

ผลของแผนการจำหน่ายแบบสหสาขาวิชาชีพต่อความสามารถ  
ในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยอง\*  
Effects of the Collaborative Discharge Planning on Functional Independence of Patients with Embolic or Thrombotic Stroke at Rayong Hospital

นันทพล ชูยิ่งสกุลทิพย์\*\* พย.ม.  
Nimnual Chuyingsakultip, M.N.S.  
อาภรณ์ ดินาน\*\*\* Ph.D.  
Aporn Deenan, Ph.D.

วัลภา คุณทรงเกียรติ\*\*\*\* พย.ด.  
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.  
นฤมล ปทุมารักษ์\*\*\*\* Ph.D.  
Narumol Patumaruk, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับแผนการจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการจำหน่ายตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากกรอดคั้นหรือตีบตัน ที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระยอง ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2548 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2549 จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 ราย ซึ่งได้รับการดูแลโดยได้รับแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 ราย ซึ่งได้รับการจำหน่ายตามปกติ ทำการวัดระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงของการเข้ารับการรักษา และวัดครั้งที่สองเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนาน 1 เดือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (Dependent t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

(Analysis of Covariance)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับแผนการจำหน่าย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงขึ้น หลังได้รับแผนการจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับแผนการจำหน่าย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยสรุปว่า แผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีรูปแบบชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของแผนการจำหน่ายในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1 โรงพยาบาลระยอง

\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## Abstract

The purpose of this study was to compare functional independence of embolic or thrombotic stroke patients admitted at medical units of Rayong Hospital. Within criteria, 70 patients were selected into 2 groups, 35 for an experimental group and 35 for a control group. Experimental group received the collaborative discharge planning care, whereas controlled group received regular discharge planning care. The controlled group was collected data and then the collaborative discharge planning care intervention was applied. Functional independence was measured twice, within 24 hours of admission and one month later after discharge at Out-Patients-Department. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, dependent t-test, and Analysis of Covariance (ANCOVA).

The results showed that :

1. The functional independent scores of stroke patients who received collaborative-discharge planning care was significantly higher than before received collaborative-discharge planning care ( $p < .05$ ).
2. The functional independent scores of stroke patients who received collaborative-discharge planning care was significantly higher than those who received regular-discharge planning care ( $p < .05$ ).

The findings of this study suggested that collaborative discharge planning care could improve functional independence of stroke patients. Longitudinal study is recommended to evaluate long term effects of collaborative

discharge planning care.

**Key words :** Stroke patients, collaborative discharge planning, functional independence

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประชากรโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (Thorvaldsen, et al., 1995) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรกทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประเทศสหรัฐอเมริกา (ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช, 2547) โดยพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคนี้อยู่ถึงปีละ 6 แสนคน ในจำนวนนี้จะรุนแรงถึงเสียชีวิตปีละ 150,000 คน เฉลี่ยมากกว่า 1 แสนคนมีโอกาสเป็นโรคนี้อีก ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพโดยเร็วที่สุด สำหรับในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 โดยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้อยู่ถึง 11,663 คน ในปี 2543 และคิดเป็นอัตราการตายถึง 18.9 ต่อประชากร 100,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2543) และจากสถิติของราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยที่สำรวจในปีพ.ศ. 2526 พบว่ามีอัตราการเกิดโรคเฉลี่ย 690 คน ต่อประชากร 100,000 คน อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากเดิมในปี 2531 มีสถิติการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 560 รายต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 664 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2540 ซึ่งเท่ากับเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.6 (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547)

โรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นเกิดได้ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งผลกระทบที่ชัดเจนมักเกิดกับตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ มีการสูญเสียทางร่างกาย ทำให้มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว พูดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก มีความบกพร่องทางความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจและอารมณ์ไม่ปกติ สูญเสียการรับรู้ทาง

