



การพัฒนาารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
Development of a " Home Healthcare Services" Model
for Patients with Cerebrovascular Disease

สุดธิดา รัตนสมหาร
Sudthida Rattanasamaharn

Order Key	21305
BIP Key	1641-73

๑

เลขหมู่	Ad ๖๘๘.5 ค ๖ ๒๕๖๒ ๐๘-๒
เลขทะเบียน	
เลข	๖ ๗.๐ ๒๕๖๒

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Nursing Science Thesis in Community Health Nursing
Prince of Songkla University

2542

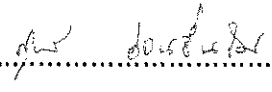
ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

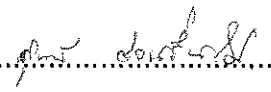
ผู้เขียน นางสุคติดา รัตนสมหาร

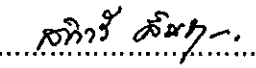
สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน

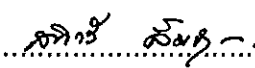
คณะกรรมการที่ปรึกษา

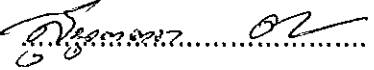
คณะกรรมการสอบ

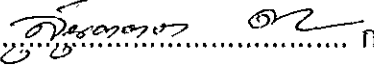
.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาณี อ่อนชื่นจิตร)


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาณี อ่อนชื่นจิตร)


..... กรรมการ
(ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

..... กรรมการ
(ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

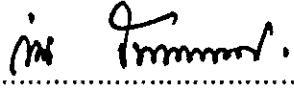
..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนุตตรา ตะบูนพงศ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนุตตรา ตะบูนพงศ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์วีรฤ ตันชัยสวัสดิ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ก้าน จันทร์พรมมา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้เขียน นางสาวศุทธิดา รัตนสมหาร

สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน

ปีการศึกษา 2541

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจรักษาครั้งแรกที่คลินิกสมองและระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 ราย เริ่มดำเนินการวิจัยจากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน แล้วกำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านชั่วคราวขึ้น นำไปปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้าน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม ตรวจสอบความตรงของข้อมูลโดยการสะท้อนกลุ่ม การวิเคราะห์เนื้อหาใช้เทคนิคการตีความ การจัดหมวดหมู่ การสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัยพบว่า 1) โครงสร้างการจัดบริการ ประกอบด้วยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด ทำหน้าที่ให้การดูแลในสถานบริการและให้คำปรึกษา พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพที่บ้านและเป็นผู้จัดการเฉพาะราย ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและฟื้นฟูสภาพตามแผนการดูแลเฉพาะราย มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) กระบวนการจัดบริการ จัดตามการตอบสนองของผู้รับบริการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 ชีวิตที่สับสน บริการสุขภาพที่บ้านคือ การพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ การให้ความรู้และคำแนะนำ เพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ เข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดโรค กระบวนการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพตามแผนการดูแลเฉพาะราย วงจรที่ 2 เริ่มต้นเรียนรู้ ต่อสู้อุปสรรค บริการสุขภาพที่บ้าน คือการพัฒนาทักษะและการปรับบทบาท โดยพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเอง ปรับเปลี่ยนบทบาทเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล และการพัฒนาสื่อการสอน วงจรที่ 3 ชีวิตที่ต้องดำเนินต่อไป บริการสุขภาพที่บ้าน คือ พัฒนาการดูแลต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้ การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ส่งเสริมการกลับสู่สังคม และการประสานการจัดบริการ เพื่อป้องกันกำเริบเป็นซ้ำ 3) ประเมินผลลัพธ์ของบริการสุขภาพที่บ้าน กระทำโดยเปรียบเทียบระดับความ

สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (FIM score) เมื่อสิ้นสุดการดูแลแต่ละวงจร พบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นทุกกิจกรรม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลที่บ้านได้ถูกต้องและชำนาญมากกว่าเมื่อเริ่มต้นการดูแล ผู้รับบริการพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากได้รับคำแนะนำ และความช่วยเหลือในการปฏิบัติตนที่บ้าน ได้รับความสะดวก ประหยัด ผู้ให้บริการพึงพอใจต่อรูปแบบ และกระบวนการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย ที่มีผู้จัดการเฉพาะรายทำหน้าที่ผู้ประสานงาน และจัดบริการที่ต่อเนื่อง ครบถ้วน

4) พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ผู้จัดการเฉพาะราย มีบทบาทเป็น ผู้ประสานงาน ผู้จัดการ ผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านทดแทนวิชาชีพอื่น และเป็นตัวแทนของผู้รับบริการ

Thesis Title Development of a "Home Healthcare Services" Model for Patients with
Cerebrovascular Disease
Author Mrs. Sudthida Rattanasamaharn
Major Program Community Health Nursing
Academic Year 1998

Abstract

This action research study aimed to develop a "home healthcare services" model for patients with cerebrovascular disease. Ten adult patients with cerebrovascular disease were selected by purposive sampling in Neurological clinic at Hat Yai Hospital. The study was conducted through an action research spiral (planning, acting, observing, reflecting and revising plan). The baseline survey was conducted for the first step, next the situation was analysed and an alternative "home healthcare services" model was implemented. The data was collected by in-depth interviews, co-ordinate observations and written field notes. The data was analysed by the techniques of coding, grouping, developing themes and test validation by group reflection. The model was then developed.

The results revealed that 1) Model developing for home healthcare services composed of (1) service and counselling teams in the hospital were physicians, physical therapist, occupational therapist and speech therapist. Nurses' roles were home healthcare services and case manager followed case management plan, the purpose was developed to enhance of patient's activity of daily living and caregivers' capabilities, (2) clients were patients and caregivers. 2) Process of management was divided into 3 cycles as follows ; first : confusing life, to create, acceptability, trust, rapport , understood about disease and treatment, cooperation and patients' rehabilitation ; second : starting to cope with problems, patients' development in activity of daily living and clients' stress decreased ; last : life must go on, to promote the continuing care to prevent from relapsing. 3) Evaluate the effects of home healthcare service in activity daily living by FIM score, it was found that after service the patients could do more by themselves and also the caregivers could take care of the patients better. The clients were satisfied in homecare services, they improved their self-care activities, convenience and low cost . 4) The nurse case manager's role were co-ordinator, manager, health educator, counsellor and advocator to patients and caregivers.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ และความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากคณาจารย์และบุคลากร หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาณี อ่อนชื่นจิตร ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนุดตรา ตะบูนพงค์ ที่ได้กรุณาช่วยตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้วิจัย กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ประยงค์ ลิ้มตระกูล รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และนายแพทย์เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุพดี โสติพิพันธุ์ ที่ให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ นายแพทย์หาญชัย พินัยกุล และทีมงานเวชกรรมฟื้นฟูทุกท่าน เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกสมองและระบบประสาท คุณพรทิพย์ ศศิธรสนธิและคุณชนัญญา ชงัดเวช ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกและมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้รับบริการทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลและให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนเงินทุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณเพื่อน พี่และน้อง ๆ ทุกคน ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายแพทย์อมร รอดคาลัย ที่สนับสนุน ช่วยเหลือและเอาใจช่วยในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งกับความเสียสละ และความอดทนอย่างสูง ของสามีและลูกอันเป็นที่รัก ตลอดเวลาที่ทำการศึกษาและเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้วิจัย ที่ทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลาย จนประสบผลสำเร็จในวันนี้ได้

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้กำเนิดและให้ความเข้มแข็ง อดทน และขออุทิศส่วนคุณความดีทั้งหลายที่อาจเกิดจากงานวิจัยชิ้นนี้ให้กับบิดาผู้ล่วงลับ

สุดธิดา รัตนสมานาร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
รายการตาราง	(10)
รายการภาพประกอบ	(11)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
คำถามการวิจัย	3
กรอบแนวคิด	3
กรอบแนวคิดทางทฤษฎี	3
กรอบแนวคิดวิธีวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน	9
ความหมายของการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน	10
ขอบเขตของบริการสุขภาพที่บ้าน	11
รูปแบบของบริการสุขภาพที่บ้าน	12
แนวคิดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้วิธี	14
การจัดการเฉพาะราย	
ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง	14
ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	15

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
โดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย	16
บริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	16
การจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย	17
ความหมายของการจัดการเฉพาะราย	17
วิวัฒนาการของการจัดการเฉพาะราย	18
รูปแบบการจัดการเฉพาะราย	19
บทบาทของผู้จัดการเฉพาะรายในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน	21
การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	22
แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	24
ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	24
ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	24
รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	26
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	26
3 ระเบียบวิธีวิจัย	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
สถานที่ศึกษา	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
การดำเนินการวิจัย	
ขั้นเตรียมการ	31
การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	33
ขั้นปฏิบัติการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	33
การศึกษารูปแบบเดิม	33
การพัฒนาบุคลากร	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	35
การวิเคราะห์ข้อมูล	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	40
กลุ่มตัวอย่าง	40
การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน	42
วงจรที่ 1 ชีวิตที่ลำบาก	42
วงจรที่ 2 เริ่มต้นเรียนรู้ ต่อสู้อุปสรรค	61
วงจรที่ 3 ชีวิตที่ต้องดำเนินต่อไป	78
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	103
สรุปผลการวิจัย	103
ความคิดเห็นของผู้วิจัย	104
ข้อควรระวังในการนำรูปแบบไปใช้	105
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	120
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย	121
ภาคผนวก ข. การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย	122
ภาคผนวก ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	124
ภาคผนวก ง. รูปแบบบริการสุขภาพที่บ้านชั่วคราว	144
ภาคผนวก จ. ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	145
ภาคผนวก ฉ. เครื่องมือที่ได้จากการวิจัย	
1. คู่มือครอบครัว : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	147
2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
ของพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	148
ประวัติผู้เขียน	149

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. แสดงจำนวนผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ตามแบบประเมิน FIM score ครั้งที่ 1	47
2. แสดงจำนวนผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ตามแบบประเมิน FIM score เมื่อสิ้นสุดการดูแล	84
3. แสดงการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	92
4. แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและการเจ็บป่วย	146

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. กรอบแนวคิดเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	7
2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	39
3. แผนการดูแลเฉพาะรายวงจรที่ 1	60
4. แผนการดูแลเฉพาะรายวงจรที่ 2	77
5. แผนการดูแลเฉพาะรายที่ใช้ในวงจรที่ 3	88
6. แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	96
7. รูปแบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	100

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา :ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุด ในจำนวนผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Prencipe, et al., 1997) เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง ในประเทศไทยอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด (นิพนธ์, 2534) และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ตั้งแต่ความพิการเล็กน้อย จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคร่วมด้วย (Periaed and Ames, 1993) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลและฟื้นฟูสภาพยาวนาน ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (จาสุวรรณ, 2538 ; ประคอง, 2536 ; เพ็ญลดา, 2538 ; ยุพาพิน, 2539) จากข้อจำกัดในด้านกิจกรรมทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง (Evans et al., 1989)

จากการศึกษาข้อมูลของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในปีงบประมาณ 2538 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ มารับการตรวจรักษาจำนวน 1,617 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และแพทย์ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน เพียงร้อยละ 44.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยที่เหลือและผู้ป่วยที่กลับจากโรงพยาบาลซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอยู่ในความดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่อาจจะขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นจนต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีก (อุษณีย์, 2536) ผลกระทบที่เกิดขึ้นในส่วนของประชาชน คือการมีรายจ่ายมากขึ้น ในขณะที่ต้องขาดรายได้จากความเจ็บป่วย (นิภาและคณะ, 2539) ส่วนผลกระทบของรัฐคือ การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน ในขณะที่รัฐเองก็มีข้อจำกัดทางด้านงบประมาณในการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาล การจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง เพื่อให้ได้รับการดูแลที่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Rice, 1996)

การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน (home healthcare) เป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดบริการสุขภาพ ที่มีแนวโน้มเป็นที่นิยมรับมากขึ้น (พรทิพย์, 2539) เนื่องจากการจัดบริการเชิงรุกที่ผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการ ตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม (Ryan and Wessenberg, 1988 อ้างตาม มนัสนิษฐ์, 2536) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง และได้รับคำแนะนำในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพ

เวดล้อมในครอบครัวและสังคม สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นภาระแก่ครอบครัวน้อยที่สุด (Parker, 1992) นอกจากนี้ ยังลดภาระการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น ในสถานบริการ สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของรัฐและประชาชน ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสได้ใกล้ชิดและดูแลกันในยามเจ็บป่วยภายในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย (จริยาวัตร, 2538) ส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี และพึ่งตนเองได้ในที่สุด (ประพิณ, 2536)

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้เริ่มให้บริการสุขภาพที่บ้าน ในปี พ.ศ. 2536 แก่กลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ จำนวน 2 ชุมชน และใน ปี พ.ศ. 2537 ได้เพิ่มการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลนครขนาดใหญ่ ที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในจนพ้นภาวะวิกฤติ และแพทย์ผู้ดูแลต้องการให้กลับไปรับการดูแลที่บ้าน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบในการวางแผนการดูแล ให้คำแนะนำและเป็นพี่ที่ปรึกษาจนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ยังไม่ได้จัดบริการครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแล เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ประกอบกับรูปแบบในการจัดบริการยังไม่ชัดเจน และไม่มีการประสานงานกับบุคลากรวิชาชีพอื่นในการวางแผนดูแลตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้มีผู้ป่วยและครอบครัวส่วนหนึ่ง ขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง จนเกิดความพิการถาวรไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้

การพัฒนา รูปแบบการจัดบริการที่มุ่งแก้ปัญหาจากการปฏิบัติงาน ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง ในการวินิจฉัยปัญหา วางแผน ปฏิบัติการตามแผนและการแก้ไขปรับปรุงแผน ซึ่งต้องมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และมีความต่อเนื่อง เป็นกระบวนการปรับปรุงที่มีลักษณะเป็นเกลียววงจรหลายวงจร และสิ้นสุดเมื่อได้รูปแบบที่ทุกฝ่ายยอมรับ ซึ่งเป็นกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกัน มีเป้าหมายในการสะท้อนการปฏิบัติของผู้มีส่วนร่วมในสถานการณ์ เพื่อพัฒนาหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติให้ได้แนวทางพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ (Kemmis and Mc Taggart, 1988 ; Holter and Schwart - Barcott, 1993)

ผู้วิจัย สนใจศึกษารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านที่ครอบคลุมการให้บริการ แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ตามอัตภาพ โดยนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกัน มาใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. คำถามหลัก รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. คำถามย่อย
 - 2.1 กระบวนการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
 - 2.2 ทีมสุขภาพ ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยใครบ้าง และมีบทบาทอย่างไร
 - 2.3 การประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำอย่างไร
 - 2.4 บทบาทของผู้จัดการเฉพาะราย ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (theoretical framework) และกรอบแนวคิดวิธีการวิจัย (methodological framework) ควบคู่กันไป เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดในการวิจัยดังนี้
 - 1.1 แนวคิดการบริการสุขภาพที่บ้าน (concepts of home healthcare services)

การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นบริการสุขภาพและบริการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อเนื่องจากสถานบริการถึงบ้าน ผสมผสานและครอบคลุมทั้ง 4 มิติของบริการคือ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ มีสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ดูแล โดยเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ภายใต้การสอนหรือสนับสนุนจากกลุ่มสหวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักอรรถบำบัด ที่มีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน แต่มีเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลจนทำหน้าที่ได้ในระดับหนึ่ง สามารถดำเนินอยู่ในชีวิตประจำวันได้ตามอัตภาพและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (มนัสสินธ์, 2536)

สมาคมโรงพยาบาลอเมริกัน แบ่งการบริการสุขภาพที่บ้าน เป็น 3 ระดับ (Stewart,1979) คือ ระดับป่วยหนัก ระดับระยะพักฟื้น และระดับสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยรูปแบบของบริการจะขึ้นกับความต้องการของผู้รับบริการ ไม่ควรเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ จะหลากหลายตามพื้นที่ และสภาพปัญหา แต่มีวัตถุประสงค์เดียวกันและสามารถปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ได้ (พรทิพย์, 2539) ในขณะที่อัลเบรชท์ (Albrecht, 1990) กล่าวว่า รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านจะประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์การให้บริการ โดยมีผู้จัดการเฉพาะรายซึ่งมีบทบาทอิสระ

และความเชื่อมั่นในการตัดสินใจตามขอบเขตของวิชาชีพ (พวงรัตน์และวรรณวิไล, 2534) ประสานการจัดบริการตามความต้องการของผู้รับบริการ (Rovinski and Zastocki, 1988) การประเมินผลของบริการ อาจประเมินได้จากโครงสร้าง กระบวนการให้บริการหรือผลลัพธ์ของการจัดบริการก็ได้ ในขณะที่การประเมินผลลัพธ์ของบริการ สามารถบอกคุณภาพของการจัดโครงสร้างและกระบวนการจัดบริการได้ด้วย (Buck, 1988:)

1.2 แนวคิดการจัดการเฉพาะราย (concept of case management)

การจัดการเฉพาะราย เป็นการจัดการบริการที่คล้ายกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการถึงชุมชน ผู้วิจัยได้เลือกกรอบแนวคิดของการจัดการเฉพาะราย (case management) ที่มี 3 องค์ประกอบ (Zander, 1988 ; Rozell and Newman, 1994) คือ โครงสร้าง เป็นการออกแบบแผนการจัดการเฉพาะราย (case management plan: CMP) และกำหนดทีมสุขภาพในการดูแล มีผู้จัดการเฉพาะราย (case manager) เป็นผู้ประสานการกำหนดกิจกรรม และกำหนดมาตรฐานการดูแล มีกระบวนการที่แสดงขั้นตอนการจัดการเฉพาะราย ตั้งแต่ผู้รับบริการเริ่มเข้าสู่ศูนย์สุขภาพดีที่บ้านจนสิ้นสุดการให้บริการ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากกระบวนการจัดการเฉพาะรายของ โอแฮร์และเทอร์รี่ (O'Hare & Terry, 1991) และ เบอร์ก์เกิน (Bergen, 1992) ประกอบด้วย การค้นหาผู้รับบริการ การประเมินสมรรถภาพ และกำหนดความต้องการ การวางแผนและให้การดูแลเฉพาะราย การส่งต่อและส่งปรึกษาตามสภาพปัญหา ติดตามและประเมินผลการดูแลเฉพาะรายเป็นระยะ ๆ จนสิ้นสุดบริการ หรืออาจต้องเริ่มกระบวนการประเมินและกำหนดความต้องการของผู้รับบริการใหม่ เพื่อให้บรรลุถึงผลลัพธ์ของการดูแล คือ ผู้รับบริการพัฒนาระดับความสามารถตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้

1.3 แนวคิดการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ เป็นการผสมผสานการประเมินทางด้านการแพทย์ ทางสังคม การเรียนรู้และการประกอบอาชีพของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อฝึกฝน หรือฝึกทบทวน เพื่อพัฒนาระดับความสามารถในการทำหน้าที่สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Ebrahim, 1990) ภายใต้ข้อจำกัดของความพิการ และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป (Phipps et al., 1991)

การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยพัฒนาระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันได้ โดยการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็น (Easton, et al., 1994 ; Sherry, 1995 ; Garret and Bechtel, 1996) ตามหลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโบบัท (Bobath's principles) ซึ่งเชื่อว่าการกระตุ้นร่างกายด้านที่เป็นอัมพาตให้สามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมแทนการใช้เฉพาะร่างกายด้านปกติปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทดแทน ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติและการแสดงออกที่ดี มีความเป็นอิสระและช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และช่วยลดภาระของครอบครัว (Passarella and Gee, 1987; Garrett and Bechtel, 1996)

พยาบาลที่ให้บริการสุขภาพที่บ้าน สามารถนำหลักการดูแลของโบบาค มาประยุกต์ใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยการดูแล ช่วยเหลือ กระตุ้นและการให้กำลังใจของสมาชิกในครอบครัว ภายใต้การสนับสนุนของที่มีผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน (Passarella and Gee, 1987 ; Borgman and Passarella, 1991)

โดยสรุป การจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านผู้รับบริการ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็น ตามหลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโบบาค ที่เน้นการใช้ร่างกายผู้ป่วยทั้งด้านที่อ่อนแรงและด้านที่ปกติในการทำหน้าที่ โดยทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดำเนินการดูแลตามขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มให้บริการจนถึงสิ้นสุดการดูแล ใช้แผนการดูแลเฉพาะรายที่ร่วมกันจัดทำขึ้น และมีผู้จัดการเฉพาะราย เป็นผู้ประสานการจัดบริการและกำหนดมาตรฐานการดูแล โดยประเมินผลลัพธ์ของการดูแลจากระดับความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล และความพึงพอใจของทีมสุขภาพ

2. กรอบแนวคิดวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของเคมมิสและแมคแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) ในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งเป็นการรวบรวมปัญหาที่สะท้อนจากการปฏิบัติที่เป็นความร่วมมือของผู้ปฏิบัติ เพื่อหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติให้ได้รูปแบบหรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน ขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ โดยวิธีการศึกษาเป็นวงจรที่มีลักษณะต่อเนื่อง เป็นการปฏิบัติในสถานการณ์จริงและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ โดยการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งตามขั้นตอน จนกว่าจะได้รูปแบบที่พึงพอใจ (Holter and Schwart - Barcott, 1993) มีขั้นตอนการปฏิบัติคือ การวางแผน (planning) เป็นการประเมินปัญหาและเข้าใจสถานการณ์ ผู้วิจัยประเมินสถานการณ์ และรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล จากการสอบถามและออกเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์ และอภิปรายร่วมกันระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพ กำหนด "รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชั่วคราว" เพื่อนำไปปฏิบัติและสังเกต (action & observing) ตามกระบวนการจัดบริการ พร้อมทั้งสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบริการของทีมสุขภาพตามสถานการณ์ และสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติและสังเกตมาวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพ เพื่ออธิบายสถานการณ์ และค้นหาปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรค ในการปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราวที่กำหนดไว้ รวมทั้งกลวิธีปรับเปลี่ยนรูปแบบและปัญหาที่ต้องแก้ไขมาปรับปรุงแผน (replanning) และรูปแบบ เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หาวิธีส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการจัด

บริการสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ โดยใช้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และความพึงพอใจของทีมสุขภาพเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ของบริการสุขภาพที่บ้าน

กรอบแนวคิดทั้งสองส่วนนี้ ใช้ผสมผสานกันไปตลอดกระบวนการวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดวิธีวิจัยเป็นหลักและใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีสอดแทรกเข้าไป เพื่อปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบที่ 1

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งป่วยมาไม่น้อยกว่า 4 วันแต่ไม่นานเกิน 6 เดือน มีภูมิสำเนาในอำเภอหาดใหญ่ และมารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกที่คลินิกสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2540 ถึงเดือน มิถุนายน 2541 จำนวน 10 ราย โดยไม่จำกัดเพศและอายุ ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลมีแผนให้การรักษาคือที่บ้าน โดยผู้รับบริการแสดงความประสงค์จะรับบริการสุขภาพที่บ้าน จากศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

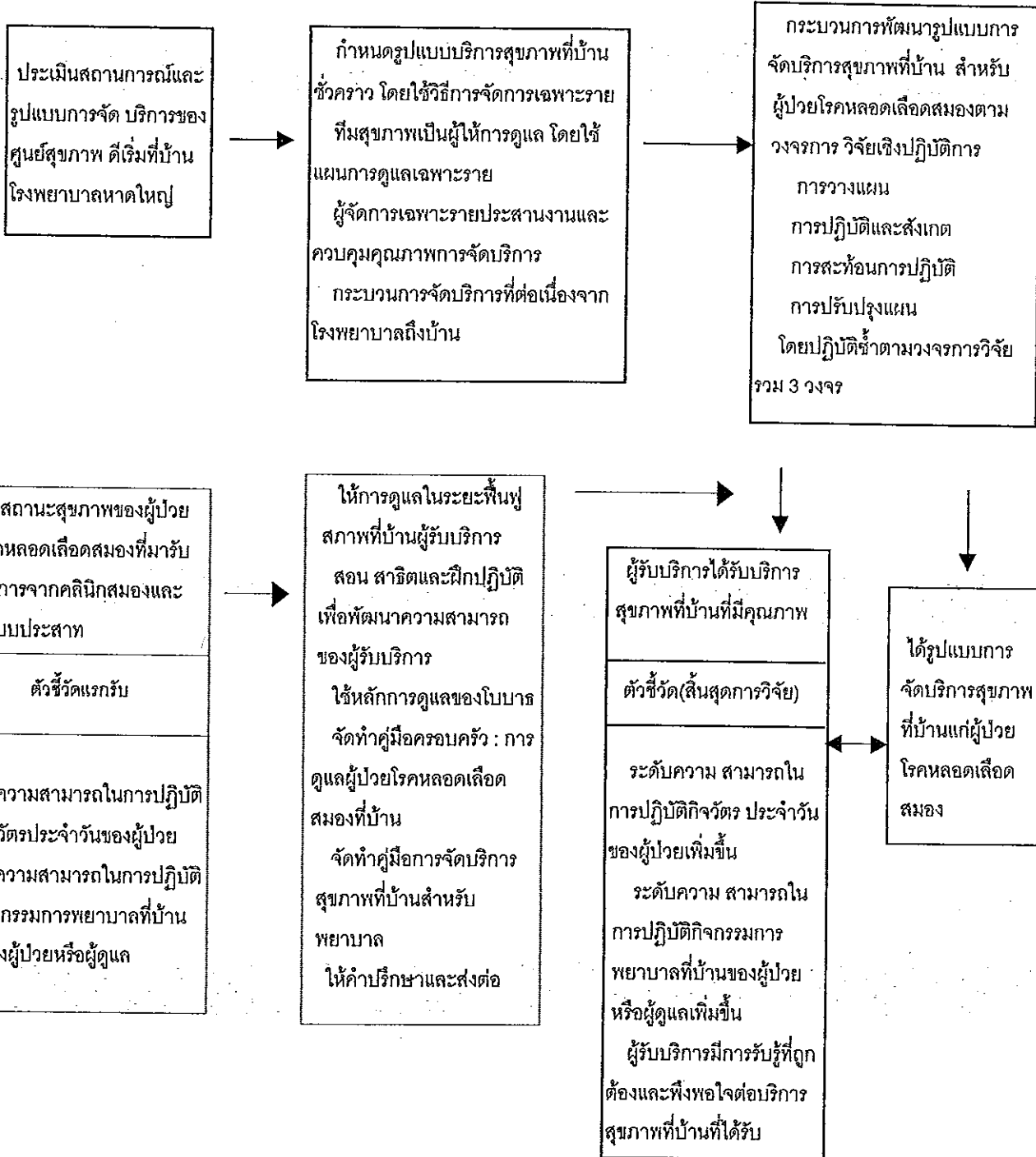
นิยามศัพท์

ทีมสุขภาพ หมายถึง กลุ่มผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ได้แก่ กลุ่มบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, นักกายภาพบำบัด, นักกิจกรรมบำบัด, นักอรรถบำบัด และผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ร่วมกันส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพที่บ้าน

บริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง กิจกรรมการดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่องจากบริการในโรงพยาบาล ซึ่งทีมสุขภาพร่วมกันวางแผนและดำเนินการตามความต้องการของผู้รับบริการ โดยมีผู้จัดการเฉพาะรายเป็นผู้ประสานงานและควบคุมคุณภาพบริการ วัดจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ตามแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (FIM levels) และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล วัดจากแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวคำถามที่กำหนด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งแรก ที่ป่วยมาไม่น้อยกว่า 4 วันแต่ไม่นานเกิน 6 เดือน และสามารถมารับบริการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกที่คลินิกสมองและระบบประสาท โดยแพทย์ผู้ดูแลต้องการให้ได้รับการดูแลที่บ้าน

