

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระยะของ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง
3. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. การวางแผนจำหน่าย

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke (Cerebrovascular Disease or Stroke) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2535; สมจิต หนูเจริญกุล, 2534; Hickey, 1986) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง สาเหตุเนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตก (Hemorrhage) หรืออุดตัน (Thrombosis) ในที่สุดสมองขาดเลือด (Arsenault & Pugas, 1998 อ้างถึงในจารึก ธานีรัตน์, 2545) เกิดการสูญเสียการทำงานที่ของระบบประสาทส่วนนั้น ๆ (Mower, 1997)

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีลิ่มเลือดเกิดขึ้น หรือมีการอุดตันเกิดขึ้นภายในหลอดเลือดก็ตาม จะส่งผลทำให้เกิดพยาธิสภาพ หรือความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของสมอง คือ สมองตายจากการขาดเลือด โดยทั่วไปเกิดได้จากสาเหตุ 3 ประการ คือ มีการแตกของหลอดเลือดที่อุดตัน (Abrupt Vascular Occlusion) เช่น Embolus มีการอุดตันของสมองบางส่วน (Gradual Vessel Occlusion) เช่น Atheroma มีการตีบของหลอดเลือดสมองบางส่วน จากสาเหตุทั้ง 3 ประการดังกล่าว จะทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลไปเลี้ยงเซลล์สมองมีจำนวนลดลง ทำให้เซลล์สมองได้รับเลือดและก๊าซออกซิเจนไม่เพียงพอ สมองบริเวณที่ขาดเลือดจะเริ่มมีสีซีดลง และเนื้อสมองเริ่มมีลักษณะอ่อนซึ่งพบได้ภายใน 6 – 12 ชั่วโมง ภายหลังจากมีการอุดตัน ต่อมาเซลล์สมองจะเริ่มมีการตาย (Infarction) และเมื่อเนื้อสมองมีการตายมากขึ้น เนื้อสมองจะกลายเป็นลักษณะแข็งแข็ง

เหลว ส่วนบริเวณรอบ ๆ จะมีอาการบวม เนื่องจากมีปริมาณเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น (Hyperemia) พบได้ภายใน 48 – 72 ชั่วโมง เรียกภาวะนี้ว่า Intracerebral Steal Syndrome พยาธิสภาพดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการสูญเสียหน้าที่การทำงานของกลไกควบคุมการทำงานด้วยตนเองของหลอดเลือด (Autoregulation) ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไหลไปสมองเปลี่ยนแปลงไปตามความดันเลือด การหดตัวและการขยายตัวของหลอดเลือดจะไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของระดับก๊าซออกซิเจน หรือก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด ดังเช่นภาวะปกติ แต่หลอดเลือดบริเวณรอบ ๆ ที่ขาดเลือดยังมีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับก๊าซออกซิเจน หรือก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ตามปกติ จึงเกิดการขยายตัวเมื่อสมองมีภาวะขาดเลือด ภาวะนี้จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ขยายหลอดเลือดสมองไม่มีผลต่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2542)

สมองมีเลือดออก (Cerebral Hemorrhage) สาเหตุเริ่มต้นมักเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ทำให้มีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก จากการเจริญและหนาตัวขึ้นของเซลล์ ผลตามมาทำให้หลอดเลือดมีแรงต้านทานมาก การไหลของเลือดไม่ดีหรือลดลงจากปกติ ทำให้เซลล์เกิดการขาดเลือดและตายไปในที่สุด และอีกกรณี คือ เมื่อผนังหลอดเลือดมีแรงต้านทานมากขึ้น ร่างกายจะชดเชยโดยการเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย เพื่อให้เลือดสามารถผ่านหลอดเลือดไปได้ในปริมาณที่มากพอ แรงกระแทกโดยเฉพาะตรงจุดแยก (Bifurcation) ของหลอดเลือดแดงที่มีอยู่ตลอดเวลา จะทำให้ผนังหลอดเลือดมีความเสื่อม และมีความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลงจนเกิดการพองขึ้นออกจากผนังหลอดเลือด เรียก การโป่งพองของหลอดเลือด (Aneurysm) โดยมากพบแบบถุง (Saccular Aneurysm) เมื่อมีแรงของกระแสเลือดไหลวนเวียนในถุง จะส่งผลให้ถุงมีขนาดใหญ่ขึ้น และแตกในที่สุด โดยเฉพาะบริเวณส่วนบน (Fundus) ซึ่งถือว่าเป็นตำแหน่งที่มีความอ่อนแอมากที่สุด (จเร ผลประเสริฐ, 2541)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งได้แก่ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ รวมด้วย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530; เจริญจิต แสงสุวรรณ, 2535)

1. อายุ และเพศ โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุมีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นสองเท่าของคนอายุน้อย จากการศึกษาพบว่า จะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ โดยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 22 คนในกลุ่มอายุ 45 –

54 ปี 32 คนในกลุ่มอายุ 55 – 64 ปี และ 88 คนในกลุ่มอายุ 65 – 74 ปี ต่อประชากร 10,000 คน (จารึก ธานีรัตน์, 2545) ทั้งนี้เนื่องมาจากความเสื่อมของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น (อรจักร โดยขานนท์, 2539) สำหรับเพศนั้นพบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้มากกว่าเพศหญิงประมาณร้อยละ 30 และอุบัติการณ์การเกิดโรคดังกล่าวจะต่างกันมากในกลุ่มอายุต่ำกว่า 65 ปี ส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดแตก โดยเฉพาะเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์ พบมากในเพศหญิง มีความแตกต่างกันมากในกลุ่มสูงอายุ โดยเชื่อว่ามียิทธิพลมาจากฮอร์โมนในเพศหญิง (จารึก ธานีรัตน์, 2545)

2. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70 จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (Denis & Warlow, 1987) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเกิน 130 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากร่างกายไม่สามารถปรับตัวให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้เพียงพอ (ปัญญา บุณศิริ, 2539 อ้างถึงใน อารักษ์ รัตนวิจิตรและวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2542)

3. โรคหัวใจ และภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก (Atrial Fibrillation) มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่ถ้ามีภาวะหัวใจเต้นระริกพร้อมกับโรคหัวใจรูห์มาติก มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ พบว่าประมาณร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดมักมีภาวะหัวใจเต้นระริก เนื่องจากจะทำให้หัวใจห้องบนซ้ายขยาย เกิดการคั่งของเลือด และมีการรวมตัวกันของเลือด เกร็ดเลือด และเม็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดที่หลุดลอยออกไปอุดหลอดเลือดสมอง (จารึก ธานีรัตน์, 2545)

4. โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ ประมาณ 2 – 3 เท่า แต่ยังไม่มียารายงานว่าการควบคุมเบาหวานจะทำให้อัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแข็งตัวและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (จารึก ธานีรัตน์, 2545)

5. ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชั่วคราว หรือ Transient Ischemic Attack (TIA) มาก่อนจะมีโอกาสเป็นซ้ำได้ประมาณร้อยละ 6 – 7 (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) โดยทั่วไปการลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่เคยเป็นมาก่อนจะช่วยลดอัตราเสี่ยงได้มากกว่าการป้องกันในผู้ที่ไม่เคยเป็น

การพยากรณ์โรค ของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการพยากรณ์โรคไม่ดี กล่าวคือ มีอัตราการตายสูง หรือมีความพิการรุนแรงหลงเหลือตามมา การคาดเวลาที่จะมีชีวิตอยู่ในอนาคต จะ