ประสาทสัมผัส ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้ เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดผลกระทบอื่น ๆ ตามมาในระยะยาว เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ แผลกดทับ การยึดติดของข้อต่าง ๆ กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะเครียดเนื่องจาก ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่าย เป็นช่วงที่ทั้งผู้ป่วยและญาติต้องปรับตัวในการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งอาจมีความยุ่งยากและสับสนในการปรับบทบาทของผู้ดูแล และบทบาทของผู้ป่วย (Dowswell, et al., 2000) หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องในระดัณต่างๆ ของการเจ็บป่วย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้และตระหนักในการมารับการรักษาที่ต่อเนื่อง จะลดผลกระทบระยะยาว (Dejong & Branch, 1982 อ้างใน เจียมจิต โสภณสุขสฤติย์, 2544) ดังนั้นการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จะทำให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัวและดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเป็นต้น

การวางแผนการจำหน่ายที่มีรูปแบบชัดเจน และครอบคลุมเป็นการเตรียมผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ การวางแผนจำหน่ายเป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงบริการสาธารณสุขระหว่างโรงพยาบาลและบ้านหรือชุมชน (Jackson, 1994) ทำให้การดูแลเกิดความต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันในทีมสหวิทยาการ (กฤษดา แสงดี, 2539 ; สุภาณี อ่อนชื่นจิตร, 2537) เป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยหรือ

ผู้ดูแล และครอบครัว มีการเตรียมอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการ มีการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายจากภาวะการเจ็บป่วยกินคู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติอย่างมีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากร และความสามารถของตัวผู้ป่วยเองที่มีอยู่เป็นหลัก และอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลและครอบครัวร่วมด้วย มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Brooten, et al., 1996 ; Jackson, 1994) แผนการจำหน่ายผู้ป่วยจะเน้นให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะต้องมีการใช้ระบบการส่งต่อไปยังชุมชนหรือสถานบริการที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและญาติต้องการได้ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากสถิติของโรงพยาบาลระยองพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นอันดับที่ 3 รองจากโรคเอดส์ และเบาหวาน โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาระหว่างปี 2545-2547 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่พบว่ามาจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากการอุดตันหรือตีบตันของหลอดเลือด มีระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 10 วัน (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติผู้ป่วย โรงพยาบาลระยอง, 2547) ซึ่งจากแนวโน้มของอัตราการเกิดโรคที่สูงขึ้นดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยรายเก่าที่มานอนโรงพยาบาลมักมาด้วยการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งในกลุ่มนี้จะทำให้ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอยู่แล้วแต่ยังไม่มรูปแบบที่ชัดเจน

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง เป็นระบบ เป็นกระบวนการเชื่อมโยงบริการสาธารณสุขระหว่างโรงพยาบาลและบ้านหรือชุมชน รวมทั้งมีการทำงานร่วมกันของพยาบาลและทีมสหวิทยาการ

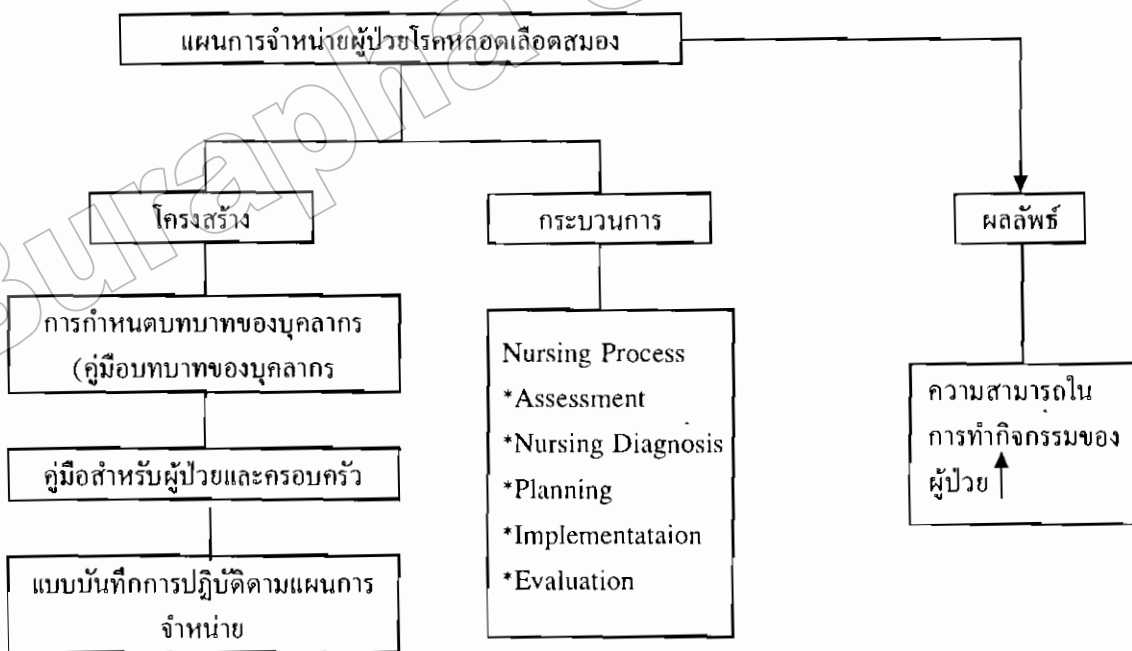
**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังที่ได้รับแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับแผนการจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการจำหน่ายตามปกติ