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิด เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



สัญลักษณ์ ————— (เส้นทึบ) หมายถึง กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน
 - - - - - (เส้นประ) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน มีรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถมารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกได้
2. ทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน และสามารถกำหนดบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านได้
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ได้รับการพัฒนาความสามารถและดูแลตนเองได้ตามสภาพปัญหาและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน
2. แนวคิดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย
3. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แนวความคิดจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

จากกระแสความเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน มีผลกระทบต่อแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไป รูปแบบการเจ็บป่วยเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อ เป็นโรคไร้เชื้อและโรคที่เกิดจากมลภาวะของสิ่งแวดล้อม (วัชรวิ, 2536) แม้ว่าความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข จะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาโรคต่าง ๆ สูงขึ้น แต่ในโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเหล่านั้นจะเกิดความพิการจากโรค กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการบริการสุขภาพในสถานบริการในระยะยาวขึ้น (Coates and Boore, 1995) ในขณะที่รัฐบาลก็มีความจำกัดด้านงบประมาณ ทำให้สถานบริการของรัฐต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยใหม่ได้เร็วขึ้น (Rice, 1996) รวมทั้งมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีอาการไม่รุนแรงแต่มีพยาธิสภาพของโรคอยู่ ต้องกลับไปรับการรักษาและพักฟื้นที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเหล่านี้ อาจจะไม่เข้าใจการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เป็นเหตุให้อาการของโรครุนแรงขึ้น หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในสถานบริการอีก ส่งผลต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว และส่งผลต่อภาพรวมของสังคมได้

การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน (home health care) เป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศ และมีแนวโน้มที่จะมีบทบาทในการจัดบริการของประเทศไทยมากขึ้น (พรทิพย์, 2539) ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะความพิการหรือโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และเป็นภาระแก่ครอบครัวน้อยที่สุด (Parker, 1992) ประกอบกับผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องการกลับไปรับการรักษาที่บ้าน ภายในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย (มนัสสินิตย์, 2536) รัฐบาลจึงได้กำหนดให้มีการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุกขึ้น ในปี พ.ศ. 2536 โดยให้

โรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่งเป็นแม่ข่าย ในการกำหนดวิธีการจัดบริการ แก่สถานบริการสาธารณสุข และ ประชาชนในความรับผิดชอบ

9

1. ความหมายของการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน หรือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับบริการ ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้รับการดูแล ส่งเสริมให้กลับคืนสู่ภาวะสุขภาพดีและสามารถพึ่งตนเอง ได้ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดยมีผู้ให้ความหมายตามแนวคิดหลายประการเช่น

สมาคมแพทย์อเมริกัน (The American Medical Association) ให้ความหมายว่า เป็นบริการ พยาบาล การสังคมสงเคราะห์ การบำบัดต่าง ๆ การบริการทางอาชีพและสังคม การบริการคนทำงานบ้าน (homemaker service) และการบริการพนักงานผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health aids service) ซึ่ง จัดตามความต้องการของผู้ป่วยที่บ้าน เป็นองค์ประกอบของความรับผิดชอบในการรักษาของแพทย์ โดย บุคคลที่ให้บริการสุขภาพที่บ้านมีหน้าที่ในการประเมินและปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ อัลเบรทท์ (Albrecht, 1990) กล่าวว่า องค์ประกอบที่ผสมผสานของการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน คือ ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางวิชาชีพในการดูแลที่เป็นแบบสหวิทยาการ (multidisciplinary) และมีเป้าหมายในการช่วย เหลือผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะสุขภาพที่สูงสุดและพึ่งตนเองได้

โรวินสกีและซาสต็อคกี้ (Rovinski and Zastocki, 1989) กล่าวว่า เป็นองค์ประกอบของการจัด บริการสุขภาพที่สมบูรณ์แบบแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เพื่อลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะ ไร้ความสามารถ บริการที่จัดจะต้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการวางแผน ประสานงานและจัดบริการขององค์การหรือสถาบัน ที่อาจจัดระบบบริการสุขภาพโดยทีมบุคลากร โดย หน่วยงานหรือผสมผสานรูปแบบการจัดบริการก็ได้ ซึ่งประกอบด้วย บริการทางการแพทย์ การพยาบาล ทันตกรรม กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ธรรมชาติบำบัด สังคมสงเคราะห์ โภชนาการ การจัดหาอุปกรณ์ช่วย เหลือที่บ้าน การเดินทาง บริการชันสูตรและศูนย์เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น

แสตนโฮปและแลงคาสเตอร์ (Stanhope and Lancaster, 1996) กล่าวถึงบริการสุขภาพที่บ้านว่า ไม่เพียงแต่หมายถึงการดูแลที่บ้านเท่านั้น หากรวมการจัดเตรียมบริการสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ให้กับบุคคลในชุมชนตั้งที่อยู่อาศัย และยังเป็นองค์ประกอบของการดูแลที่สมบูรณ์แบบ โดยการให้บริการ ให้กับบุคคลและครอบครัวที่บ้าน เพื่อส่งเสริม ดำรงรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ช่วยลดความรุนแรงของการ เจ็บป่วยและภาวะไร้ความสามารถ โดยการวางแผน ประสานงานและจัดระบบการดูแลโดยบุคลากรที่มีอยู่ ร่วมกันบริหารจัดการหน่วยงานที่ให้บริการ

พรทิพย์ (2539) ให้ความหมายว่า เป็นการให้บริการดูแลสุขภาพโดยรวมอย่างต่อเนื่องให้กับ บุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการและครอบครัวที่บ้านหรือในสถานที่พักอาศัย โดยทีมสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ ดำรงรักษาสุขภาพ และให้คงสภาวะสุขภาพที่ดี หรือในระดับที่สามารถพึ่งตนเองให้ได้มาก ที่สุดและมีความพิการหรือความเจ็บป่วยน้อยที่สุด ซึ่งรวมทั้งการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ ผู้ให้

บริการจะต้องวางแผนประสานงานและให้บริการสุขภาพที่บ้าน ตามความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละครอบครัว บริการเหล่านี้ได้แก่ การรักษาพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะ การส่งคนส่งเคราะห์ การบำบัดต่าง ๆ (เช่น โภชนบำบัด อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด จิตบำบัดและวจีบำบัด) การบริการทางสังคม ภายใต้การแนะนำของแพทย์ การบริการคนทำงานบ้านและพนักงานผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน

ในขณะที่ สตีวาร์ด สโนวเด็นและสตีลลีย์ (Stewart, 1979 ; Snowden and Steeley, 1989 อ้างตาม พรทิพย์, 2539) กล่าวว่า เป็นการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่เป็นแง่มุมหนึ่งของการดูแลสุขภาพโดยรวม เป็นการให้บริการสุขภาพและบริการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แก่บุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการที่บ้านหรือที่พักอาศัย โดยทีมสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการบำบัดต่าง ๆ ที่ช่วยให้บุคคลที่รับบริการ สามารถกลับสู่ภาวะปกติ สามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะทำได้ และวิลลาวันน์ ประยงค์และพิมพ์ภรณ์ (2541) กล่าวว่า เป็นบริการแบบผสมผสานที่จัดให้แก่บุคคลและครอบครัว เพื่อให้ผู้ที่ต้องการพักฟื้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่และผู้ที่ต้องการบริการรักษาพยาบาล ได้รับการดูแลตามสภาพแวดล้อมของบ้านตนเอง โดยมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาล ออกติดตามให้การักษาพยาบาล ให้คำแนะนำ ให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมที่บ้านและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด

กล่าวโดยสรุป การจัดบริการสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านหรือที่อยู่อาศัยในชุมชน บริการนั้นจะต้องสมบูรณ์แบบตามความต้องการหรือความจำเป็นของบุคคลและครอบครัวนั้น ๆ มีจุดประสงค์ที่จะส่งเสริม ดำรงรักษา และคงภาวะสุขภาพดีนั้นไว้ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตอยู่ได้ให้ดีที่สุด ภายใต้ภาวะการเจ็บป่วยหรือภาวะความพิการนั้น ๆ โดยทีมสุขภาพ ที่ผสมผสานทั้งกลุ่มผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลาย ๆ สาขาอาชีพ และกลุ่มผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการประสานงานในการวางแผนและจัดบริการ โดยการส่งเสริมและสนับสนุนของผู้ให้บริการ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บริการที่ให้ จะผสมผสานทั้งการรักษา การพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะ การบำบัดต่าง ๆ การบริการทางสังคม รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและประสานงานในการใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อจัดหาอุปกรณ์และบริการต่าง ๆ

2. ขอบเขตของบริการสุขภาพที่บ้าน

การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน มีขอบเขตที่เด่นชัด แตกต่างจากบริการอื่น ๆ โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน (Rovinski and Zastocki , 1989) ดังนี้

2.1 ความต้องการบริการทางการแพทย์ ในการดูแลรักษาและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีขั้นสูงอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้อาหารและสารน้ำทางเส้นเลือด ให้ยาปฏิชีวนะ ให้เคมีบำบัด การให้เลือด การล้างไต การใช้เครื่องช่วยหายใจหรือการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน เป็นต้น

2.2 ความต้องการบริการเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลตนเอง เพื่อการมีสุขภาพดีโดยไม่จำเป็นต้องใช้การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความรู้ คำแนะนำและให้คำปรึกษาต่าง ๆ เช่น การจัดอาหาร การลดความเครียด การออกกำลังกาย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และผลของบริการจะช่วยลดค่าใช้จ่าย และเกิดความสะดวกสบายต่อผู้ป่วย ไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางเข้ามาขอรับคำแนะนำหรือปรึกษาสุขภาพที่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ต้องการการดูแลรักษาและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ต่อเนื่องเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงสูญเสียไป แต่ไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพียงอย่างเดียว สามารถพัฒนาผู้ดูแลให้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านทดแทนได้ โดยการฝึกสอน ส่งเสริมของทีมสหวิชาชีพทางสุขภาพ

3. รูปแบบของบริการสุขภาพที่บ้าน

การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสภาพปัญหา (Rovinski and Zastocki, 1989) สามารถจัดได้หลายรูปแบบ ตามแนวคิดของผู้ให้บริการ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งนี้ อาจเน้นที่บทบาทของผู้ให้บริการ องค์ประกอบของการจัดบริการ วิธีการจัดระบบบริการ หรือเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการก็ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของอัลเบรคท์ (Albrecht, 1990) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างรูปแบบชั่วคราว เพื่อจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นรูปแบบที่มีองค์ประกอบสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการเฉพาะราย ที่ผู้วิจัยเลือกใช้เป็นกลวิธีในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับกลุ่มตัวอย่าง โดยองค์ประกอบของรูปแบบของอัลเบรคท์ (Albrecht model) มีดังนี้

3.1 โครงสร้าง ประกอบด้วย องค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการ ได้แก่หน่วยงานผู้ให้บริการ พยาบาล วิชาชีพและทีมสุขภาพ ส่วนผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัจจัยต่าง ๆ แตกต่างกันไป เช่น ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและจิตวิทยา เป็นต้น

3.2 กระบวนการ เป็นการกำหนดขั้นตอนการให้บริการ ตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล การเตรียมครอบครัว เพื่อรับการดูแลต่อเนื่อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลวิธีในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน การประสานงานระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อจัดบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ

3.3 ผลลัพธ์ ประเมินจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการ การเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความคุ้มค่าของการจัดบริการ

มีการศึกษาเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้านมากมาย เช่น พรทิพย์ (2539) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในทศวรรษหน้า สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดบริการไม่ควรเป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ แต่ควรจะหลากหลายตามสภาพปัญหาและนโยบาย โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการให้สามารถดูแลตนเองได้ ในด้านความต้องการบริการ มีผู้ศึกษาในหลายประเด็น เช่น มนัสสินิตย์ (2536) ได้ศึกษาความต้องการบริการสุขภาพที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์ผู้เข้ารับบริการจำนวน 400 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน อย่างละ 2 แห่ง พบว่า ผู้รับบริการมีความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านในระดับมาก เช่นเดียวกับ ลักษณา (2538) ที่ศึกษาความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 269 ราย พบว่า ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่บ้าน ในด้านการบริการทางการแพทย์ คำแนะนำการฝึกปฏิบัติ การสอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน ในด้านผลการจัดบริการ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ดังเช่นการศึกษาของวิลาวัลย์และคณะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่าง 1 กันยายน 2537 - 30 ธันวาคม 2539 พบว่า มีผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโครงการร้อยละ 68.7 ในจำนวนนี้ ทุเลาและสามารถดูแลตนเองได้ ร้อยละ 55.5 ผู้รับบริการมีความเห็นต่อบริการที่ได้รับคือ มีความพึงพอใจ รู้สึกอบอุ่นและได้ใกล้ชิดกับครอบครัว เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้นและควรมีบริการตรวจรักษาและจ่ายยาที่บ้านด้วย

ในด้านผู้ดูแลผู้ป่วย มีการศึกษาโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของสุดศิริ (2541) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาจากผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ราย พบว่า รูปแบบการดูแลเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแลและการจัดการตนเอง พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเอง และปรับบทบาทและการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและการปรับวิถีชีวิต นอกจากนี้ ผู้ให้บริการก็เห็นความสำคัญของการจัดบริการ ดังเช่น การศึกษาของ วชิรี (2536) ที่ศึกษาความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพที่บ้านของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 300 คน ของโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ เห็นว่า ควรสนับสนุนให้มีการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน และกลุ่มผู้รับบริการที่จำเป็นได้รับบริการ คือกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย มารดาและทารก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุภาวะปกติและผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาทตามลำดับ

จะเห็นได้ว่า การจัดบริการสุขภาพที่บ้านมีความสำคัญ เป็นที่ยอมรับทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ให้บริการ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ในการจัดบริการที่ชัดเจน ไม่ทราบว่าคุณลักษณะของผู้ให้บริการและผู้รับบริการว่า

ควรเป็นอย่างไร (รุจา, 2535) ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านมีความสับสนเกี่ยวกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพที่บ้านและการนำแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้ในการปฏิบัติจริง ทั้งนี้ จากการประชุมสรุปผลการดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ของกองโรงพยาบาลภูมิภาค เมื่อวันที่ 9 - 11 พฤศจิกายน 2539 พบว่า ผู้ปฏิบัติยังมีความเข้าใจในนโยบายที่แตกต่างกัน ทำให้มีรูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย การจัดโครงสร้างของการทำงานในรูปของคณะกรรมการ ทำให้เกิดการแบ่งงาน เกิดความซ้ำซ้อน ขาดแคลนบุคลากรและขาดการเตรียมบุคลากร เกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการ ไม่มีงบประมาณและหน่วยงานรองรับชัดเจน โรงพยาบาลต้องรับภาระในการดูแลทั้งหมด มีปัญหาการบริหารจัดการและการประสานงาน ทำให้บริการสุขภาพที่จัดทำขึ้นไม่มีคุณภาพ

แนวคิดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease: CVD) หรือสโตรก (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นโรคที่มีความชุกสูงเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ในระบบประสาทวิทยา (Ebrahim, 1990) โดยพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา เกือบร้อยละ 50 ของผู้ที่มีความผิดปกติของระบบประสาทจะพบพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง (Heimer, 1955) ในปี 2534 มีการประมาณว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของหลอดเลือดสมองถึง 500,000 คนต่อปี (ฤกษ์ชัย, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ที่พบว่า ผู้ป่วยทางระบบประสาททั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกือบครึ่งหนึ่ง โดยมีความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 690 คน ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก (นิพนธ์, 2534)

ในปัจจุบัน ถึงแม้แนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราลดลง (นิพนธ์, 2534) แต่จากการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุ ประกอบกับความก้าวหน้าของวิทยาการด้านการแพทย์ ซึ่งสามารถให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพมากขึ้น ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะความพิการเรื้อรัง จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่กระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน และการจัดระบบบริการสาธารณสุขในประเทศมากปัญหาหนึ่ง และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มความรุนแรงยิ่งขึ้นในอนาคต (ประสมศรีและสุจินต์, 2539)

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงหรือโดยทางอ้อมกับสมองขาดเลือดมาเลี้ยง อาการจะเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่มีอาการชักนำมาก่อนและจะอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง (สมจิต, 2538 ; นิพนธ์, 2534) โดยอาจมีสาเหตุมาจากการตีบ อุดกั้น หรือแตกของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เนื้อสมองถูกทำลาย จนสูญเสียการทำงานที่ของระบบประสาทส่วนนั้น (Millikan et al., 1990 ; ธรณีตร, 2534) เกิดความผิดปกติ ซึ่งมีอาการและความรุนแรง

แตกต่างกันตามขนาดและตำแหน่งของพยาธิสภาพ (Phipps, 1991) ที่เกิดจากปัจจัย 3 ประการคือ บริเวณที่สมองขาดเลือด, สาเหตุที่ทำให้สมองขาดเลือดและลักษณะการขาดเลือดนั้น เกิดขึ้นแบบทันทีทันใดหรือค่อยเป็นค่อยไป (Manton, 1990) ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยเดียวหรือหลาย ๆ ปัจจัยรวมกันก็ได้ (Ebrahim, 1990)

2. ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จากสภาพความพิการที่เกิดจากรอยโรค สมองส่วนที่ทำหน้าที่สั่งงานอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายถูกทำลาย ก็เกิดผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะส่วนอื่น ๆ ด้วย ปัญหาที่พบ ได้แก่

2.1 ปัญหาทางร่างกาย มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ด้านตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง (โสภา, 2534) มีผลต่อการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Galameau, 1993) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40-50 มีปัญหาในการกลืน (Gauwitz, 1995) และส่วนใหญ่การกลืนอาหารอ่อนนุ่มจะกลืนได้สะดวกกว่าอาหารที่เป็นน้ำ (Dudas, 1986 ; เจียมจิต, 2541 ; Gauwitz, 1995) พบความบกพร่องของการรับข่าวสารและการสื่อ (Lewis and Collier, 1987) การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ละเลยสิ่งแวดล้อม หรือร่างกายที่มีความพิการ (Bedrosian, 1989) มีความบกพร่องในการกระะยะทางการเคลื่อนไหว (Lewis and Collier, 1987) การรับรู้ต่อเวลา บุคคลและสถานที่ผิดไป ทำให้ตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ มีความผิดปกติในการมองเห็นและลานสายตา เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (Luckman and Sorensen, 1993) ทำตามคำสั่งหรือทำสิ่งที่เคยทำมาแล้วไม่ได้ (โสภา, 2534) บางรายไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ บางรายมีอาการท้องผูกรุนแรงและมีอุจจาระอัดแน่น (Bedrosian, 1989) มีความต้องการทางเพศลดลง (กมลพรรณและคณะ, 2538) ก่อให้เกิดผลทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม

2.2 ปัญหาทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลต่อภาวะจิตใจ จากข้อจำกัดของสภาพร่างกาย (ไพโรจน์, 2537) มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเปลี่ยนแปลงง่าย (กนกพร, 2532) แสดงออกโดยมีความซึมเศร้า ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคนี้ (Espmark, 1973 cited by Robinson et al., 1985) โดยร้อยละ 85 ที่ซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความพิการของร่างกาย (พวงน้อย, 2536) และการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ ผู้ป่วยจะวิตกกังวล หรือเกิดความคับข้องใจที่ต้องพึ่งพาศบุคคลอื่น (กนกพร, 2532) จากความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ถูกจำกัด (Hickey, 1986) ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Conwill, 1993) ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้รู้สึกเครียด รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (Berger and Williams, 1992) ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตลดลง ส่งผลกระทบต่อการใช้สังคม (Grant, 1996) บางคนอาจเกิดความโกรธจากความคับข้องใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความลำบาก แม้ว่าจะเป็นกิจกรรมง่าย ๆ (เจียมจิต, 2541)

2.3 ปัญหาทางด้านสังคม เมื่อเกิดความเครียด ในระยะยาวจะแยกตัวออกจากสังคม (Morris, et al, cited by Grant, 1996) เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เลย ก่อให้เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติในครอบครัว และระหว่างผู้ป่วยกับสังคม ทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ขาดสิ่งสนับสนุนด้านจิตใจในขณะที่เผชิญภาวะเครียด ทำให้ปรับตัวได้ยาก รู้สึกว่าเหว่ ขาดที่พึ่ง สิ้นหวังและซึมเศร้าหรืออาจรู้สึกกดดันจากการที่ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ แซนตัสและคณะ (Santas, et al., 1990) ได้ศึกษาผลกระทบทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 103 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยถึงร้อยละ 70 โดยภาวะความซึมเศร้าจะเกิดสูงสุดในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปี ภายหลังจากเกิดโรค

จากปัญหาด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมาได้ ต้องดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก มีชีวิตอยู่กับความพิการที่รุนแรงและเรื้อรัง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาศูนย์คนอื่นในการตอบสนองความต้องการ ในส่วนที่ตนเองไม่สามารถตอบสนองได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพิการหลายระบบ ดังที่ แกรนท์ (Grant, 1996) ได้ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและผู้ดูแล จำนวน 10 คู่ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกร่วมกับสูญเสียด้านความจำและความคิด มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำ การเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย และการเคลื่อนย้าย รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม มากกว่าผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกเพียงอย่างเดียว

3. บริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย

หลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ที่สูญเสียไปจากพยาธิสภาพของโรค โดยใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูให้น้อยที่สุด (Hydo, 1995) โดยการดูแลของทีมสหวิชาชีพทางสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด โภชนากรหรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ (Stoker, 1983) โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการตามแผนการดูแล และสามารถปรับตัวอยู่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีความสุข

3.1 บริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นการดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพ เมื่อผู้ป่วยเริ่มช่วยเหลือตนเองได้ แม้ว่าอวัยวะบางส่วนยังเสียหายที่ แต่ระดับความรู้สึกและอาการแสดงทางระบบประสาทอยู่ในเกณฑ์ปกติ การดูแลมุ่งช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ใหม่ในทักษะต่าง ๆ ที่สูญเสียไปจากการ

เจ็บป่วยโดยเร็วที่สุด เพื่อให้ช่วยเหลือตนเองและสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป (ไพโรจน์, 2537) จากการศึกษาโดยการวิจัยเชิงบรรยายของจิราวรรณ (2541) เกี่ยวกับความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 32 ราย ที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลอุดรธานี ศึกษาโดยการติดตามไปข้างหน้าเพื่อบรรยายระดับและแบบแผนความหวังของผู้ป่วยในระยะเวลาเจ็บป่วย 3 เดือนแรก พบว่า หลังการเจ็บป่วยระยะแรก ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังว่าจะหาย แต่เมื่อผ่านการเจ็บป่วยไป 3 เดือนแล้ว ผู้ป่วยรู้สึกว่าความหวังลดลงและเริ่มยอมรับความจริงที่จะมีชีวิตอยู่ร่วมกับข้อจำกัดจากภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้น ดังนั้น การค้นหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเร็ว จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพได้ผลดีขึ้น

การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ต้องประเมินสถานการณ์ของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ และจัดบริการตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ โดยการวางแผนร่วมกันของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล เช่น พรชัย (2540) ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิจัยกึ่งทดลอง ในกลุ่มผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ จำนวน 20 ราย ผลการศึกษา พบว่า ภาวะเชิงปรนัย ซึ่งหมายถึงความยากลำบากทางกาย ใจ อารมณ์ จากงานหรือการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และภาวะเชิงอัตนัย ซึ่งหมายถึงความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะการดูแล ลดลง ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ และกลุ่มทดลองมีภาวะทั้งเชิงปรนัยและอัตนัย น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3.2 การจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย

การจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีเป้าหมายเพื่อป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น ป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะของร่างกายที่เสียไปและดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ดีให้คงไว้ (Galameau, 1993) เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตต่อไปในสังคมอย่างมีความสุข เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย ซึ่งเป็นแนวคิดในการดูแลผู้รับบริการ ทั้งในสถานบริการและในชุมชนที่ต่อเนื่องระยะยาว (Beardshow and Towell, 1990 cited by Bergen, 1992) ในการจัดบริการ

3.2.1 ความหมายของการจัดการเฉพาะราย

การให้ความหมายของนักวิชาการ จะแตกต่างกันไป ตามแนวคิดและประสบการณ์ของผู้ที่นำไปใช้ จึงยากที่จะให้คำจำกัดความที่ชัดเจน เพราะการจัดการเฉพาะรายสามารถอธิบายได้ในความหมายของระบบ บทบาท เทคโนโลยี กระบวนการ หรือบริการที่จัดให้ก็ได้ (Molloy, 1994) เช่น

สมาคมพยาบาลอเมริกัน (ANA, 1988 cited by Cesta et al., 1997) ได้ให้ความหมายของการจัดการเฉพาะรายว่า เป็นระบบการจัดการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยที่มีการกำหนดระยะเวลาในการนอนพักในโรงพยาบาลที่เหมาะสม มีเป้าหมายในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ลดการบริการแบบแยกส่วนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการให้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุด

ฟริงค์และสตราสเนอร์ (Frink and Strassner, 1996 cited by Cesta et al., 1997) ให้ความสำคัญกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่ผู้จัดการเฉพาะราย ได้ให้ความหมายของการจัดการเฉพาะรายว่าเป็นระบบการดูแลของสหวิชาชีพ ที่มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการเฉพาะราย ทำหน้าที่ในการประสานการจัดบริการแก่ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่มีการเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ

นอกจากนี้ มีนักวิชาการและผู้ปฏิบัติหลายท่านได้ให้ความหมายของการจัดการเฉพาะรายไปตามแนวคิดของตนเอง ซึ่งพอจะสรุปได้ว่า การจัดการเฉพาะราย เป็นเทคนิคในการให้บริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการบริการ โดยมีผู้จัดการเฉพาะราย (case manager) ซึ่งอาจเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือนุคลากรด้านสาธารณสุขวิชาชีพอื่น ๆ ก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการวางแผนและจัดหาบริการ รวมทั้งควบคุมกำกับ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ต่อเนื่อง มีคุณภาพและคุ้มค่า เป็นการให้บริการของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งอาจจัดโดยรัฐหรือเอกชนก็ได้ มีเป้าหมายในการเพิ่มคุณภาพบริการ เพื่อลดจำนวนครั้งและจำนวนวันเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการมากขึ้น