มีระยะเวลาสั้น และคุณภาพชีวิตไม่ดีด้วย ผู้ป่วยต้องอาศัยผู้อื่นหรือผู้ดูแลตลอดซึ่ง กัมมันต์ พันธุมจินดา และคณะ (2537) ได้สรุปไว้ดังนี้ กลุ่มที่สามารถยับยั้งแขนขาได้เองใน 1 สัปดาห์ และขยับมือได้เองใน 2 สัปดาห์ จะมีอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ จนสามารถใช้มือและแขนได้ปกติ แต่ถ้าไม่ดีขึ้นเลยภายใน 2 สัปดาห์แรก อาการอ่อนแรงจะดีขึ้นต่อไปได้ไม่มากนัก และถ้ายังคงมีอาการมากอยู่ถึง 6 เดือน อาการมักจะไม่ดีขึ้น กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์ และความผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งเป็นผลจากโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ มักเป็นอยู่นาน ส่วนภาวะปฏิเสธ (Denial) ภาวะเพิกเฉย (Neglect) และความผิดปกติด้านความรู้สึกรักมักดีขึ้นภายใน 1 เดือน และบางครั้งอาจหายเป็นปกติ สำหรับการพูดสำเนียงผิดปกติ (Dysarthria) การกลืนลำบาก (Dysphagia) และอาการวิงเวียน (Vertigo) ส่วนใหญ่จะหายภายใน 4 – 8 สัปดาห์ กลุ่มอาการพูดไม่ได้ (Aphasia) การฟื้นตัวมักเป็นไปได้ยาก แต่จะค่อย ๆ ดีขึ้น จากการศึกษาของ นาคายามา, จอร์เจนเซน, ราสชูว์, และออลเฮน (Nakayama, Jorgensen, Raaschou, & Olhen, 1994) เรื่องการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการทำหน้าที่ของแขน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 421 คน มีการประเมินทุกสัปดาห์ ในระยะเวลา 1 ปี โดยใช้ดัชนีบาร์เทล เกี่ยวกับการให้อาหาร และความสามารถในการแต่งกาย พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่แขนได้ดีที่สุด ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ หลังจากเกิดโรค ซูห์ (Suh, 1990) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาต พบว่า ระยะเวลา 3 เดือน หลังจำหน่าย ผู้ป่วยจะสามารถลดการพึ่งพาผู้อื่นลง และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย เป็นโรคที่ถึงแม้จะสามารถรักษาให้อาการของโรคคงที่ได้แต่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ผลกระทบของโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว อาจพบเพียงการชาของแขนขา และอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายเป็นปกติ แต่ถ้าอาการรุนแรงมากจะทำให้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย โดยในสัปดาห์แรกจะตายด้วยสมองบวม สัปดาห์ที่ 3 จะตายด้วยปอดบวม (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534)

ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองในรายที่สามารถรอดชีวิตและอยู่ในระยะฟื้นฟู แบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้ คือ ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การควบคุมท่าทางและการเคลื่อนไหว ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) โดยมีอาการชา (Numbness) อ่อนแรงของกล้ามเนื้อด้านที่เป็นอัมพาตทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว การประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากไม่

สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว เกิดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อตามมาทำให้แขนขา
ด้านที่อ่อนแรงเกิดการบวม ผู้ป่วยรู้สึกแขนขาหนักขึ้น นอกจากนี้อาจมีอาการเกร็ง โดยนิ้วมือจะกำ
แน่น แขนขาเหยียดลำบาก ทำให้เคลื่อนไหวได้ลำบากขึ้น และถ้าผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือเจ็บ จะยังทำ
ให้เกร็งมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการปวดไหล่ ซึ่งเป็นอาการที่พบค่อนข้างบ่อย เนื่องจากแรง
โน้มถ่วงของโลกต่อแขนขาที่อ่อนแรง จึงทำให้เกิดอาการปวดไหล่ และตามมาด้วยข้อไหล่ติด ซึ่ง
พบว่าเป็นข้อที่ติดมากที่สุด (ประไพ พัวพันธ์, 2530; อรจักร โดษยานนท์, 2534)

1.2 การพูดผิดปกติ โดยพบว่าพูดไม่ชัด (Dysarthria) หรือพูดไม่ได้ (Aphasia) จนถึง
ได้ยินเสียงแต่ไม่เข้าใจความหมายของเสียง สื่อภาษาไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เกิด
จากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณรอบปาก ลิ้น และเพดาน ทำให้อวัยวะทำงานไม่สัมพันธ์กัน
เสียงที่พูดจะตะกุกตะกัก ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อภาษา กล่าวคือ
ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (Global Aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือ
ได้ทั้ง ๆ ที่มองเห็น (Visual Aphasia) เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน ซึ่งเกิดจากสมองบริเวณเวอร์นิค
(Wernicke's Area) ถูกทำลาย ส่วนในผู้ป่วยที่สมองบริเวณโบรคา (Broca's Area) ถูกทำลาย ผู้ป่วย
สามารถเข้าใจภาษาพูด และสัญลักษณ์ต่าง ๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไร แต่ไม่สามารถพูดได้
บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา ในบางรายอาจพูดไม่เป็นประโยค (Hickey, 1986)

1.3 การเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบาก พบได้ร้อยละ 59 เนื่องจากความผิดปกติของ
ระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและการกลืนอาหาร และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น
สำลัก ปอดอักเสบ ภาวะทุพโภชนาการ และเสียชีวิตได้ (Emick & Wood, 1990 อ้างถึงใน
สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน ร้อยละ 40 จะเกิดการสำลัก
อาหาร และมีการติดเชื้อที่ปอดร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีปัญหา
เกี่ยวกับการกลืนจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ปอดเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2535)

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ ซึ่งพบแตกต่างกัน เช่น การ
รับรู้ต่อความสมดุลของร่างกายผิดปกติ กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ความสมดุลของร่างกายด้าน
ที่มีพยาธิสภาพ ทำให้เกิดความบกพร่องในการปรับท่า และการกระชະของการเคลื่อนไหว
(เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; Black & Matassarin-Jacobs, 1993; Hickey, 1986) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลัว
ว่าจะหกล้มทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว เป็นสาเหตุให้เกิดการฟื้นฟูสภาพในระยะเวลาต่อมา เกิดความ
ยากลำบากได้ การรับรู้ต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อนเย็นผิดปกติ โดยที่ความ
ผิดปกติดังกล่าวอาจเกิดขึ้นอย่างเดียว หรือเกิดขึ้นหลายอย่างพร้อมๆกัน ผู้ป่วยจะมีปัญหา คือ บอก
ตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้ หรือบอกได้ไม่ถูกต้อง และไม่สามารถบอกตำแหน่งของจุดสัมผัส
พร้อมกันหลายจุดได้ (Hickey, 1986) เนื่องจากการรับรู้ที่ผิดปกติเหล่านี้ทำให้ร่างกายด้านที่มีพยาธิ

สภาพของผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย เพราะผู้ป่วยมักจะ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มากระตุ้นร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพหรือกว่าร่างกายจะรู้สึกและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายนั้นร่างกายก็ได้รับอันตรายแล้ว การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วย สับสนไม่รู้จักเวลา บุคคล และสถานที่ หรือมีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง อันจะมีผลให้ผู้ป่วย ตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมออกมาไม่เหมาะสม การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ซึ่งความ ผิดปกตินี้จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึกด้วย กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำและตอบสนองต่อสิ่ง ที่มากระตุ้นสายตาตนเองได้ความผิดปกติที่พบคือ เสียลานสายตาครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา (Black & Matassarin, 1993; Hickey, 1986) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความผิดปกติใน ลักษณะการมองเห็นภาพซ้อน ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่สามารถกรอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้อง กันได้ตามปกติ อาจพบการมองเห็นไม่ชัดในผู้ป่วยบางราย ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ด้านการ มองเห็นนี้ จะส่งผลต่อการสมดุลในการนั่งและการยืนของผู้ป่วย