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิด ในการพัฒนารูปแบบแผนการจำหน่ายตามแนวคิดของแมคคีแอนและคูลตัน (McKeehan & Coulton,

1985) ร่วมกับใช้แนวคิดแบบเมททอท (METHOD) ของฮิวซีและคณะ (Hucy, et al., cited by Lubkin, 1986 อ้างใน กฤษดา-แสวงดี, ชีรพร สติรังกูร และ เรวดี ศิรินคร, 2539) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (Medication:M) สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย (Environment&Economic:E) การรักษาพยาบาล (Treatment:T) ภาวะสุขภาพ (Health:H) ระบบการส่งต่อ (Outpatient Referral:O) และโภชนาการ (Diet:D) ษาเป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรม โดยแผนการจำหน่ายมีการกำหนดโครงสร้างการจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วม มีการกำหนดบทบาทของบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับกระบวนการมีการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ ในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และตอบสนองความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย ซึ่งการมีแผนการจำหน่ายที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีการตกลงร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีแนวทางในการปฏิบัติ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบการวิจัย ดังนี้



### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงทำการเก็บข้อมูล

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้รักษาตัวแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลระยอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาครั้งแรกที่มีสาเหตุจากการอุดตันหรือตีบตันขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้ทฤษฎี Central Limit Theorem ในการวิจัยครั้งนี้ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 รายเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีคะแนน Glasgow Coma Score (GCS) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 มีอาการอัมพาตครึ่งซีก หรือมีอาการอ่อนแรงของแขน ขาข้างใดข้างหนึ่ง ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และสายยางให้อาหาร เข้าใจภาษาไทย การรับรู้และสื่อความหมายได้ดี กรณีที่ผู้ป่วยพูดไม่ได้ พูดไม่ชัด ฟังคำพูดไม่เข้าใจ อาจใช้วิธีการสื่อสารอื่นทดแทน เช่น การเขียน การอ่าน หรือใช้รูปสัญลักษณ์แทนคำพูด มีผู้ดูแล และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษานี้

การเลือกตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม โดยเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจัดเข้าเป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนจำนวน 35 ราย และเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จ แล้วเว้นช่วงระยะเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจัดเข้าเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จนครบ 35 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือบทบาทของบุคลากรทีมสุขภาพ คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของบุคลากรทีมสุขภาพ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ร่างกายซีกที่เป็นอัมพาต และสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน
2. แบบบันทึกความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Functional Independent Measure (FIM) ซึ่งเป็นแบบวัดความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้วัดระดับความต้องการความช่วยเหลือ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนตัวศีรษะและใบหน้า การอาบน้ำ การแต่งตัวร่างกายตอนบน การแต่งตัวร่างกายตอนล่าง การขับถ่าย การกลืนปัสสาวะ การกลืนอุจจาระ ความสามารถในการเคลื่อนไหวจากเตียงสู่รถเข็นและเก้าอี้ข้างเตียง การเคลื่อนไหวการเคลื่อนที่ในห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวเองสู่ที่อาบน้ำ การเคลื่อนที่ในทางราบ การขึ้นบันได คำถามเกี่ยวกับกระบวนการคิดระดับ