3.2.2 วิวัฒนาการของการจัดการเฉพาะราย

การจัดการเฉพาะราย เริ่มใช้ในอเมริกาเหนือ เมื่อประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ สังคมสงเคราะห์และภาวะสุขภาพอื่น ๆ (Chamberlain and Rapp, 1992 cited by Lamb, 1995) ของผู้ป่วยเรื้อรังทั้งทางกายและจิต โดยใช้กรอบแนวคิดทางจิตเวชและทางสังคมรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งมีแนวคิดในการดูแลอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหา และมุ่งเน้นความคุ้มค่าเป็นสำคัญ (Thronicof, 1991 cited by Bergen, 1992) ต่อมาได้ขยายไปในประเทศอังกฤษและได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ด้วยปัจจัยหลายประการที่สอดคล้องกับสภาพสังคม และแนวคิดในการดูแลสุขภาพประชาชนของประเทศไทย ในระยะแรก เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน (community - based) มีเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวและสามารถใช้ทรัพยากรในชุมชน เพื่อลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Lamb, 1995) โดยมีพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักอาชีวบำบัด เป็นผู้จัดการเฉพาะราย (case manager) มีหน้าที่ในการประสานการวางแผน และจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยตามความต้องการเฉพาะบุคคล (Challis et al., 1990 cited by Bergen, 1992) โดยประเมินคุณภาพการดูแลจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ต่อมาในช่วงปี ค.ศ.1970-1980 ได้มีการนำการจัดการเฉพาะราย ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แทนการเข้ารับบริการจากสถานดูแลคนชราและผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นด้วย (Kemper et al., 1988 cited by Lamp, 1995) และในช่วงปี 1985 ได้มีการนำการจัดการเฉพาะราย ไปใช้ในการดูแลทั้ง

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีพยาบาลวิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้จัดการ เฉพาะราย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการบริการที่ดีในการดูแลสุขภาพ โดยพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญกับ ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องให้การรักษาด้านการแพทย์ ในขณะที่นักสังคมสงเคราะห์จะสนใจ ปัญหาที่เกิดจากสถานการณ์ที่ซับซ้อนในสังคม

ในปัจจุบัน การจัดการเฉพาะราย มีการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ใน โรงพยาบาลและผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน (Goodwin, 1994 ; Cesta at al., 1997) รวมทั้งได้ขยายไปสู่ ผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเอดส์และมะเร็ง และการประกันสุขภาพของคนงานในโรงงานต่าง ๆ โดยมีเป้าหมาย ดังนี้ (Stahl, 1996)

ก. ผู้รับบริการ

- (1) เพื่อพัฒนาความสามารถในการเข้าถึงบริการ
- (2) เพื่อให้ได้รับบริการตรงตามความต้องการ
- (3) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้

ข. ระบบบริการสุขภาพ

- (1) เพื่อประสานการจัดระบบบริการให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น
- (2) เพื่อป้องกันการให้บริการที่ไม่จำเป็นสำหรับผู้รับบริการ
- (3) เพื่อควบคุมงบประมาณ ในการจัดบริการให้น้อยลง

3.2.3 รูปแบบการจัดการเฉพาะราย

การจัดการเฉพาะราย เป็นกระบวนการบริหารจัดการ ที่มีรูปแบบแตกต่างกันตาม สถานการณ์ที่นำไปใช้และแนวคิดของผู้นำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ ส่วนมากจะกำหนดขั้นตอน และกระบวนการจัดการเฉพาะรายที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลคือ มีการประเมินสภาพผู้รับบริการ การวางแผน การปฏิบัติบริการและการควบคุม กำกับและประเมินผล (O' Hare and Terry, 1991 ; Clark, 1992 ; Molloy, 1994 ; Gibson et al, 1994 ; Rheume et al, 1994 ; Pyke, 1996 ; Daly and Mitchell, 1996) ในขณะที่นักวิชาการบางรายจะเพิ่มขั้นตอนการค้นหาผู้รับบริการ (O' Hare and Terry, 1991) หรือจำแนก ขั้นตอนการปฏิบัติบริการเป็นกิจกรรมย่อย ๆ เช่น การประสานการจัดบริการ (Rheume et al, 1994 ; Pyke, 1996 ; Daly and Mitchell, 1996) การส่งต่อ (O' Hare and Terry, 1991) การประเมินผู้รับบริการ ใหม่ (Bergen, 1992) หรือมีการระบุบทบาทของผู้จัดการเฉพาะราย ในการเป็นตัวแทนผู้รับบริการ ไว้ใน ขั้นตอนการปฏิบัติด้วย (Pyke, 1996 ; Daly and Mitchell, 1996) แต่ไม่มีรูปแบบที่กำหนดบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยและกระบวนการที่ครอบคลุม ผู้วิจัย จึงได้ประยุกต์ใช้ รูปแบบการจัดการ เฉพาะรายของแซนเดอร์ (Zander, 1988) โรเซลและนิวแมน (Rozell and Newman, 1994) ซึ่งเป็นรูปแบบ ที่มีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ส่วน คือโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ และใช้กระบวนการจัดการเฉพาะ รายของ โอแฮร์และเทอรี่ (O' Hare and Terry, 1991) และ เบอร์กิน (Bergen, 1992) ซึ่งจะระบุขั้นตอน ตั้งแต่การค้นหาผู้รับบริการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการให้บริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.2.3.1 โครงสร้าง (structure) เป็นการออกแบบ (design) แผนการจัดการเฉพาะราย (case management plan : CMP) ซึ่งเป็นแผนการดูแลที่จัดโดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary care plan) ที่สมบูรณ์ ประกอบด้วยกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลที่ระบุเป้าหมาย ระยะเวลา และการประเมินผลลัพธ์ของการดูแล ตลอดเวลาที่ผู้รับบริการเข้ารับบริการจากศูนย์สุขภาพที่บ้านและกำหนดทีมสุขภาพ (Health Team) ซึ่งจะประกอบด้วยทีมผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

3.2.3.2 กระบวนการ (process) เป็นการแสดงถึงบทบาท (role) ตามขั้นตอนการจัดการเฉพาะราย ของสมาชิกในทีมสุขภาพ โดยมีผู้จัดการเฉพาะราย (case manager) เป็นผู้ประสานการกำหนดกิจกรรมในแผนการจัดการเฉพาะราย การใช้ทรัพยากรและการกำหนดมาตรฐานการดูแล ซึ่งกระบวนการนี้จะแสดงขั้นตอนการจัดการเฉพาะราย ตั้งแต่รับบริการเริ่มเข้าสู่ศูนย์สุขภาพที่บ้านจนถึงสิ้นสุดกระบวนการรับบริการ ดังนี้

ก. การค้นหาผู้รับบริการ (case finding) เป็นการคัดกรองผู้รับบริการเข้าสู่ศูนย์สุขภาพที่บ้านตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยการประสานงานระหว่างแพทย์ผู้ดูแลและผู้จัดการเฉพาะราย และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือ (Wendt, 1996)

ข. การประเมินสภาพและกำหนดความต้องการของผู้รับบริการ (assessment and need identification) ซึ่งทีมผู้ให้บริการ จะประเมินสภาพผู้รับบริการ ตั้งแต่วันแรกที่ผู้รับบริการแสดงความประสงค์จะขอรับบริการสุขภาพที่บ้าน โดยการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily life : ADL) ของผู้ป่วย แล้วร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแล ต่อจากนั้นทีมผู้ให้บริการติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการ จากสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสิ่งสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางการรักษา ซึ่งการประเมินดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของแกรนท์ (Grant, 1996) ที่กล่าวว่า ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดจาก 4 ปัญหาคือ ความบกพร่องของร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อกลับจากโรงพยาบาล การแสวงหาและใช้ประโยชน์จากบริการ และความต้องการสิ่งสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม

ค. การวางแผนและให้การดูแลเฉพาะราย (design and implementation of case management plan) ทีมสุขภาพนำปัญหาที่ได้จากการประเมินสภาพของผู้รับบริการ มาปรับเป้าหมายการดูแลร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย โดยคำนึงถึงแหล่งทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้รับบริการด้วย

ง. การส่งต่อและประสานบริการ (referral and service coordination) เป็นขั้นตอนที่ผู้จัดการเฉพาะราย ส่งต่อเพื่อปรึกษาและประสานการจัดบริการให้แก่ผู้รับบริการ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้รับบริการจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน

จ. การควบคุมและประเมินผลการดูแล (monitoring and evaluation) เป็นกระบวนการติดตามและประเมินผลของผู้จัดการเฉพาะรายเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถบรรลุเป้าหมายตามแผนการดูแลเฉพาะรายได้ในที่สุด

ฉ. การสิ้นสุดการให้บริการ (case closure) ในกรณีที่ผู้จัดการเฉพาะรายประเมินแล้ว พบว่า ผู้รับบริการได้รับการบริการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกันแล้ว หรือจะต้องเริ่มกระบวนการประเมินและกำหนดความต้องการใหม่ (repetition of cycle) ในผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการบริการตามต้องการ เพื่อจัดกิจกรรมบริการให้บรรลุเป้าหมายของการดูแล

3.2.3.4 ผลลัพธ์ (out come) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เกี่ยวกับการดูแลว่า บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกันหรือไม่

กล่าวโดยสรุป การจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน โดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบริการที่มีคุณสมบัติดังนี้ คือ

1. เป็นการดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลถึงบ้านผู้รับบริการ โดยทีมสุขภาพที่ประกอบด้วย ผู้ให้บริการที่เป็นทีมสหวิชาชีพ และผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. มีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของผู้รับบริการเฉพาะราย โดยมีผู้จัดการเฉพาะรายเป็นผู้ประสานการจัดการบริการและควบคุมคุณภาพบริการ
3. มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น และผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านได้

3.2.4 บทบาทของผู้จัดการเฉพาะรายในการจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน

ผู้จัดการเฉพาะราย (Case Manager) มีบทบาทที่จะช่วยให้ผู้รับบริการ ได้รับการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาวในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยการจัดหาบริการที่มีคุณภาพโดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุดให้แก่ผู้รับบริการ บทบาทของผู้จัดการเฉพาะรายมีดังนี้

3.2.4.1 ผู้ประสานงาน ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสุขภาพในการประเมินภาวะสุขภาพ การจัดหาบริการและการประเมินผลการดูแลร่วมกัน (Clark, 1992 ; Gibson et al., 1994)

3.2.4.2 ผู้ให้บริการ ทำหน้าที่ให้บริการโดยตรง หรือมอบหมายพยาบาลวิชาชีพหรือนักการศึกษาศึกษาอื่น ในการให้บริการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการผสมผสานการให้บริการทางสังคมและการให้บริการทางการแพทย์ แก่ผู้รับบริการตามสภาพปัญหา โดยใช้แหล่งทรัพยากรในท้องถิ่นให้มากที่สุด (Rheume et al., 1994 ; Gibb et al., 1995)

3.2.4.3 ผู้จัดการ ซึ่งจะใช้กระบวนการตัดสินใจในการปรับปรุงแผนการจัดการเฉพาะราย เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ของผู้รับบริการ (Rawsky, 1996)

3.2.4.4 ผู้ให้ความรู้ โดยการชี้แนะการพัฒนาแผนการจัดการเฉพาะราย ให้แก่ทีมสุขภาพรวมทั้งการสนับสนุนให้ความรู้และให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองแก่ผู้รับบริการ (Bergen, 1992 ; Netting and Williams, 1996 ; Pyke, 1996)

3.2.4.5 เป็นตัวแทนตามกฎหมายของผู้รับบริการ (Molloy, 1994 ; Cesta et al., 1997) โดยการให้ข้อมูลและสนับสนุนผู้รับบริการให้ได้รับประโยชน์สูงสุด

3.2.4.6 ผู้ควบคุมมาตรฐานบริการ โดยการจัดบริการให้ได้ตามแผนการจัดการเฉพาะราย ซึ่งเป็นบริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพและประหยัดค่าใช้จ่าย (Stanhope and Lancaster, 1996)

3.2.4.7 ผู้วางแผนจำหน่าย ทำหน้าที่ในการกำหนดกิจกรรมการดูแล ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งหวังลดระยะเวลาในการนอนพักในโรงพยาบาลให้น้อยที่สุด (Cesta et al., 1997)

การจัดการเฉพาะราย เป็นแนวคิดที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง แม้ว่าในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาการนำแนวคิดการจัดการเฉพาะรายมาใช้ในการจัดบริการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม แต่ในต่างประเทศ มีการศึกษาการจัดการดูแลที่ใช้แนวคิดการจัดการเฉพาะรายมากมาย ดังเช่น เซอร์โดลและคณะ (Schurdell et al, 1995) ได้ศึกษาโดยการทดลองจัดการดูแลผู้ป่วย จำนวน 22 รายในหอผู้ป่วย โดยนำรูปแบบบริการที่ใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย ที่มิใช่ให้การดูแลประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร โภชนากรและนักสังคมสงเคราะห์ และมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการเฉพาะราย มีบทบาทเป็นผู้ประสานการดูแล ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนและสามารถดูแลตนเองได้ เปรียบเทียบกับการจัดบริการในรูปแบบเดิมที่ไม่ใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย พึงพอใจกับการดูแลและรับรู้ว่าสามารถขอรับความช่วยเหลือจากผู้จัดการเฉพาะรายได้ตลอดเวลา ในขณะที่ผู้ให้บริการก็พึงพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือจากวิชาชีพอื่น ๆ ในทีม แพทย์ผู้ให้การรักษามองเห็นความสำคัญของผู้จัดการเฉพาะราย ในขณะที่ผู้จัดการเฉพาะรายก็พึงพอใจที่สามารถให้การดูแลที่ต่อเนื่องเห็นผลลัพธ์ที่ดีของบริการและได้รับการตอบสนองจากผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี

ในด้านผลลัพธ์ของการจัดบริการ บราวน์และคณะ (Brown et al, 1996) ได้ทดลองนำการจัดการเฉพาะรายไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 127 ราย พบว่า สามารถลดระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลงจาก 8.2 วัน เหลือเพียง 6.7 วัน และสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ถึงร้อยละ 1,184 ดอลลาร์

3.2.5 การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลต่อเนื่องและยาวนาน สมาชิกของทีมสุขภาพ มีหน้าที่ให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ถูกต้อง ปลอดภัย โดยการฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ภายใต้พยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลลงเกิดความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัยและมีสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น แม้ว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยจะยาวนานก็ตาม ทั้งนี้ การให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ต้องจัดบริการโดยคำนึงถึงแนวคิดการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการจากโรค ที่ต้องการการฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ (กนภพร, 2532) ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด เกิดปัญหาด้านการทำงาน ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

และสังคม (Phipps et al., 1991) ปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งของครอบครัว (Norheim, 1989 อ้างตาม เกลียวพันธ์, ปรีศนาและยุพเรศ, 2539) การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวจึงมีผลต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย (Kemnich and Robb, 1988 cited by Easton et al., 1994)

การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ เป็นการผสมผสานการประเมินทางการแพทย์ ทางสังคม การเรียนรู้และการประกอบอาชีพของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อฝึกฝน หรือฝึกทบทวน เพื่อพัฒนาระดับความสามารถในการทำหน้าที่สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Ebrahim, 1990) ภายใต้ข้อจำกัดของความพิการและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน มีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันได้ โดยการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็น (Easton, et al., 1994 ; Sherry, 1995 ; Garrett and Bechtel, 1996) จำเป็นต้องกระทำเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤติโดยเร็ว เพราะเป็นระยะที่ผู้ป่วยและผู้ดูแล กำลังอยู่ในระยะปรับตัว และต้องการการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด (Wid'en - Holm Qvist et al., 1993) โดยให้หลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโบบาธ (Bobath's principles) สร้างโดยอาศัยทฤษฎีพัฒนาการของระบบประสาท (Bobath neurodevelopmental theory) ซึ่งเชื่อว่าการกระตุ้นร่างกายทั้ง 2 ด้าน จะช่วยให้ร่างกายด้านที่เป็นอัมพาต สามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ทั้งนี้เพราะเซลล์สมองที่ถูกทำลายจากพยาธิสภาพของโรค สามารถเรียนรู้การทำกิจกรรมใหม่ได้ (Garrett and Bechtel, 1996) และระบบประสาทส่วนกลางมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนโครงสร้างและหน้าที่ของมันเองได้ (โสภา, 2534) โดยหลักการพยาบาลของโบบาธ ที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน คือ การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ร่างกายด้านที่เป็นอัมพาตในการทำหน้าที่ แทนการใช้เฉพาะร่างกายด้านปกติปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทดแทน เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติและการแสดงออกที่ดี มีความเป็นอิสระและช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและช่วยลดภาระของผู้ดูแลลงได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Passarella and Gee, 1987; Garrett and Bechtel, 1996)

3.2.5.1 เป้าหมายคือ การพยายามคงไว้ซึ่งความปกติและการทำหน้าที่ของร่างกายทั้ง 2 ด้านของผู้ป่วย

3.2.5.2 ให้การดูแล ช่วยเหลือโดยเข้าหาผู้ป่วยทางด้านที่มีความผิดปกติของผู้ป่วยเสมอ

3.2.5.3 สร้างและรักษาท่าที่เป็นปกติและแก้ไขท่าที่ผิดปกติ

3.2.5.4 ใช้คำพูดในการสื่อสารครั้งละน้อย ๆ พร้อมกับการใช้สายตาและการสัมผัส เป็นตัวกระตุ้นการแนะนำ

3.2.5.5 ให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมและเพียงพอ

3.2.5.6 พยายามให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักด้านที่ผิดปกติ

3.2.5.7 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติและมีการเคลื่อนไหวที่เป็นแบบแผนปกติ

3.2.5.8 สอนสมาชิกในครอบครัว / ผู้ดูแลให้รับรู้ทุกอย่างที่ได้สอนผู้ป่วยไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโบบาธ มาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ทั้งนี้เพราะ ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกรายมีอาการอ่อนแรงของร่างกายที่ต้องการการกระตุ้น ให้มีการพัฒนาความสามารถให้ใกล้เคียงระดับความสามารถก่อนการเจ็บป่วย โดยสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทเป็นผู้กระตุ้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามแผนการดูแล โดยผู้ให้บริการต้องให้ความรู้และฝึกปฏิบัติผู้ป่วยและดูแลไปพร้อม ๆ กัน

แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการแสวงหาความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยอาศัยวิธีการสังเกต บันทึก วิเคราะห์และแปลความ เกี่ยวกับคุณสมบัติ แบบแผน ลักษณะเฉพาะและความหมายที่เฉพาะเจาะจงของสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติของปรากฏการณ์ที่ศึกษา (Leininger, 1985 อ้างตาม อภรณ์, 2536) เพื่อใช้ในการพัฒนาหารูปแบบหรือแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ให้ได้ผลเป็นที่พอใจ สามารถนำผลไปใช้และเผยแพร่ได้ แต่มีความแตกต่างจากการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไป ตรงที่ต้องมีการลงมือปฏิบัติ วิเคราะห์และปรับปรุงการปฏิบัติ เพื่อให้ได้รูปแบบที่พอใจและได้ผลที่ต้องการ (อภรณ์, 2536)

1. ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เคมมิสและแมคแทกการ์ต (Kemmis and McTaggart, 1988) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นรูปแบบของการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงาน ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงาน ให้ได้รูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง วิธีการปฏิบัตินั้น จะต้องมีการร่วมมือ (collaborative approach) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ยังจะเป็นวิธีการศึกษาที่ช่วยยืนยันความรู้ทางทฤษฎีว่า จะใช้ได้ผลกับการปฏิบัติได้มากน้อยแค่ไหน หรือมีข้อจำกัดอะไรบ้าง เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติ (Holter and Schwartz-Barcott, 1993)

2. ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถสรุปได้ดังนี้ (Kemmis and McTaggart, 1988)

- 2.1 เป็นการพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง
- 2.2 เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

2.3 เป็นการทดลองปฏิบัติ โดยอาศัยเทคนิคการสะท้อนของบุคคลากรหรือกลุ่ม ในกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผน เพื่อพัฒนาให้ดีขึ้นในวงจรต่อไป การทดลองปฏิบัตินี้ทำ ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ

2.4 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์อย่างแท้จริงตามธรรมชาติของ สถานการณ์นั้น ๆ ไม่ใช่การแก้ไขปัญหอย่างผิวเผิน

2.5 เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา และเรียนรู้วิธีการที่จะพัฒนา กิจกรรมนั้น ๆ

2.6 เป็นกระบวนการด้านการเมือง เพราะการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง มักจะมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอ การต่อต้านนี้ อาจเกิดขึ้นทั้งผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงาน

2.7 เป็นการบันทึกความก้าวหน้า และบันทึกการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่ม อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ กิจกรรมที่ศึกษาและวิธีการศึกษา

2.8 เป็นการสร้างทฤษฎีโดยหาเหตุผลของการปฏิบัติ จากปรากฏการณ์ที่ศึกษา แล้วนำมาประมวล เป็นข้อเสนอทางทฤษฎี และสรุปเป็นหลักการภายหลัง

2.9 เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรเล็ก(กลุ่มเล็ก) แล้วจึงขยายเป็นวงจรใหญ่(กลุ่มใหญ่)

หรืออีกแนวคิดหนึ่ง โฮลเตอร์และชวาทซ์ บาร์คอตท์ (Holter and Schwartz-Barcott, 1993) กล่าวว่าลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะประกอบด้วย

1) ความร่วมมือซึ่งกันและกัน หมายถึง ความร่วมมือกันระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ โดย ผู้ปฏิบัติจะมีความรู้ ความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นแบบคนใน (insider) ขณะที่นักวิจัยเชิงปฏิบัติการจะถือเป็นคนนอก (outsider) ซึ่งจะใช้ความรู้ทางทฤษฎีและวิธีการวิจัย ในขณะที่เรียนรู้ในสถานการณ์ของผู้ปฏิบัติ ด้วย การรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์และมีส่วนร่วมในสถานการณ์ หรือเรียกว่าการเข้าใจ แบบมีส่วนร่วม

2) มุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ โดยปัญหาจะถูกกำหนดขึ้นโดยความเห็นชอบของผู้ร่วมวิจัย เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และสถานที่ที่เฉพาะเจาะจง เป็นการศึกษาในสภาพการณ์ ตามธรรมชาติ ระดับของการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา มีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงมาก

3) มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะขึ้นกับลักษณะของปัญหาและความร่วมมือกัน และวิธีการ (intervention) ที่ริเริ่มโดยนักวิจัยและกลุ่มผู้ปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงนั้น ควรจะมีทั้งด้านความเชื่อ ค่านิยมและวิธีการปฏิบัติ

4) มีการพัฒนาความรู้หรือทฤษฎี เป็นเป้าหมายปลายทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นักวิจัย ต้องประยุกต์ใช้และพัฒนาความรู้ตามปรัชญา ความเชื่อทางวิชาชีพหรือในศาสตร์สาขาของตนเอง นักวิจัย สามารถค้นพบความรู้ใหม่ ทดสอบ หรือขยายความรู้ที่มีอยู่ โดยการทดลองใช้กับปัญหาหรือสถานการณ์จริง ตลอดจนผสมผสานกับความรู้ในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องด้วย ทฤษฎีที่ได้จากการวิจัยถือเป็นทฤษฎีของการปฏิบัติ (practice theory)

3. รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะสามารถแบ่งตามลักษณะของความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยได้เป็น 3 แบบ (Hofter and Schwartz-Barcott, 1993) ดังนี้

3.1 ความร่วมมือทางเทคนิค (technical collaborative approach) มีเป้าหมายในการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ ว่าสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ เป็นการศึกษาโดยวิธีการอนุมาน (deductive approach) โดยผู้วิจัยกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ปัญหามาก่อนแล้ว และคาดหวังความร่วมมือของผู้ร่วมวิจัย ในการตกลงหรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้นำวิธีการนั้นๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้จะเป็นความเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (predictive knowledge)

3.2 ความร่วมมือซึ่งกันและกัน (mutual collaborative approach) โดยผู้วิจัย จะมีแนวคิด หรือมีปัญหारेื่องในเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้น ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย (ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วย หรือผู้ปฏิบัติ) จะร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ค้นหาสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจเป็นไปได้ เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอุปมาน (inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้คือ ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จะเกิดความเข้าใจในปัญหา และสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหา และนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่

3.3 การส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนคิดถึงปัญหา และการปฏิบัติด้วยตนเอง (enhancement approach) เพื่อช่วยให้ผู้ประสบปัญหา ได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัย มีหน้าที่เพียงเป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ให้ผู้ร่วมวิจัยได้คิดและอภิปรายเกี่ยวกับสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลและระดับขององค์กร ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัย ทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติ เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยายและเชิงทำนาย (descriptive and predictive knowledge)

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับการร่วมมือซึ่งกันและกัน เนื่องจากรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้น จะต้องเป็นการค้นคว้า ปรับปรุงโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่ต้องร่วมมือกันในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน นำไปปฏิบัติและสะท้อนการปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงรูปแบบที่ได้ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม สามารถดำเนินการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุด

4. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการวิจัยในรูปของวงจร หรือเรียกว่าเกลียววิจัยเชิงปฏิบัติการ (อาภรณ์, 2534) มีลักษณะคล้ายกระบวนการพยาบาล เริ่มจากการสำรวจสถานการณ์เบื้องต้นอย่างถ่อง

แท้ เพื่อนำไปสู่การวางแผน (planning) การปฏิบัติและสังเกต (acting & observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) และการปรับปรุงแผน (re-planning) เป็นการสิ้นสุดวงจร เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้รูปแบบในการนำไปปฏิบัติต่อไป (Kemmis and McTaggart, 1988) กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะแตกต่างกับกระบวนการแก้ไขปัญหาในแบบเดิม ที่ถือว่าปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาคงถูกกำหนดตายตัว ไม่มีการเปลี่ยนแปลง (Greenwood, 1994) แต่อาศัยการสะท้อนคิดของผู้ปฏิบัติ (self reflection) ในการแก้ปัญหา แนวทางการพัฒนาจึงขึ้นกับการให้ความหมายและการแปลความหมายของผู้ปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่เป็นประชาธิปไตย เป็นการให้อำนาจแก่บุคคล (empowerment) ในการแก้ไข ปัญหา (Meyer, 1993 อ้างตามพิบูล, 2539) โดยมีขั้นตอนในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

4.1 การเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการวิจัย โดยนักวิจัยและผู้ร่วมทีมวิจัยจะต้องมีการเตรียม ความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย การเข้าใจบทบาทของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและเข้าใจในแนวคิด หลักการและ ปรัชญาของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างต้องแท้ เพื่อให้มีแนวคิดและหลักการเช่นเดียวกัน อาจต้องมีการ จัดอบรมนักวิจัยและผู้ร่วมทีมวิจัยให้เข้าใจหลักการพื้นฐานดังกล่าวก่อน

4.2 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นอย่างต้องแท้ (reconnaissance) เป็นการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเข้าใจ สถานการณ์ที่จะศึกษาในปัจจุบันว่า กำลังเกิดอะไรขึ้น ผู้เกี่ยวข้องในสถานการณ์มีความรู้สึกและให้ความ หมายต่อเรื่องนั้นอย่างไร มีแนวคิดที่จะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงอย่างไร หรือสถานการณ์นั้น ๆ มีปัญหาหรือ ข้อขัดแย้ง (contradiction) อะไรบ้าง ที่จะนำมาสรุปเป็นปัญหาที่นำสู่การพัฒนาแบบใด โดยใช้วิธีการ ศึกษาเป็นการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกหรือการทำสนทนากลุ่ม ตามความเหมาะสม

ในขั้นนี้ จะรวมถึงการทบทวนวรรณกรรม (literature review) ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบว่ามี การศึกษาวิจัยในเรื่องนี้มาก่อนหรือไม่ ถ้ามีแล้วได้ผลการศึกษาอย่างไร มีปัญหาหรือแนวทางในการศึกษาเพิ่ม เต็มอย่างไร และการศึกษาที่ผ่านมาสามารถนำมาช่วยสนับสนุนงานวิจัยใหม่หรือไม่ รวมทั้งต้องพิจารณา ว่าการทำวิจัยครั้งนี้ จะมีความสำคัญหรือมีประโยชน์ต่อผู้ร่วมงานและวิชาชีพอย่างไรบ้าง

