผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ทางสมอง 1 ท่าน อดีตหัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน (ที่เคยทำวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง) และหัวหน้าหอผู้ป่วยเปรมสุข (การแพทย์ทางเลือกที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ) 1 ท่าน ปรับแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและญาติที่หอผู้ป่วยเปรมสุข จำนวน 20 ราย และนำไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ เท่ากับ 0.83, 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2553 โดยการเก็บแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่มี



คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยมีอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้ อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ อาการของแขน ขา อ่อนแรง ทั้งสองข้าง หรือ 1 ข้าง อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ หรือ กลืนลำบาก ที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยา เต็มใจเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามข้อมูลจากเรื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 ส่วน เมื่อแรกรับเข้าที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยาจนได้จำนวนผู้ป่วยครบ 40 ราย และผู้ป่วยทุกรายหลังจากเข้าโปรแกรมจะได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยการทำกิจกรรมและแก้ปัญหา ตามที่กำหนดในโปรแกรมครบทุกคน เมื่อครบกำหนด หรือ ก่อนผู้ป่วยจำหน่าย จะมีการเก็บข้อมูลซ้ำตามข้อมูลเดิมอีกครั้ง จนครบทุกราย จำนวน 40 ราย ส่วนผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จะได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ในเรื่อง การทำอาหารและการให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกัน และดูแลแผลกดทับ การดูแลสภาพอารมณ์ จิตใจผู้ป่วย การดูแลทางเดินหายใจการดูดเสมหะ ก่อนเข้าโปรแกรม การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และประเมินอีกครั้ง หลังจำหน่ายกลับบ้านหรือสิ้นสุดโปรแกรม ในเดือนกันยายน 2553 จนครบทุกคน และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และนำข้อมูลมาพิจารณาปัญหา และหาแนวทางแก้ไข และปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศรต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังให้การดูแลโดยใช้ สถิติ  $t$  - test

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** ภายหลังได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินงาน และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้

จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ ของทุกคนโดยที่ผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทุกประเภทในที่มทุกราย จะได้รับการแจ้งว่าถ้าไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและการปฏิบัติงานทั้งสิ้น โดยผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติทุกรายและให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นอนุญาตในเอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยจนครบ

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดจำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 อายุระหว่าง 71-80 ปีมากที่สุด ร้อยละ 20.0 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 43.8 รายได้ระหว่าง 5,000 -10,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 20.0 และใช้สิทธิบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 41.2 ของผู้ป่วยทั้งหมดผู้ดูแลผู้ป่วย จำแนกเป็นภรรยามากที่สุด ร้อยละ 45 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 72.5 อายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 27.5 การศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 75.0 และรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 42.5 ส่วนทีมสหสาขาวิชาชีพ จำแนกเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ แพทย์ และนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 12.0 เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 72.0 อายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.0 การศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า ร้อยละ 100 และรายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 60.0

2. การประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในภาพรวมค่าเฉลี่ย 13.60 สูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ย 9.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทุกข้อหลังเข้าโปรแกรมการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยข้อที่มี



คะแนนสูงสุดได้แก่ การถ่ายอุจจาระหลังเข้าโปรแกรม มีคะแนน ค่าเฉลี่ย 1.95 สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 1.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รองลงมาคือการรับประทานอาหารหลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนค่าเฉลี่ย 1.60 สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ย 1.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การขึ้นบันไดหลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนค่าเฉลี่ย 0.75 สูงกว่าก่อนเข้า โปรแกรม ค่าเฉลี่ย 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 1)

**3. การประเมินผลความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย** พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพมีคะแนนความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพในภาพรวมค่าเฉลี่ย 12.02 น้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 16.15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อหลังเข้าโปรแกรมการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพมีคะแนนน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยข้อที่มีคะแนนไม่แตกต่างกัน คือ ข้อการมองเห็น ส่วนข้อการกินและการรับประทานอย่างต่อเนื่องหลังเข้าโปรแกรมมีคะแนน ค่าเฉลี่ย 1.60 น้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 1.95 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยสุด คือ การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายหลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 2)