ความจำและการเข้าสู่สังคม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การสื่อสารทางด้านความเข้าใจ การสื่อสารในด้าน การแสดงออก การรับรู้การตอบสนองทางสังคม การแก้ไขปัญหา และความจำ ลักษณะของข้อคำถาม เป็นแบบ rating scale มีระดับคะแนน 1-7 คะแนน

ระดับคะแนน 1-2 หมายถึง ผู้ป่วยต้องการ การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทั้งหมด (Complete dependence)

ระดับคะแนน 3-5 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำ กิจกรรมด้วยตนเองร้อยละ 50-75 และต้องการการ การดูแลช่วยเหลือบางส่วน (Modified dependence)

ระดับคะแนน 6-7 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำ กิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมด (Independence)

แบบสอบถามนี้ได้ใช้กันอย่างแพร่หลายใน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการรายงานค่า Interrater reliability เท่ากับ .95 และได้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดย นัฐยา จิตประไพ และกานิส วงศ์แพทย์ (2542) โดยมีการปรับ rating scale จาก 1-7 เป็น 1-4 เพื่อให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในประเทศไทย และได้มีการ นำไปใช้ในการประเมินความสามารถในการทำ กิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถาบันประสาทวิทยา (2543) แต่ ไม่มีการรายงานค่าความเที่ยง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (FIM) ฉบับที่มีระดับคะแนน 1-4 แล้วกีดคะแนน รวมจากคะแนนย่อยทั้งหมดรวมกัน โดยมีรายละเอียดของระดับคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำ กิจกรรมได้เองทั้งหมด

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำ กิจกรรมได้เองเป็นส่วนใหญ่ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำ กิจกรรมบางส่วน ไม่เกินร้อยละ 25

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำ กิจกรรมได้เองบางส่วน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำ กิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกิน

ร้อยละ 75

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำ กิจกรรมได้เอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรม ทั้งหมด

สำหรับการศึกษานี้ ใช้การแปลผลค่า คะแนนรวมของทั้ง 18 ข้อ ดังนี้

ระดับคะแนน 18-35 หมายถึง ระดับความ สามารถในการทำกิจกรรม ต่ำ

ระดับคะแนน 36-53 หมายถึง ระดับความ สามารถในการทำกิจกรรม ปานกลาง

ระดับคะแนน 54 ขึ้นไป หมายถึง ระดับความ สามารถในการทำกิจกรรม สูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