4.3 การกำหนดปัญหาและกรอบแนวคิด หลังจากการศึกษาด้านการเบื้องต้นแล้ว จะถึงขั้นตอน การกำหนดปัญหาหรือคำถามการวิจัย โดยปัญหาการวิจัยจะนำไปสู่คำถามที่จะแก้ไขปัญหาและกรอบแนว คิดซึ่งเป็นการระบุงค์ความรู้ที่จะใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ไม่ใช่แนวคิดที่ ตายตัว และเป็นกรอบแนวคิดที่ควบคุมการทำวิจัย ทั้งนี้ขึ้นกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป

4.4 การวางแผน เป็นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกิจกรรมที่จะพัฒนา โดยใช้การประชุม เพื่อกำหนดกิจกรรมอย่างเป็นระบบตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น โดยต้องพิจารณาถึง

4.4.1 กิจกรรมที่จะดำเนินการพัฒนามีอะไรบ้าง ระบุกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติให้ชัดเจน ระบุรายละเอียดในการปฏิบัติ เช่น ระยะเวลาและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติ

4.4.2 เหตุผลในการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงกิจกรรมนั้น ๆ การปฏิบัติกิจกรรมนั้นในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีข้อดีหรือจุดบกพร่องอย่างไร เมื่อพัฒนาแล้ว สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างไร

5. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่มีวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเฉพาะ แต่จะประมวลใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะต่างๆ กัน (ณัฐสุรางค์, 2539) ไม่มีการใช้วิธีการใดเป็นพิเศษ แต่จะใช้ทุก ๆ วิธี ร่วมกัน เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม การบันทึกเสียง เพื่อหาคำตอบที่จะอธิบายสถานการณ์หรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์นั้นอย่างต่องแท้ เข้าใจโครงสร้างในการปฏิบัติ วิธีการปฏิบัติ หลักการและเหตุผลที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติ รวมทั้งความสัมพันธ์ของบุคคลต่าง ๆ ในสถานการณ์นั้น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล จะเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของวงจรวิจัย เทคนิคที่สำคัญคือการสะท้อนการปฏิบัติและการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง (critical reflection techniques) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้ (อาภรณ์, 2534)

5.1 การอธิบายสถานการณ์

5.2 การตรวจสอบข้อมูลให้แน่ใจว่าถูกต้อง

5.3 การจัดหมวดหมู่และแยกประเภทข้อมูล ตามหัวข้อ (theme) ที่เหมาะสม

5.4 เปรียบเทียบข้อแตกต่าง และคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท โดยการวิเคราะห์ วิจาร์ณอย่างลึกซึ้งร่วมกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย

5.5 สรุปประมวลเป็นหลักการ หรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี หรือทฤษฎีที่ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยาโดยวิธีอุปนัยและความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นวิธีวิจัยที่เหมาะสมสำหรับการสร้างนวัตกรรมทางพยาบาล มีการศึกษามากมาย ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเรียนและการปฏิบัติพยาบาล เช่น ศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มต่าง ๆ เช่น การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค (สมจิตและคณะ, 2538) การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (วิลาวัล, 2539) รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ (พิกุล, 2539) การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (ไข่มพักตร์, 2541) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สิริลักษณ์, 2541) การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุดศิริ, 2541) ซึ่งเป็นการสร้างรูปแบบที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง แต่จุดอ่อนของการศึกษาคือผลการวิจัยไม่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกบริบท ต้องพิจารณานำไปใช้เฉพาะบริบทที่มีลักษณะคล้ายคลึงหรือเหมือนกันเท่านั้น (Holter and Schwart – Barcott, 1993)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaboration approach) ของกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย ทีมสุขภาพและผู้วิจัย ร่วมกันค้นหาปัญหา วางแผน ทดลองปฏิบัติตามแผนและการสังเกต สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผน เพื่อทดลองปฏิบัติใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนา รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สามารถมารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกได้ โดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย (case management) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกจาก คลินิกสมองและระบบประสาท ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติดังนี้

2.1 ผู้ให้บริการ เป็น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนัก อรรถบำบัด ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล รวม 7 คน

2.2 ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 10 คู่ โดย

2.2.1 ผู้ป่วย มีคุณสมบัติดังนี้

2.2.1.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มีประวัติป่วยมาไม่น้อยกว่า 4 วันและไม่เกิน 6 เดือน ทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่สามารถมารับ บริการประเภทผู้ป่วยนอกได้

2.2.1.2 แพทย์ผู้ดูแลมีแผนให้การรักษาในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

2.2.2 ผู้ดูแล มีคุณสมบัติดังนี้

2.2.1.1 ให้การดูแลผู้ป่วยติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1) มีภูมิลำเนาในอำเภอหาดใหญ่

2) แจ้งความจำนงขอรับบริการสุขภาพที่บ้าน จากศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

- 3) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้
- 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดโครงการ

สถานที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล และกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ และบ้านผู้รับบริการในอำเภอหาดใหญ่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสนับสนุนให้ความรู้และช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการ ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบประเมินความสามารถของผู้รับบริการในปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน
 - 1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ซึ่งใช้เป็นแนวคำถาม สำหรับสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้รับบริการต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน
 - 1.5 แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ซึ่งใช้เป็นแนวคำถาม สำหรับสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้บริการต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน
 - 1.6 แฟ้มประจำครอบครัว สำหรับให้ผู้ให้บริการบันทึกกิจกรรมบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย
 - 1.6.1 แบบบันทึกทางการแพทย์
 - 1.6.2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - 1.6.3 แบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
 - 1.6.4 แผนการจัดการเฉพาะราย
 - 1.7 เวชระเบียนประจำบ้านของศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน
 - 1.8 เครื่องบันทึกเสียงจำนวน 1 เครื่องพร้อมด้วยตลับเทปสำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
 - 1.9 กล้องถ่ายรูป 1 เครื่อง พร้อมฟิล์มสำหรับบันทึกภาพกิจกรรมต่าง ๆ ขณะให้บริการพยาบาล

2. เครื่องมือในการสนับสนุนบริการพยาบาลและให้ความรู้

2.1 วัสดุและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ สำหรับให้บริการตามแผนการดูแลเฉพาะราย

2.2 คู่มือครอบครัว : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.3 คู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยจะต้องเตรียมการก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยต้องเตรียมการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1.1 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาวิชา จากการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิดการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน แนวคิดการจัดการเฉพาะราย แนวคิดการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่บ้าน จากตำรา วารสาร งานวิจัยและการบรรยายจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นในการศึกษา

1.1.2 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิเคราะห์ข้อมูลจากตำรา วารสารและงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีผู้ศึกษาไว้

1.1.3 การเตรียมตัวด้านทักษะและเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการศึกษาทักษะและเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดย การสังเกต (observation) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม (field note) จากตำรา วารสารและการฝึกปฏิบัติจริงในสนามภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 การเตรียมตัวผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประจำศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ที่ร่วมเป็นที่วิจัยและให้การดูแลผู้รับบริการ โดยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขอบเขตและแนวทางในการวิจัย รวมทั้งประชุมวิชาการ เรื่องการจัดการเฉพาะรายให้แก่ผู้ช่วยวิจัยและทีมผู้ให้บริการ ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

1.3 การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการ ผู้วิจัยใช้แบบวัด FIM Levels (the functional independence measure) (เดือนใจและนฤมล,2539) ที่บอกถึงความรุนแรงของการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ (disability) ซึ่งสมาคมแพทย์เวชกรรมฟื้นฟูของสหรัฐอเมริกา

พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีเอล (the Barthel ADL index) เพื่อประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งหมด 6 ด้าน 18 กิจกรรม แบ่งระดับความสามารถของผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ แบ่งเป็น 2 ระดับคือ

7 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ทั้งหมดในเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือ

6 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมดอย่างปลอดภัยแต่ค่อนข้างช้าและต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วย

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้โดยต้องมีคนช่วยเหลือ / ดูแล แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

5 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ในการให้คำแนะนำ ขั้นตอนการทำกิจวัตรและการใช้อุปกรณ์

4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ร้อยละ 75 ของกิจวัตรหรือมากกว่าเล็กน้อย โดยอาศัยการช่วยเหลือทางการสัมผัสทางร่างกายบ้างจากผู้ดูแล

3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ร้อยละ 50 - 75 ของกิจวัตร ที่เหลือต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล

2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ร้อยละ 25 - 50 ของกิจวัตร นอกนั้นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ไม่ถึงร้อยละ 25 ของกิจวัตร นอกนั้นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล

โดยมีคะแนนต่ำสุด 18 คะแนน และคะแนนสูงสุด 126 คะแนน

1.3.2 แบบประเมินความสามารถของผู้รับบริการในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่บ้าน ประเมินโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตขณะเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้วิจัย ดัดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน ของประสมศรีและสุจินต์ (2539) และแนวทางการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจียมจิต (2541) ทำการประเมินรวม 12 ด้าน มีกิจกรรมรวมทั้งหมด 42 กิจกรรม มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 84 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

2 คะแนน คือ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล สามารถปฏิบัติ หรือบอกวิธีการดูแลได้ถูกต้องครบถ้วน

1 คะแนน คือ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล สามารถปฏิบัติ หรือบอกวิธีการดูแลได้ถูกต้องบางส่วน

0 คะแนน คือ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ไม่สามารถปฏิบัติ หรือบอกวิธีการดูแลได้

1.3.3 ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้รับบริการเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน และสัมภาษณ์ผู้ให้บริการเกี่ยวกับรูปแบบและขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามวิธีการจัดการเฉพาะราย

1.4 ทำการทดลองศึกษานำร่อง (pilot study) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย ก่อนการปฏิบัติการจริง

1.5 ขออนุมัติโครงการ โดยขอรับหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อขออนุมัติทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6 ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น จรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นสิ่งสำคัญ เพราะนักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล จรรยาบรรณที่สำคัญคือ การได้รับคำยินยอมให้ศึกษาหรือการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยหรือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ไม่ให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้ถูกวิจัย หรือเป็นอันตรายต่อผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย (อาภรณ์, 2534) นักวิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและทำการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและไว้วางใจกัน โดยต้องคำนึงถึงสิทธิพื้นฐานของการได้รับบริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกัน และทันต่อเหตุการณ์ การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและครบถ้วน เพื่อประกอบการตัดสินใจรับบริการสุขภาพ หรือตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย รวมทั้งสิทธิในการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ และการพิจารณาเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการก็ได้ (สภาการพยาบาล, 2541) โดยผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้รับบริการ ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งวิธีการและเวลาที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ตามความสมัครใจ และถึงแม้จะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ก็มีสิทธิที่จะยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ โดยไม่มีผลต่อบริการที่ได้รับ และถ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยก็จะให้ผู้รับบริการเห็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ชั้นปฏิบัติการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

2.1 การศึกษารูปแบบเดิม (reconnaissance) เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล ผู้วิจัยได้เข้าร่วมปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านเป็นระยะเวลา 3 เดือน พร้อมทั้งทำการศึกษานำร่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย พบว่าสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพที่บ้านเป็นดังนี้

ศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เป็นหน่วยงานในความรับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาล มีสำนักงานอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 8 จำนวน 1 คน (ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานฝ่ายแผนงานและพัฒนาบริการ) ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าศูนย์ รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและการสนับสนุนการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 และ 7 จำนวนรวม 2 คน ทำหน้าที่บริหารจัดการและกำหนดกระบวนการให้บริการ ตั้งแต่การคัดเลือกผู้รับบริการ ให้บริการสุขภาพที่บ้าน การติดตามประเมินผลผู้ป่วย ในขณะเดียวกันต้องรับผิดชอบในการให้บริการคลินิกพิเศษอีก 2 คลินิกคือ คลินิกสมองและระบบประสาท ในวันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 13.00 น. - 16.00 น. และคลินิกเบาหวาน วันพฤหัสบดี เวลา 08.30น. - 12.00 น. รวมทั้งงานวิชาการอื่นที่ได้รับมอบหมาย และในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเข้าทำการศึกษาวิจัย ปรากฏว่ามีพยาบาลวิชาชีพคนหนึ่ง ลาคลอดเป็นเวลา 90 วัน ทำให้เหลือพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพที่บ้านเพียง 1 คน มีผลทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมทีมสุขภาพ และให้บริการตามแผนการจัดการเฉพาะรายได้ทุกครั้ง

การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน พบว่า ศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านได้กำหนดหลักเกณฑ์การให้บริการสุขภาพที่บ้าน ดังนี้ คือ การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการจากศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน กระทำได้ 2 กรณี คือ (1)แพทย์ผู้ดูแล แจ้งให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยเข้าศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน หรือ (2)พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ขึ้นสำรวจผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์การให้บริการของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยวิกฤติที่เคยเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่แพทย์ผู้ดูแลให้การรักษามาผ่านพ้นภาวะวิกฤติและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยหนักที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องจากโรคแทรกซ้อนขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่มีอุปสรรคติดตัวกลับจากโรงพยาบาล ซึ่งต้องการการดูแลโดยใช้ทักษะทางการพยาบาล เช่น ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยาง หรือผู้ป่วยที่คาสายสวนมัสสาวะ ส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกได้ จากนั้นประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในการขอข้อมูลเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านมีบทบาทในการประเมินผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถ้าพบว่ามีข้อสงสัยก็ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งสำหรับผู้ป่วยและญาติ ภายหลังกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว และออกบริการเยี่ยมติดตามที่บ้านในช่วงเช้าของทุกวัน ยกเว้นวันพฤหัสบดี กำหนดความถี่ในการเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง ต่อราย ยกเว้นรายที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เป็นการให้บริการตามสภาพปัญหาที่พบ มีการส่งปรึกษา เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องการการดูแลจากบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ เช่น โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักอรรถบำบัดหรือนักสังคมสงเคราะห์ ส่วนผู้ป่วยที่ต้องการยาหรือเวชภัณฑ์ต่าง ๆ จะมารับบริการจากคลินิกสมองและระบบประสาท หรือแพทย์อายุรกรรมทั่วไปตามวันที่กำหนด และการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน กระทำเมื่อพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ประเมินว่าผู้ป่วยหรือ

ครอบครัวสามารถให้การดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง โดยมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทั้งในและนอกเวลาราชการ

จากสถานการณ์ที่ศึกษา พบว่า การจัดบริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล เป็นบริการที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการ และพยาบาลวิชาชีพ ประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เป็นผู้ตัดสินใจเลือกกิจกรรมบริการทุกอย่างให้แก่ผู้รับบริการ เป็นการจัดการแบบแก้ปัญหาเฉพาะหน้า พยาบาลวิชาชีพจะให้บริการด้วยตนเองก่อน เมื่อเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน จึงจะส่งปรึกษานักการศึกษาร่วมเป็นผลให้การแก้ปัญหาล่าช้า เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้วิจัยพบว่า มีผู้ป่วยหลายรายที่มารับการรักษาต่อที่คลินิกสมองและระบบประสาท มีอาการข้อติดหรือการเดินผิดปกติ ซึ่งเป็นการจัดการบริการที่ไม่สอดคล้องกับ แนวคิดการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของโรวีนสกีและซาสตอคกี (Rovinski and Zastocki, 1989) และอัลเบรชท์ (Albrecht, 1990) ที่กล่าวว่า การจัดบริการสุขภาพที่บ้านจะต้องครอบคลุมและเหมาะสมกับสภาพปัญหา และเป็นการดูแลแบบสหวิทยาการ (multidisciplinary) เกิดจากขาดการวางแผนการจัดบริการ ร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่นอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่เริ่มให้บริการ การดำเนินงานจัดทำในลักษณะ ใช้สัมพันธภาพส่วนตัว กลุ่มงานการพยาบาลไม่ได้ประกาศเป็นนโยบายชัดเจน ดังคำบอกเล่าของพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านว่า " ส่วนมากหมอเขาไม่ได้ส่งคนไข้เข้าศูนย์หรอก มีที่หัวหน้าตึกหรือห้อง ๆ ที่เขารู้เรื่องและส่วนใหญ่ก็สนิทกันเป็นการส่วนตัวอยู่แล้วนะที่เขาจะส่งคนไข้ให้ เราเองก็ไม่มีเวลาขึ้นไปดูคนไข้บนตึก บางที่ขึ้นไป คนไข้ก็กลับแล้ว ก็มีแต่หมอเกียรติศักดิ์มันแหละ ที่ขยันส่งคนไข้ให้หน่อย แต่บางที่คนไข้ที่ต้องการบริการสุขภาพที่บ้าน ก็ไม่ใช่คนไข้แก้อีก "

2.2 การพัฒนาบุคลากร เพื่อให้ผู้ให้บริการ รับทราบแนวคิดการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน โดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย ซึ่งเป็นแนวคิดการจัดบริการที่คล้ายกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ให้การดูแลตามแผนการดูแล เป็นบริการที่กว้างขวางและครอบคลุมถึงชุมชน เป็นบริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นเจ็บป่วยจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีผู้จัดการเฉพาะราย ซึ่งอาจเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือนักการศึกษาร่วมเป็นวิชาชีพอื่น ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการวางแผนและจัดบริการ รวมทั้งควบคุมกำกับ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น (Thornicoff,1991 cite by Bergen,1992 ;Zander,1992 cite by Rozell and Newman,1994; Gibb et al.,1995) ผู้วิจัยได้จัดประชุมวิชาการ เป็นกลุ่มย่อย สำหรับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน และนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด รวม 4 คน ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบรรยายสรุปเนื้อหาโดยย่อ การจัดหาเอกสารวิชาการให้ศึกษาเพิ่มเติม และการสอบถามปัญหา พบว่า ผู้เข้าประชุม มีความสนใจและเข้าใจแนวคิดการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะรายมากขึ้น

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้รับบริการตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เข้าวงจรรวบรวมข้อมูลครั้งละ 1 คน แล้วดำเนินการตามขั้นตอนของวงจรรวบรวมข้อมูลเชิงปฏิบัติการดังนี้

2.3.1 การวางแผน (planning) ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

2.2.1.1 การค้นหาผู้รับบริการ ผู้วิจัยประสานงานกับศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล เพื่อรวบรวมรายชื่อผู้รับบริการ จากคลินิกสมองและระบบประสาท ตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่แพทย์ผู้ดูแลส่งต่อเพื่อขอรับบริการสุขภาพที่บ้าน ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ ชี้แจงโครงการ สอบถามความสมัครใจและให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติและบันทึกต่าง ๆ

2.2.1.2 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตามแบบประเมิน และประชุมร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้วิจัย เพื่อกำหนดแผนการดูแลตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการ

2.2.1.3 ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ออกเยี่ยมบ้านและประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านและประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และสัมภาษณ์เกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วย การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว และแหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยอภิปรายร่วมกับผู้รับบริการ เพื่อตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ปัญหาที่ต้องการบริการสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการ

2.2.1.4 การวางแผน ผู้วิจัยประชุมทีม เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้จากการประเมิน และปรับแผนการดูแลเฉพาะราย จัดทำแผนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และมอบให้ผู้รับบริการไว้ 1 ชุด พร้อมแฟ้มประจำครอบครัว

2.2.2 การปฏิบัติและสังเกต (acting & observing)

2.2.2.1 พยาบาลวิชาชีพ

ก. ให้บริการพยาบาลที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านชั่วคราว ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล การสอน การสาธิตของทีมนักให้บริกาและการฝึกปฏิบัติของผู้รับบริการตามแผนการดูแลเฉพาะราย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมผู้รับบริการให้มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่บ้านและความพึงพอใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้านเพิ่มขึ้น

ข. บันทึกกิจกรรมบริการตามแบบบันทึกทางการพยาบาลในแฟ้มประจำครอบครัว และแฟ้มเฉพาะบุคคล เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยและให้การพยาบาลที่บ้านในขณะที่เยี่ยมบ้าน

2.2.2.2 ผู้จัดการเฉพาะราย (ผู้วิจัย)

ก. สัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้รับบริการ ตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ขณะเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งประเมินและสังเกตการปฏิบัติของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในบรรยากาศที่เกิดขึ้นจริง

ข. ตรวจสอบข้อมูล บันทึกในแบบบันทึกสถานการณ์ หาคำหลัก จัดกลุ่ม ตีความ และสรุปเป็นแนวคิดชั่วคราว เพื่อหาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริม การจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้รับบริการและเตรียมคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

ค. ประสานงานและควบคุมคุณภาพการจัดบริการตามแผนการดูแลเฉพาะราย

ง. ให้บริการสุขภาพที่บ้านทดแทนวิชาชีพอื่น เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด เพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

จ. ให้คำปรึกษา คำแนะนำ แก่ผู้รับบริการในการปรับตัวกับบทบาทใหม่ ส่งเสริมกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแลเฉพาะราย

2.2.3 การสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) ผู้วิจัยและทีมสุขภาพ ร่วมสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม ทั้งที่ปฏิบัติได้และไม่ได้ ปัจจัยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้น เป็นการอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ให้ความหมายและความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้น จากนั้นร่วมกันหาทางเลือกเพื่อปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการ โดย

2.2.3.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ เพื่อให้สะท้อนความคิด ความรู้สึกของตนเอง อธิบายปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรค และแนวทางที่จะปฏิบัติได้ จากนั้นผู้วิจัยนำมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและสร้างข้อสรุป (theme) หรือสมมติฐานชั่วคราวร่วมกับผู้รับบริการ โดยใช้ข้อมูลจากการสังเกตและการปฏิบัติจริง

2.2.3.2 ผู้วิจัยประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพที่บ้าน ในสัปดาห์แรกของการดูแลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินคุณภาพการจัดบริการ เมื่อสิ้นสุดการดูแล

2.2.2.3 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2

1) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

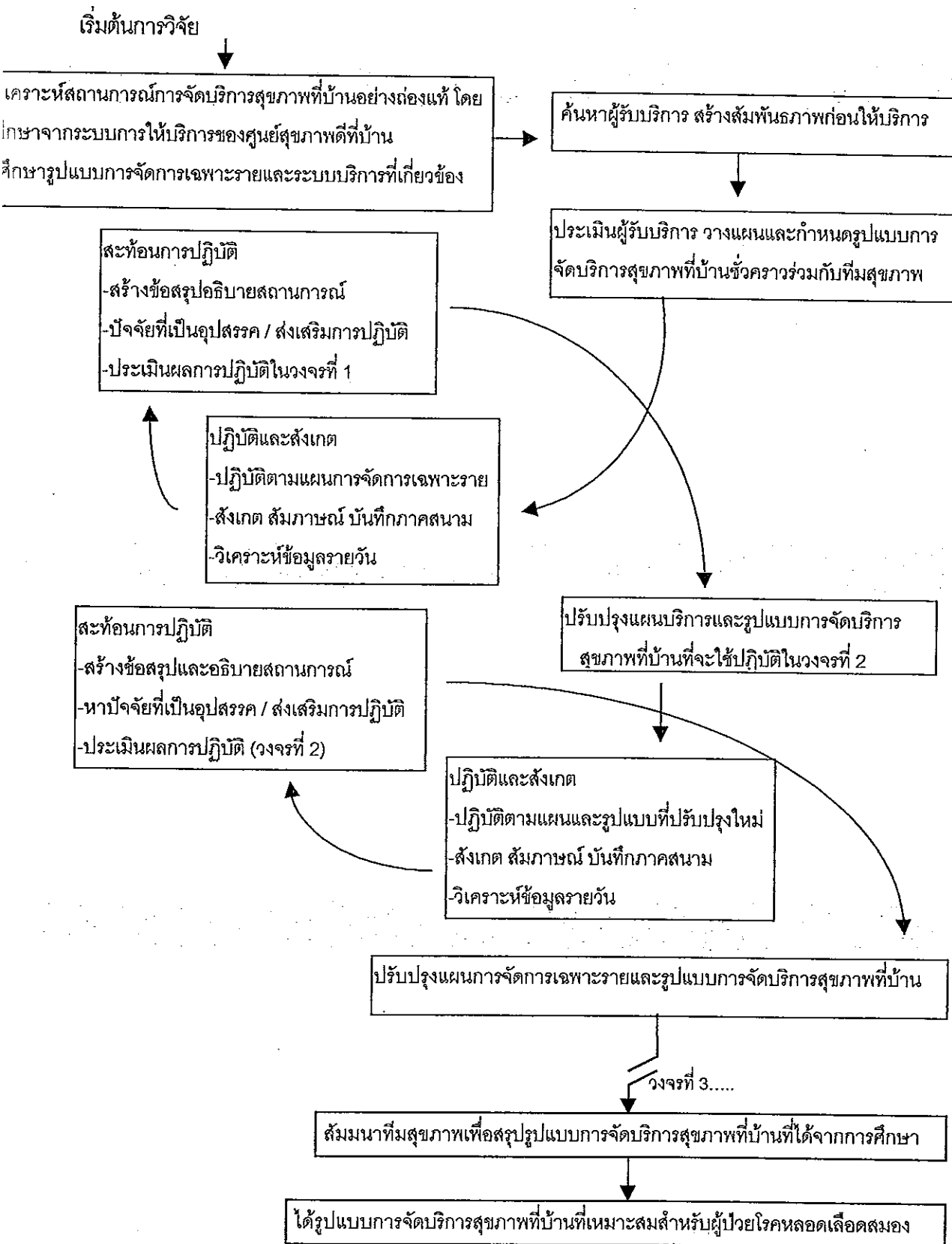
2) พยาบาลวิชาชีพ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

3) ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมสุขภาพ นำเสนอผลจากการประเมิน เพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึกในการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านชั่วคราว สรุปปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนวิธีแก้ไข ภายหลังปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการเฉพาะรายชั่วคราว ในวงจรที่ 1

2.2.4 การปรับปรุงแผน (replanning) ผู้วิจัยและทีมสุขภาพ นำปัญหาที่ได้จากการสะท้อนการปฏิบัติในวงจรที่ 1 มาปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน นำไปทดลองปฏิบัติใหม่ ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ทำการเก็บข้อมูลผู้รับบริการจนครบ 10 คน และข้อมูลอิมิตัวแล้ว จึงสรุปเป็นรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป สามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินงานตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ ตามภาพประกอบ 2

ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ



3. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการเก็บรวบรวม ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.1.1 แจกแจงความถี่ หาค่าของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

3.1.2 แจกแจงความถี่ หาค่าของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่บ้านของผู้รับบริการ

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของสเตรทท์และคอร์บิน (Strauss and Corbin,1990) เกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยวิธีการจัดการเฉพาะรายของทีมสุขภาพ (ผู้รับบริการและทีมผู้ให้บริการ) ดังนี้

3.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน เป็นการวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุป (induction analysis) วิเคราะห์ทุกขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งบรรยากาศในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

3.2.1.1 ตรวจสอบข้อมูล จากการถอดความจากเทปบันทึกเสียงการบันทึกภาคสนาม แล้วบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนตามแบบบันทึกสถานการณ์

3.2.1.2 เลือกคำที่มีความหมายหลัก (key word) จากแบบบันทึกสถานการณ์ ไว้ในช่องระบุคำที่มีความหมาย

3.2.1.3 นำคำที่มีความหมายหลัก มาจัดหมวดหมู่ข้อมูลแล้วแยกประเภทข้อมูลตามคำถามของการวิจัย

3.2.1.4 ตีความเบื้องต้น ตามแนวคิด หลักการ ทฤษฎี และความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัย แล้วสรุปเป็นแนวคิด / สมมติฐานชั่วคราว