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ ผู้ป่วยจะถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความสามารถในการคิดคำนวณ การมีเหตุผลและมีจินตนาการผิดปกติไป นอกจากนี้ผู้ป่วย ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ของสถานการณ์ต่างๆเข้าด้วยกัน (Hickey, 1986) จากความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมเดิมที่ซ้ำๆ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆในชีวิตประจำวันและไม่สามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตนเองได้

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ (Hickey, 1986) ในบางรายอาจมีปัสสาวะคั่งค้างไม่สามารถถ่ายปัสสาวะออกได้หมด เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง สำหรับความผิดปกติการขับถ่ายอุจจาระนั้น พบว่า ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาในเรื่องท้องผูก ซึ่งผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง อันเป็นผลมาจากความพิการของร่างกายหรือเกิดจากผู้ป่วยรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยกว่าปกติ (จันทร์เพ็ญ การ์เวซ, 2537)

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติที่พบ คือ ความต้องการทางเพศลดลง ทั้งในผู้ป่วยเพศหญิงเพศชาย (Binder, 1984) จากการศึกษาของ เบรย์ , ดีแฟรงค์ และวอล์ฟ (Bray, Defrank, & Wolfe, 1981 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวนิชย์, 2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 คน เป็นผู้ป่วยเพศชาย 24 คน เพศหญิง 11 คน โดยมีระยะการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 6 สัปดาห์ พบว่าความต้องการทาง

เพศและจำนวนครั้งของการร่วมเพศลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชาย และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง นอกจากนี้ เฮแกน, วอลลิน, และเบเออร์ (Hagan, Wallin, & Baer, 1980 cited in Burgener & Logan, 1989 อ้างถึงใน จารึก ธานีรัตน์, 2545) พบว่าความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์นั้นมีความสัมพันธ์กับขาดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ส่วน เบอร์จินเนอร์ และโลแกน (Burgener & Logan, 1989 อ้างถึงในจารึก ธานีรัตน์, 2545) เชื่อว่า พยาธิสภาพของ ผู้ป่วยพฤติกรรมและปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมและความต้องการเพศ ของผู้ป่วย

นอกจากความผิดปกติด้านร่างกายดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังอาจพบภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่นๆ เช่น การติดของข้อต่อที่พบบ่อย คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อเท้า นอกจากนี้ยังพบการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโปร่งบาง เส้นเลือดดำอุดตัน แผลกดทับ และปอดบวม (สุวพัทธ์บุรณเวช, 2521)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ และยังอาจมีการทำงานในส่วนต่างๆบกพร่องหรือสูญเสียได้ด้วย ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก (Miller, 1983) โรบินสัน และไพร (Robinson & Price, 1987) ได้ศึกษาติดตามผลกระทบด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 103 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและเกิดภาวะการซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 70 โดยภาวะความซึมเศร้าที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะนี้เกิดสูงสุดในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี ภายหลังการเกิดโรค ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่เศร้าสร้อย ไม่มีความสุข ท้อถอย เบื่อหน่าย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดในสามด้าน คือ มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และมีการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวต่าง ๆ (เขาวรัตน์ จันธวิชัย, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ แซนตัส และคณะ (Santas et al., 1990) ซึ่งได้ศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัวและสังคม ผลการศึกษา ยังพบว่า ภาวะการซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนแรกจะเกิดขึ้นเนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี ภาวะซึมเศร้า จะเกิดขึ้นเนื่องจากความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ อาการซึ่งแสดงถึงการถอยหนีจากสังคม เช่น แยกตัวเอง เป็นต้น ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่าย ก้าวร้าว (Bronstein, 1991) นอกจากนั้นผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์โกรธในรูปของการทำร้าย เช่น ขว้างปาสิ่งของ ทำร้ายตนเอง เป็นต้น การแสดงออกเช่นนี้เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกต้องการ ดำรงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง ต้องการได้รับการเอาใจใส่หรือสนใจจากผู้ดูแลหรือญาติหรือบุคคลรอบข้าง (Robert, 1978) ผลกระทบด้านจิตใจยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน ลดความอยากอาหาร ซึ่งผลกระทบดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย หมดแรง เหนื่อยง่าย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงในที่สุด

3. ผลกระทบด้านสังคม พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรม เนื่องจากความเจ็บป่วยและความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (Doolittle, 1988; Robinson & Mahoney, 1995 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัศวณิชย์, 2543) หรือในรายที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มากก็ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เลย อีกทั้งบทบาทเดิมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นบทบาทในครอบครัว หรือบทบาททางสังคม ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในสังคมลดลง ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านสังคมจากบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตนเองถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และมีความรู้สึกว่าเหว (Frazan, 1991 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัศวณิชย์, 2543) จากการศึกษาของแนนซีและคณะ (Nancy et al., 2002) ซึ่งได้ทำการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในสังคมที่อยู่อาศัย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเกิดโรค 6 เดือน โดยใช้รูปแบบการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ มีระยะเวลาในการศึกษาดูตามผู้ป่วย 2 ปี มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนที่อยู่อาศัย โดยศึกษาเปรียบเทียบกับชุมชนที่ไม่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่ ผลการศึกษาพบว่า เกือบร้อยละ 50 ของชุมชนที่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่ ผู้ดูแลไม่มีเวลาให้ผู้ป่วยอย่างเต็มที่และไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพที่บ้าน และผู้ดูแลยังขาดความเข้าใจในความหมายและความสำคัญของกิจกรรมที่ ปฏิบัติ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่า มีความจำเป็นที่ต้องมีการจัดกลุ่มช่วยเหลือเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจากภาวะความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ซึมเศร้า ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายเลวลง มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมาในที่สุด

ซึ่งผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง

ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมให้เพิ่มมากขึ้น จะสามารถลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นได้

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ (2547) ให้ความหมายของความสามารถในการทำกิจกรรมว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

วิญญู กัมพรทิพย์ (2547) ได้กล่าวถึงความสามารถในการทำกิจกรรมว่า เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ ทำให้มนุษย์สามารถเคลื่อนที่ไปมาได้อย่างอิสระ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิต การติดต่อสื่อสาร และเพื่อการสันติภาพการ

โอเร็ม (Orem, 1985) ได้ให้ความหมายความสามารถในการทำกิจกรรมว่า เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการบรรลุความต้องการในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิต ดำรงหรือส่งเสริมให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของชีวิต จากวัยเด็กถึงวัยชรา การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ อิทธิพลทางการศึกษา ประสบการณ์ในชีวิต อิทธิพลของวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ในชีวิตประจำวัน

เสก อักษรานุเคราะห์ และอารีรัตน์ อนันต์นนท์ศักดิ์ (2539) กล่าวว่า การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม เริ่มจาก การทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) งานอาชีพ (Vocational) งานสันทนาการ (Leisure) งานสังคมติดต่อพบปะบุคคลอื่น (Social) โดยกิจกรรมเริ่มตั้งแต่ การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ การวางแผนขั้นตอนการทำงาน และการลงมือกระทำ การประเมิน กิจกรรมประกอบด้วย 3 อย่าง คือ ระดับของการทำงาน เช่น การเคลื่อนที่จากตำแหน่งหนึ่งไปยังอีกตำแหน่งหนึ่ง ทำได้หลายระดับ เช่น เดิน คลาน กระโดด นั่งรถเข็น เป็นต้น ต้องใช้อุปกรณ์ หรือ ผู้ช่วยมาช่วยหรือไม่ ถ้าต้องใช้ผู้ช่วยต้องพิจารณาระดับของการช่วยว่าเป็นระดับใด ช่วยทั้งหมด หรือช่วยเพียงบางส่วน ปัจจัยจำกัด แบ่งเป็น ปัจจัยภายในร่างกาย คือ ความผิดปกติของร่างกายด้านกายวิภาค สรีรวิทยา เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติด ปวด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ปัจจัยภายนอก คือสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น บ้านใด โต๊ะทำงาน จานกินข้าว ช้อนส้อม เป็นต้น และความสามารถในการทำกิจกรรม คือกิจกรรมที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน มี 2 ชนิด คือ กิจวัตรประจำวันส่วนตัว (Personal Care Activities) ได้แก่ รับประทานอาหาร อาบน้ำ หวีผม โกนหนวด ใส่เสื้อ-กางเกง อุจจาระ-ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายลำตัว และกิจวัตรประจำวันอื่นที่จำเป็น