**4. ความสามารถและทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** พบว่าคะแนนความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพหลังได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพมีคะแนนความสามารถและทักษะในภาพรวม ค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทุกข้อหลังเข้าโปรแกรมการดูแลแบบสหวิชาชีพมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ข้อการป้องกันและดูแลแผลกดทับหลังเข้าโปรแกรมมีคะแนน ค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม รองลงมาคือ การทำกายภาพบำบัดและ

การดูแลกิจวัตรประจำวันหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การดูแลสภาพอารมณ์จิตใจผู้ป่วย หลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

## การอภิปรายผล

**1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ป่วย** จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 อยู่ในวัยสูงอายุ มีอายุระหว่าง 71-80 ปี (ร้อยละ 20.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ซึ่งลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของนิพนธ์ พวงวรินทร์<sup>6</sup> เสาวลักษณ์ เนตรชัง<sup>7</sup> และจารึก ธานีรัตน์<sup>8</sup> ซึ่งพบลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะเป็นเพศชายและอยู่วัยสูงอายุ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวส่วนใหญ่มักจะมีความเสี่ยงสภาพของหลอดเลือดตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ อีกทั้งผลจากการมีโรคประจำตัวต่าง ๆ อาทิเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น โรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของความแข็งแรงของหลอดเลือดในร่างกายเกิดภาวะ Atherosclerosis โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดที่สมองซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้<sup>9</sup> โดยจะพบอุบัติการณ์การเกิดโรคดังกล่าวสูงขึ้นในกรณีที่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูง<sup>10</sup>

**2. การประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้ป่วย** หลังได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในภาพรวม (ค่าเฉลี่ย 13.60) สูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม (ค่าเฉลี่ย 9.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดได้แก่ข้อ การถ่ายอุจจาระ (ค่าเฉลี่ย 1.95) การรับประทานอาหาร (ค่าเฉลี่ย 1.60) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม (ค่าเฉลี่ย 1.50) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การขึ้นบันได (ค่าเฉลี่ย 0.75) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 อภิปรายได้ว่า การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ



หลากหลายวิชาชีพมีการกำหนดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาแรกกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันการแก้ปัญหาการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกทักษะการสอน การประเมินและให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL) เกี่ยวกับการล้างหน้าแปรงฟัน การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร ฯลฯ ทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่น มั่นใจและเชื่อมั่นในทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้นว่า แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกรโภชนากร ฯลฯ ที่มาตรวจประเมินให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกวัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกันตลอดเวลา ทำให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะมีเพื่อนร่วมทีมที่เป็นโรคและอาการใกล้เคียงกัน ทำให้เกิดการแข่งขันและเกิดกำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็น สามารถช่วยในการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายได้ดี รวมทั้งด้านจิตใจของผู้ป่วยก็มีนักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์มาให้กำลังใจและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันทั้งด้านจิตใจและสังคมได้อย่างครอบคลุมสามารถแก้ปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ปัญหาการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับคาร์ล โรเจอร์<sup>11</sup> ได้กล่าวว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง เมื่อบุคคลประสบกับภาวะการณ์ที่เป็นปัญหา และบุคคลนั้นเข้าใจภาวะการณ์นั้นชัดเจน บุคคลมักจะเลือกแนวทางที่จะนำไปสู่ความคงอยู่ของตนเอง มีการเพิ่มพูนประสบการณ์ ความรู้ต่าง ๆ และพัฒนาตนเองให้เจริญก้าวหน้าสามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองได้ สามารถแสดงออกอย่างเต็มที่ในลักษณะเฉพาะของตน มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถช่วยตนเองได้ ไม่จำเป็นต้องพึ่งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพฝ่ายเดียว นอกจากนี้ บุคคลที่มีประสบการณ์ในการทำให้เข้าใจตนเองมากเท่าใด ก็จะยิ่งทำให้บุคคลนั้นมีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขพติมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้จากการศึกษาของโทเกลีย เจพี อัจฉิงโนนิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์<sup>12</sup> ซึ่งศึกษาการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกาพบว่า การที่บุคลากรสาธารณสุขให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวมสามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติในแต่ละรายได้ และส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยโดยรวมดีขึ้น

3. การประเมินผลความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ผลของความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพมีคะแนนความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพในภาพรวม ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการมองเห็น หลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการกลืนและการรับประทานอย่างต่อเนื่องมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากที่สุด และการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายมีคะแนนลดลงน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 ผลของการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ก่อนและหลัง ให้การดูแลแบบสหวิชาชีพลดลง อภิปรายได้ว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามรูปแบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ จะได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ที่กำหนดรูปแบบไว้ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ ก็จะมีทีมกายภาพบำบัด ประกอบด้วยนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาโภชนากรเภสัชกรพยาบาลวิชาชีพแพทย์ฯ มาร่วมประชุมวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และกำหนดรูปแบบเข้าฟื้นฟูตามสภาพปัญหาที่พบตามความหนักเบาของแต่ละคน โดยมีพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลเป็นเจ้าของไข้ เป็นผู้ประเมินการเปลี่ยนแปลงทุกวัน เป็นที่ยอมรับกันว่าการได้รับการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่วัยแรกของโรคให้ผลดีกว่า ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการฝึก เช่น ข้อยึดติดและภาวะเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ เนื่องจากการนอนนาน การฟื้นฟูสภาพตั้งแต่วัยแรกยังช่วยลดการเกิดอาการซึมเศร้า และเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องด้วย โดยเฉพาะได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนสม่ำเสมอ และหลากหลายวิชาชีพ มีการสอนการฝึกปฏิบัติและติดตามประเมินผลทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการรักษาและเต็มใจในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ความต้องการดูแลจากผู้ดูแลผู้ป่วย หรือจากเจ้าหน้าที่ลดลง สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับกึ่งแก้ว ปาจริย์<sup>10</sup> ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและส่งผลให้เกิดข้อและกระดูกติดหรือเกิดความพิการถาวรได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้



อย่างไรก็ตามกลไกการฟื้นตัวโรคหลอดเลือดสมองสามารถดีขึ้นได้จาก 2 กลไก คือ การฟื้นตัวของระบบประสาท เช่น การยุบวมของสมอง การไหลเวียนเลือดของสมองดีขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดในช่วง 6 เดือนแรก และกลไกที่สองคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจะมองแบบแยกส่วนไม่ได้ บุคลากรต้องให้การดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านกาย จิต และสังคม สิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับการศึกษาของแกรนเจอร์และคณะ อ้างถึงใน ประกอบพร ทิมทอง<sup>13</sup> ซึ่งศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกา โดยใช้ barthel index score เป็นเครื่องวัด โดยศึกษาถึงความสามารถในการช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูแบบองค์รวมในผู้ป่วย 220 ราย พบว่า ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจะมีชีวิตรอดหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิน 1 เดือน ขณะที่อีกร้อยละ 10 สามารถกลับฟื้นตัวและเป็นปกติ และมีร้อยละ 80 สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้

**4. ความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** คณะนักความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า หลังได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพมีคะแนนความสามารถและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยในภาพรวม (ค่าเฉลี่ย 11.68) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (ค่าเฉลี่ย 6.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการป้องกันและดูแลผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดและการดูแลกิจวัตรประจำวันได้แก่ การดูแลสภาพอารมณ์ จิตใจผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 อภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จากภาวะของโรคจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องและใกล้ชิดเป็นเวลานาน ทำให้ต้องสนใจ หาความรู้และหาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด เพื่อจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อไปทำให้เกิดความสนใจและฝึกประสบการณ์ในการดูแลให้มากที่สุด โดยเฉพาะมีทีมสหสาขาวิชาชีพมาช่วยดูแล สอนเทคนิคต่าง ๆ และฝึกประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมีพยาบาล

วิชาชีพเป็นเจ้าของใช้ร่วมกัน จึงเป็นที่เล็งอย่างดีในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามเวลาที่กำหนด การได้เห็น การฝึก การได้รับคำแนะนำ การปรับปรุงแก้ไข การประเมินผู้ป่วยเมื่อปฏิบัติเป็นประจำ ต่อเนื่อง จะเกิดการเรียนรู้ และเกิดความชำนาญอย่างไม่รู้ตัว เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมหรือผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ความสามารถและทักษะในการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแลจึง สูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมถึงแม้ว่า การดูแลสภาพอารมณ์ จิตใจผู้ป่วย มีคะแนนต่ำสุดก็ตาม ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ผู้ป่วยโรคนี้ จะไม่ใช่คนปกติธรรมดา โอกาสจะหายขาดเป็นปกติ ต้องใช้เวลานานเป็นปี ผู้ป่วยจะรู้สึกเครียด อารมณ์หงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ใกล้ชิด เช่น สามเณร ภรรยา และบุตร เมื่อต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ก็จะเกิดอาการเช่นเดียวกัน ทำให้เกิดข้อบกพร่องได้ นักจิตวิทยาจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วย สำนึกในหน้าที่และเป็นนักจิตอาสาที่ดี ซึ่งจำเนียร คุณสุวรรณ และคณะ<sup>14</sup> ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัว ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 18.3 , 11.6 และ 17.3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาทั้งหมดตามลำดับ และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 20.8 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายทั้งหมด ตามข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สามารถอธิบายได้ว่า ทีมสหวิชาชีพ ต้องร่วมมือร่วมใจในการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนดไว้สำหรับการประชุมประเมินผลทีมสหวิชาชีพเป็นระยะ ทำให้เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทักษะให้ผู้ดูแลผู้ป่วย มากขึ้นหลังสิ้นสุดโปรแกรมซึ่งตรงกับ ยุวดี เกตุสัมพันธ์<sup>15</sup> ที่กล่าวไว้ว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยานักกายภาพบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงการประสานงานหรือทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ บุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง



ในการวางแผนจำหน่ายนั้น จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใช้สมาชิกทีมมาก บางรายอาจใช้น้อย บุคคลที่เป็นสมาชิกในทีมสุขภาพที่จะกำหนดการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะทำหน้าที่ประชุมปรึกษาหารือกันเพื่อวางแผนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และรวดเร็ว ทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับบ้านตลอดจนกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม และไม่กลับเป็นซ้ำอีก โดยทั่วไปจำนวนสมาชิกในทีมสุขภาพที่จะวางแผนจำหน่ายไม่แน่นอนจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์<sup>15,16</sup>

### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประยุกต์ใช้ทีมการแพทย์ทางเลือกที่เป็นจุดเด่นของโรงพยาบาลมาร่วมทีมเพื่อดูแลแบบผสมผสาน และเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- Hayes MK. A preventive approach to stroke family caregiver. *Nursing Clinics of North America* 1991; 26: 931-940.
- สุดศิริ หิรัณชอุณหะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
- DeMeneses MR., Perry GR. The plight of caregivers. *Home-Healthcare Nurse* 1993; 11 (4): 10-14.
- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. ปรวจินบุรี: โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร; 2552. (เอกสารอัดสำเนา).
- Smith J, Foster A, Young JA. Randomized trail to evaluate an education program for patients and care after stroke. *Clin Rehabilitation* 2004; 18:726-36.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2534.
- เสาวลักษณ์ เนตรซัง. การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
- จารึก ธานีรัตน์. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัย และการจัดการทางการแพทย์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภณท์ออฟเซต; 2535.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์; 2535.
- นันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. ผลของการจำหน่ายแบบสหสาขาวิชาชีพต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยอง. (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
- ประกอบพร ทิมทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด. (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
- จำเนียร คูห้สุวรรณ และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี; 2553.
- ยุวดี เกตุสัมพันธ์. ทำความเข้าใจกับการเตรียมจำหน่ายจากประสบการณ์ต่างประเทศ. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออก. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
- กมลทิพย์ ชาญผดุงกิจ. การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ในกิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. หน้า59-73. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.