3.2.1.5 ตั้งคำถามเพิ่มเติม เพื่อซักถามข้อมูลในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน พร้อมทั้งวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป

3.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั้งหมดตามแนวคิดของ สเตรทท์และคอร์บิน (Strauss & Corbin,1990) โดยทำร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ประกอบด้วย

3.2.2.1 เปรียบเทียบข้อมูลประเภทต่างๆ ที่ได้จากการบันทึกภาคสนาม โดยการจำแนกข้อมูลเป็นด้าน ๆ เช่น องค์ประกอบ และบทบาทของทีมสุขภาพ ขั้นตอน และการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามวิธีการจัดการเฉพาะราย เป็นต้น

3.2.2.2 ประมวลผลประเภทข้อมูล และคุณลักษณะของข้อมูลแต่ละประเภทเข้าด้วยกัน แล้วเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ให้เกิดเป็นกรอบแนวคิดย่อยๆ

3.2.2.3 กำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถมารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการ สุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ที่มารับบริการจากคลินิกสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2540 - เดือน มิถุนายน 2541 โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือด สมองครั้งแรกและระยะเวลาการเจ็บป่วยนานไม่เกิน 6 เดือน โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับ บริการ ที่คลินิกสมองและระบบประสาท และคลินิกเวชกรรมฟื้นฟู แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่ จากนั้นจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับ ผู้ป่วย ผู้ดูแล แพทย์ประจำคลินิก แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด โดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดี เริ่มที่บ้าน ในฐานะผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านตามแผนการดูแลเฉพาะราย ผู้วิจัยทำหน้าที่ เป็นผู้จัดการเฉพาะราย ออกติดตามเยี่ยมและประเมินผลการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน โดยการสังเกตแบบ มีส่วนร่วม ร่วมกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งผลการวิจัย มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ทีมผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

1.1 ทีมผู้ให้บริการ รวม 7 คน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญโรคทางสมองและระบบ ประสาท จำนวน 1 คน มีหน้าที่ตรวจร่างกาย ประเมินระดับกำลังและให้การรักษาผู้ป่วยที่คลินิกสมองและ ระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน มีหน้าที่ประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันและกำหนดแผนฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด อย่างละ 1 คน มีหน้าที่ฝึกปฏิบัติกิจกรรมกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดให้แก่ผู้ป่วย ที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูตามแผน การฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน 2 คน มีหน้าที่จัดบริการพยาบาลสุขภาพที่บ้าน และผู้วิจัยเป็นผู้จัดการเฉพาะราย ทำหน้าที่ประสานงานในการจัดบริการ ตามแผนการดูแลเฉพาะราย

1.2 ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอหาดใหญ่และมารับบริการตรวจ รักษาที่คลินิกสมองและระบบประสาท โดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่ป่วยมาไม่น้อยกว่า 4 วันแต่ไม่นานเกิน 6 เดือน ไม่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงหรือต้องรักษาโดยการผ่าตัด และแพทย์ผู้ดูแลมีแผนให้การรักษาใน ระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เพื่อทำการศึกษาแบบเจาะลึกจำนวน 14 ราย ขณะเริ่มทำการศึกษาผู้ป่วยเสียชีวิต

จำนวน 2 ราย และย้ายไปรับการรักษาต่อต่างจังหวัดจำนวน 2 ราย จึงเหลือผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการศึกษารวม 10 ราย แยกตามประเภทการมารับบริการเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.2.1 กลุ่มที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก จำนวน 5 ราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีอาการอ่อนแรง มารับการตรวจที่คลินิกอายุรกรรม และแพทย์อายุรกรรมส่งมาปรึกษาแพทย์คลินิกสมองและระบบประสาทในสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากแพทย์และรับรู้จากผู้วิจัยว่าจะมีพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน แต่ไม่ได้รับการเตรียมตัวในการกลับไปปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านเหมือนกลุ่มที่เคยนอนพักในโรงพยาบาล และผู้ดูแลยังไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมาก่อน

1.2.2 กลุ่มที่เคยมารับบริการประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 5 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงค่อนข้างมากและบางรายมีอาการพูดไม่ได้ร่วมด้วย เมื่อมาถึงโรงพยาบาล แพทย์ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้การรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วนัดให้มารับการตรวจรักษาต่อที่คลินิกสมองและระบบประสาท ในระยะเวลา 2 - 4 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการเตรียมตัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายต่อที่บ้านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเคยได้รับการปฏิบัติดูแลจากผู้ดูแลมาแล้วระยะหนึ่ง ก่อนพบกับผู้วิจัยและคาดว่าน่าจะเป็นกลุ่มที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระดับหนึ่ง

ข้อมูลทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย เป็นเพศชาย 6 ราย เพศหญิง 4 ราย อายุระหว่าง 45 - 75 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (7 ราย) มีอายุมากกว่า 55 ปี มีสถานภาพสมรสคู่และนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ (9 ราย) การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 7 ราย ผู้ป่วยจำนวนครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเอง แต่ได้รับเงินค่าใช้จ่ายจากลูก ๆ และใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากบุตรซึ่งเป็นข้าราชการ 3 ราย ใช้สิทธิบัตรผู้สูงอายุ 1 ราย และจ่ายค่ารักษาเอง 1 ราย ในขณะที่ผู้ป่วยอีก 5 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีอาชีพค้าขาย 3 รายและรับจ้าง จำนวน 2 ราย ทุกรายใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวมาก่อนเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยจำนวน 7 รายมีโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ส่วนอีก 3 รายมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่วนใหญ่ (8 ราย) มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้ารับบริการสุขภาพดีที่บ้านน้อยกว่า 1 เดือน การวินิจฉัยโรคของแพทย์ พบว่า มีสาเหตุจากเนื้อสมองบางส่วนตายจากการขาดเลือด จำนวน 6 ราย เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตัน จำนวน 1 ราย และเป็นหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีปัญหาด้านสติปัญญาและความจำ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยจากหลอดเลือดสมองแตก 3 รายและผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงขึ้นจากการกลับเป็นซ้ำของโรค 1 ราย มีปัญหาการสื่อสารด้วยการพูดร่วมด้วย

ผู้ดูแล เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (8 ราย) เป็นเพศหญิง โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นภรรยา ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่ในอายุสูงกว่า 60 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว (รายละเอียดตามตาราง 4 ในภาคผนวก)

2. การจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน

การจัดการบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดการบริการและได้แบ่งขั้นตอนการปฏิบัติตามกระบวนการตอบสนองของผู้รับบริการ สรุปได้เป็น 3 วงจร ให้บริการและพัฒนาปรับปรุงโดยทีมผู้ให้บริการ ดังนี้

วงจรที่ 1 ชีวิตที่สืบสน เป็นระยะที่กระบวนการตอบสนองของผู้รับบริการ คือ มีความรู้สึก ตกใจ กลัว สืบสน ปฏิบัติตัวไม่ถูก การจัดการบริการสุขภาพที่บ้านในวงจรนี้ ดำเนินการจนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้ มีรายละเอียดคือ

การจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน เริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษา ในคลินิกสมองและระบบประสาท มีรูปแบบการดำเนินงาน ดังนี้

1. โครงสร้างการจัดการบริการ ผู้วิจัยได้สะท้อนร่วมกับผู้ให้บริการเกี่ยวกับโครงสร้างในการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านในวงจรที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย ทีมผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและแผนการดูแลเฉพาะราย ดังรายละเอียด

1.1 ผู้ให้บริการ กำหนดบทบาทในการให้บริการ ดังนี้ แพทย์อายุรกรรมและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู มีหน้าที่ตรวจร่างกาย ประเมินระดับกำลังและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กำหนดแผนการรักษาและแผนฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ให้บริการฝึกสอนกิจกรรมตามแผนการฟื้นฟูสภาพในสถานบริการ พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ดูแล ให้บริการพยาบาลและติดตามการดูแลที่คลินิกสมองและระบบประสาท โดยมีผู้จัดการเฉพาะราย (ผู้วิจัย) มีหน้าที่ประสานการวางแผนและจัดการบริการตามแผนการดูแล

1.2 ผู้รับบริการ ประกอบด้วยผู้ป่วย มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกสมองและระบบประสาทและรับการฟื้นฟูสภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู และฝึกปฏิบัติที่บ้านร่วมด้วยตามแผนการดูแล และผู้ดูแล มีหน้าที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วย ในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพที่บ้านและการมารับบริการที่คลินิก

1.3 แผนการจัดการเฉพาะราย ผู้วิจัยวางแผนการดูแล โดยประสานการประเมินผู้รับบริการ ที่คลินิกสมองและระบบประสาท คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูและบ้านของผู้รับบริการ นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำแผน

การดูแลเฉพาะราย ซึ่งในวงจรที่ 1 ได้กำหนดกิจกรรมไว้ดังนี้

1.3.1 ผู้ป่วยมารับการฝึกหัดการทำกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู สัปดาห์ละ 2 วัน (วันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 14.00 น.) โดยนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้ดูแลในการสาธิตและให้คำแนะนำในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูของผู้ป่วย

1.3.2 พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ออกเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 วัน (ทุกวันพุธ เวลา 09.00 น. - 12.00 น.) เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน ให้คำแนะนำและให้บริการพยาบาลตามแผนการจัดการเฉพาะราย

1.3.3 ผู้จัดการเฉพาะราย ประสานกับหน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟูและศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน จัดทำคู่มือสำหรับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มอบให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล นำไปเป็นคู่มือในการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

1.3.4 เมื่อครบ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมารับการตรวจที่คลินิกสมองและระบบประสาท และรับการประเมิน FIM score ซ้ำ ในวันอังคาร หรือวันพฤหัสบดี ช่วงเวลา 13.00 น. - 15.00 น

2. กระบวนการจัดบริการ เป็นการพัฒนาความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความไว้วางใจ ให้ความรู้และคำแนะนำ ดังรายละเอียด

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในวันแรกที่พบกัน ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับ และแนะนำให้ผู้ซักทีมผู้ให้บริการ แนะนำสถานที่ที่ผู้รับบริการจะต้องใช้บริการ เช่น หน่วยงานกายภาพบำบัด ห้องจ่ายยา ห้องน้ำ เป็นต้น จากนั้นสอบถามความยินยอมของผู้รับบริการในการติดตามไปให้บริการสุขภาพที่บ้าน เพราะผู้รับบริการอาจมีปัญหาจากการไปเยี่ยมที่บ้านของผู้ให้บริการ เนื่องจากยังไม่สามารถทำใจยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น นารีณ ซึ่งบอกให้ผู้วิจัยทราบว่า เคยเห็นผู้วิจัยไปเยี่ยมผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่ใกล้บ้านในตอนแรก แต่ไม่ยอมให้มีใครไปเยี่ยมที่บ้านเพราะรู้สึกอายกับสภาพความพิการที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่เมื่อได้รับการต้อนรับและการให้กำลังใจของผู้ให้บริการ ก็สามารถทำใจยอมรับและยินดีให้ผู้วิจัยไปเยี่ยมที่บ้านได้ ดังคำบอกเล่า

" ตอนแรกผมเห็นลูกหม่อมมาเยี่ยมน้ำหลวงคล้าย แต่พอถูกผมเข้า ไม่อยากให้มาเลยนิ ที่บ้านนี่นะ ในจิตใจผมมีไม่อยากให้ใครมา อายที่ไม่เหมือนคนอื่นเขา คนอื่นเขาเดินได้ แต่ผมเดินไม่ได้เหมือนเพื่อนเขา ก็ไม่อยากให้ใครมาเห็น แต่ว่าพอลูกหม่อม(ผู้วิจัย)พูดดี ๆ ผมก็เข้าใจ ผมก็ว่าจะมาก็ได้ เหมือนกันนั้นแหละนะ คนอื่นเขาก็เป็นเหมือนผมเหมือนกัน ไม่เท่าแต่ผมคนเดียว " (นารีณ สัปดาห์ที่ 2)

ผู้วิจัย ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการในขณะนั้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกตกใจและกลัวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วย โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุย และ

ร่วมรับรู้กระบวนการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพตามแผนการดูแล เพื่อให้เกิดความร่วมมือและตระหนักถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกสับสนกับการเลือกวิธีปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยให้ข้อมูลและเสนอทางเลือก ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล พิจารณาเลือกแนวทางปฏิบัติตามความเหมาะสม

2.2 การสร้างความไว้วางใจ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ต้องใช้ระยะเวลาและก้าวล่วงไปในความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว การสร้างและดำรงความไว้วางใจซึ่งกันและกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้ป่วยและผู้ดูแลจะไว้วางใจผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือ แนะนำ ให้คำปรึกษา เพื่อลดความกดดันและความคับข้องใจจากปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ การให้บริการสุขภาพที่บ้านไม่ได้มุ่งเน้นในการบริการพยาบาลด้านการรักษาพยาบาลแต่เพียงประการเดียว ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจหลักการให้การปรึกษา เพื่อช่วยลดภาวะเครียดในผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน จากการศึกษาของอมรา (2519) พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่บ้าน ร้อยละ 71 คือ ต้องการการปรับทุกข์เพื่อระบายข้อข้องใจ และส่วนหนึ่งต้องการความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ในระยะแรกที่กลับไปอยู่บ้าน (มนัสสินิตย์, 2536)

ผู้วิจัยได้สร้างความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ โดยทำความรู้จัก ทักทายกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว ให้ความสนใจต่อผู้ป่วย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย ขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และเสนอแนวทางในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ดูแลขณะช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเสนอให้ลูกชาย ลุงคล้อยทำราวจับไว้ที่ประตูห้องน้ำและทางเดินหลังบ้าน ซึ่งสูงและชัน อาจทำให้ลุงคล้อยหกล้มได้ เนื่องจากการอ่อนแรงของแขนและขา หรือการปรับเตียงนอนของน้ำอืด ให้สะดวกแก่กรรยาและลูก ๆ ในการป้อนอาหารทางสายยาง หรือให้การดูแลอื่น ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและเห็นว่าผู้วิจัย ให้การช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ

2.3 ให้ความรู้ คำแนะนำ บทบาทในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เป็นหน้าที่ร่วมกันของทีมผู้ให้บริการ เพื่อลดความวิตกกังวล สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในระยะนี้คือความช่วยเหลือด้านคำแนะนำจากพยาบาลที่ไปเยี่ยมบ้าน ในขณะที่ผู้ดูแลก็มีความต้องการความช่วยเหลือเช่นเดียวกับผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ถ้าความต้องการของผู้ดูแลได้รับการตอบสนองก็สามารถใช้พลังงานในการให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (มนัสสินิตย์, 2536) สิ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต้องการทราบจากผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านคือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดและกระบวนการดำเนินของโรค วิธีการรักษา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังการเกิดโรค ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของลุงคล้อยที่ว่า "อยากถามเขาทันทีว่าสาเหตุจากไหน(อะไร)ที่มันได้ป่วยขึ้นมาเนี่ย มันมาจากไหน มาจากเลือด มาจากเส้นหรือว่ามา

จากโรคอะไรที่มันบังเกิดขึ้นมานี้ อยากรู้ว่ามันเกิดจากไหน ถึงแล้วเราจะป้องกันได้อย่างไร วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับว่าถ้ามันบังเกิดขึ้นแล้วจะช่วยให้มันหาย อะไรพันนี้(แบบนี้)แหละ " ในขณะที่ผู้ดูแลบางรายได้บอกความต้องการว่า " ที่จริงผมก็พอปฏิบัติได้บ้าง แต่ว่าถ้ามีหมอมานอก มาแนะนำอีกที่มันก็น่าจะดีกว่านะ อย่างว่าจะบำบัดแบบไหน จะปฏิบัติอย่างไรเวลาที่มันเกิดเจ็บใช้ ไม่สบายขึ้นนี่นะ ตอนนี้นั้นก็มีอย่างว่า ตามบ้านเรานี่ เวลาเป็นโรคนี้ เขามักจะไปบีบ ไปนวดกัน ผมก็ว่าน่าจะดีนะ ถ้าไม่มีโรคอื่นอยู่ด้วย " (สามีป่วย สัปดาห์ที่ 2)

เมื่อผู้รับบริการมีท่าทีที่ยอมรับกับสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นในชีวิต ผู้วิจัยได้ประเมินผู้รับบริการแต่ละรายซ้ำว่าพร้อมรับข้อมูลแล้วจึงให้คำแนะนำ จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการบริการสุขภาพที่บ้าน ระดับความสามารถของผู้รับบริการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน ดังนี้

2.3.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยทั้ง 10 ราย บอกถึงการรับรู้ที่แตกต่างกันไปตามประสบการณ์และความเข้าใจของแต่ละคน ดังนี้

1) เกิดจากลม ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง (4 ราย) รับรู้ว่าตนเองเกิดเจ็บป่วยจากลมอัมพฤกษ์ ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากลมอัมพฤกษ์ทำให้เส้นเลือดตีบ เกิดอาการของโรคขึ้น ดังตัวอย่าง

" ผมว่าเกิดจากลมอัมพฤกษ์ ถึงว่า ถ้าไม่เกี่ยวกับลมมันจะตีบหรือ(ยังง) พอมันตีบ ใต้เลือดที่ไหลมันก็ไม่สะดวกนะผมว่า มันก็เลยเป็นแบบนี้ " (นารีณ สัปดาห์ที่ 1)

2) เกิดจากสิ่งอุดกั้น ผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาจากหมอบ้านควบคู่กับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน (2 ราย) ได้รับคำอธิบายว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการมีสิ่งอุดกั้นทำให้เลือดไหลไม่สะดวก ดังเช่นผู้ป่วยซึ่งเคยได้รับอุบัติเหตุล้มรถจักรยาน ไหล่หลุด ต่อมามีอาการอ่อนแรง หมอบ้านที่นวดบอกว่าอาการพูดไม่ได้เกิดขึ้นจากการที่ไหล่หลุด ทำให้เส้นเอ็นที่ไหล่หดมาอุดตันการไหลเวียนของโลหิต หรือบางรายได้รับการบอกเล่าจากหมอบ้านว่าเกิดจากการที่ลิ้นหดเข้าไปอุดที่คอ ดังตัวอย่าง

" หมอคนใหม่นี่ เขาบีบตรงที่คอแล้วก็ดึงลิ้นแกออกมา เขาว่าลิ้นมันสั้นนะ มันหดเข้าไปอุดทำให้แกพูดไม่ได้ หมอบ้านเข่าว่านะ เวลานวดเขาก็เอาผ้าก็อชจับลิ้นแกแล้วลากออกมา แล้วก็ให้ว่าคำพระ 3 จบ " (ภรรยาป่วย สัปดาห์ที่ 2)

3) เป็นก้อน ผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเคยมีประวัติ มีก้อนที่ขา ทำให้ขาและเดินไม่ถนัด และไปรับการรักษาจากแพทย์ อาการดีขึ้น รับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากก้อนที่เคยเกิดขึ้น ได้อธิบายสาเหตุของโรคแตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่น ๆ ดังนี้

" ลุงคิดว่าเกิดจากตอนที่ขุดดินมากองที่ข้างบ้านนี่แล้วไม่รู้พันหรือ(เป็นอย่างไร)ที่ตรงน่องนี้มันเป็นก้อนขึ้นมา มันให้เดินไม่ค่อยเสีย ลุงก็เอามัน(น้ำมัน)มานวด อยู่ ๆ มันก็หายไปตรงหลังคราวนี้มันไม่หาย นวดแล้วก็ไม่พริ้ว(ไม่หาย) มันยังเป็นก้อนอยู่ ลุงว่าน่าจะเกิดจากสาเหตุนี้ด้วยแหละ " (ลุงคล้อย สัปดาห์ที่ 2)

4) เส้นเลือดตีบ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันทุกราย ได้รับคำบอกเล่าเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น มีสาเหตุจากเส้นเลือดตีบ ก็รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกิดความผิดปกติที่เส้นเลือดตีบ ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงขึ้น ดังคำบอกเล่า

“ คือว่าเกิดที่พวกเส้นโลหิตแบบนี้แหละ ที่บังเกิดคิดหนักเพราะว่าผมไปหาหมอ หมอบอกว่าเส้นเลือดตีบ ที่มันทำให้เป็นแบบนี้ ” (นารีณ สัปดาห์ที่ 1)

เห็นได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอก และกลุ่มผู้ป่วยซึ่งเคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ไม่แตกต่างกันว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่จากการขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเข้าใจว่าการตีบตันของหลอดเลือดเกิดจากลมภายในร่างกายหรือลมอัมพฤกษ์ หรือมีสิ่งอุดตันของหลอดเลือดสมองจากพยาธิสภาพของร่างกาย มีผลต่อการพูดและการอ่อนแรงของผู้ป่วย วิธีการแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นคือ การทำให้สิ่งอุดตันนั้นหายไป การรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อการเลือกวิธีในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งเลือกปฏิบัติตามความเชื่อและข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น หรือจากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย

2.3.2 การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกือบทุกราย ไม่เคยได้ยินหรือมีความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้านมาก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ และไม่เคยเห็นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน แม้แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก็เพียงแต่ได้รับข้อมูลก่อนจำหน่ายจากแพทย์หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยว่าจะมีพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน แต่ไม่ทราบว่าจะไปให้บริการอะไรบ้าง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ดูแล ที่ว่า “ เรื่องพยาบาลที่มามีบ้านนี้ ไม่เคยรู้จักเลยนะ ได้ยินครั้งแรกก็ตอนที่นอนอยู่โรงพยาบาลนั่นแหละ มีพยาบาลมาบอกว่าจะมีคนไปเยี่ยมที่บ้าน ไปดูพ่อที่บ้านฉันก็ว่า เอ๊ะเขาจะไปทำไม ” (ลูกสาวลุงส่อง สัปดาห์ที่ 1)

2.3.3 ระดับความสามารถของผู้รับบริการ เมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจ ผู้วิจัยจะประสานในการส่งให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตามแบบวัด FIM score จากวิจัย พบว่า การประเมินครั้งแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีปัญหาด้านการสื่อสารทั้งด้วยคำพูดและท่าทางรวมทั้งการเข้าสังคม ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ง่าย ๆ เช่น การรับประทานอาหารและการแปรงฟันเองได้ กิจกรรมที่มีปัญหาคือการเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน การขึ้น ลง จากเตียง การอาบน้ำ การแต่งกาย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกรายมีอาการอ่อนแรงของแขน ขา ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

จากผลการวิจัย เห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ สามารถรับประทานอาหารและแปรงฟันเองได้ ส่วนกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจะเป็นกิจกรรมในการขึ้นและลงบันได การอาบน้ำ การแต่งกายและการใช้ห้องสุขา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา (2540) ที่ว่า กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองคือ กิจกรรมการขึ้นและลงบันได รองลงมาได้แก่กิจกรรมการอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีอาการอ่อนแรงและอัมพาตของกล้ามเนื้อ

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้ป่วย ตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามแบบประเมิน FIM score ครั้งที่ 1

ระดับคะแนน FIM กิจกรรม	0	1	2	3	4	5	6	7
1.การดูแลตนเองโดยทั่วไป								
1)การรับประทานอาหาร		3	2			5		
2)การแปรงฟัน		3	2			5		
3)การอาบน้ำ		4	3	1		2		
4)การแต่งกาย ส่วนบน		4	3	1		2		
5)การแต่งกาย ส่วนล่าง		4	3	1		2		
6)การใช้ห้องน้ำ		4	3	1		2		
2.การควบคุมระบบขับถ่าย								
7)การขับถ่ายปัสสาวะ		3	1	2	1	2	1	
8)การขับถ่ายอุจจาระ		3	1	1	2	2	1	
3.การเคลื่อนไหวเพื่อทำ กิจวัตรประจำวัน								
9)การขึ้น ลงจากเตียง		5	1		2	1	1	
10)การใช้อุปกรณ์ห้องส้วม		5	1	1	1	1	1	
11)การใช้อุปกรณ์ห้องน้ำ		5	1	1	1	1	1	
4.การเคลื่อนย้ายตัวเอง								
12) [] การเดิน		5				2	1	
[] การใช้รถเข็น		2						
13)การขึ้นบันได	4	4			1		1	
5.การสื่อความหมาย								
14)การรับ		2		1		5	2	
15)การสื่อ		3				5	2	
6.ภาวะทางสังคม								
16)การเข้าสังคม		3			1	3	3	
17)การแก้ปัญหา		3			1	3	3	
18)ความจำ		3			1	3	3	

ทำให้ผู้ป่วยหมดความสามารถหรือด้อยความสามารถในการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เสียการวางแนวทรงตัว ความผิดปกติดังกล่าวมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่จำเป็นในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการกระทำกิจวัตรประจำวัน (วิมลรัตน์, 2538)

พยาบาลเยี่ยมบ้านได้ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยใช้ร่างกายด้านปกติทดแทนในระยะแรกของการเจ็บป่วย และพยายามฝึกใช้ร่างกายด้านที่มีอาการอ่อนแรงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น โดยมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ สนับสนุนและจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น ป้องกันอันตรายจากการหกล้ม หรืออุบัติเหตุต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติมากที่สุด การฝึกปฏิบัติ เริ่มจากกิจกรรมง่าย ๆ ที่ผู้ป่วยเคยทำในชีวิตประจำวัน แต่ต้องหยุดกระทำลงไปเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น เช่น การใส่กระดุมเสื้อ การหวีผม ซึ่งกิจกรรมนั้น ๆ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ถ้าได้รับการฝึกสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ การฝึกจะต้องใช้เวลาสั้น ๆ ป้องกันผู้ป่วยเบื่อหน่าย แต่ต้องทำซ้ำบ่อย ๆ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านสติปัญญาและความจำ

2.4 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ผู้วิจัยออกติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในทุกกิจกรรม เนื่องจากผู้ป่วยมีสภาพกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยปัญหาที่พบและการร่วมแก้ไขปัญหามีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (9 ราย) จะช่วยเหลือตนเองและสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ แต่เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบป้อนอาหารและน้ำให้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยต้องการความสนใจจากผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ดูแลก็ต้องการทำกิจกรรมให้เสร็จในเวลาอันรวดเร็ว แต่เมื่อผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการพยายามใช้แขน หรือขาข้างที่อ่อนแรงทำกิจกรรมต่างๆ และสนับสนุน ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โดยใช้ด้านที่ปกติช่วยด้านที่อ่อนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ภายใต้การสนับสนุนของญาติ จากการประเมิน พบว่า มีผู้ป่วยรายเดียวที่น้ำหนักลดจนสังเกตได้ คือน้ำอืด ซึ่งต้องได้รับอาหารทางสายยาง จากคำบอกเล่าของผู้ดูแล ซึ่งได้ฝึกหัดทำอาหารปั่น สำหรับผู้ป่วยจากโภชนาการก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ร่วมประเมินกับผู้ดูแลถึงสาเหตุที่น้ำหนักน้ำอืดลดลง พบว่า น้ำอืดได้รับอาหารน้อยเกินไป เพราะผู้ให้อาหารซึ่งเป็นลูก ๆ ได้ปรับปริมาณอาหารที่ให้แก่น้ำอืดเองจากมื้อละ 400 ซี.ซี. เป็นมื้อละ 250 ซี.ซี. ดังคำบอกเล่า

" อาหารนี้พี่ปั่นให้ตามที่น้องหมอ(ผู้วิจัย) สั่งแหละนะ ครั้งหนึ่งก็ทำไว้ 800 ซี.ซี. ก็ให้แบ่งให้พ่อ 2 มื้อ แต่ว่าพอกลับมาถาม ลูกเขาบอกว่าเขาให้ไม่หมดนะน้องนะ ลูก ๆ เขาว่าสงสาร กลัวพ่ออืดอัด เห็น