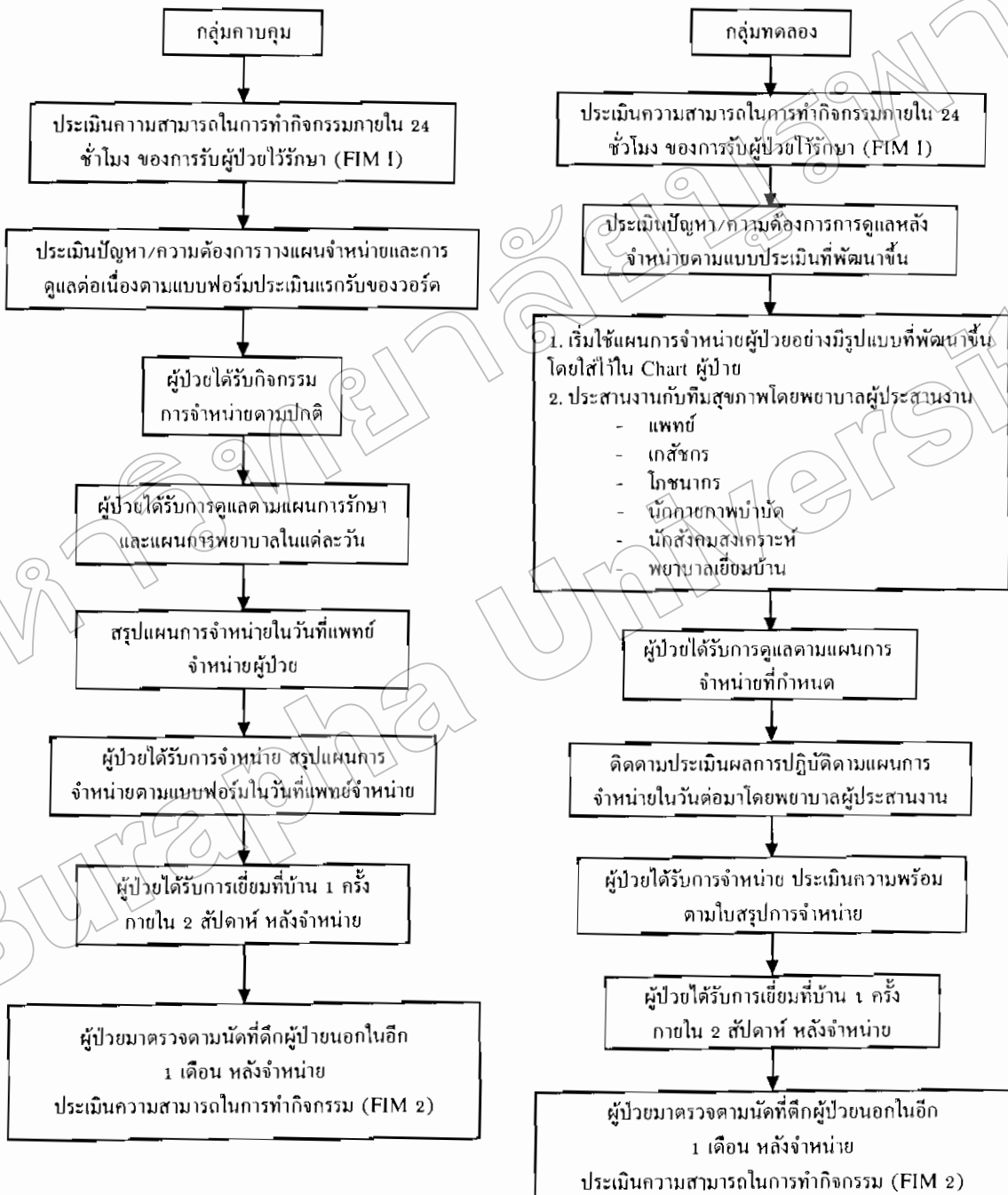
1. แผนกการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง กลุ่มโรคของบุคลากรทีมสุขภาพ และ กลุ่มการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ ผู้ป่วย และครอบครัว ภายหลังจากผู้วิจัยได้พัฒนา แผนกการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จึงนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และการจัดลำดับเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยแพทย์ประจำหน่วยอายุรศาสตร์ 1 ท่าน แพทย์ เวชกรรมฟื้นฟู 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน เกษัชกร 1 ท่าน นักโภชนาการ 1 ท่าน พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 1 ท่าน พยาบาลเยี่ยมบ้าน (เวชกรรมสังคม) 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณา และปรับปรุง ภายใต้อำนาจของประธานกรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ในหอ ผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง จำนวน 5 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา และการใช้แบบ

สอบถาม หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงให้มีความเหมาะสมขึ้น แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. อายุและระดับการรู้สติ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการจำหน่ายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Dependent t-test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Analysis of Covariance โดยใช้อายุ ระดับการรู้สติและคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยก่อนการได้รับแผนการจำหน่าย มาเป็นตัวแปรร่วม (Covariance)

## ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีจำนวนทั้งหมด 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63 สถานภาพสมรสคู่

คิดเป็นร้อยละ 66 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 89 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 74 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ชรา/ทำงานบ้าน) คิดเป็นร้อยละ 43 ระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่เป็นอัมพาตครึ่งซีกซ้าย คิดเป็นร้อยละ 37 ประวัติโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 43 และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

สำหรับกลุ่มควบคุมมีจำนวนทั้งหมด 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 91 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 71 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ชรา/ทำงานบ้าน) คิดเป็นร้อยละ 57 ระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงของแขน ขา ข้างซ้าย คิดเป็นร้อยละ 37 ประวัติโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 34 และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 10

