

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
Effects of a Clinical Nursing Practice Guideline for Discharge Planning
on the Quality of Life of Elderly Stroke Survivors

ชไมพร บัวพิน^{1*}, พรชัย, จุลเมตต์¹ และ นียม พิสิฐพิพัฒนา²

Chamaiporn Buapin^{1*}, Pornchai Julamad¹ and Niyom Pisitpitatana²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา^{1*}, โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา จังหวัดชลบุรี²

Faculty of Nursing Burapha University¹, Bangkok Hospital Pattaya Chonburi Province²

(Received: July 15, 2018; Revised: November 20, 2018; Accepted: November 21, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแผนจำหน่ายปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายเป็นรายบุคคล จำนวน 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต (SSQOL) ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 คู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ทั้งสองชุด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

หลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{14}=14.50, p<.001$) และผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t_{28}=3.63, p<.001$)

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายนี้ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง, แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย, คุณภาพชีวิต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: LL.chamaiporn@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 061-6595435)

Abstract

Elderly patients who survived after a stroke are often left with disabilities, and poor quality of life. Consequently, discharge planning and post-stroke follow-up may enhance their quality of life. This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a clinical nursing practice guideline for discharge planning on quality of life of elderly stroke survivors. Thirty elderly patients, diagnosed as their first stroke, were equally assigned into experimental and control groups. Control group received usual nursing discharge plan, whereas the experimental group individually received the 8-week clinical nursing practice guideline of discharge plan, which was based on a clinical guideline development concept from the Thai National Health and Medical Research Council (1999). McKeehan & Coulton's System Model Instruments were used in this study, including the Demographic Data Interview Form, the Stroke-Specific Quality of Life Scale, yielding a Cronbach's alpha coefficient reliability of .96. Clinical Nursing Practice Guideline of Discharge Planning for Elderly Stroke Survivor, and The Manual of Self-care Practice and Caring for Elderly Stroke Survivors, had a content validity index of 1. Frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test were used for data analysis.

Results revealed that after receiving the clinical nursing practice guideline for discharge planning, mean score of quality of life in the experimental group was significantly higher ($t_{14}=14.50, p<.001$) than before receiving ($t_{28}=3.63, p<.001$) the guideline. Findings suggest that nurses should apply this clinical nursing practice guideline with elderly stroke survivors in order to enhance their quality of life.

Keywords: Elderly with Stroke, Clinical Nursing Practice Guideline for Discharge Planning, Stroke Specific Quality of Life

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลาย ๆ ประเทศ โดยผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทแบบทันทีทันใด และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเสียชีวิต (Wauters, Oupra, & Tanasuwan, 2016) ซึ่งในแต่ละปีพบประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ล้านคน และเสียชีวิตสูงถึงปีละ 6.5 ล้านคน ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของประชากรอายุ มากกว่า 60 ปี (World Stroke Organization, 2016)

จากความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมีจำนวนมากขึ้น แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความพิการเรื้อรัง จากพยาธิสภาพและรอยโรคของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และจากความพิการของร่างกายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ นำไปสู่ปัญหาในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Ali, 2013) เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ครอบครัวและสังคม ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านลบของผู้ป่วย (Wongsilarat, 2016)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นการรับรู้ที่ผสมผสานระหว่างกาย จิต อารมณ์ สังคม ในมุมมองของบุคคลแต่ละคนที่มีต่อสถานะชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่คนนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายความคาดหวัง มาตรฐาน และความหวังใของแต่ละบุคคล (WHO, 1995 cited in Birtane, & Tastekin, 2010) คุณภาพชีวิตยังเป็นเป้าหมายหลักในการให้การดูแลรักษาของทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับชีวิตของบุคคลแบบองค์รวม (Kliangda, 2009) อันประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และสังคม