(Instrumental Activities) ได้แก่ การเตรียมอาหาร การดูแลทำความสะอาดบ้าน ซักรีดของ เดินทาง ใช้ โทรศัพท์ การจัดการรายรับ-รายจ่าย รวมถึงกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ

พรพิมล มาศสกุลพรรณ และลาวัลย์ พานิชเจริญ (2545) ได้กล่าวถึงการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ว่าเป็นความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ใกล้เคียงกับสภาพที่เป็นอยู่เดิมก่อนเกิดโรค

คาร์ล โรเจอร์ (Rogers, 1996 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) นักพฤติกรรมศาสตร์ ได้กล่าวว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง เมื่อบุคคลประสบกับภาวะการณ์ที่เป็นปัญหา และบุคคลนั้นเข้าใจภาวะการณ์นั้นชัดเจน บุคคลมักจะเลือกแนวทางที่จะนำไปสู่ความคงอยู่ของตนเอง มีการเพิ่มพูนประสบการณ์ ความรู้ต่าง ๆ และพัฒนาตนเองให้เจริญก้าวหน้า สามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองได้ สามารถแสดงออกอย่างเต็มที่ในลักษณะเฉพาะของตน มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถช่วยตนเองได้ ไม่จำเป็นต้องพึ่งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพฝ่ายเดียว นอกจากนี้ บุคคลที่มีประสบการณ์ในการทำให้อาเจียนตนเองมากเท่าใด ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีมากขึ้นเท่านั้น

แกส และคอบ (Kasl & Cobb, 1996 อ้างถึง ในประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ได้กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หรือเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว ได้แก่ การแสวงหาแนวทางการรักษาพยาบาล การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคยิ่งเป็นมากขึ้น

แกส และคณะ (Gast et al., 1989 อ้างถึงใน นที เกื้อกูลกิจการ, 2537) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลจะพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้นั้น เขาจะต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ ซึ่งมี 2 ประการ คือ ประการที่ 1 เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้ (Knowing) และความสามารถที่จะกระทำ (Doing)

สรุปได้ว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิต ให้สามารถดำรงหรือส่งเสริมให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลเริ่มจาก การทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) การประกอบอาชีพ (Vocational) การร่วมกิจกรรมสันทนาการ (Leisure) งานสังคมติดต่อพบปะบุคคลอื่น (Social) ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของบุคคล ทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิต มีการติดต่อสื่อสาร และมีการสันทนาการ โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะ

พัฒนาตนเอง เมื่อบุคคลประสบกับภาวะการณ์ที่เป็นปัญหา และบุคคลนั้นเข้าใจภาวะการณ์นั้นชัดเจน บุคคลมักจะเลือกแนวทางที่จะนำไปสู่ความคงอยู่ของตนเอง มีการเพิ่มพูนประสบการณ์ ความรู้ต่าง ๆ และพัฒนาตนเองให้เจริญก้าวหน้า สามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองได้

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ความสามารถในการทำกิจกรรมใช้การวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการวัดระดับความจำและการเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัย ส่วนศีรษะ และใบหน้า การอาบน้ำ การแต่งตัวร่างกายท่อนบน การแต่งตัวร่างกายท่อนล่าง การขับถ่าย การกลืนปัสสาวะ การกลืนอาหาร ความสามารถในการเคลื่อนไหวจากเตียงสู่รถเข็น และเก้าอี้ข้างเตียง การเคลื่อนไหวการเคลื่อนที่ในห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวเองสู่ที่อาบน้ำ การเคลื่อนที่ในทางราบ การขึ้นบันได การสื่อสารทางด้านการเข้าใจ การสื่อสารในด้านการแสดงออก การรับรู้ การตอบสนองทางสังคม การแก้ไขปัญหา และความจำ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม

ความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองนั้นเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ในการแสดงความสามารถของการทำกิจกรรมนั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ การใช้ความรู้ร่วมกับแรงจูงใจและทักษะต่าง ๆ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลเนื่องจากปัจจัยพื้นฐานของบุคคล แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 1995) ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่มีผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ (Anderson, 1990; Brandtater, 1998; Kwakkel, Wagenaar, Kollen, & Lankhorst, 1996 อ้างถึงใน วิษณุ กัมมทิพย์, 2547)

1. อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุมักมีระดับความสามารถต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เนื่องจากมักมีโรคประจำตัวหลายโรค และมักมีสมรรถภาพทางกายบกพร่องจากโรคเหล่านั้น อย่างไรก็ตามเมื่อตัดปัจจัยร่วมอื่น ๆ แล้ว อายุไม่ใช่ตัวแปรสำคัญในเรื่องระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของอภิญญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี (2534) พบว่าระดับอายุที่แตกต่างกัน คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (65-74 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (75-84 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (84 ปีขึ้นไป) จะมีความสามารถในการเรียนรู้ต่างกัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเรียนรู้มากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการเรียนรู้ลดลงทำให้การรับรู้เป็นไปได้ไม่ดี ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการทำกิจกรรมไม่ติดตามไปด้วย

2. ความรุนแรงของโรค พบว่าการมีรอยโรคของสมองทั้งสองข้าง หรือโรคมีความ

รุนแรงจนทำให้เกิดความบกพร่องของระดับการรู้สติ กลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ นานเกินกว่า 3-4 สัปดาห์ มีอาการอ่อนแรงมาก มีอาการอ่อนแรงแบบอ่อนปวกเปียก นานเกิน 2 เดือน นั่งทรงตัวไม่ได้ มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำ หรือเคยป่วยเป็นอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ลักษณะทางคลินิกเหล่านี้สัมพันธ์กับผลการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ดี

3. ความบกพร่องทางระบบประสาทที่พบร่วมด้วย พบว่าความบกพร่องในด้านการรับรู้ การเคลื่อนไหวของร่างกายและสิ่งแวดล้อมครึ่งซีก อาการสมองเสื่อม มีปัญหาการสื่อสารชนิด Aphasia อย่างรุนแรง หรือมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะช่วยตนเอง

4. โรคประจำตัว เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหัวใจอื่น ๆ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต โรคประจำตัวบางอย่างอาจเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอด โรคถุงลมโป่งพอง เพราะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฝึกการฟื้นฟูสภาพได้เต็มที่

5. ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนถึงเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ เป็นที่ยอมรับกันว่าการได้รับการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่วัยแรกของโรคให้ผลดีกว่า ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการฝึก เช่น ข้อยึดติด และภาวะเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ เนื่องจากการนอนนาน การฟื้นฟูสภาพตั้งแต่วัยแรกยังช่วยลดการเกิดอาการซึมเศร้า และเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องด้วย งานวิจัยที่เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในต่างประเทศ ได้มีผลรายงานต่าง ๆ กัน เช่น เวด, ฮิวเออร์ และวูด (Wade, Hewer, & Wood, 1984) ได้รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพาตครึ่งซีกขวาที่มีปัญหาการพูดไม่ได้ กับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกขวาที่พูดได้บ้าง ไม่พบความแตกต่างกันในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่อย่างใด คาราย และโพโซเวค (Caray & Pasovec, 1980 cited in Schmidt et al., 1986) ศึกษาพบว่า ขณะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่อัมพาตครึ่งซีกขวา จะมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มากกว่าผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกซ้าย เพราะผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกซ้ายมักมีปัญหากจากการกระหายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ถูกต้อง มีความลำบากในการกลืนให้สมดุลอยู่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การมองเห็นของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกซ้าย มีอาการรุนแรงกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกขวา ดีเนส และคณะ (Denes et al., 1980 cited in Wade, Hewer, & Wood, 1984) พบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพาตครึ่งซีกซ้าย จะมีการฟื้นฟูสภาพเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เพื่อการทำหน้าที่ที่อิสระภายใน 6 เดือนแรกค่อนข้างน้อย และพบว่าอวัยวะด้านที่เป็นอัมพาตจะมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องเฉพาะแตกต่างกัน เช่น มีความลำบากในการกระหายในการทำกิจกรรมหรือพูดไม่ได้ แต่ความแตกต่างเหล่านี้ไม่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมในกิจวัตรประจำวันเลย ตรงข้ามกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพในตำแหน่ง

เดียวกัน แต่ความเข้มแข็งจะทำให้ระดับการรับรู้ สถิติปัญญา ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ แตกต่างกัน ฉะนั้นภาวะทางจิตใจจึงทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมแตกต่างกัน นอกจากนี้ ลักษณะการช่วยเหลือของครอบครัว จะมีผลต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วย กล่าวคือ การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม โดยการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยทุกอย่าง ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ และปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป จะมีผลเสียต่อการฟื้นฟูในระยะยาวได้ ฉะนั้น สมาชิกในครอบครัวจึงควรได้รับคำอธิบายให้เข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา และฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรม รวมทั้งประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ

ลาไบ,ฟิลลิปส์ และเกรสแฮม (Labi, Phillips, & Gresham, 1980) ได้ศึกษาถึงความสามารถทางด้านสังคมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมักมีปัญหาทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอิสระในการทำกิจกรรม และสามารถเคลื่อนไหวได้ดี แต่ผู้ป่วยจะมีความยุ่งยากในการปรับตัวเข้าสู่สังคมตามปกติ ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยลดการสังคมภายในและภายนอกบ้าน ลดกิจกรรมงานอดิเรก และความสนใจอื่น ๆ ลง และการแสดงออกด้านสังคมเช่นนี้ มักพบในผู้ป่วยที่มีความพิการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ลานสายตาเสียครึ่งซีก พูด ไม่ได้ หรือปากเบี้ยว มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าหนึ่งครั้ง และมีความพิการเกิดนานกว่า 12 เดือนขึ้นไปด้วย

จากผลการวิจัยทั้งหมดดังกล่าว จะเห็นว่า ปัญหาความพิการด้านร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง ดังนั้น การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบด้านต่าง ๆ ตามมาในภายหลัง และไม่เป็นการให้แก่สมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวมากเกินไป จึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม ขอมรับกับสภาพความพิการที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ได้ และยินดีที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป การวางแผนจำหน่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการเตรียมพร้อมสำหรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะต้องเผชิญต่อไปในอนาคต

การวางแผนจำหน่าย

กฤษดา แสงศิริ, ชีรพร สติธัญญ์ และเรวดี ศิรินคร (2539) ให้ความหมายของการวางแผนการจำหน่ายว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นพยาบาลจะเป็นผู้ริเริ่มและประสานแผนจำหน่ายของทีมสุขภาพเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการและประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทุกราย

แมคคีนเสน และคูลตัน (McKeehan & Coulton, 1985) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการของการบริการเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การประเมินผล และการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการเตรียมความพร้อมที่จะไปอยู่โรงพยาบาลแห่งใหม่ บ้าน หรือสถานพักฟื้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยยังรวมไปถึงการจัดหาแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน การเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล

โรเดน และทาฟ (Rorden & Taft, 1990) ให้ความหมายของการวางแผนการจำหน่ายว่าเป็นกลุ่มกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่างๆ ซึ่งกระบวนการวางแผนจะเหมาะสมสำหรับแต่ละครั้งของการเปลี่ยนแปลง เช่นการย้ายผู้ป่วยจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักไปหอผู้ป่วยสามัญหรือจากหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยสามัญไปยังหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

โลเวนสตัน และฮอฟ (Lowenstein & Hoff, 1994) ให้ความหมายของการวางแผนการจำหน่ายว่าเป็นการรวมเอาการประเมินความต้องการการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสหวิทยาการ โดยให้ข้อมูลและคิดหาแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ผู้ใช้บริการทำกิจกรรมได้

สรุปได้ว่า การวางแผนการจำหน่าย เป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและครอบครัว ให้มีการเตรียมอย่างเป็นรูปแบบ และต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในแผนการจำหน่ายของทีมสุขภาพ รวมไปถึงการจัดหาแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน การเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีความสามารถในการทำกิจกรรมสูงขึ้น โดยใช้ทรัพยากร และความสามารถของตัวผู้ป่วยเองที่มีอยู่เป็นหลัก และอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลและครอบครัวร่วมด้วย มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเต็มที่ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะต้องมีการใช้ระบบการส่งต่อไปยังชุมชนหรือสถานบริการที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและญาติต้องการได้

วัตถุประสงค์ในการวางแผนการจำหน่ายมีดังนี้ (ฤกษ์ดา แสงวงศ์, ชีรพร สติธังกูร และเรวดี ศิรินคร, 2539; วันเพ็ญ พิจิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546; Jupp & Sims, 1986)

1. เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน
2. เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน มีการส่งต่อ
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สูงสุดและพึ่งพาตนเองได้

4. เป็นการพัฒนาศักยภาพการทำกิจกรรมของผู้ป่วย หรือการดูแลโดยญาติ และผู้ดูแล
5. ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น
6. ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

รูปแบบของการวางแผนจำหน่าย

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายในประเทศไทยเท่าที่ปฏิบัติอยู่ ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังเป็นในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจง ไม่มีการประเมิน หรือ วิจัยปัญหาเฉพาะรายก่อนการวางแผนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความจำกัดในการปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติได้จริง นอกจากนั้น ยังไม่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) ความตระหนักถึงปัญหาในความต่อเนื่องของการดูแล คุณภาพการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย และมาตรฐานบริการของโรงพยาบาล ทำให้การปรับปรุงรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เริ่มเป็นเป้าหมายหนึ่งในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ในปัจจุบัน ได้มีผู้คิดค้นหาวิธีที่จะทำให้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเกิดประสิทธิผลตามที่ต้องการ ซึ่งรูปแบบเหล่านี้ มีทั้งความคล้ายคลึง และความแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้ (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

1. รูปแบบ A Professional-patient Partnership Model of Discharge Planning รูปแบบนี้ เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้ป่วย เพื่อพัฒนาระบวนการวางแผนจำหน่าย และผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่าย จากการศึกษาของ Bull and Other (2000) พบว่า จากการใช้รูปแบบนี้ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้ดีกว่า ข้อมูลที่ได้รับมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และเชื่อมั่นว่าตนเองอยู่ในสภาวะที่มีสุขภาพดีมากกว่า และใช้ระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำสั้นกว่า

2. รูปแบบ The Partners-in-care Model of Collaborative Practice รูปแบบนี้มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล (Nurse Case Manager) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลและที่บ้าน การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โดยหวังผลในการลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น

1. รูปแบบ Structured Discharge Procedure รูปแบบนี้มีการกำหนดกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืด โดยมีการจัดทำ “The Structured Discharge Package” ประกอบไปด้วย