มันเยอะ เขาก็ลดกันเอง ที่ถามว่าทำไมไม่ให้พ่อให้หมด ลูกชายมันว่าเห็นพ่อเขาสูบท้อง กลัวท้องพ่อแตก ก็เลยไม่ให้หมด (ภรรยาลุงอืด สัปดาห์ที่ 2)

ผู้วิจัยได้อธิบายให้ภรรยาและลูกของน้ำอืด เข้าใจเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่เพียงพอกับความ ต้องการ สำหรับร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งการได้รับสารอาหารที่จำเป็นเพื่อการซ่อมแซมส่วนที่ สึกหรือและช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย

ในรายของป้าบ๊ะ ซึ่งมีโรคเบาหวานร่วมด้วย มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้ บางครั้งระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น หรือลดต่ำมาก ทำให้ป้าบ๊ะรู้สึกเพลีย ไม่อยากทำกายภาพบำบัด ตามแผนการฟื้นฟู ลูกสาวป้าบ๊ะซึ่งเป็นผู้ดูแล บอกว่าป้าบ๊ะไม่ค่อยปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ ทำให้ระดับ น้ำตาลในเลือดขึ้น ๆ ลง ๆ ตลอดมา ในขณะที่ป้าบ๊ะบอกว่า ตนเองพยายามควบคุมอาหารตามที่แพทย์ แนะนำ เพราะกลัวระดับน้ำตาลในเลือดสูงแต่บางครั้งก็ห้ามใจตนเองไม่ได้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า “ หมอเขาก็ บอกนะว่าของนั้นๆ อย่ากิน อย่านกิน อย่านกิน อย่านกินมาก ถ้าจะกินก็ต้องเอาหม้อออก กินแต่เนื้อ ๆ มัน ถึงข้าวก็ อย่านกินมาก เนื้อวัวก็อย่านกินมากแรง ให้กินผักมาก ๆ หมะก็ทำแต่แกงส้ม ผักก็ผัด ๆ ต้ม ๆ ก็กลัวแหละนะ เวลาเบาหวานมันขึ้น แต่ว่ามันอยากกิน มันอยากกิน รู้สึกแหละนะแต่ว่าไม่รู้ทำหรือ(ยังง) ถึงหมอเขาบอก ทุกทีแหละ หมอว่ากินข้าวมากถึงน้ำตาลมาก ”

พยาบาลเยี่ยมบ้าน ได้มอบเอกสารเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ให้ลูกสาวป้าบ๊ะไว้อ่าน และแนะนำให้จัดอาหารที่มีน้ำตาลน้อยเช่น พวกผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัดให้ผู้ป่วยรับประทานแทน และให้ ผู้ดูแลจำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อให้พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย

2.4.2 การขับถ่าย ปัจจุบันทั่วไป ที่ทำให้เกิดปัญหาระบบขับถ่าย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือการเคลื่อนไหวไม่ได้ ความรู้สึกนึกคิดบกพร่อง พุดไม่ได้และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Bronstein, Popovich and Stewart – Amidei, 1991) ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ มักมีปัญหาท้องผูก เนื่องจากกล้ามเนื้อในการบีบตัวจะอ่อนแรง ไม่สามารถขับกากอุจจาระออกมาได้เหมือนคนปกติ ประกอบ กับปริมาณและชนิดของอาหารที่ได้รับในระยะนี้ เป็นอาหารที่ไม่มีกากและได้รับน้ำน้อยกว่าปกติ การ เคลื่อนไหวลำบากอาจทำให้มีการคั่งของอุจจาระ นอกจากนี้ผู้ป่วยรู้สึกอากายที่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือหลังการ ขับถ่าย ทำให้ไม่กล้าบอกเมื่อมีความรู้สึกอยากถ่าย ปัจจุบันเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะท้อง ผูกขึ้น เมื่อผู้ป่วยไปรับการนัดกับหมอบ้าน หรือไปปรึกษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ก็มักขอยาระบายมารับ ประทาน เพราะผู้ป่วยรับรู้ว่าถ้าไม่ถ่ายอุจจาระ จะไม่ได้ระบายของเสียออกจากร่างกาย ทำให้อากายไม่ดี ขึ้น ดังเช่นในรายลุงเอื้อน ซึ่งท้องผูกเป็นประจำ ต้องรับประทานยาระบายชนิดลูกกลอนมาตลอด เมื่อเจ็บ ป่วยขึ้นก็ไปหาหมอแผนโบราณนัดและขอยาระบายมาด้วย ดังคำกล่าวของลูกสาวลุงเอื้อนที่ว่า “ พ่อแก จะมีปัญหาเรื่องท้องผูกนะ ปกติพ่อแกก็ไม่ค่อยสะดวกอยู่แล้วเรื่องถ่ายนี่นะ วันนี้ก็ไม่ถ่าย เมื่อวานก็ไม่ถ่าย ก็ให้กินยาระบายนี่ หมอ(ผู้วิจัย)ว่าก็ว่าแหละ ถ้าไม่ถ่ายก็ให้กินช่วยให้ถ่ายดี วันนั้นก็ให้กินเข้าไป 3 เม็ด ก็ สอนแล้ว 3 อันยังไม่ออก พอกินยานี้ 3 เม็ดก็พอได้ถ่ายมั่ง มันได้เบาไปนะ ถ้าไม่ถ่ายเหมือนว่าแกอึดอัดใน ท้องนะ มันอยู่ไม่บาย ”

ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ดูแลจัดหาอาหารที่มีกากใยมาก ๆ ให้ผู้ป่วยรับประทาน ให้เพียงพอ พยายามให้ดื่มน้ำมาก ๆ รวมทั้งการฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลา โดยต้องให้ถ่ายในท่านั่งและให้เวลาในการขับถ่ายให้เพียงพอ ถ้าไม่ถ่ายอุจจาระใน 2 วัน ก็ให้ใช้ยาระบายอ่อน ๆ เพื่อลดความดันขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ

2.4.3 การอาบน้ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่อาบน้ำด้วยตนเองในระยะแรก ๆ ของการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะกลัวหกล้มในห้องน้ำขณะอาบน้ำ ผู้ดูแลต้องอาบน้ำให้ผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มีโอกาสฝึกการอาบน้ำเอง แต่ในผู้ป่วยบางรายมีสาเหตุจากความไม่ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของห้องน้ำ เช่น สภาพของห้องน้ำที่ไกลจากบริเวณที่ผู้ป่วยอยู่ ในขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการเคลื่อนย้ายตัวเองและผู้ดูแลไม่ได้อยู่ด้วย การให้ความช่วยเหลือโดยการดัดแปลงสภาพแวดล้อมให้สะดวกและปลอดภัย ช่วยเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ตัวอย่าง เช่น ลุงแสง ซึ่งอยู่ที่บ้านคนเดียว ส่วนลูกสาวจะแวะมาเยี่ยมตอนเช้ามืดก่อนไปทำงานกับตอนค่ำหลังเลิกงาน ห้องน้ำที่บ้านลุงแสง อยู่ไม่ไกลจากห้องนอน แต่ที่หน้าห้องน้ำมีคูระบายน้ำขนาดใหญ่ และทางเดินค่อนข้างชัน ทำให้ลุงแสงไม่กล้าอาบน้ำเอง ต้องรอให้ลูกสาวมาอาบน้ำ บางครั้งก็ต้องอาบน้ำตอนมืด ๆ ซึ่งลุงแสง ได้สะท้อนกับผู้วิจัยถึงความกังวลในเรื่องนี้ว่า " ผมยังไม่กล้าเดินเข้าห้องน้ำนะ เรื่องอาบน้ำนี้ผมยังไม่ได้อาบน้ำเองเลย ให้ลูกสาวเขาอาบน้ำให้ ก็กลัวว่าจะไปพลาดล้มลง มันต้องไปนั่งที่ห้องน้ำ ผมกลัวจะล้มเพราะห้องน้ำมันชันแล้วก็มีช่องที่หน้าประตู คุณหมอก็คงเห็นนี่นะ ผมกลัวว่าจะพลาดลงไป ยิ่งผมอยู่บ้านคนเดียวด้วย กลัวไม่มีคนช่วย "

ผู้วิจัย ได้แนะนำให้ลูกสาวลุงแสง ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ห้องน้ำโดยการทำราวติดผนัง เพื่อเป็นที่จับให้ลุงแสงหน้าห้องน้ำ และหาใช้ไม้มาปิดบนคูระบายน้ำ เพื่อให้ลุงแสงเดินผ่านได้ แต่ปรากฏว่าลุงแสงก็ยังไม่กล้าเดินเข้าไปในห้องน้ำคนเดียว ผู้วิจัยจึงให้ลุงแสงเลื่อนมาอาบน้ำที่หน้าห้องน้ำ ซึ่งเป็นที่ชักล้างและสะดวกในการตักน้ำอาบน้ำเอง ส่วนการใช้อุปกรณ์ห้องส้วม เนื่องจากลุงแสงมีปัญหาการลุก นั่ง ไม่สะดวก แต่โถส้วมเป็นชนิดที่ต้องนั่งยอง ๆ ลุงแสงได้ดัดแปลงทำกระโถนนั่ง โดยใช้เก้าอี้หวายที่มีพนักพิงและมีที่มือจับมาเจาะรูตรงกลางแล้วนำไปวางครอบโถส้วม ทำให้ลุง นั่ง ได้สะดวกขึ้น

2.4.4 การเคลื่อนย้ายตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ (5 ราย) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ง่าย ๆ ได้ เช่น การรับประทานอาหาร การแปรงฟัน ยกเว้นในรายของยายสูงเกียง ที่มีปัญหาในระยะแรก เพราะลูกสาวต้องไปขายของที่ตลาด ไม่มีเวลาดูแลยายสูงเกียงให้ปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ได้ จึงได้จัดเตรียมสิ่งของจำเป็นมาให้ไว้ใกล้ ๆ เตียงนอน ตั้งแต่อาหาร น้ำ กระโถน ในแต่ละวันยายสูงเกียงมีการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้การฟื้นตัวช้า เมื่อพยาบาลเยี่ยมบ้านได้กระตุ้นให้มีกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การยืน การเดิน ยายสูงเกียงไม่กล้าทำเพราะกลัวล้ม ดังคำบอกเล่าที่ว่า " มันลุกไม่ไหว ขามันสั้นๆ กลัวจะล้ม มันไม่มีแรงเลยข้างนี้ เขาช่างนี้สงสัยมันไม่ตื่นเวลาลุกต้องให้มีลูกสาวอยู่ด้วย ไม่งั้นก็ลุกไม่ได้ เข้า ๆ ก็ต้องรอให้ลูกสาวเขากลับมาจากตลาดก่อนเขาจะได้มาช่วย " พยาบาลได้ฝึกการยืนให้ก่อน จนสามารถยืนได้เองและให้ฝึกเดินโดยมีพยาบาลช่วยพยุง

2.4.5 การสื่อสาร ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ จะลดความคับข้องใจในเรื่องการบอกความต้องการแก่ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลได้ แต่ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกขวา (Tossapornpong, Sukvanachaiikul and Bunnag, 1991) จะเกิดความคับข้องใจ ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิด ผู้ดูแลต้องพยายามทำความเข้าใจจากกิริยาท่าทาง เพื่อให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้การตอบสนองได้ การส่งเสริมให้ผู้ดูแลสื่อสารกับผู้ป่วย โดยแนะนำให้ผู้ดูแลให้เวลาในการติดต่อสื่อสารให้มากขึ้นและใช้วิธีการติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดสั้น ๆ ง่าย ๆ แต่สิ่งสำคัญคือ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและฝึกปฏิบัติผู้ป่วยให้ทำกายภาพบำบัด เพื่อฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการพูด ดังตัวอย่าง

" เรื่องແຫລ່ງ(ພູດ)ນີ້ມ່ມວ່າມັນຕ້ອງໃຊ້ເວລາລະ ສ່ວນນີ້ແກ່ແຫລ່ງ(ພູດ)ຄຳທີ່ຊ້ຳ ຯ ກັນໄດ້ ຈົນນີ້ຄຳກໍ່ເພີ່ມມາສັກຄຳນີ້ແຫລະ ອຢາງຄຳວ່າມ່ມນີ້ ທ່ອນນີ້ສາມາດແຫລ່ງ(ພູດ)ອອກມາໄດ້ ວັນທີ່ຜ່ານມານີ້ຟ່ອແຫລ່ງ(ພູດ)ໄດ້ແຕ່ຄຳວ່າ ມ່າຍ ຯ ຄຳເຕີຍ ທ່ອນນີ້ໄດ້ຫຼາຍຄຳແລ້ວ ມ່ມກໍ່ທຳຕາມທີ່ມ່ອບອກ ສ່ວນຄູຍ ສ່ວນແຫລ່ງ(ພູດ)... ມ່ໂທຣາບ ຈະທຳ ຫຼື(ອຢາງໃຣ ມ່ມກໍ່ໄດ້ພູດຄູຍກັນຮ່ວງ່າງທີ່ ຯ ນ້ອງ ຯ ຫຼະນະວ່າພ່ຍາຍາມທຳຕາມທີ່ມ່ອສ່ຳໃຫ້ມາກທີ່ສຸດ ພອກສັບຈາກໂຮງບາດ(ໂຮງພ່ຍາບາດ) ທ່ອນເຍັນກໍ່ໃຫ້ເລຍ " (ລູກສ່າຍລູງເຍື່ອນ ສັບດາກທີ່ 2)

นักกายภาพบำบัด ได้แนะนำการออกกำลังกล้ามเนื้อริมฝีปาก กล้ามเนื้อใบหน้าและลิ้น และฝึกหัดออกเสียงโดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ฝึกสอน ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีเวลาในการฝึกสอน พบว่า ระดับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยพัฒนาขึ้นบ้าง ตัวอย่างเช่น ลุงเยื่อนและน้ำอืด ซึ่งสามารถออกเสียงคำง่าย ๆ และสื่อสารให้ผู้ดูแลทราบความต้องการได้ บ้าง เช่น การชี้ที่ซองยาพร้อมทั้งส่งเสียงออกมาเพื่อขอรับประทาน

2.4.6 การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ในระยะแรกนี้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังมีความสับสนเกี่ยวกับการใช้ยา เนื่องจากการใช้บริการจากหลายแหล่ง ผู้ป่วยบางรายไปรับยาจากหลายโรงพยาบาล ในขณะที่บางรายได้ยาจากแพทย์แผนปัจจุบัน และจากหมอแผนโบราณ ทำให้มีปัญหาการรับประทานยา ตัวอย่างเช่น ยายสูงเกียงซึ่งไปรับยารักษาโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลเอกชน และไปรับยาที่คลินิกสมอ และระบบประสาท โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยไม่ได้บอกแพทย์ผู้รักษาว่าได้รับยาเบาหวานมาแล้ว ทำให้มียามางตัวซ้ำกัน เมื่อผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับการรับประทานยา ยายสูงเกียงบอกว่า " ທ່ອນນີ້ກິນຍາມ່ໂຄ່ຍ ດູກ ມີທັງຍາຂ່ອງທ່ອດໂຫຼ່ກັບຍາທີ່ໂຮງບາດກຸງທ່ອພ່ໃຫ້ມາ ມ່ມັນມ່ໂເຫື່ອນກັນນະ ນີ້ອັນວ່າຈະກິນທັງ 2 ດູງເລຍ ດູງສ່ວນເຫື່ອກໍ່ວ່າສ່ຍຈະມາກເກີນ ມ່ອສ່ຳຢູ່ໃຫ້ນ່ອຍ "

ผู้วิจัย ได้ให้ข้อมูลการเลือกรับบริการจากสถานบริการเดียวกัน เพื่อลดความสับสนและป้องกันการได้ยาเกินขนาดหรือการขาดยา ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเอง เช่น ในรายของลุงคล้อย ซึ่งไม่มีผู้จัดยาให้ทุกมือ และลุงคล้อยสับสน เกี่ยวกับการรับประทานยา ระหว่างยา B₁₋₆₋₁₂ กับยา baby aspirin ทำให้ได้รับยาไม่ตรงกับวิธีการรักษา ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ดูแลจัดเตรียมยาให้ลุงคล้อยในตอนเช้าของแต่ละวัน โดยแยกใส่กล่องยาเล็ก ๆ ไว้เป็นมือ ทั้งเช้า กลางวัน เย็น เพื่อให้ลุงคล้อยได้รับยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษา

2.4.7 การทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ (9 ราย) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้ เช่นการรับประทานอาหาร แปร่งฟัน โดยใช้มือข้างปกติปฏิบัติทดแทน ประกอบกับการเดินทางของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลร่วมไปด้วย ถ้าผู้ดูแลไม่ว่างก็ไม่มีใครพาไป การทำกายภาพบำบัดจึงไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายให้ความสำคัญกับกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อให้สมาชิกในบ้านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อครอบครัว เช่น การอยู่เฝ้าบ้านให้คนอื่นไปทำกิจกรรมนอกบ้าน โดยที่ตัวเองยอมทิ้งโอกาสในการทำกายภาพบำบัด ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล ซึ่งไม่ได้ไปทำกายภาพบำบัดตามนัดว่า “ วันก่อนลุงไม่ได้ไปตามที่ลูกหมอน(นักกายภาพบำบัด)นัด พอดีว่าป้าเขาจะไปงานแต่งงานเขา เลยไม่มีคนเฝ้าหน้าบ้าน ลูกป้าเขาก็ออกไปรับงานนอก ไม่มีคนก็ไม่ได้ ลุงก็ถูกอยู่บ้านพอว่าได้ช่วยเขามั่งนะ แต่ก่อนลุงก็ไปแต่ว่าพอเดินไม่หับ(มันคง) ลุงก็ให้ป้าเขาไปคนเดียว ”

พยาบาลที่เยี่ยมบ้าน ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการดูแลเฉพาะราย และต้องฝึกปฏิบัติกิจกรรมกายภาพบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่องด้วย และปรึกษากับผู้ดูแลในการจัดเวลาให้ผู้ป่วยไปรับบริการตามกำหนด เพื่อให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ผลดี

2.5 สื่อประกอบการให้ความรู้ ผู้วิจัยได้ประสานกับนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน จัดทำคู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวม 2 เล่ม เพื่อมอบให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ใช้เป็นแนวทางในการฝึกกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และจัดทำคู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ใช้ในการจัดบริการ

3. ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ในวงจรถี 1 ดังนี้

3.1 ผู้ให้บริการ ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน มีความรู้สึกที่ดีต่อการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย ดังรายละเอียด

3.1.1 การมีสัมพันธภาพที่ดี การให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยมีผู้จัดการเฉพาะรายเป็นผู้คอยประสานความเข้าใจระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และระหว่างทีมผู้ให้บริการด้วยตนเอง ทำให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีโอกาสได้ทำความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติบริการแก่ผู้ป่วย เป็นผลให้บรรยากาศในการให้บริการเป็นไปด้วยความราบรื่น ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจและให้การตอบสนองในการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่ร่วมกันกำหนดขึ้น นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดทำแผนของสมาชิกทีมสุขภาพ ทำให้แผนมีความถูกต้อง เป็นที่ยอมรับและปฏิบัติตามได้ ทั้งยังเป็นความภาคภูมิใจของผู้มีส่วนร่วมทุกคนด้วย

3.1.2 แนวคิดคล้ายกัน จากการวิเคราะห์ร่วมกันทำให้ทีมผู้ให้บริการรับรู้ว่า รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย ไม่มีความยากลำบากในการปฏิบัติและไม่ได้แตกต่างจากแนวคิดเดิมที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน เพียงแต่เพิ่มบทบาทของผู้จัดการเฉพาะราย ในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพให้แก่ผู้ป่วยมากที่สุด และเน้นการมีบทบาทร่วมกันในการวางแผนจัดบริการตามแผนการจัดการเฉพาะราย ผู้ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุดคือ ผู้รับบริการซึ่งได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านว่า

“ มันก็คงไม่แตกต่างกันนะ เพราะจริง ๆ แล้วเราก็ดูแลคนไข้ตั้งแต่ก่อนกลับบ้านคนไข้ช่วยเหลือตัวเองได้ อย่างคนไข้ที่มา OPD จะดูว่าเขารู้ เขาสนใจในสุขภาพของตนเองว่าเขาเป็นอะไร เขาต้องป้องกันอะไร ต้องดูแลเรื่องไหน แต่ถ้าเป็นคนไข้เรื้อรังนี้หนักยาก อย่างน้อยก็ดูจนญาติเขาดูแลต่อได้ ซึ่งแนวคิดก็คล้าย ๆ กัน แต่ว่าอย่างน้อยการดูแลแบบที่มีนี่น่าจะดีกว่าดูแลคนเดียว เพราะบางที บางเรื่องเราก็ไม่รู้เท่าคนที่เป็นผู้ปฏิบัติโดยตรงอยู่แล้วนะ ” (พยาบาลวิชาชีพ(1) สัปดาห์ที่ 2)

3.1.3 เป็นการพัฒนาตนเอง การจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ นอกจากเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้บริการคือ การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการดูแลของวิชาชีพต่าง ๆ จากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ดังคำบอกเล่า

“ มันก็ตื่นแ่งที่ว่าคนไข้เนี่ยเวลาเขาเจ็บป่วยก็ไม่ใช่ว่าเขาต้องการ nursing แต่เพียงอย่างเดียว ทางกายภาพเขาก็ต้องการ ฉะนั้นมันก็เหมือนกับว่าเราก็คิดว่าเราทำได้ ทางกายภาพเขาก็คิดว่าเขาทำได้เหมือนกัน แต่ทางเค้ามามีเทคนิคอะไรที่เพิ่มเติมขึ้นมา มันอาจมีประสบการณ์อะไรที่เพิ่มเข้ามา ที่ทำให้เราได้ความรู้ด้วย เพราะมีสิ่งที่เราอาจไม่รู้ก็ได้ การได้ติดต่อกันในหลายสาขาในที่สุขภาพด้วยกันเนี่ย มันอาจจะทำให้เราได้ความรู้เพิ่มเติม นั่นคือการพัฒนาตนเองด้วย มันก็ save เวลาเรานะ บางทีอาจจะไม่ต้องหาหนังสืออ่านก็ได้ เรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรง เรียนรู้จากคนไข้ เรียนรู้จากหมอหรือวิชาชีพอื่น ๆ ที่ไปปรึกษา มันดีแน่นอนอยู่แล้ว” พยาบาลวิชาชีพ(2) สัปดาห์ที่ 2

3.1.4 การปรับแผนการดูแลเฉพาะราย จากการปฏิบัติตามแผนการดูแลเฉพาะราย ทีมผู้ให้บริการ ได้ปรับแผนเพื่อลดความซ้ำซ้อน เนื่องจากผู้ให้บริการแต่ละวิชาชีพ ไม่สามารถบันทึกรายละเอียดในการปฏิบัติกิจกรรมลงใน CMP 1 ได้ครบทุกกิจกรรม เนื่องจากมีรายละเอียดมากและซ้ำซ้อนกับรายละเอียดที่ต้องบันทึกใน OPD card และผู้วิจัย ต้องมาจัดทำเป็น CMP 2 อีกครั้ง ทำให้ต้องใช้เวลาในการทำงานมากและบทบาทของสมาชิกในทีมแต่ละคนไม่ชัดเจน ประกอบกับผู้วิจัยได้กำหนดการประเมิน FIM score ไว้ทุก 2 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง กำหนดระยะเวลาดูแลผู้ป่วยแต่ละราย 6 สัปดาห์ แต่จากการประชุมร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เมื่อดูแลครบ 2 สัปดาห์ แพทย์ผู้ประเมินได้ให้คำแนะนำว่า “ การประเมิน FIM score ถ้าจะให้เห็นความก้าวหน้าของคนไข้ น่าจะประเมินทุก 1 เดือน เพราะทุก 2 อาทิตย์เนี่ย ส่วนมากจะยังไม่พบความก้าวหน้า เพราะระยะเวลามันกระชั้นชิดเกินไป คิดว่าน่าจะปรับเป็นประเมิน 2 อาทิตย์แรกหลังการเจ็บป่วย แล้วประเมินต่อทุกเดือนน่าจะดีกว่า ”

ผู้วิจัยจึงได้ปรับรูปแบบของแผนการจัดการเฉพาะราย ที่ระบุบทบาทไว้อย่างชัดเจนในแต่ละสัปดาห์ และปรับกำหนดการประเมินผู้ป่วย ครั้งที่ 1 เมื่อสิ้นสุดการดูแลสัปดาห์ที่ 2 ในวงจรที่ 1 และได้วางแผนต่อเนื่องในการประเมินทุกเดือน ในวงจรต่อไปอีก 2 ครั้ง ทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายยาวนานขึ้น ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความชัดเจนขึ้น

3.2 ผู้รับบริการ

3.2.1 ผู้รับบริการยอมรับและไว้วางใจ จากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ตั้งแต่วันแรกของการพบกัน การให้ความสนใจต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และแสดงให้เห็นความตั้งใจในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยของทีมผู้ให้บริการและผู้วิจัย ทำให้ผู้รับบริการยอมรับและไว้วางใจผู้วิจัยและพยาบาลเยี่ยมบ้าน ด้วยการต้อนรับอย่างเป็นกันเองขณะไปเยี่ยมบ้าน ให้ข้อมูลการปฏิบัติตนตามความเป็นจริง ผู้รับบริการสนใจซักถามและขอคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว

3.2.2 ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่บ้าน ผู้รับบริการทุกราย ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แผนการรักษา และการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จากพยาบาลวิชาชีพที่ไปเยี่ยม และความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วย จากนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด รวมทั้งได้รับคู่มือ ที่นำไปปฏิบัติต่อเองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (6 ราย) สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านได้มากขึ้น แต่ยังพบผู้รับบริการ 3 ราย ที่ขาดทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ และผู้รับบริการ 1 ราย มีปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา

3.2.3 ผู้รับบริการสามารถปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้เหมาะสมมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ มีปัญหาในการเคลื่อนย้าย ผู้วิจัยได้สะท้อนคิดร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อป้องกันอันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (8 ราย) ผู้ดูแลจัดให้นอนที่ชั้นล่างของบ้านแทนการขึ้นไปนอนชั้นบน และผู้ป่วยทุกรายมีผู้ดูแลมานอนอยู่ใกล้ ๆ เพื่อคอยช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายในตอนกลางคืน มีผู้ป่วย 4 ราย ที่ผู้ดูแลปรับปรุงทางเดินเพื่อให้เกิดความปลอดภัยขึ้น

3.2.4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่แม้จะมีอาการอ่อนแรงของร่างกาย ด้านใดด้านหนึ่ง แต่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมง่าย ๆ ที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแปรงฟัน โดยใช้ร่างกายด้านที่ปกติทดแทน หรืออาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการจัดหาอุปกรณ์ให้ แต่ยังไม่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ยากลำบาก หรือซับซ้อนเองได้ เช่น การแต่งกาย การใช้อุปกรณ์ห้องน้ำ หรือการขึ้นและลงบันได

3.2.5 การทำกายภาพบำบัด ในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังทำใจยอมรับสภาพความพิการที่เกิดขึ้นไม่ได้ จึงพยายามเสาะแสวงหาวิธีการรักษาต่าง ๆ เพื่อให้หายจากอาการอ่อนแรง ในด้านการทำ