โดยใช้เครื่องมือวัดที่เฉพาะเจาะจง สามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมในด้านที่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต Stroke Specific Quality of Life (SSQOL) พัฒนาโดย Williams, Weinberger, Harris, Clark, & Biller (1999) ซึ่งประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ถึงปัญหาการทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง และความรู้สึกต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับหลังได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ประกอบด้วย 12 มิติ ได้แก่ การดูแลตนเอง การมองเห็น การใช้ภาษา การเคลื่อนไหว การทำงานหรือผลงาน การทำงานของแขน ความรู้สึกนึกคิด บุคลิกภาพ อารมณ์ บทบาทในครอบครัว บทบาททางสังคม และพลังชีวิต จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 2 เดือนถึง 2 ปี หลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในระหว่าง 1 ปีแรก และการปรับดีขึ้นของคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนแรก โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการทางร่างกายที่รุนแรง จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Mierlo, Heugten, Post, Hajos, Kappelle, & Visser-Meily, 2015)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการเสื่อมถอยตามวัย การรักษาภาวะสมดุลและความต้านทานของร่างกายลดลง เมื่อเทียบกับวัยอื่น และยังมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย (Porka, 2014) เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมีความยากในการรักษา เป็นสาเหตุให้การจำหน่ายเกิดความล่าช้าได้ (Back, & Pearson, 2002 Cited in Pirani, 2008) ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันมีการนำแนวคิดแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการบูรณาการความรู้ที่ได้จากงานวิจัย หลักฐานทางวิชาการสมัยใหม่อย่างเป็นระบบลงสู่การปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐานเป็นระบบแบบองค์รวม และการจัดระบบการดูแลฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวม ยังเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ปรับตัวกับความพิการและข้อจำกัดในการทำกิจกรรม กิจวัตรประจำวัน (Rachpukdee, Howteerakul, Suwannapong, & Tang-Aroonsin, 2013) พัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ลดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในภาคตะวันออก มีระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน (Stroke Fast Track) จากข้อมูลตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในปีพ.ศ. 2556-2557 อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 1.16 และ 2.76 ตามลำดับ จากภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดติดเชื้อจากการสำลักอาหาร และอาการโรคกลับเป็นซ้ำ ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพนาน (Srikhamwiang, Aroonsang, & Phanphruk, 2011) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้จากการติดตามผู้ป่วยที่กลับมาติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์สมอง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความพิการหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง และปานกลางถึงรุนแรง มีความต้องการการพึ่งพาอย่างมากจากผู้ดูแลในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่ได้รับการฝึกการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนมีความต้องการการบริการจากบุคลากรที่ดูแล โดยการทำให้หรือทำแทนมากกว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแล อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดทักษะ หรือได้รับความรู้แต่ไม่สามารถนำไปสู่ทักษะการปฏิบัติได้จริง อีกทั้งผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังขาดแรงจูงใจ ความกระตือรือร้นหรือกำลังใจที่ดีต่อการฟื้นฟูสภาพ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องมีแผนการจำหน่ายที่มีความเฉพาะ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลของรัฐบาล แต่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ เนื่องมาจากมีความแตกต่างกันในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนและระบบบริการ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ มีความต้องการโปรแกรมการดูแลหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Goma, Mahran, Hakeim, & Ghandour, 2016) และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามแผนการจำหน่ายตามปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย
2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแผนการจำหน่ายตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) 12 ขั้นตอน ร่วมกับแนวคิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของแมคเคีฮานและคุลตัน (Jackson, 1994) มีองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 1) โครงสร้างที่มีลักษณะแบบมีแบบแผน ได้แก่ คู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 2) กระบวนการ ประกอบด้วย การประเมินความต้องการการดูแลและความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วางแผนและกำหนดแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และการปฏิบัติตามแผน โดยการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย การฟื้นฟูสภาพ และได้รับการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินผลลัพธ์โดยวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QOL) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพพญา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะทางโรคสมองและหลอดเลือด (Ward 9E) โรงพยาบาลกรุงเทพพญา จังหวัดชลบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มา โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ .60 ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลางเพื่อลดการเกิด Type I และ Type II Error (Burns, & Grove, 2005) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตาราง Statistical Power Table ของ Kraemer, & Thiemann (1987) cited in Burns, & Grove (2005) ทดสอบแบบทางเดียว (One-Tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย และทำการสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ มีคะแนนประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) ≥ 13 ไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง มีความเข้าใจภาษาไทย มีผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกใน

ครอบครัว และกำหนดเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย ดังนี้คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะสมองเสื่อม คะแนนประเมินระดับความรู้สึกลดลง <13 มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยตลอดโครงการ เช่น ย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น โดยศึกษาในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างคือแบบประเมินระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale ใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยประกอบด้วยการประเมิน 3 ด้านคือ การลืมตา แบ่งเป็น 4 ระดับ ให้คะแนน 1-4 การพูดที่ดีที่สุด แบ่งเป็น 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 และการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด แบ่งเป็น 6 ระดับ ให้คะแนน 1-6 มีค่าคะแนนรวมทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนตั้งแต่ 3-15 คะแนน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว สถานภาพการอยู่อาศัย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Modified Rankin Scale [MRS])

2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง SS-QOL (Williams, Weinberger, Harris, Clark, & Biller, 1999) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแปลตามขั้นตอนการแปลย้อนกลับ (Back-Translation) ประกอบด้วย 49 ข้อคำถาม โดยแบ่งออกเป็น 12 มิติ ได้แก่ การดูแลตนเอง จำนวน 5 ข้อ การมองเห็นจำนวน 3 ข้อ การใช้ภาษาจำนวน 5 ข้อ การเคลื่อนไหว จำนวน 6 ข้อ การทำงานหรือผลงาน จำนวน 3 ข้อ การทำงานของแขนจำนวน 5 ข้อ ความรู้สึกนึกคิด จำนวน 3 ข้อ บุคลิกภาพ จำนวน 3 ข้อ อารมณ์ จำนวน 5 ข้อ บทบาทในครอบครัว จำนวน 3 ข้อ บทบาททางสังคม จำนวน 5 ข้อ และพลังชีวิต จำนวน 3 ข้อ การตอบคำถามแบ่งออกเป็น 2 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ระดับปัญหาในการทำกิจกรรมเฉพาะเจาะจงหลังได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่สามารถทำได้เลย ให้คะแนน 1, มีปัญหาอย่างมากให้คะแนน 2, มีปัญหาบางครั้ง ให้คะแนน 3, มีปัญหาเล็กน้อย ให้คะแนน 4 และไม่มีปัญหาเลย ให้คะแนน 5 และหมวดที่ 2 ระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนน 1, เห็นด้วย ให้คะแนน 2, เฉย ๆ ให้คะแนน 3 ไม่เห็นด้วยให้คะแนน 4 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 ซึ่งค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดเท่ากับ 49 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 245 คะแนน โดยระดับคะแนนต่ำ หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี และระดับคะแนนสูง หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

3. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ

3.1 คู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการจัดหมวดหมู่สาระสำคัญเป็น 6 หมวด คือ 1) บทบาทหน้าที่และกิจกรรมการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ 2) การประเมินสภาพและปัญหาความต้องการการวางแผนจำหน่าย 3) การวางแผนกำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแล 4) การปฏิบัติการพยาบาล การจัดการให้ความรู้ สอน สาธิต ฝึกทักษะตามรูปแบบ D-METHOD และการฟื้นฟูสภาพ 5) การดูแลและการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ

3.2 คู่มือการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การวินิจฉัยโรค การรักษา การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณอันตรายที่ต้องมาพบแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ 2 ชุด ประกอบด้วย คู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการปฏิบัติตัว และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 1 ทั้ง 2 ชุด
2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต SS-QOL เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลกรุงเทพพญาไท แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลกรุงเทพพญาไท จำนวน 20 ราย และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ วิธีครอนบาคแอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแผนการจำหน่ายปกติ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประเมินภาวะสุขภาพแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาล และดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการพยาบาลตามแผนจำหน่ายปกติ โดยให้คำแนะนำเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และให้คู่มือการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยกลับมาติดตามอาการตามนัด โดยมีผู้ช่วยวิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวันที่ 3 หรือภายใน 3 วันหลังรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 8 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
2. กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ระยะคือ 1) ระยะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดการดูแล 5 วัน ประกอบด้วย วันที่ 1 การประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง วันที่ 2 กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และวันที่ 3-5 ปฏิบัติตามแผนตามปัญหาการดูแล โดยการให้ความรู้ สอน ฝึกทักษะและสาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งให้คู่มือการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความเฉพาะตามปัญหาและความพิการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีผู้ช่วยวิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวันที่ 3 หรือภายใน 3 วันหลังรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยการโทรศัพท์เยี่ยมภายในสัปดาห์ 1, 3 และ 6 หลังจำหน่าย และเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่าย และติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อกลับมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์สมอง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 หลังจำหน่าย และผู้ช่วยวิจัยจะประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในสัปดาห์ที่ 8 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยนำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการใช้แบบประเมินและไม่มีข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ นำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแผนการจำหน่ายตามปกติ ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีการแจกแจงแบบปกติ ($p>.05$) และกราฟการแจกแจงข้อมูล Histogram พบกราฟที่ได้เป็นรูปประฆังคว่ำ มีจุดยอดของโค้งอยู่ตรงกลาง แบ่งครึ่งจากยอด มีความสมมาตรกันระหว่างซีกซ้ายขวา ค่าเฉลี่ยของข้อมูลใกล้เคียงกัน ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Baramee, 2008)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้นำเสนออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา รหัส 04-11-2558

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ($n=30$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	73.3	9	60.0
หญิง	4	26.7	6	40.0
อายุ				
60-70 ปี	9	60.0	10	66.7
>70 ปี	6	40.0	5	33.3
สถานภาพสมรส				
สมรส	12	80.0	9	60.0
หม้าย	3	20.0	6	40.0
ศาสนา				
พุทธ	15	100.0	13	86.7
อื่น ๆ	0	0.0	2	13.3
ระดับการศึกษา				
เรียนหนังสือ	15	100.0	15	100.0
อาชีพ				
ประกอบอาชีพ	5	33.3	6	60.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	66.7	9	40.0
รายได้				
เพียงพอหาซื้อสิ่งต่าง ๆ ได้ตามต้องการ	6	60.0	4	26.7
เพียงพอใช้จ่ายอย่างประหยัด	9	40.0	11	73.3
สถานภาพการอยู่อาศัย				
อยู่กับครอบครัว	15	100.0	15	100.0
โรคประจำตัวอื่น ๆ				
มี	12	80.0	11	73.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	3	20.0	4	26.7
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง				
ตีบ หรือ อุดตัน	15	100.0	15	100.0
ระดับความพิการหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				
มีความพิการเล็กน้อย	6	40.0	5	33.3
มีความพิการปานกลาง	7	46.7	7	46.7
มีความพิการปานกลางถึงรุนแรง	2	13.3	3	20.0

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายกัน ดังนี้ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เพียงพอ ใช้จ่ายอย่างประหยัด และมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ผู้ป่วยทั้งหมดมีการศึกษาได้เรียนหนังสือ อาศัยอยู่กับครอบครัว ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตัน มีความพิการหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($n = 15$)

คะแนนคุณภาพชีวิต (SSQOL) ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-Tailed)
ระยะก่อนการทดลอง	165.00	25.60	14.50	14	<.001
ระยะหลังการทดลอง	230.53	17.91			

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตรวมในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ($t_{14} = 14.50, p < .001$)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=30$)

คะแนนคุณภาพชีวิต (SSQOL) ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-Tailed)
ระยะก่อนการทดลอง	230.53	16.32	3.63	28	<.001
ระยะหลังการทดลอง	194.73	34.92			