- 3.1 แบบสัมภาษณ์ในการวางแผนจำหน่าย

- 3.2 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

3.3 แผนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับแต่ละราย

3.4 การอบรมระยะสั้น ๆ เกี่ยวกับการรับประทานยา Oral steroids

3.5 สมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

4. รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning รูปแบบนี้พัฒนาขึ้น โดย Judith Rorden and Elizabeth Taft (1990) โดยมีลำดับขั้น ดังนี้

4.1 Step A: Assessment เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เป็นต่อการวางแผนจำหน่าย เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วย

4.2 Step B: Building a Plan การสร้างแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่มีผลจากการตัดสินใจในขั้นตอนแรก โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้ และเป้าหมายของความต้องการ

4.3 Step C: Confirming the Plan การยืนยันแผนการจำหน่าย กระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ มีการประเมินจุดแข็ง แหล่งทรัพยากร ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย เพื่อพัฒนาแผนต่อไป

5. รูปแบบ METHOD ตามแนวคิดของฮิวซีและคณะ (Hucy et al., cited by Lubkin, 1986 อ้างถึงในกฤษดา แสงศิริ, ชีรพร สติธังกูร และเรวดี ศิรินคร, 2539) ซึ่งกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2543) ได้นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบนี้มาใช้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

M: Medication คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ได้แก่ ชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยา

E: Environment & Economic คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม บางรายอาจต้องการการฝึกฝนอาชีพใหม่ เป็นต้น

T: Treatment คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจปัญหาของการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ รวมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง

H: Health คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับตัวให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

O: Outpatient Referral คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทั้งเวลา และสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการเจ็บป่วยหนัก นอกจากนี้ ยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ซึ่งควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุป และแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือได้

D: Diet คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหาร ได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งปรับการรับประทานอาหารให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

6. รูปแบบ Comprehensive Discharge Planning เป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น ระบบหัวใจและทรวงอก ที่มีการลงทุนค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือการผ่าตัดค่อนข้างสูงกว่าการรักษาพยาบาลอื่น ๆ เป็นจำนวนมาก โดยมุ่งที่ความสมดุลระหว่างการให้การพยาบาลโดยผู้มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลเฉพาะสาขา โดยเฉพาะการพยาบาลระดับสูง กับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป

7. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายของแมคคีเอนและคูลตัน (McKeehan & Coulton, 1985 cited in Jackson, 1994) ได้เสนอรูปแบบของการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยโครงสร้างของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของแมคคีเอนและคูลตัน ที่ใช้ทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบทางการ (Formal Structure) และรูปแบบไม่เป็นทางการ (Informal Structure) กระบวนการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของแมคคีเอนและ คูลตัน ประกอบด้วยการประเมิน (Assessment) การวางแผน (Planning) และการปฏิบัติ (Implementation) การประเมินผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของแมคคีเอนและคูลตัน สามารถประเมินได้จาก 2 แหล่ง คือ ผู้ป่วยและครอบครัว และทีมสุขภาพซึ่งการมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีการตกลงร่วมกันของบุคลากรทีม สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีแนวทางในการปฏิบัติ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย

องค์ประกอบของการวางแผนการจำหน่าย (กฤษดา แสงวงศ์, ชีรพร สติธิยังกูร และเรวดี ศิรินคร, 2539; สุทธิดา ไตรวงศ์ย้อย และศรัณญา เบญจกุล, 2541) ประกอบด้วย

1. ทีมสหวิทยาการ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงการประสานงานหรือทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

ทั้งในและนอกสถานบริการ บุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนจำหน่ายนั้น จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยบางรายจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมทีมมาก บางรายอาจมีน้อย บุคคลที่เป็นสมาชิกในทีมสุขภาพที่จะกำหนดการวางแผนจำหน่ายได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะทำหน้าที่ประชุมปรึกษาร่วมกันเพื่อวางแผนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และรวดเร็ว ทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับบ้าน ตลอดจนกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม และไม่กลับเป็นซ้ำอีก (Pichitpornchai, 2000) โดยทั่วไป จำนวนสมาชิกในทีมสุขภาพที่จะวางแผนจำหน่ายไม่แน่นอนจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ (ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2546; กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547)

1.1 แพทย์ มีบทบาทในการกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งการรักษาก่อนการจำหน่าย ได้แก่ การรักษาเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะของความเจ็บป่วย หรือความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผลกระทบที่ทำให้วิถีชีวิตผู้ป่วยเปลี่ยนไป ตั้งยาและการรักษา และการนัดตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

1.2 พยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีบทบาทในการให้บริการอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง โดยการประเมินและกำหนดความต้องการด้านสุขภาพและสังคม นำความต้องการที่ประเมินได้มาวางแผนเพื่อให้แน่ใจว่าความต้องการทั้งหมดได้ถูกนำมากำหนด ดำเนินการให้บรรลุตามแผน ประสานงานและสื่อสารผู้เกี่ยวข้องให้การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยมีความราบรื่นและเป็นไปตามเป้าหมาย

1.3 นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทในการประเมินด้านจิตสังคม เพื่อหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อจำหน่าย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความขัดสนด้านการเงิน ช่วยจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ นอกจากนี้ยังช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิตามกฎหมายของผู้ป่วย และประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1.4 เภสัชกร มีบทบาทในการอำนวยความสะดวกในการเบิกจ่ายยา รับบริการให้คำปรึกษาแก่สมาชิกทีม และผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการพร้อมทั้งให้คำแนะนำเรื่องยาแก่ผู้ป่วย

1.5 นักกายภาพบำบัด มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการทำงานของกล้ามเนื้อ โดยช่วยบริหารข้อต่อเพื่อป้องกันข้อยึดติด ช่วยกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทาน ร่วมกับฝึกการทรงตัวและฝึกการเคลื่อนไหวเปลี่ยนอิริยาบถตามระดับความสามารถที่ควรทำได้

1.6 โภชนากร มีบทบาทในการกำหนดแผนการให้อาหารเป็นจำนวนพลังงานต่อมื้อ โดยรับแจ้งจากพยาบาลผู้ประสานงาน ดูแลจัดอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์และเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย รับปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับด้านโภชนาการ ติดตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

1.7 พยาบาลเยี่ยมบ้าน มีบทบาทในการรับปรึกษา และติดตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยและลงบันทึกตามแบบฟอร์ม พร้อมทั้งประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องต่อไป พร้อมทั้งมีการนัดหมายการให้บริการที่บ้าน (กรณีอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล)

1.8 พยาบาลผู้ประสานงาน มีบทบาทหลัก ในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล และตัวแทนหน่วยงานที่ดูแลในชุมชน พยาบาลผู้ประสานงานจะประเมินความต้องการเกี่ยวกับความต้องการการดูแลเมื่อกลับไปบ้าน และให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งบริการในชุมชนที่มี การส่งเสริมอาจเป็นการช่วยติดต่อแหล่งบริการในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อ หรือการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลให้ทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน หรือโดยการสื่อสารให้โรงพยาบาลและพยาบาลในชุมชนทราบความต้องการของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลผู้ประสานงานเหล่านี้ช่วยขยายกระบวนการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อตนเองของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีหน้าที่หลัก ดังนี้

1.8.1 ประเมินความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรค โดยประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม ระหว่างพักรักษา และก่อนจำหน่าย

1.8.2 ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม

1.8.3 เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสหวิทยาการรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

1.8.4 ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการทำกิจกรรมรวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้หรือยาที่บ้าน โดยการคัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