**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

กิจวัตรประจำวัน	n	ก่อน		หลัง		t
		mean	S.D.	mean	S.D.	
การล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม	40	0.92	.589	1.50	.506	6.618*
การอาบน้ำ	40	0.82	.874	1.22	.620	5.099*
การแต่งตัว	40	0.88	.853	1.32	.526	5.649*
การรับประทานอาหาร	40	1.10	.778	1.60	.545	5.701*
การปัสสาวะ	40	1.20	.732	1.45	.597	3.204*
การถ่ายอุจจาระ	40	1.68	.572	1.95	.221	3.139*
การเข้าห้องน้ำ	40	0.82	.844	1.20	.687	4.837*
การขึ้นลงจากเตียง	40	0.72	.816	1.30	.687	7.264*
การเคลื่อนไหว	40	0.78	.832	1.30	.723	6.565*
การขึ้นบันได	40	0.55	.846	0.75	.899	2.766**
คะแนนโดยรวม	40	9.48	6.969	13.60	5.163	8.183*

\*p < .05, \*\*p < .01, ns – non significant

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนประเมินผลความต้องการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

ผลของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย	n	ก่อน		หลัง		t
		mean	S.D.	mean	S.D.	
การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย	40	1.45	.504	0.92	.572	5.992*
ภาษาการสื่อสาร	40	1.70	.564	1.42	.636	3.846*
การมองเห็น	40	1.98	.158	1.95	.221	1.000 <sup>NS</sup>
การกลืน	40	1.95	.221	1.60	.496	4.583*
การพลัดตกหกล้ม	40	1.75	.439	1.05	.316	9.539*
การเกิดภาวะซึมเศร้า	40	1.80	.405	1.05	.221	10.817*
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	40	1.92	.267	1.25	.494	9.000*
การรับประทานยาต่อเนื่อง	40	1.95	.221	1.60	.496	4.583*
คะแนนรวม	40	16.15	2.019	12.02	2.019	13.286*

\*p < .05, \*\*p < .01, ns – non significant

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความสามารถและทักษะของผู้ดูแล (Care Giver) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

ผลของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย	n	ก่อน		หลัง		t
		mean	S.D.	mean	S.D.	
การทำอาหารและให้อาหารทางสายยาง	40	0.88	.404	1.85	.362	14.581*
การทำกายภาพบำบัด	40	0.82	.446	1.98	.158	15.057*
การดูแลกิจวัตรประจำวัน	40	1.20	.564	1.98	.158	9.240*
การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	40	1.32	.694	2.00	.000	6.153*
การดูแลสภาพอารมณ์จิตใจผู้ป่วย	40	0.90	.304	1.92	.267	15.329*
การดูแลทางเดินหายใจ/การดูดเสมหะ	40	1.22	.698	1.95	.221	6.754*
คะแนนรวม	40	6.30	2.210	11.68	.764	16.410*

\*p < .05, \*\*p < .01, ns – non significant



## Effects of a Multidisciplinary Developmental Care Model in Patients with Stroke at Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital

Kesorn Imsuk B.N.S.\*

### Abstract

This research is a quasi-experimental research design in the same group. The purpose is to study The result This quasi-experimental research design aimed to examine the effects of multidisciplinary developmental care model in patients with stroke at Chao Phraya Abhaibhubejhr, Prachinburi Province, Thailand. Purposive sampling was used to recruit participants including 40 patients with stroke, 25 multidisciplinary health care providers, and 40 primary caregivers. A structured questionnaire with four sets of questions was used. Questions consisted of 10 general information, 10 patients' daily life activities, eight patients' needs assessment, and six capability and skill of primary caregivers. Data were analyzed using descriptive statistics with mean, standard deviation, and independent t-test.

The results revealed as follows: 1) The majority of participants were male (55%) and aged 71-80 years(40%). 2) The mean score of daily life activities after the program ( $\bar{X}$  = 13.60, SD = 5.16) was significantly higher than those before participated in the program ( $\bar{X}$  = 9.48, SD =6.97) at p- value < .05. 3) The mean score of patients' need in the care and rehabilitation after the program ( $\bar{X}$ =12.02, SD =2.02) was significantly lower than those before participated in the program (  $\bar{X}$ = 16.15, SD =2.02) at p- value < .05. 4) The mean score of capability and skills of caregivers after the program (  $\bar{X}$ = 11.68, SD = .764) was significantly higher than those before participated in the program ( $\bar{X}$ = 6.30, SD =2.21) at p- value < .05. The results of study show the benefits of using multidisciplinary developmental care model on patients with stroke.

---

\* Head Nurse of Department nursing, Chophaya Abhaibhubejhr Hospital