กายภาพบำบัด ผู้ป่วยมีความคิดที่แตกต่างกัน บางรายคิดว่าการทำกายภาพบำบัดมีประโยชน์ต่อตนเอง ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายไม่เชื่อว่าการทำกายภาพบำบัดช่วยให้หายได้ ในกลุ่มที่คิดว่าการทำกายภาพบำบัดมีประโยชน์ ก็พยายามทำตามที่ได้รับคำแนะนำ แม้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลพยายามช่วยเหลือในการทำกายภาพบำบัด เพื่อให้ร่างกายมีการฟื้นคืนกลับสู่สภาพใกล้เคียงปกติได้ ดังคำบอกเล่า

“ กายภาพบำบัดนี่พี่ก็ทำนะ ช่วยกันทำให้แกหมดแหละ ทั้งลูกสาว ลูกชายก็ทำให้ ทำเหมือนที่หมอสอนมันแหละ ยกมือ ยกแขน เข้า เย็น รู้สึกว่าแกดีขึ้นนิดนะ ดีกว่าตอนอยู่โรงพยาบาล วันก่อนต้องยกแกตอนนี้ไม่ต้องแล้ว แกเรียกให้ช่วยแล้วก็ยกตัวเองขึ้นได้บ้างแล้ว ” (ภรรยาลุงอืด สัปดาห์ที่ 2)

ในผู้ป่วยบางรายซึ่งปฏิเสธการทำกายภาพบำบัดโดยไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารกันรู้เรื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องช่วยทำทดแทน ตัวอย่างเช่น ลุงเยื่อน ไม่ยอมทำกายภาพบำบัดตามที่ได้รับคำแนะนำ และผู้ดูแลก็ไม่ทราบเหตุผลว่าไม่ทำเพราะอะไร เนื่องจากสื่อสารกันด้วยคำพูดไม่ได้ ดังคำบอกเล่า

“ เขาบอกให้ยกตีนข้างหนึ่งแต่แกไม่ใคร่ทำ ให้ดันเข้าแกก็ดันไม่เข้า ขาข้างนี้แกก็อ่อน ที่ยืนนี่ไม่ได้ลองที่ บอกให้ลองแกก็ไม่ยอมทำ ไม่รู้เป็นอะไร ถามก็ไม่รู้เรื่อง ก็เลยทำให้แกเสียแหละ ดีกว่าไม่ได้ทำอะไร แบบว่าได้ยกมั่ง ได้โรมมั่งก็ยังดี ” (ลูกสาวลุงเยื่อน สัปดาห์ที่ 2)

โดยสรุป ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมกายภาพบำบัดตามแผนการดูแลเฉพาะราย แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมกายภาพบำบัดได้ เนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัดที่ถูกต้องว่า ต้องทำอย่างไรต่อเนืองและเน้นให้ผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติ โดยผู้ดูแลมีหน้าที่ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก หรือจัดหาอุปกรณ์ให้มากกว่าการลงมือทำให้อ่าง ในขณะที่ยังมีปัญหาการสื่อสารด้วยการพูด ทำให้ต้องใช้ความพยายามในการหาสาเหตุที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลเฉพาะราย ต้องคาดเดาความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วย ทำให้การแก้ปัญหาไม่ตรงจุด

4. การสะท้อนการปฏิบัติ

ทีมสุขภาพ ได้ร่วมสะท้อนการปฏิบัติในวงจรรณี พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ดังนี้

4.1 ผู้ให้บริการ

4.1.1 ปัจจัยที่สนับสนุน ปัจจัยที่มีสนับสนุนให้ทีมผู้ให้บริการ มีความรู้สึกที่ดีต่อบริการสุขภาพที่บ้าน มีดังนี้

4.1.1.1 การมีสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิก ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ระหว่างสมาชิก ในทีมสุขภาพ ทำให้เกิดบรรยากาศของความเข้าใจ ความร่วมมือและการไว้วางใจ ในการให้ข้อมูลและการซักถามข้อข้องใจที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาในการให้บริการ ทำให้การปฏิบัติตามแผนการดูแลเฉพาะราย เป็นไปด้วยความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

4.1.1.2 พัฒนาคูณภาพบริการ ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย โดยมีผู้วิจัย ทำหน้าที่ผู้จัดการเฉพาะรายในการประสานการวางแผนและจัดบริการให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรหลาย ๆ วิชาชีพตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้บริการมีคุณภาพและมีผลต่อการพัฒนาบริการของวิชาชีพต่าง ๆ จากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้มีมาตรฐานการดูแลที่สูงขึ้น

4.1.2 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้รับบริการนั้น สิ่งที่เป็นอุปสรรค คือผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถเดินทางมารับบริการกายภาพบำบัดตามแผนการดูแลได้ด้วยตนเอง ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการเดินทาง ในรายที่ผู้ดูแลไม่สามารถช่วยเหลือในการเดินทางได้ ทำให้การฟื้นฟูสภาพไม่ต่อเนื่อง

4.2 ผู้รับบริการ

4.2.1 ปัจจัยสนับสนุน จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ประกอบด้วย

4.2.1.1 การมีสัมพันธภาพที่ดี การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการตั้งแต่พบกันครั้งแรกของผู้วิจัยและพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ รู้สึกถึงความ เป็นมิตรและการช่วยเหลือของผู้ให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการยอมรับ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแลเฉพาะรายเป็นอย่างดี

4.2.1.2 ความไว้วางใจ ผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ให้บริการทั้งที่บ้านและในสถานบริการ ทำให้เกิดการไว้วางใจในผู้ให้บริการจนสามารถให้ข้อมูลที่เป็นปัญหาและความต้องการที่แท้จริงได้ เป็นผลให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปด้วยความเหมาะสมขึ้น

4.2.1.3 ความหวังว่าจะหาย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากทีมผู้ให้บริการได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะไม่เกิน 3 เดือนแรกของการเจ็บป่วย สามารถพัฒนาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ชัดเจน ทำให้ผู้รับบริการ มีความหวังว่าสามารถหลุดจากภาวะพิการกลับเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดได้ ซึ่งเป็นกำลังใจที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแลเฉพาะรายมากขึ้น

4.2.1.4 การได้รับความรู้ เมื่อผู้รับบริการได้รับความรู้และคำแนะนำ จากทีมผู้ให้บริการ และนำมาปฏิบัติแล้วเกิดผลในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ทำให้เพิ่มความมั่นใจและยอมรับแนวทางการฟื้นฟูตามแผนการจัดการเฉพาะรายยิ่งขึ้น

4.2.1.5 การมีส่วนร่วมของครอบครัว ในวงจรรนี้ ผู้ป่วยมีความอ่อนแอทั้งทางร่างกายและจิตใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความเต็มใจ และต้องการ

ให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการฟื้นฟูสภาพตนเองมากขึ้น รวมทั้งผู้ดูแลมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดตามแผนการดูแล ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น

4.2.2 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ในวงจรมี คือ

4.2.2.1 ผู้รับบริการมีปัญหาการสื่อสารด้วยคำพูด ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยต้องได้รับความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่จะช่วยให้การปฏิบัติตัว เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม แต่จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วย 4 ราย มีปัญหาการสื่อสารด้วยคำพูด มีผลต่อสื่อสารการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย

4.2.2.2 ผู้รับบริการไม่ได้รับการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพ ผู้ดูแลบางรายไม่ได้รับการฝึกสอน เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล ในขณะที่วิธีการฝึก ส่วนใหญ่นักกายภาพบำบัดเป็นผู้สาธิตให้ดู ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถทำกายภาพบำบัดได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย บางรายไม่ยอมไปรับบริการ ทำให้การทำกายภาพบำบัดไม่ต่อเนื่อง

4.2.2.2 คู่มือไม่เหมาะสม เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีพยาธิสภาพทางสมอง ทำให้การอ่านคู่มือซึ่งมีตัวหนังสือขนาดเล็ก และไม่มีภาพประกอบช่วยในการทำความเข้าใจเนื้อหา ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ใช้คู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

5. กลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

ในวงจรมี ผู้วิจัยในฐานะผู้จัดการเฉพาะราย และพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ได้ใช้กลยุทธ์ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

5.1 การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ทีมผู้ให้บริการได้สร้างสัมพันธภาพที่ดี และความอบอุ่นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่วันแรกที่ได้พบกันที่คลินิกสมองและระบบประสาท ผู้วิจัยได้ให้ความช่วยเหลือในขณะรับบริการทุกขั้นตอน ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ กล้าซักถามปัญหาและข้อข้องใจกับผู้วิจัย ช่วยให้คลายความวิตกกังวล มีแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และรู้สึกว่าจะสามารถขอรับความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้บริการได้ตลอดเวลาที่รับบริการ

5.2 การประเมินการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ 2 ประเด็นคือ

5.2.1 การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและความเชื่อในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น เพื่อนำมาจัดรูปแบบการให้บริการของ

พยาบาลเยี่ยมบ้านให้สอดคล้องกับความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งแตกต่างกันไปตามสังคมและวัฒนธรรม และสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วยด้วย

5.2.2 การรับรู้ต่อบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการประเมินว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความเข้าใจเกี่ยวกับ บทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน และความคาดหวังในบริการสุขภาพที่บ้านอย่างไร เพื่อปรับการจัดบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ

5.3 การให้ความรู้ กลวิธีที่สำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับบริการ มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามความรับผิดชอบคือการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพื่อให้มีพลังอำนาจในการจัดการตามความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ โดยใช้กระบวนการตัดสินใจที่เหมาะสม ผู้ให้บริการได้ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินของโรค วิธีการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การให้ความรู้ต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพของการปฏิบัติกิจกรรม

5.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัว ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นตัวจักรกลเล็ก ๆ ที่มีการประสานกันอยู่ตลอดเวลา สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันทางสายโลหิตมาก และคอยดูแลทุกข์สุขของกันและกันเสมอ ถ้าสมาชิกคนใดมีปัญหา สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ก็พร้อมให้ความช่วยเหลือ (รุจา, 2535) การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวและกระทบต่อสังคมในภาพรวม ในการให้คำแนะนำต่าง ๆ พยาบาลต้องคำนึงถึงความเครียดของผู้ดูแลจากการเผชิญภาวะวิกฤติเช่นเดียวกับผู้ป่วยด้วย การสนับสนุน ช่วยเหลือโดยการติดตาม เยี่ยมเยียนและให้กำลังใจช่วยให้ครอบครัวสามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงและปฏิกิริยาของผู้ป่วยได้

5.5 การให้การปรึกษา ในขณะที่อยู่ในช่วงของความสับสน วุ่นวาย จากภาวะที่เพิ่มขึ้น หรือการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต สิ่งที่คุณต้องการคือ ที่พึ่งพิงทางใจ ผู้วิจัย ได้ใช้หลักการให้การให้คำปรึกษา คือ การเสนอข้อมูลที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา กระตุ้นให้ผู้รับบริการคิด วิเคราะห์ เลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ยึดหลักของความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้นว่าไม่กระทบต่อบุคคลอื่น

6. บทบาทของทีมผู้ให้บริการ ในวงจรที่ 1 นี้ สามารถสรุปบทบาทของทีมผู้ให้บริการได้ดังนี้

6.1 แพทย์ มีบทบาทเป็นผู้ให้การรักษาและผู้กำหนดแผนฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ผู้ให้คำแนะนำเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้รับบริการ

6.2 นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด มีบทบาทเป็นผู้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และเป็นผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องการฝึกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

6.3 พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทเป็นผู้ให้บริการ เป็นการให้บริการพยาบาลที่บ้านตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ผู้ให้ความรู้ เรื่องการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้รับบริการ และเป็นผู้ให้คำปรึกษา ในการเสนอแนะวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

6.4 ผู้จัดการเฉพาะราย มีบทบาทเป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลประสานงานที่ผู้ให้บริการในการจัดบริการแก่ผู้รับบริการและประสานผู้รับบริการในการมารับการตรวจรักษาตามนัด เป็นผู้ให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายแก่ทีมสุขภาพ ให้ความรู้ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติตนตามแผนการดูแลแก่ผู้รับบริการ เป็นผู้จัดการ ในการประเมินผล และปรับแผนการดูแลตามสภาพปัญหาและเป็นผู้ให้การปรึกษา ในการเสนอแนวทาง ให้ผู้รับบริการพิจารณาเลือกปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ทั้งนี้แผนการดูแลเฉพาะรายในวงจรที่ 1 มีรายละเอียด ดังภาพประกอบ 3

7. การปรับปรุงแผนการดูแล สิ่งที่ต้องปรับปรุงในวงจรต่อไป ประกอบด้วย

7.1 วิธีการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้รับบริการ

7.2 การปรับปรุงคู่มือในการดูแลตนเองที่บ้านให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างและสามารถนำไปใช้ได้

โดยสรุป ในวงจรที่ 1 นี้ ผู้ให้บริการได้สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ ให้การช่วยเหลือขณะไปรับบริการในโรงพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (6 ราย) มีความรู้และสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลและพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย ๆ ได้เกือบทุกราย แต่ในกิจกรรมที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ยังต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ผู้วิจัยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในการสะท้อนคิด แก้ไขปัญหา พบว่ามีปัญหาขาดทักษะในการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากวิธีการสอนที่เน้นการทำให้ดูมากกว่าให้ลองทำเอง และผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้ใช้คู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เนื่องจากตัวหนังสือมีขนาดเล็กและขนาดภาพประกอบที่จะช่วยสร้างความสนใจของผู้อ่าน

ภาพประกอบ 3 แผนการดูแลเฉพาะรายวงจรถูกที่ 1

ผู้รับผิดชอบ	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2
แพทย์อายุรกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจร่างกาย ประเมินระดับกำลังผู้ป่วย - กำหนดแผนการรักษา - ร่วมวางแผนการดูแลเฉพาะราย 	
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน FIM score - กำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ - ร่วมวางแผนการดูแลเฉพาะราย 	
พยาบาลวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - เยี่ยมบ้าน - ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล - ให้บริการพยาบาล - ให้ความรู้เรื่องการจัดของใช้และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วย - ร่วมวางแผนการดูแลเฉพาะราย 	<ul style="list-style-type: none"> - เยี่ยมบ้าน - ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล - ให้บริการพยาบาล - ให้ความรู้เรื่องการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
นักกายภาพบำบัด	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความสามารถของผู้ป่วย - ฝึกสอน สาธิตการทำกายภาพบำบัด - ร่วมวางแผนการดูแลเฉพาะราย 	
นักกิจกรรมบำบัด	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความสามารถของผู้ป่วย - ฝึกสอน สาธิตการกิจกรรมบำบัด - ร่วมวางแผนการดูแลเฉพาะราย 	
ผู้จัดการเฉพาะราย	<ul style="list-style-type: none"> - คัดเลือกผู้รับบริการ - ส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการประเมินและกำหนดแผนการรักษาและฟื้นฟูสภาพ - ประสานการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย - เยี่ยมบ้าน ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้รับบริการ - ร่วมปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย - มอบคู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ผู้รับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - เยี่ยมบ้าน นัดหมายผู้ป่วยให้มารับบริการ เมื่อครบ 2 สัปดาห์ - ประเมินการรับรู้ของผู้รับบริการ, ผู้ให้บริการ - ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ทีมสุขภาพ - ติดตามการฝึกกิจกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย - จัดทำคู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน
ผู้ป่วยและผู้ดูแล	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย - ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและไปรับการฝึกที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแผน 	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแผน

วงจรที่ 2 เริ่มต้นเรียนรู้ ต่อผู้อุปสรรค เป็นระยะที่ผู้รับบริการเริ่มปรับตัวกับความเจ็บป่วย และเรียนรู้ การเผชิญปัญหา ในขณะที่มีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วย ส่วนผู้ดูแลมีความเครียดกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่ ไม่ทราบวันสิ้นสุด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน การจัดบริการสุขภาพที่บ้านในระยะนี้ เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 ของการ เจ็บป่วย มีรูปแบบบริการดังนี้

1. โครงสร้างการจัดบริการ

1.1 ผู้ให้บริการ ในวงจรนี้ บทบาทการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ผู้จัดการเฉพาะราย ร่วมกับให้บริการพยาบาลที่บ้าน ส่วนสมาชิกทีมผู้ให้บริการอื่น ๆ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ให้บริการในคลินิก

1.2 แผนการจัดการเฉพาะราย ในวงจรที่ 2 นี้ ทีมได้ปรับรูปแบบแผนการดูแลเฉพาะราย ดังนี้

1.2.1 ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมกายภาพบำบัดที่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนดูแลของผู้ดูแล โดยใช้ คู่มือที่ผู้วิจัยปรับปรุงใหม่ และมอบให้ผู้ดูแลไว้ใช้ฝึกที่บ้าน และมารับการตรวจซ้ำเมื่อสิ้นสุดการดูแล สัปดาห์ที่ 6 ของแผนการดูแลเฉพาะราย

1.2.2 พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ติดตามเยี่ยมที่บ้านทุก 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำ แนะนำ การฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ เพื่อให้ผู้รับบริการ สามารถปรับตัวกับบทบาทใหม่ได้

1.2.3 แพทย์อายุรกรรม ให้การตรวจรักษาและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมิน FIM score ซ้ำ พร้อมทั้งปรับแผนการดูแล เมื่อสิ้นสุดการดูแล สัปดาห์ที่ 6 ของแผนการดูแลเฉพาะราย

1.2.4 นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ประเมินการปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูและปรับวิธี การฝึกปฏิบัติ ที่เน้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เป็นผู้ปฏิบัติ และสอนเพิ่มเติมกิจกรรมที่ยังทำไม่ได้

1.2.5 ผู้จัดการเฉพาะรายประสานการจัดบริการอื่น ๆ เช่น การฝึกพูดกับนักอรรถบำบัด หรือ จัด หาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ในการฝึก การฟื้นฟูสภาพ การประสานผู้รับบริการให้มารับการตรวจตามนัด และประสานทีมสุขภาพปรับแผนการดูแล เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย

2. กระบวนการจัดบริการ เป็นการพัฒนาทักษะและการปรับบทบาท ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะ และความสามารถของผู้ป่วย ส่งเสริมการปรับบทบาทเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล ปรับวิธีการ ให้บริการและร่วมพัฒนาสื่อ ดังรายละเอียด

2.1 พัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ร่วมสะท้อนคิดกับทีมสุขภาพ ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้การพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้รับบริการในวงจรมี โดยประเมินความสามารถของผู้ป่วย พบว่า ระดับความสามารถของผู้ป่วยพัฒนาขึ้นจากการประเมินครั้งแรก ดังนี้

การรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ป่วย 5 รายสามารถรับประทานอาหารเองได้ (ระดับ 6, 7) และ 5 ราย ต้องการคนช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหารให้ (ระดับ 4, 5)

การแปรงฟัน พบว่า ผู้ป่วย 5 รายสามารถแปรงฟันเองได้ (ระดับ 6, 7) และ 5 ราย ที่ต้องการคนช่วยเหลือในการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้ (ระดับ 4, 5)

การอาบน้ำ พบว่า ผู้ป่วย 5 รายสามารถอาบน้ำเองได้ (ระดับ 6, 7) 3 ราย อาบน้ำได้โดยมีคนคอยจัดเตรียมอุปกรณ์ให้ (ระดับ 5) และ 2 รายต้องการคนคอยช่วยเหลือบ้าง (ระดับ 3)

การแต่งกาย พบว่า ผู้ป่วย 5 รายสามารถแต่งกายเองได้ (ระดับ 6, 7) และ 5 ราย แต่งกายได้โดยต้องมีคนคอยช่วยเหลือ (ระดับ 3, 4)

การใช้ห้องน้ำ พบว่า ผู้ป่วย 5 ราย สามารถใช้ห้องน้ำเองได้ (ระดับ 6, 7) มีผู้ป่วย 2 รายที่ใช้ห้องน้ำได้โดยมีคนพาไป (ระดับ 4) และ 3 ราย ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ (ระดับ 2, 3)

การควบคุมระบบขับถ่าย พบว่า ผู้ป่วยทุกราย สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ และมีผู้ป่วย 5 ราย ที่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ (ระดับ 6, 7) ในขณะที่ผู้ป่วย 2 รายต้องให้ยาระบายบางครั้ง (ระดับ 4, 5) และ 3 รายที่ต้องให้ยาระบายบ่อยครั้ง (ระดับ 3)

การเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้ป่วย 5 ราย สามารถเคลื่อนไหวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ (ระดับ 6, 7) มี 1 ราย ที่ปฏิบัติได้โดยมีคนจัดเตรียมอุปกรณ์ให้ และ 4 ราย ที่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

การเคลื่อนย้ายตัวเอง พบว่า ผู้ป่วย 5 ราย สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้ (ระดับ 6, 7) และ มี 3 รายที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินและคอยดูแลบ้าง (ระดับ 3, 4) ในขณะที่ผู้ป่วย 2 รายที่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือใกล้ชิด (ระดับ 2)

การสื่อความหมาย พบว่า ผู้ป่วย 7 รายสามารถสื่อสารได้ (ระดับ 6, 7 ในจำนวนนี้เป็น การสื่อสารโดยใช้ท่าทาง 1 ราย) ส่วนผู้ป่วยอีก 3 ราย สามารถรับได้แต่สื่อไม่ได้

ภาวะทางสังคม พบว่า ผู้ป่วย 7 ราย สามารถเข้าสังคมและจดจำผู้อื่นได้ (ระดับ 6, 7) มี 1 ราย ที่ยังมีสับสน มีงงบางครั้ง (ระดับ 5) และ 2 รายที่ยังมีปัญหาในเรื่องการเข้าสู่สังคมและความจำ (ระดับ 3)

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยครึ่งหนึ่ง (5 ราย) มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกกิจกรรม ผู้ป่วย 2 รายที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลบ้าง และผู้ป่วย 3 ราย ที่ยังต้องการการดูแลใกล้ชิดจากผู้ดูแล ในกิจกรรมการเคลื่อนย้ายตัวเองจากตำแหน่งต่าง ๆ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน การสื่อความหมายและการเข้าสู่สังคม และยังมีปัญหาาระบบขับถ่ายที่ต้องให้ยาระบายบ่อยครั้ง แต่ในภาพรวมระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งแรก ผู้วิจัยได้ร่วมสะท้อนคิดกับผู้ให้บริการ และได้พัฒนาทักษะและระดับความสามารถของผู้ป่วย เพื่อให้ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ดังนี้

2.1.1 **ปรับรูปแบบการสอน เน้น home programe** เดิมกำหนดให้ผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูสภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ครั้ง คือ อังคารและพฤหัสบดี และลดลงเหลือสัปดาห์ละครั้งในสัปดาห์ที่ 3 จากการสะท้อนร่วมกับทีมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มารับบริการตามนัดเพราะผู้ดูแลไม่สามารถมารับส่งที่โรงพยาบาลได้ บางรายมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายค่าพาหนะ บางรายมีปัญหาในการมารับบริการนาน ๆ ประกอบกับกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ จะไม่เปลี่ยนแปลงทุกสัปดาห์ นอกจากฝึกเพิ่มในบางท่า เมื่อกำลังกล้ามเนื้อบางส่วนมีการพัฒนา ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นว่ามาแล้วได้รับการฝึกเหมือนเดิม ทีมสุขภาพจึงได้ร่วมกันปรับรูปแบบแผนการดูแลเฉพาะราย โดยเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับผิดชอบในการฝึกกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดที่บ้าน โดยมีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ติดตามให้คำแนะนำและปรับกำหนดการมารับบริการที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ให้สอดคล้องกับกำหนดในการมารับบริการที่คลินิกสมองและระบบประสาท เพื่อลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ประสานกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้ปรับวิธีการฝึกปฏิบัติเป็นการฝึกที่บ้าน (home programe) โดยนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ปรับการฝึกจากการทำให้ผู้ป่วยดู เป็นการให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทดลองทำให้อ่อนแล้วจึงให้คำแนะนำ ในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

2.1.2 **สร้างความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ** ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่สามารถพัฒนาความสามารถของตนเอง จนสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเป็นความจำเป็นต่อการอยู่รอด สามารถควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายและการดำเนินกิจกรรมส่วนตัวได้แล้ว ก็พัฒนาไปสู่การสนองต่อความต้องการทางสังคม ความต้องการการรักษาพลังงาน ไปจนถึงความหวังที่สูงที่สุดของผู้ป่วย คือความต้องการรักษาและฟื้นฟูอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้ตามปกติ (Barrett, Gessner & Phelp, 1975 อ้างตาม มนัสสินิตย์, 2536) โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง ภายใต้การติดตามสนับสนุนจากทีมผู้ให้บริการทั้งที่บ้านและในสถานบริการ โดยมีวิธีการดังนี้

2.1.2.1 **การฝึกกิจกรรมที่เคยปฏิบัติได้** เมื่อได้รับการฟื้นฟูมาได้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองสามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แล้ว จึงอยากทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติได้แต่เปลี่ยนแปลงไปจากพยาธิสภาพของสมอง ผู้ป่วย 2 รายมีปัญหาเรื่องความจำ ไม่สามารถจำเรื่องที่อ่านแล้วได้ พยาบาลเยี่ยมบ้านได้ส่งเสริมวิธีฝึกฝนความจำ โดยให้ผู้ป่วยจัดเวลาอ่านหนังสือที่ตนชอบอย่างสม่ำเสมอ เช่นหนังสือธรรมะ ใช้เวลาอ่านประมาณ 15 - 20 นาที และก่อนอ่านเนื้อหาใหม่ก็ให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเนื้อหาเดิมก่อน นอกจากนี้ยังเสนอให้ผู้ป่วยชักชวนเพื่อนบ้านที่มีอายุใกล้เคียงกัน มาพูดคุยสนทนา เกี่ยวกับเนื้อหาในหนังสือรวมทั้งเรื่องอื่นที่น่าสนใจ พบว่า หลังจากการฝึก ผู้ป่วยบอกว่าสามารถจำเนื้อหาได้ ผู้วิจัยได้ทดลองให้ผู้ป่วยตอบคำถามเนื้อหาในหนังสือธรรมะที่อ่าน ปรากฏว่าผู้ป่วยตอบได้ถูกต้องเกือบหมด และมีผลพลอยได้คือได้มีโอกาสได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดกับเพื่อน ๆ ในวัยเดียวกัน ทำให้ไม่เหงาและรู้สึกสดชื่นขึ้น

2.1.2.2 การกำหนดเป้าหมายร่วมกันทีละขั้นตอน การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต้องใช้เวลาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวอื่น ต้องให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการหารายได้มาทดแทนรายได้ของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้วางแผนร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้านและผู้ดูแล เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยางที่ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด พยาบาลเริ่มสอนผู้ป่วยให้ฝึกกลืนในขณะที่ยังรับอาหารทางสายอยู่ โดยผู้ดูแลป้อนอาหารปั่นที่ขึ้น ๆ หรือให้ออมและกลืนน้ำแข็งที่ละลายแล้ว เมื่อผู้ป่วยกลืนได้ดี ไม่สำลัก จึงวางแผนการถอดสายยางให้อาหารออก โดยประสานกับแพทย์ในการประเมินอาการของผู้ป่วยก่อน และสามารถถอดสายยางให้อาหารออกได้ในปลายสัปดาห์ที่ 4 ของการเจ็บป่วย จากนั้นได้พัฒนาความสามารถในการนั่งและการยืน โดยจัดให้นั่งเก้าอี้ที่มีพนักพิงและมีที่วางแขน ใช้หมอนสอดยึดบริเวณต้นคอ ให้ผู้ป่วยพยายามประคองตัวเองไว้ โดยมีผู้ดูแลคอยระวังในระยะแรก ๆ เมื่อสามารถนั่งได้แล้วก็ให้ออกกำลังแขนและขาตามแผนการดูแลเฉพาะราย เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขนและขา จนยืนได้โดยมีญาติประคองในสัปดาห์ที่ 4 ในระยะท้ายของวงจรที่ 2 ผู้ป่วยสามารถยืนได้เอง และเริ่มต้นฝึกเดินโดยใช้ไม้เท้า มีผู้ดูแลประคองป้องกันการหกล้ม พบว่าในระยะแรก ๆ ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจ พยายามเกาะประตู่ไว้ เมื่อพยาบาลให้กำลังใจด้วยการชมเชยและสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย ประกอบกับผู้ดูแลคอยให้ความมั่นใจ คอยช่วยเหลือ สุดท้ายผู้ป่วยสามารถนั่งลุกยืนและเดินใกล้ ๆ ได้โดยไม่ต้องมีคนประคอง