จากตาราง 3 พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตรวมหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{28}=3.63, p < .001$)

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตรวมในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ($t_{14}=14.50, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 เป็นผลมาจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

มีโครงสร้างที่ชัดเจน คือ 1) คู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ กิจกรรมการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลในแต่ละวันที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุมตามบทบาทหน้าที่และองค์ความรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาความต้องการการวางแผนจำหน่าย ตามรูปแบบ D-METHOD ทำให้สามารถประเมินปัญหาความต้องการการวางแผนจำหน่ายได้อย่างครอบคลุม 2) การวางแผนการดูแล ประชุมกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจภาวะของโรค และอาการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความคาดหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างมีเหตุผล บนพื้นฐานความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา 3) การปฏิบัติพยาบาลและการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ตามรูปแบบ D-METHOD โดยการสอน สาธิต ฝึกทักษะตามปัญหาทบทวนซ้ำจนผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ มีความมั่นใจ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำปรึกษาตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งการที่ผู้ป่วยได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ ปัจจัยการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ ปัญหาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลการฟื้นฟูสภาพซึ่งมีลักษณะเฉพาะตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เนื้อหา มีรูปภาพแสดงประกอบ เข้าใจง่าย ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอ่านทบทวนได้ด้วยตนเอง ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ และการฝึกทักษะต่าง ๆ ในการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการโทรศัพท์เยี่ยมและการเยี่ยมบ้าน ติดตามประเมินสภาพปัญหาอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ ช่วยวางแผนปรับวิธีในการฝึกฝนฟื้นฟูสภาพและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต SS-QOL ในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแผนการจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{28}=3.63, p<.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้คือ หลังจากผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะอาการของโรคคงที่ สมองจะมีกระบวนการฟื้นตัวโดยการปรับโครงสร้างการทำงานและสร้างเครือข่ายใยประสาทและมีการกระตุ้นการทำงานของระบบการทำงานที่ไม่เคยถูกใช้งาน มาทำงานแทนเซลล์สมองที่เสียไป ซึ่งระบบนี้สามารถกระตุ้นได้จากสิ่งแวดล้อมและการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ โดยอาศัยเวลาและการฝึกฝนอย่างเต็มที่ (Chueluecha, 2012) จากการวิจัยพบว่า ขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการประเมิน ค้นหาปัญหาการสูญเสียความสามารถอันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการวางแผนการดูแล กำหนดเป้าหมายแผนการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการปฏิบัติ สาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง มีความมั่นใจ และสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการฝึกทักษะต่าง ๆ และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเฉพาะตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การฝึกกายภาพบำบัดเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขนขา เคลื่อนไหวข้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การเคลื่อนไหวบนเตียง การฝึกนั่ง การย้ายตัวลงจากเตียง การยืน กิจกรรมบำบัดการควบคุมการเคลื่อนไหวแขนและมือ การฝึกการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของการสื่อความหมาย การฝึกพูดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พูดไม่ชัดหรือพูดลำบาก การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำและการแก้ปัญหา การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะละเลยร่างกายครึ่งซีก การจัดการอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น นอกจากนี้การติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายโดยการโทรศัพท์เยี่ยมติดตามปัญหาการดูแลต่อเนื่องโดยผู้วิจัย ภายในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6 หลังการจำหน่าย และการออกเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อติดตามค้นหาปัญหา ให้คำแนะนำส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง การดูแล

ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ตลอดจนการให้กำลังใจ สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกอบอุ่นไม่โดดเดี่ยว ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ (Petchrungsi, Priyatrak, & Thongkeang, 2013) และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีดัชนีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเฉพาะทางโรคสมองและหลอดเลือด หรือหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลที่มี Stroke Unit ควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปปรับใช้เพื่อให้ทีมผู้ดูแลเกิดทักษะมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล และเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบและอุดตัน ควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย ไปศึกษาประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแตก เพื่อเพิ่มนัยสำคัญของประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อไป