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความสามารถในการทำกิจกรรมแยกตามหมวด	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การดูแลช่วยเหลือตนเอง	1.09	0.22	ต่ำ	3.20	0.70	สูง
2. การควบคุมระบบขับถ่าย	1.36	0.60	ต่ำ	3.46	0.86	สูง
3. การเปลี่ยนอิริยาบถ	1	0	ต่ำ	3.11	0.93	สูง
4. การเคลื่อนที่	1	0	ต่ำ	2.50	0.70	ปานกลาง
5. การสื่อความหมาย	3.10	0.55	สูง	3.74	0.37	สูง
6. การกำหนดรู้ด้านสังคม	2.77	0.54	ปานกลาง	3.46	0.49	สูง
คะแนนรวม	28.94	3.89	ต่ำ	57.17	10.07	สูง



จากตารางที่ 1 พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง หมวดการดูแลช่วยเหลือตนเอง หมวดการควบคุมระบบขับถ่าย หมวดการเปลี่ยนอิริยาบถ และหมวดการเคลื่อนที่ มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ส่วนหมวดการสื่อความหมาย มีคะแนนอยู่ในระดับสูง และหมวดการกำหนดรู้ด้านสังคม มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังการ

ทดลอง 1 เดือนแล้ว พบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับสูงเกือบทุกหมวด ยกเว้นหมวดการเคลื่อนที่ ที่ระดับคะแนนเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับปานกลาง แต่คะแนนรวมของความสามารถในการทำกิจกรรมโดยรวมแล้วอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการ ทำกิจกรรม แยกตามหมวด	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การดูแลช่วยเหลือตนเอง	1.04	0.16	ต่ำ	1.59	0.47	ต่ำ
2. การควบคุมระบบขับถ่าย	1.06	0.24	ต่ำ	1.72	0.70	ต่ำ
3. การเปลี่ยนอิริยาบถ	1	0	ต่ำ	1.46	0.51	ต่ำ
4. การเคลื่อนที่	1	0	ต่ำ	1.19	0.33	ต่ำ
5. การสื่อความหมาย	3.24	0.47	สูง	3.53	0.12	สูง
6. การกำหนดรู้ด้านสังคม	3.14	0.33	สูง	3.32	0.14	สูง
คะแนนรวม	29.14	2.25	ต่ำ	36.34	4.99	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม หมวดการดูแลช่วยเหลือตนเอง หมวดการควบคุมระบบขับถ่าย หมวดการเปลี่ยนอิริยาบถ และหมวดการเคลื่อนที่ มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ส่วนหมวดการสื่อความหมาย และหมวดการกำหนดรู้ด้านสังคม มีคะแนนอยู่ใน

ระดับสูง ภายหลังการทดลอง 1 เดือนแล้ว พบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเฉลี่ยแต่ละหมวดเพิ่มขึ้น แต่เมื่อพิจารณาระดับความสามารถแล้วไม่เปลี่ยนแปลงแต่คะแนนรวมของความสามารถในการทำกิจกรรมโดยรวมแล้วอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถ ในการทำกิจกรรม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	$\bar{X}$	SD	t	$\bar{X}$	SD	t
ก่อนการทดลอง	28.94	3.88	-18.02 *	29.14	2.25	-8.58 *
หลังการทดลอง	57.17	10.07		36.34	4.99	

\* p < .05

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แล้ว พบว่า หลังการทดลองคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) ใช้คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	SS adj	df	MS adj	F	p - value
ตัวแปรร่วม	550.55	1	550.55	9.87	.003
ระหว่างกลุ่ม	7715.30	1	7715.30	137.83	.000
ภายในกลุ่ม	3750.31	67	55.97		
ทั้งหมด	11892.87	69			

จากตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม พบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการทดลองของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมหลังการทดลองของผู้ป่วย ( $F_{1,67} = 9.87$ ,  $p < .05$ ) และเมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการทดลองแล้วพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมภายหลังจากทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $F_{1,67} = 137.83$ ,  $p < .001$ )

#### อภิปรายผล

จากผลการทดลอง สามารถอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับแผนการจำหน่าย พบว่าภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าก่อน