1.8.5 บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม

1.8.6 ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

1.8.7 ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะ ๆ ปรับปรุงแผนและวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลาก่อนจำหน่าย

1.8.8 ประเมินผลและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย

1.8.9 ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

1.8.10 ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาล และทีมสหวิทยาการ เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ

2. ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล การกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมใดๆของทีมสหวิทยาการ ควรมีผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมด้วยเสมอภายใต้สัมพันธภาพที่ดี มีการนำขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลมาใช้ในการวางแผนจำหน่าย

3. คู่มือแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นสื่อกลางในการปฏิบัติ และมีการส่งต่อการดูแล (Referral System) มีกระบวนการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในโรงพยาบาล จนถึงการดูแลที่บ้าน หรือการดูแลภายหลังจำหน่าย

ประโยชน์ของการวางแผนการจำหน่าย สรุปได้ดังนี้ คือ ทำให้ระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาลและการกลับมารักษาซ้ำลดลง ทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลมากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร คุณภาพการดูแลดีขึ้น และเกิดความต่อเนื่องของการดูแล

แผนการจำหน่ายตามแนวคิดของแมคคีเฮนและคูลตัน

แผนการจำหน่ายตามแนวคิดของแมคคีเฮนและคูลตัน (McKeehan & Coulton, 1985 cited in Jackson, 1994) ซึ่งผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ดังภาพที่ 2 (หน้า 33)

1. โครงสร้าง (Structure) โครงสร้างของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ใช้ทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบทางการ (Formal Structure) หมายถึง การวางแผนจำหน่ายและการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ทุกขั้นตอนกระทำขึ้นอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติของทีมสหวิทยาการแต่ละสาขา กำหนดแบบฟอร์มประเมินผลหรือระยะเวลาติดตามประเมินผล และรูปแบบไม่เป็นทางการ (Informal Structure) หมายถึง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่กระทำในขั้นตอนต่าง ๆ ดำเนินไปโดยปราศจากหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษร

2. กระบวนการ (Process) กระบวนการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของแมคคีเฮนและคูลตัน ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment) การวางแผน (Planning) และการปฏิบัติ

(Implementation) ซึ่งเป็นหลักการเดียวกับ กระบวนการพยาบาล และเมื่อนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถแบ่งขั้นตอนได้เป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ (กฤษดา แสงวดี, ชีรพร สติธังกูร และเรวดี ศิรินคร, 2539)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นการประเมินแบบองค์รวมทั้ง สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมไปถึงแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือ หรือความต้องการการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์และทักษะต่าง ๆ เช่น การฟัง การสังเกต เป็นต้น ในขั้นตอนนี้ควรเริ่มประเมินตั้งแต่แรกรับ และสามารถประเมินอย่างต่อเนื่องได้ โดยกระทำควบคู่กันในขณะที่ให้การพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย เป็นการวินิจฉัยการพยาบาลในลักษณะของปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว และการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่บ้านภายหลังจำหน่าย

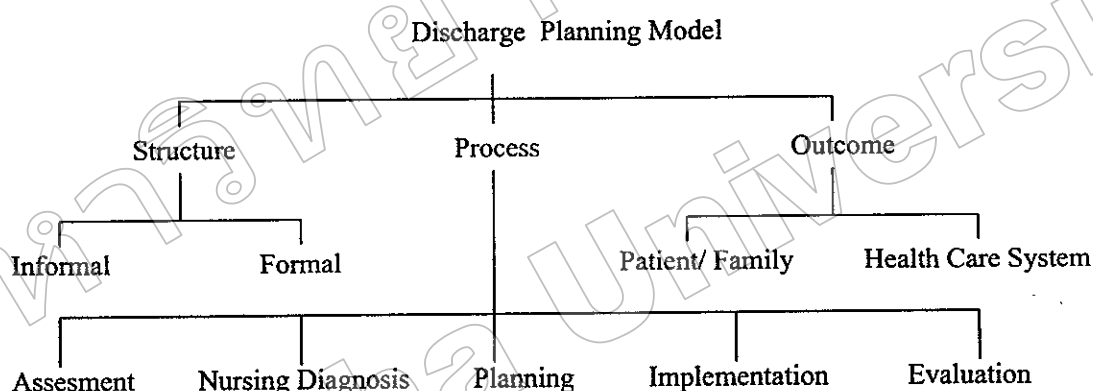
ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดแผนจำหน่ายผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี ควรเป็นการร่วมกันกำหนดแผนการจำหน่าย ระหว่างทีมสหวิทยาการ ผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมาย ระยะสั้น ระยะยาว และวิธีประเมินผล รวมทั้งเนื้อหาในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย บุคลากรทุกคนในทีมการพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติตามแผน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งส่งต่อแผนเพื่อให้สมาชิกทีมสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ให้สำเร็จ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้ความช่วยเหลือและกระทำแทน การกระตุ้น สนับสนุน สร้างแรงจูงใจ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง การสอน สาธิต ให้คำปรึกษา การส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่น และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น รวมทั้งเป็นผู้ที่มอบหมายให้บุคลากรทีมการพยาบาลต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน ติดตามประสานงานระหว่างทีมสหวิทยาการ และดูแลให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล พยาบาลวิชาชีพต้องร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลประเมินผลตามเกณฑ์ในแต่ละเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน เป็นการประเมินผลระยะสั้น และระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ให้การดูแล โดยใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น การตรวจร่างกาย การสังเกต การสอบถาม ทดลองปฏิบัติ เป็นต้น หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเกณฑ์ อาจต้องย้อนกลับไปสู่ขั้นตอนที่ 1 – 4 ใหม่ คืออาจต้องวางแผนและหาวิธีการปฏิบัติใหม่

3. ผลลัพธ์ (Outcome) การประเมินผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถประเมินได้จาก 2 แหล่ง คือ ผู้ป่วยและครอบครัว และทีมสุขภาพ ดังนี้ ผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินได้จาก จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลลดลง จำนวน

ครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง ความต้องการการบริการต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายลดลง ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อบริการต่าง ๆ ที่ได้รับ ได้รับข้อมูลไม่ซ้ำซ้อน ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพลดลง ทีมสุขภาพ ผลลัพธ์จากความสำเร็จของการนำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้ผล ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลลดลง แต่คุณภาพบริการไม่ได้ลดลง (Cost – effectiveness) ซึ่งมีผลสืบเนื่องทำให้ลดจำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of Stay) และลดอัตราการเข้ารักษาซ้ำ (Readmission Rate) ในโรงพยาบาล บุคลากรมีโอกาสพัฒนาการปฏิบัติงาน และการทำงานเป็นทีม รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า ซึ่งการมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีการตกลงร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีแนวทางในการปฏิบัติ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย



ภาพที่ 2 รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วย (McKeehan & Coulton, 1985 cited in Jackson, 1994)

ในอดีตการวัดผลลัพธ์การดูแลที่เป็นแบบแผนเดิมจะวัดที่การเสียชีวิต (Death) การเกิดโรค (Disease) ความพิการ (Disability) ความไม่สุขสบาย (Discomfort) และความไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction) หรือที่เรียกว่า 5' D Tradition Outcome Measures แต่ปัจจุบันผลลัพธ์ของการดูแลยังหมายถึงสิ่งที่มีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ใช้ในการกำหนดว่าควรปรับปรุงกระบวนการดูแลในเรื่องใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระแสดูแลผู้ป่วย หรือ ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางของการดูแลและการตรวจสอบคุณภาพจากองค์กรภายนอก ไม่ว่าจะเป็นองค์กรที่มีหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพ หรือองค์กร/ หน่วยงาน ผู้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลแทนผู้ป่วย (Third Party Payer) ทำให้แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ และการวัดผลลัพธ์ของการดูแลเปลี่ยนไป โดยอาจจำแนกการวัดผลลัพธ์ของการดูแลเป็น 3 ประเภท (อังฉรา บุตรรักษ์, 2544) ได้แก่

1. การวัดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ ซึ่งได้แก่ พฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกรักของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ การไม่ได้รับผลข้างเคียง ไม่พึงประสงค์ อาการดีขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายเต็มศักยภาพเท่าที่จะทำได้ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

2. การวัดผลลัพธ์ด้านการบริการ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นภายหลังรักษาพยาบาล เช่น อาการ อาการแสดงต่าง ๆ สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องทดลอง ผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา ผลลัพธ์เหล่านี้นำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแล โดยเฉพาะวิธีปฏิบัติ หรือกิจกรรมการดูแลของผู้ให้บริการ

3. การวัดผลลัพธ์ด้านความคุ้มค่าของตัวรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแล การเกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการใช้ประโยชน์จากบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล การวัดผลลัพธ์เหล่านี้มาซึ่งการปรับปรุงแบบแผนการดูแล ควบคู่ไปกับการเพิ่มคุณภาพการดูแล

จากการศึกษาของเดือนฉาย มณีรัตน์ (2546) เกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 12 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 5 คน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่สร้างประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือขั้นที่ 1 การประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นที่ 2 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ขั้นที่ 3 ปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลการจำหน่ายผู้ป่วย โดยในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมและทักษะที่ใช้ ผู้รับผิดชอบ เวลาที่เหมาะสม วัตถุประสงค์ และเครื่องมือที่ใช้ จากความคิดเห็นของพยาบาล พบว่า ผู้ป่วย พยาบาล และโรงพยาบาลได้รับประโยชน์จากรูปแบบที่สร้างขึ้น และมีความภาคภูมิใจในรูปแบบที่ได้มีส่วนร่วมในการสร้าง ส่วนความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการต่อการวางแผนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากแผนและพึงพอใจในบริการวางแผนจำหน่ายที่ได้รับ และคิดว่าการวางแผนจำหน่ายควรมีการปฏิบัติต่อไป ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมากที่สุดหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการศึกษาของจารึก ธาณิรัตน์ (2545) เรื่อง ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยมีการเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มควบคุม 30 รายได้รับการสอนตามกิจวัตร และกลุ่มทดลอง 30 รายได้รับการวางแผนจำหน่าย มีการประเมินผู้ดูแลด้านความสามารถ 2 ครั้ง คือเมื่อรับไว้รักษาและก่อนจำหน่าย โดยครอบคลุมด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่มีการสอนตามกิจวัตร ในกลุ่มทดลองพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย ซึ่งจะเห็นว่าการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการจัดการอย่างเป็นระบบ จากทีมสหวิทยาการ ทำให้มีการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย

จากการศึกษาของอัจฉรา บุตรรักษ์ (2544) เรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนต่อประสิทธิผล รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลการใช้การวางแผนจำหน่ายชนิดไม่มีรูปแบบกับชนิดมีรูปแบบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แผนการจำหน่ายอย่างมีรูปแบบใช้ต้นทุนที่น้อยกว่า และมีค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติกิจกรรม การทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี ศรีพลวงษ์ (2543) เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยเป็นการศึกษาในรูปของการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีขั้นตอน 2 ขั้นตอน คือ การสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 20 ราย (แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบจำนวน 10 คน และกลุ่มที่ใช้รูปแบบจำนวน 10 คน) อีกกลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนี้ จำนวน 9 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าของการปฏิบัติตัวเพื่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มที่ใช้การวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกลุ่มที่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติกิจกรรมการทำกิจกรรม มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยการมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบ ต่ำกว่า ก่อนใช้รูปแบบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์ (2531) พบว่าพยาบาลวิชาชีพ โดยส่วนรวมมีความรู้เพียงพอที่จะทำการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้มีคุณค่าอย่างยิ่ง และมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคมากในขั้นตอนการศึกษาข้อมูล การวางแผน การปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับ โลเวนสไตน์ (Lowenstein & Holf, 1994) ซึ่งกล่าวว่า แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพยังมีความสับสนว่าจะวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพได้อย่างไร ซึ่งได้เสนอแนะว่า ผู้บริหาร จะต้องเห็นความสำคัญและเป็นผู้ดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการ

วิจัยเชิงสำรวจของโสมนัส นาคนวล และนงลักษณ์ ไทยกุล (2547) ซึ่งได้ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 99 คนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการวิจัยพบว่า มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระดับปานกลาง สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น เกิดจาก พยาบาลมีปริมาณงานมาก ข่ง ทำให้ไม่มีเวลา ไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นลายลักษณ์อักษร และ ขาดผู้ประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพ ตลอดจนขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

จากการศึกษาของพาเทล และคณะ (Patel et al., 1998) ได้ทำการศึกษาถึงกระบวนการของการฟื้นฟูสภาพ และการวางแผนจำหน่ายในโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการเปรียบเทียบกันระหว่างหน่วยให้บริการ 2 หน่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ของการให้บริการในหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโรคนี้ โดยมีการประเมินผลด้าน ผลของความแตกต่างในการฟื้นคืนสภาพของการทำหน้าที่ของร่างกายโดยใช้ดัชนีบาร์เทล (Barthel Index Score) ในการวัดเปรียบเทียบ และการประเมินผลการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Length of Stay) เป็นตัววัด ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการฟื้นฟูสภาพระหว่างหน่วย ไม่มีความแตกต่างกัน ถ้าคะแนนดัชนีบาร์เทลสูงสุด 14 สัปดาห์เท่ากันทั้งสองหน่วย แต่ในหน่วยที่มีการใช้แผนการจำหน่ายสามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้มากกว่า สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้เร็วกว่าหน่วยที่ไม่ได้ใช้การวางแผนจำหน่าย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้านของเชพเพอร์และคณะ (Shepperd et al., 2003) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล โดยทำการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยทุกรายในโรงพยาบาล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษานี้พบว่า แผนการจำหน่ายผู้ป่วยสามารถเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายตามปกติ แต่ ไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่าการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพและสามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอัตราการรักษาซ้ำได้จริง

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองนั่นเอง ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุของเส้นเลือดในสมองแตก อุดตัน หรือตีบตัน ก็ส่งผลให้เกิดการสูญเสียในการทำหน้าที่ของระบบประสาท เช่นปัญหาที่พบด้านร่างกาย คือ เกิดความพิการของแขน ขา ความผิดปกติด้านการพูด การกลืน การขับถ่าย ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบตามมาในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ค่าใช้จ่าย รวมไปถึงเมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ไม่ได้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้

เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และประเทศชาติ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ และการศึกษาวิจัยที่ทำกับผู้ป่วยโดยตรงยังมีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่จะทำในกลุ่มผู้ดูแล

ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมของตนเองได้อย่างมีศักยภาพสูงสุด การวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมจึงเป็นเรื่องสำคัญ นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น และแนวโน้มจะมีผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย โรงพยาบาลจึงควรกำหนดแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล การทำงานร่วมกันในทีมสหวิทยาการ มีการเตรียมอย่างเป็นรูปแบบ และกระบวนการ มีการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายจากภาวะการเจ็บป่วยคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยใช้ทรัพยากร และอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลและครอบครัวร่วมด้วย มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเต็มที่ การวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะต้องมีการใช้ระบบการส่งต่อไปยังชุมชนหรือสถานบริการที่ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล สามารถไปใช้ประโยชน์ได้ และจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีผู้ศึกษาโดยตรงเรื่องผลของแผนการจำหน่ายต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้