References

- Ali, Z. H. (2013). *Effect of Nursing Care Strategy on the Functional and Physical Abilities of Patients Following Stroke*. Retrieved April 5, 2015, from <https://www.omicsonline.org/Effect-of-Nursing-Care-Strategy-on-the-Functional-and-Physical-Abilities-of-Patients-Following-Stroke-2155-9562.S8-006.php?aid=14853>
- Baramée, J. (2008). *Statistics for Health Research and Data Analysis with the SPSS Program*. Chonburi: Si Silpakarn. (in Thai)
- Birtane, M., & Tastekin, N. (2010). Quality of Life after Stroke. *Medical Journal of Trakya University*, 27(1), 63-68. (in Thai)
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*. (5th ed). St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Chueluecha, C. (2012). Rehabilitation in Stroke. *Thaamsat Medical Journal*, 12(1), 97-111. (in Thai)
- Goma, S. H., Mahran, A. A., Hakeim, D. G., & Ghandour, A. M. (2016). Multicenter Assessment of Health-Related Quality of Life (HRQOL) Among Stroke Survivors. Retrieved November 12, 2016, from <http://www.jneuro.com/neurology-neuroscience/multicenter-assessment-of-healthrelated-quality-of-life-hrqol-among-stroke-survivor.pdf>
- Jackson, M. F. (1994). Discharge Planning: Issues and Challenges for Gerontological Nursing: A Critique of the Literature. *Journal of Advanced Nursing*, 19(3), 492-502.
- Kliangda, R. (2009). *Experiences of Headache, Management Strategies and Health-Related Quality of Life in Patients with Mild Traumatic Brain Injury*. Master of Nursing Science Thesis, Adult nursing, Graduate School, Mahidol University. (in Thai)



- Mierlo, M. L., Heugten, C. M., Post, M. W., Hajos, T. R., Kappelle, L. J., & Visser-Meity, J. M. (2016). Quality of Life During the First Two Years Post Stroke: The Restore 4 Stroke Cohort study. Retrieved November 27, 2017, from <http://www.karger.com/Article/Pdf/441197>
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1999). *A Guide to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guideline*. Retrieved July 10, 2012 from http://www.health.qld.gov.au/cpcrc/pdf/nhmrc_clinprgde.pdf
- Petchrong, N., Priyatrak, P., & Thongkeang, V. (2013). The Study of Continuing Care for Patients with Cerebrovascular Disease in Primary Care Unit. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 14*(1), 25-34.
- Porka, P. (2014). *Development of Clinical Practice Guidelines for Elderly Stroke Rehabilitation Care, Chiangmai Ram Hospital*. Master of Nursing Science Thesis, Gerontological Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)
- Pirani, S. S. (2008). Preventing Delay in the Patient Discharge Process: an Emphasis on the Nursing Role. *Canadian Journal of Nursing Informatics, 3*(4), 28-51.
- Rachpukdee, S., Howteerakul, N., Suwannapong, N., & Tang-aroonson, S. (2013). Quality of Life of Stroke Survivors: A 3-Month Follow-up Study. *Journal of stroke and Cerebrovascular Disease, 22*(7), 70-78.
- Srikhamwiang, B., Aroonsang, P. & Phanphruk, W. (2011). Factors Affecting Functional Status of Hospitalized Older Persons. *Journal of Nursing Science & Health, 34*(2), 42-51.
- Wauters, Y., Oupra, R. & Tanasuwan, P. (2016). Development of a Teaching Model for Prevention of Stroke among People at Risk in Northern Thai Community. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3*(2): 100-116. (in Thai)
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of A Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke, 30*(7) 1362-1369.
- Wongsilarat, T. (2016). Effects of Using the Stroke Fast Tract Program on Ability to Screening and Referral Patient, and Satisfaction among Nurses in Emergency Department, Muang Songkhla Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3*(2), 149-164. (in Thai)
- World Stroke Organization. (2016). *World Stroke day*. Retrieved November 3, 2016 from <http://www.worldstrokecampaign.org/get-involved/world-stroke-day.html>