การทดลองนั้น คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการทดลอง หมวดการดูแลช่วยเหลือตนเอง หมวดการควบคุมระบบขับถ่าย หมวดการเปลี่ยนอิริยาบถ และหมวดการเคลื่อนที่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ส่วนหมวดการสื่อความหมาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และหมวดการกำหนดรู้ด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังจากทดลองเมื่อวัดความสามารถในการทำกิจกรรมหลังจำหน่าย 1 เดือนแล้ว พบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับสูงเกือบทุกหมวด ยกเว้นหมวดการเคลื่อนที่ ที่ระดับคะแนนเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 1) การเพิ่มขึ้นของระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยมีผลมาจากแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นอย่างมีโครงสร้างชัดเจน มีการประเมินปัญหาและความต้องการหลังการจำหน่าย มีการกำหนดเป้าหมายหลักร่วมกันของทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวในแต่ละวัน มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายเป็นระยะๆ โดยพยาบาลผู้ประสานงาน ระหว่างที่ยัง

รักษาอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และมีการส่งต่อไปยังหน่วยงานในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล และพยาบาลผู้ประสานงาน จะโทรศัพท์ติดตามว่าผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมชมติดตามที่บ้านภายใน 2 สัปดาห์หรือไม่ และเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในอีก 1 เดือนหลังจำหน่ายที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจะติดตามประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยอีกครั้ง ประกอบกับผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้น จึงทำให้สามารถให้คำแนะนำปรึกษาได้ตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ซึ่งจากผลการวิจัยที่ได้ จะเห็นว่าแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่สมาชิกทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดูแล ค้นหาปัญหาร่วมกัน ได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปบ้านจึงสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพของร่างกายให้ดีขึ้นต่อไปได้

นอกจากนั้น อาจมีปัจจัยเสริมอื่น ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ความยากง่ายในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 61 ปี แม้ว่าจะอยู่ในวัยผู้สูงอายุแต่ก็เป็นระยะตอนต้น ซึ่งการรับรู้ที่ดี ทำให้การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นไปด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ กษภักดี (2534) พบว่าผู้สูงอายุตอนต้นจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเรียนรู้มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่านี้ ส่งผลให้มีการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับดีตามไปด้วย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่ามียาสุขภาพอยู่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลจากกลุ่มสมรส ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหาก่ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหา ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านทุกราย ทำให้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถ้ามีปัญหามารอด

ไปใช้บริการแหล่งประโยชน์ในชุมชนของตนเองได้ ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ จารึก ชานีรัตน์ (2545) ที่พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการทำกิจกรรม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแผนการจำหน่าย กับกลุ่มที่ได้รับการจำหน่ายตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากได้รับการจำหน่ายแบบกำหนดโครงสร้าง และกิจกรรมชัดเจน ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล และมีพยาบาลผู้ประสานงาน (ผู้วิจัย) เป็นผู้รับผิดชอบในการติดตามดูแลให้มีการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายของบุคลากรทีมสุขภาพ มีการวางแผนร่วมกัน กำหนดเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันร่วมกัน มีการค้นหาผู้ดูแลหลัก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลจากคู่สมรส มีผู้คอยปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหาก่ที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา ซึ่งสถานภาพคู่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้ดี และผู้วิจัยเป็นผู้คอยติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นระยะๆ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อปรับการดูแลให้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และมีการส่งต่อให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม หรือเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ภายใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายทุกราย ส่วนการจำหน่ายผู้ป่วยตามปกติใน

แผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลระยองถึงแม้ว่าจะมีการประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาลในวันแรกรับ การให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ และตามแผนการพยาบาลในแต่ละวัน รวมไปถึงได้รับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ (ถ้ามี) และการประเมินความพร้อมตามแบบฟอร์มจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลในวันที่จำหน่ายผู้ป่วย และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชน (ถ้าจำเป็น) และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยหน่วยงานเวชกรรมสังคม แต่อย่างไรก็ตามความสมบูรณ์ของโครงสร้าง และแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนั้นจึงทำให้ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

#### ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในด้านต่างๆ ดังนี้

##### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาซ้ำเกี่ยวกับผลลัพธ์ของแผนการจำหน่ายต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป เช่น 2, 4, 6 เดือนหลังจำหน่าย ผลลัพธ์ของแผนการจำหน่ายในด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการกลับมารักษาซ้ำ รวมถึงผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล (LOS)
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล และทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัว

##### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพทุกคน ควรนำแผนการจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทาง

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ ซึ่งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่รวดเร็ว ทำให้สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการได้

2. ควรมีผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการเกี่ยวกับแผนการจำหน่าย ซึ่งจะทำหน้าที่ในการตรวจสอบการลงบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การติดตามการปฏิบัติตามบทบาทของบุคลากรทีมสุขภาพ และการติดต่อประสานงาน ในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัย

##### ด้านการศึกษา

1. ควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ นักศึกษามีโอกาสฝึกปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการวางแผนจำหน่ายในคลินิก
2. ควรมีการจัดอบรมเพื่อเตรียมบุคลากรทีมสุขภาพให้มีความรู้ ความชำนาญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการนำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปประยุกต์ใช้ในการจัดอบรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

##### ด้านบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายให้ชัดเจน เพื่อสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรทีมสุขภาพ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค
2. ผู้บริหารควรกำหนดให้มีบุคคลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นตัวแทนในการทำงานเรื่องการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ มีการประชุม ติดตาม และประเมินผลการใช้แผนการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง

##### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง ในการอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ขอ

ขอบเขตทีมแพทย์แผนกอายุรกรรมและทีมพยาบาล  
หอผู้ป่วยร่วมสุข โรงพยาบาลระยองทุกท่านที่ให้ความ  
ร่วมมือในการปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึง  
ผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวม  
ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *ปฏิทิน  
สาธารณสุข พุทธศักราช 2543*. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย  
กระทรวงสาธารณสุข.

กฤษดา แสงดีและคณะ. (2539). *แนวทางการ  
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กิ่งแก้ว ปาจริย. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ : งานตำรา  
วารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษา  
แพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

จารึก ธาเนรัตน์. (2545). *ผลของการวางแผน  
จำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เจียมจิต ไสภณสุขสถิตย์. (2544). *ภาวะสุขภาพ  
ด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับการ  
ดูแลที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จัญญา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์. (2542).  
*เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการ  
พิมพ์.

ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์ และคณะแพทย์ใกล้  
หมอ. (2547). *10 โรคคุกคามคนไทย*. กรุงเทพฯ : ใกล้  
หมอ.

ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลระยอง. (2547).

สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลระยอง.

สังศักดิ์ ทิตาราม. (2534). *สถิติและการวิจัย  
สำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ หน่วยที่ 12*. กรุงเทพฯ :  
โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร. (2537). การวางแผน  
จำหน่าย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 14 (2),  
49-57.

อภิญา กังสนารักษ์ และนายพินิจ กชภักดี.  
(2534). แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (MMSE)  
และแบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก (CDR)  
สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 36(2), 89-97.

Brooten, D. et al. (1996). Early discharge  
and home care after unplanned cesarean birth  
: Nursing care time. *Journal of Obstetrics  
Gynaecology Neonatal and Nursing*, 25(7), 595-  
599.

Dowswell, G. et al. (2000). Investigating  
recovery from stroke: A qualitative study. *Journal  
of Clinical Nursing*, 9, 507-515.

Jackson, K. F. (1994). Discharge plan-  
ning: Issue and challenges for gerontological  
nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2),  
492-502.

McKeehan, K. M., & Coulton, C. J.  
(1985). A system approach to program devel-  
opment for continuity of care in hospital. In  
*Continuity of care : Advance the concept of  
discharge planning*. St. Louis, MO : Grune &  
Stratton Orlando Floride.

Thorvaldsen, P., Asplund, K., Kuulasmaa,  
K., Rajakangas, A. M., & Schroll, M. (1995).  
For the WHO MONICA project stroke incidence  
case fatality and mortality in the WHO MONICA  
project. *Stroke*, 26(3), 361-367.