โดยสรุป การได้ร่วมตั้งเป้าหมายที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ในระยะต้น ๆ ของการฝึกฝน ประกอบกับการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถจนปฏิบัติกิจกรรมที่ยากขึ้นได้ สิ่งที่สำคัญที่สุดในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน คือการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ให้การพยาบาล รวมทั้งการกำหนดขั้นตอนในการฝึกปฏิบัติที่พอเหมาะ เพื่อให้ปฏิบัติได้จริง

2.1.3 สนับสนุนวิธีปฏิบัติที่ผู้ป่วยใช้อยู่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ให้ความรู้ต้องใช้นหลักการแนวคิด ทฤษฎีที่ถูกต้องและเหมาะสม แต่จากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถค้นหาวิธีฟื้นฟูสภาพตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องเลือกใช้แนวทางตามที่คุณวิจัยเสนอให้ก็ได้ ผู้วิจัยได้ประเมินการปฏิบัติตามความเชื่อของกลุ่มผู้ป่วย เมื่อเกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขึ้น ดังรายละเอียด

2.1.3.1 ใช้น้ำบ้านร่วมด้วย ผู้ป่วยหลายรายใช้น้ำสมุนไพรของหมอบ้าน ร่วมกับยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น ในรายของลุงคล้าย ซึ่งเลือกรักษาด้วยการรับประทานยา แทนการผ่าตัด ก็ไปให้หมอบ้านนวดและได้รับประทานยาจีนร่วมด้วยแม้ว่ามีราคาแพง ดังคำบอกเล่าของป้าพุ่ม ผู้เป็นภรรยา ดังนี้

“ ก็ให้แกนนวดด้วย ถึงก็ให้กินยาบ้านด้วย ต้มยาบ้านให้แก 3 หม้อแล้วนี่ ไม่ใช่ยาหลวงนะ ยาน้ำ กิโละ 200 ปากก็ซื้อมาต้มให้กิน เป็นยาผง ยาจีน เอามาต้มกับซิง ซ่า ใคร(ตะใคร่) ยาหลวงก็กินนะ ยาน้ำก็กินด้วย ” (ภรรยาลุงคล้าย สัปดาห์ที่ 2)

หรือในรายลงเยื่อ ที่เคยมีไหล่นหลุดจากอุบัติเหตุลัมรถจักรยาน เมื่อมีอาการอ่อนแรงของแขน ขา ข้างเดียวกับไหลที่หลุด ร่วมกับอาการพูดไม่ได้ เมื่อลูกสาวลงเยื่อพาไปนวด ก็ได้รับยามารับประทานที่บ้านและได้รับคำบอกเล่าของหมอบ้านว่าเป็นยากลายเส้น ดังตัวอย่าง

“ หมอเขาบอกจะคลายเส้นเลือด ก็ให้กินยาต้มให้เส้นมันคลาย ก็ลองดูนะ ยาหมอนี้ก็ไม่ให้ขาด ยาต้มนี้ก็ขอกินด้วย จะได้ช่วยกัน” (ลูกสาวลงเยื่อ สัปดาห์ที่ 2)

2.1.3.2 การนวด การเหยียบคลายเส้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกือบทุกราย มีความเข้าใจว่าการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เกิดจากการไหลเวียนของโลหิตที่ไม่สะดวก ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อไม่ปกติ การนวดหรือการกดบริเวณจุดต่าง ๆ เช่น ฝ่าเท้า ช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น เป็นการคลายกล้ามเนื้อ ลดอาการปวดเมื่อย ดังตัวอย่าง วิธีการเหยียบที่ตัวผู้ป่วย หรือให้ผู้ป่วยเหยียบกะลามะพร้าวและก้อนหินที่เผาให้ร้อน เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ดังตัวอย่างคำบอกเล่า “ ป้าก็เหยียบให้แคะ เหยียบให้แก 4 - 5 มื้อ ถึงก็ให้ลูกชายเหยียบ แล้วก็ให้แกเหยียบพรก(กะลามะพร้าว) กับหมกก้อนเส้าให้แกเหยียบ ทำทุกวัน วันนิต วันหนอยนะ ก้อนเส้านี้หมกให้ร้อน ห่อผ้าให้เหยียบ มันช่วยได้นะ เหยียบแล้วมันร้อนขึ้นที่ขา มันได้แรงนะ บางทีก็ให้ย่ำก้อนกรวด เดินเท้าเปล่าบนก้อนกรวดเล็ก ๆ นี้เหยียบไปเหยียบมาวันละหลาย ๆ รอบ ก็ให้แกทำเรื่อยแหละ ” (ภรรยาลุงคล้อย สัปดาห์ที่ 2) หรือคำบอกเล่าของลุงเสริม ที่ว่า “ผมก็ให้นวดนะแต่ให้นวดเบา ๆ ถ้าไม่นวดมันรู้สึกว่าจะทุรนทุรายเพราะมันปวดเมื่อย ถึงว่าถ้าไม่ได้นวดเราได้หย่า(ขยำ)ให้บ้างมันก็ค่อยยังชั่วนะ มันไม่เมื่อยแรง ” (สามีป่าบล สัปดาห์ที่ 2)

2.1.3.3 ความเชื่อทางไสยศาสตร์ มีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลายรายที่เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากทางไสยศาสตร์ ซึ่งไม่มีตัวตน พิสูจน์ไม่ได้และการทำให้อาการผิดปกติดีขึ้นหรือหายไปก็ใช้วิธีต่อรองกับสิ่งที่เชื่อถือ โดยการปฏิบัติสิ่งที่คิดว่าทำให้สิ่งที่ตนเองเชื่อถือพอใจ ความเชื่อดังกล่าวได้แก่

1) ถูกของ ผู้ป่วยบางรายที่ไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ แต่ไม่ได้รับคำอธิบายว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร เมื่อรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ก็เชื่อว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นผลจากการกระทำทางไสยศาสตร์ ดังคำบอกเล่า “ แม่เขาเชื่อโบราณนะ แต่ก่อนบอกว่าถูกอันมันมั่ง อันนี้มันเขาไปหาหมอแล้วไม่หาย ตอนเมื่อก่อนนั้นเขาไม่รู้ว่าเป็นเบาหวานไง คิดว่าถูกของอะไรแบบนี้ แกกก็เที่ยวซูดูข้างบ้าน มีอะไรก็ซูดูหมด ตอนหลังแกไปหาหมอบัญชา แกบอกว่าเป็นเบาหวานก็เลิกซูดู ก็รักษากับแกมาตลอดจนไปรักษาที่โรงพยาบาลที่หลัง พอแกมีอาการคราวนี้แกก็ว่าสงสัยแกจะไปทำอะไรไม่ดี สงสัยถูกของอีก เราก็ต้องอธิบายให้แกรู้ว่าเกิดจากโรคของแกที่ทำให้แกเดินไม่ได้ ไม่ใช่มีคนทำของใส่แก ” (ลูกสาวป้ามะ สัปดาห์ที่ 2)

2) ไปบนไว้ ในผู้ดูแลบางรายเชื่อถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ว่าสามารถช่วยเหลือให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ก็ใช้วิธีต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และปฏิบัติเพื่อขดเซยสิ่งที่ได้รับจากการช่วยเหลือของสิ่งศักดิ์

สิทธิ์ที่ตนเองเชื่อถือ เช่น ในรายของน้ำอืด เมื่อเกิดเจ็บป่วย พุดไม่ได้ เดินไม่ได้ ภรรยา น้ำอืด ซึ่งเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์สามารถช่วยให้อาการของน้ำอืดดีขึ้นได้ ก็ใช้วิธีต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้หายป่วย ดังคำบอกที่ว่า " พี่ก็บนไว้ละ เงินที่ไม่มี พี่ก็บนบวชไว้ที่วัดพระธาตุนคร ขอให้พุดได้ละ ให้ช่วยตัวเองได้ ถึงทำงานไม่ได้ก็ไม่ว่านะ พอแกพุดได้ ช่วยตัวเองได้ที่ก็จะให้แกไปบวชที่นครนะ บวชแก่นบน พี่เองไม่ได้บวชหรอกน้องที่ต้องการให้ลูกกิน บวชทั้งคู่ก็ไม่ไหว ไม่มีคนหาเลี้ยงลูก " (ภรรยา น้ำอืด สัปดาห์ที่ 2)

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (9 ราย) เลือกรักษาด้วยการบีบนิ้วและใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้ เป็นอำนาจอันชอบธรรมของผู้ป่วยในการเลือกบริการด้านสุขภาพที่มีหลายรูปแบบในปัจจุบัน ตามความพึงพอใจและการตัดสินใจของผู้ป่วยหรือญาติ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขึ้น สิ่งแรกของผู้ป่วยและผู้ดูแลค้ำเนินถึง คือการลดความปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อและช่วยการไหลเวียนของโลหิต จึงตัดสินใจเลือกการบีบ นิ้วเป็นสิ่งแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจริยวัตรและคณะ (2541) ที่กล่าวว่า กลุ่มอาการผู้ป่วยที่ไปรักษาที่แพทย์แผนไทยมากที่สุดคืออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อกระดูกเสื่อม ทั้งนี้เหตุผลสำคัญในการรักษาที่หมอบ้านเพราะรักษาดีและตรวจละเอียดและมีจุดเด่นในการรักษาว่าเป็นการรักษาแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มหนึ่ง เชื่อว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลทางไสยศาสตร์ และเชื่อว่าการแก้ไขความผิดปกติ หรือการช่วยให้อาการผิดปกตินั้นลดลง ต้องใช้วิธีการต่อรองกับสิ่งที่ตนเองเชื่อถือว่าจะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองเชื่อถือนั้นพอใจ เหตุผลเรื่องความเชื่อในสาเหตุของการเจ็บป่วยและวัฒนธรรมในการเลือกวิธีการรักษาของชุมชนแต่ละแห่งย่อมแตกต่างกันไป ความเชื่อในเรื่องไสยศาสตร์กับการเจ็บป่วย ซึ่งเชื่อในอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติ การทำพิธีสักการะบูชาเพื่อให้สิ่งที่ตนเชื่อมีนั้นเมตตาให้การช่วยเหลือ ไม่ทำร้ายหรือลงโทษ เป็นแนวคิดซึ่งเกิดจากผลลัพธ์ของกระบวนการปรับตัวทางสังคม และการแสวงหาความมั่นคงทางจิตใจของมนุษย์ (แสงโสม, 2541) ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลที่บ้าน ต้องมีความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้รับบริการ ที่จะแสวงหาแนวทางการรักษาตามความเชื่อ ความเข้าใจของตนเองหรือของชุมชนที่อยู่ เพื่อความสบายใจของผู้รับบริการ เป็นการเสริมสร้างกำลังใจในการต่อสู้กับพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแนวคิดหรือความเชื่อที่พิจารณาแล้วเห็นว่าวิธีนั้นช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และไม่ขัดขวางต่อการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมทั้งมีประโยชน์อื่น ๆ เช่น ประหยัดและเป็นวิธีที่ผู้ป่วยพึงพอใจ ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติต่อไป

2.1.4 ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูด ต้องได้รับการประเมินและฝึกจากนักอรรถบำบัด เมื่อผ่านวงจรที่ 1 แล้ว ผู้วิจัยประเมินพัฒนาการด้านการพูด พบว่าผู้ป่วยบางรายมีความก้าวหน้าและคาดว่าสามารถฝึกพูดได้เอง ในขณะที่บางราย จำเป็นต้องได้รับการฝึกจากนักอรรถบำบัด แต่จากปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินเองได้ ไม่สามารถเข้ารับบริการในห้องฝึกพูด ซึ่ง

ไม่เอื้ออำนวยต่อการใช้รถเข็นหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอื่น และโดยปกตินักอรรถบำบัดรับผิดชอบฝึกพูดในกลุ่มเด็กพัฒนาการล่าช้า ซึ่งมีผู้มารับบริการมาก ทำให้การฝึกพูดไม่สามารถทำได้ตามแผนการดูแล

ผู้วิจัยขอยกตัวอย่าง การส่งปรึกษาในรายของลุงเยื่อน ซึ่งได้พัฒนาระดับความสามารถจนเดินเองได้ ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากนักอรรถบำบัดเพื่อจัดเวลาให้กับผู้ป่วย ซึ่งได้จัดให้ฝึกในวันพุธ ช่วงบ่าย ผู้วิจัยร่วมวางแผนกับผู้ดูแล เตรียมผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อเข้ารับการฝึกพูด โดยอธิบายให้ลุงเยื่อนเข้าใจขั้นตอนของการฝึกและสอบถามถึงความสมัครใจก่อนไปรับบริการ ลุงเยื่อนมีท่าทีเต็มใจ และมีความกระตือรือร้นการไปฝึก ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลที่ว่า " พ่อแก่รู้ว่าจะไปไหน แกตั้งใจนะฉันว่า พอตื่นเช้าฉันบอกให้อาบน้ำ แต่งตัวแกเข้าไปเลือกเสื้อผ้าเองเลยนะ พอกินข้าวเที่ยงเสร็จ แกก็แต่งตัวรอฉันก็บายใจว่าพ่อคงจะหลงได้แน่คราวนี้ เห็นแกตั้งใจไปแหละนะ วันที่ไปฝึกที่ก็เห็นไซ้ใหม่ พ่อแกยิ้มแย้มไม่เครียดอะไรเลยนี่" หลังจากเข้ารับการฝึกพูด ผู้วิจัยตามไปเยี่ยมที่บ้านพบว่าผู้ป่วยยังมีที่ท่าปกติ รับประทานอาหารได้และพยายามส่งเสียง พูดคุยกับผู้วิจัยอยู่ตลอดเวลาและผู้ดูแลบอกว่านักอรรถบำบัดนัดให้ไปรับการฝึกทุกวันพุธ โดยผู้ดูแลได้อธิบายวิธีการฝึกให้ทราบดังนี้ " เขาสอนเกี่ยวกับการแยกสี รูปทรง การเทียบตัวเหมือน แกทำได้ราวสัก 12 นะถ้าว่าจะแถมเต็ม 20 นะ เพราะว่าใช้เวลานาน หมอ(นักอรรถบำบัด)ว่าสมองพ่อช้า เขาบอกว่าไม่ต้องมาฝึกที่บ้าน ให้กลับไปหาเขาอีก พอฝึกได้หลาย ๆ ครั้งเขาจะให้การบ้านมาทำ แต่ฉันก็ทำนี่ เอาไม้ไอติมมีมาให้แกเลือกดู แกก็ทำได้ บางทีฉันก็เอาไฟมาผสมสีให้แกทำเวลาฉันเลือกเลข 3 มา แกก็เลือกเลข 7 นะ ทำได้ดีดี พ่อเลือกถูกเครื่อง เออ ตอบรับได้ดีนี่ ทำเหมือนปกติ แต่ว่าเวลาที่แกไม่เข้าใจคือตอนที่พูดภาษากลาง ถ้าไม่เน้นหนัก พ่อแกจะไม่เข้าใจ อย่างรูปทรง เขาก็ถือไว้ รูปทรงสีเหลี่ยมกับวงกลมแล้วเขาก็ถามว่าอันไหนสีเหลี่ยมนี่พ่อแกจะบอกไม่ได้ " แต่เมื่อผู้วิจัยติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้ไปฝึกตามนัด ผู้ดูแลบอกว่าลุงเยื่อนไม่ยอมไปโรงพยาบาล ไม่ยอมแต่งตัว นั่งซึม ไม่พูดกับใคร ผู้วิจัยได้พยายามสอบถามแต่ไม่สามารถเข้าใจคำตอบได้ จึงได้กลับมาประสานกับนักอรรถบำบัด เพื่อขอให้ประเมินและฝึกผู้ป่วยที่บ้าน แต่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากต้องดูแลการฝึกผู้ป่วยที่รับผิดชอบในคลินิก จึงขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในการพัฒนาความสามารถผู้ป่วยที่บ้านให้แก่ผู้วิจัยเพื่อนำไปสอนผู้ดูแลให้ฝึกผู้ป่วยต่อ และเมื่อไปประเมินพบว่าลุงเยื่อนยังไม่สามารถทำตามกับผู้ดูแลสอน ผู้วิจัยจึงได้ประสานงานนัดนักอรรถบำบัดใหม่และนัดหมายกับผู้ป่วยในการไปรับการฝึก ซึ่งลุงเยื่อนก็ตอบรับ แต่เมื่อถึงวันนัด ปรากฏว่านักอรรถบำบัดติดราชการนอกโรงพยาบาล ไม่สามารถให้บริการฝึกได้ จึงขอเลื่อนนัดไปอีก 2 สัปดาห์ เมื่อถึงวันนัด ลุงเยื่อนก็ไม่ยอมไปฝึก เมื่อถูกรบเร้าจากผู้ดูแลมาก ๆ ลุงเยื่อนก็ร้องไห้ ดังคำบอกเล่า " ไม่รู้หรือ(ทำไม)พอตอนหลังชวนแกว่าไปฝึกอีกนะ แกก็ทำเสียงยี้แล้วก็บิด(สะบัด)หน้า ไม่เอา พอฉันเข้าซึ่มมาก ๆ แกเลยร้อง นิ่ง ๆ อยู่ก็ร้องออกมา นิ่งอยู่ข้างฝาแล้วร้องถามก็ไม่ว่าไร ร้อง ๆ จนหลับไป ชวนอาบน้ำก็ไม่เอา ข้าวก็ไม่กิน ปกติแกไม่ร้องแล้วนะ เคยร้องอยู่เหมือนกันตอนที่แรกเป็นนั่นนะ หลัง ๆ นี่ไม่หอน(เคย)ร้อง เพิ่งมีอาการหนักนี้แหละที่ได้บังเกิดร้องขึ้นมาตอนที่ชวนไปฝึกนี่แหละ ฉันว่าสงสัยมันจะนานเกิน แกคงเบื่อบางทีแกก็ไม่เข้าใจ ไม่รู้เรื่องที่หมอบอก แกเลยไม่ยอมไปนะฉันว่า " ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ดูแลตามใจผู้ป่วย ไม่บังคับหรือเข้าซ้ำให้ไปฝึกพูด ซึ่งอาจจะก่อ

ให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยได้ รอให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจก่อน ผู้วิจัยจึงร่วมสะท้อนกับผู้ดูแล ในการฝึกให้ ลุงเยื่อนอกกำลังกล้ามเนื้อรอบปากและลิ้น เพื่อเตรียมพร้อมรับการฝึกพูด และให้พยายามฝึกกิจกรรมที่ นักอรรถบำบัดได้แนะนำไว้ต่อเนื่อง

โดยสรุป การพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ป่วย สามารถทำได้หลายประการ แต่สิ่งที่ต้อง คำนึงถึงคือ การปฏิบัติต้องสอดคล้องกับความเชื่อของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพราะความเชื่อ เป็นความรู้สึกที่ เป็นเสมือนความหวังที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางจิตใจของผู้ป่วย การขัดแย้งหรือไม่ยอมรับความเชื่อนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจหรือเห็นว่าเป็นข้อขัดแย้งในการปฏิบัติ แต่ถ้าผู้ให้บริการให้ความสนใจและยอมรับ ความเชื่อนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและตั้งใจในการรักษา เพราะยังหวังในความมหัศจรรย์หรือ เหตุการณ์ที่เหนือธรรมชาติ เช่น การเสดาะเคราะห์หรือการบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ เป็นภาวะนอกเหนือตนเอง เป็นการหาความมั่นคงหรือการสนับสนุนให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต (Ellis and Nowlis, 1994 ; Dossy, et al., 1995 อ้างตาม โชมพักตร์, 2541) แต่ผู้ให้บริการต้องพิจารณาว่าความ เชื่อมั่น ต้องไม่ขัดขวางต่อกระบวนการรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย หรือเกิดอันตรายต่อ ผู้รับบริการด้วย

2.2 ส่งเสริมการปรับบทบาท เพื่อลดความเครียดของการดูแล การฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน ทำให้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ หดงำลังใจ เพราะแม้จะใช้ความพยายามในการฝึกตามแผนการฟื้นฟู สภาพ แต่อาการยังไม่ดีขึ้นตามที่คาดหวังไว้ ในขณะที่ผู้ดูแลก็เกิดความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย ไม่ ทราบว่าตนเองต้องดูแลผู้ป่วยไปอีกนานเพียงใด การจัดบริการแก่ผู้ดูแลมีดังนี้

2.2.1 การจัดแบ่งหน้าที่ เพื่อให้ผู้ดูแลได้เปลี่ยนบทบาท การส่งเสริมให้ผู้ดูแลปรับตัวกับ บทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในบรรยากาศของการดูแล ทำให้สัมพันธภาพ ในครอบครัวดีขึ้นได้ ตัวอย่าง กรณีของลุงเยื่อน ซึ่งมีเยาว์ ลูกสาวคนเล็กเป็นผู้ดูแล ในขณะที่พี่สาวและพี่ ชายซึ่งมีบ้านพักอยู่ใกล้เคียง แต่ได้ปล่อยให้เป็นหน้าที่ของเยาว์รับผิดชอบการดูแลทั้งหมด ทำให้เยาว์รู้สึก เหน็ดเหนื่อย ประกอบกับในระยะหลัง ๆ ลุงเยื่อนไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด จึงเกิด ความรู้สึกท้อแท้และเป็นทุกข์ แต่ไม่กล้าระบายกับพี่ ๆ เพราะไม่ทราบว่าพี่ ๆ จะคิดอย่างไร ดังคำบอกเล่าที่ ว่า " อยากให้หมอ(ผู้วิจัย)ช่วยพูดกับพี่ ๆ เขาด้วย เวลาฉันพูดมันจะไม่ได้ ฉันเป็นคนที่เขาใจฟ่ออยู่คนเดียว คนอื่นเขาถึงเวลาก็เอาข้าวมาให้ อย่างอื่นไม่ได้ช่วย ไม่ได้ชวนคุยอะไรเลย แบบการเอาใจใส่นี้ไม่มี ฉันก็ ทุกข์ใจนะที่ฟ่อเป็นแบบนี้ ข้าว ยา ถึงกำหนดฉันต้องทำให้หมด ให้แม่ทำก็ไม่กล้า กลัวแก้ทำไม่ถูก เดี่ยว กินยาผิดไม่ได้ผลแล้ว ฉันยอมทุกอย่าง ยางนี้บางทีไม่ได้เก็บ ต้องรีบหลบ(กลับ)มา ถึงคนอื่นทำให้ไม่ได้ เขาว่าเขาไม่มีเวลานะ ฉันให้เวลากับฟ่อได้นะ มันเสียความรู้สึกนะ ฉันต้องเอาทุกอย่าง ฉันก็ไม่รู้เขาคิด หรือ(ยัง)ง)นะ ฉันก็ไม่บายใจ แต่ก่อนແหลง(พูด)กันว่าเหมือนกับฟ่อคืนหลบ(กลับ)มาใหม่ พร้มพริ้อ(ยัง)ง)

ก็ทำกับพ่อให้ดี ตอนที่พ่อล้มนอน ไม่มีใครเห็นเลย ผ่านมา ผ่านไปนี่แหละนะ ฉันนี่แหละที่มาแล(มาดู) สภาพที่พ่อนอนอยู่อาการเหมือนคนที่ไม่มีชีวิต จนถึงทำให้พ่อทุกอย่างเลย"

ผู้วิจัยจึงได้สอบถามบุตรของลุงเอี้ยน เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล พบว่า พี่คนอื่นก็อยากมีส่วนในการรับผิดชอบดูแลพ่อ แต่ไม่กล้าบอกเขารัวเพราะเกรงว่าจะน้อยใจ ประกอบกับลุงเอี้ยนรักและเชื่อฟังเขารัวมากกว่าคนอื่น ผู้วิจัยจึงได้ประสานในการจัดแบ่งหน้าที่ในการดูแลลุงเอี้ยนเพื่อให้เขารัวได้พัก โดยเขารัวรับหน้าที่ในด้านการจัดหาอาหารและยา ขอยุควันเสาร์หรืออาทิตย์สลับกับพี่สาวคนโต เพื่อให้เวลาแก่ครอบครัวตนเองบ้าง ส่วนพี่ชายมีหน้าที่ในการฟื้นฟูสุขภาพ โดยบอกให้ลุงเอี้ยนได้รับทราบถึงการตกลงด้วย เพราะแม้ว่าลุงเอี้ยนพูดไม่ได้ แต่สามารถเข้าใจสิ่งที่พูดคุยกันได้ และจากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ในระยะหลัง ลุงเอี้ยนได้เดินไปบ้านของบุตรคนอื่นบ้าง ไม่นอนอยู่ที่บ้านของตนเองอย่างเดียวเหมือนเมื่อก่อน เขารัวก็ได้มีเวลาให้ครอบครัว มีโอกาสผลัดเปลี่ยนบทบาทของตนเองบ้าง ทำให้มีกำลังใจทำหน้าที่ผู้ดูแลต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังคำบอกเล่าของเขารัว ที่ว่า " พักนี้ค่อยบาย(สบาย)หน่อย ฉันพอได้ พักบ้าง วันเสาร์ - อาทิตย์ พอได้พาลูกออกตลาด(ตลาด)บ้าง เมื่อก่อนไม่ได้ว่างมือไปไหนเลย เด็ก ๆ ก็อยากให้พาไปด้วย แต่อย่างไรก็อดห่วงไม่ได้ เวลาจะไปไหนฉันก็ต้องดูพอก่อนว่าได้กินข้าว กินยาแล้วม่าย (หรือยัง) ไม่กล้าทิ้งแกลเดียวน้อยใจอีก พ่อแกยิ่งขึ้นน้อยใจอยู่ ถ้าไม่พอใจก็ไม่เอาเลย ใครพูดยังงี้ก็ไม่เชื่อแล้ว ต้องค่อย ๆ บอกแก เวลาจะไปไหน ฉันก็ไม่เบือแรง(มาก)ได้ออกไปเห็นอะไรบ้าง"

2.2.2 การปรับวิถีหารายได้ของครอบครัว การฟื้นฟูสุขภาพที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดรายได้ จากการเจ็บป่วยโดยตรงหรือจากการที่ผู้ดูแลต้องให้เวลาแก่ผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ส่งผลถึงการหารายได้ของครอบครัวตนเองด้วย ตัวอย่างเช่น น้อยซึ่งดูแลป้าบล โดยปกติน้อยแยกครอบครัวและอาศัยอยู่บ้านใกล้ ๆ ป้าบล และมีรายได้จากการเลี้ยงนกกระทาเพื่อขายไปนกกระทา แต่เมื่อน้อยต้องมาดูแลป้าบลตลอดเวลา การให้อาหารนก การทำความสะอาดกรงนกก็ทำไม่ได้ตามกำหนด ทำให้นกตายลงจำนวนมาก ซึ่งน้อย ได้สะท้อนให้ผู้วิจัยฟังว่า " ไม่มีใครดูแลนกให้เลยตอนที่ น้อยเองก็ไม่ว่าง แม่แกเรียกทั้งวัน ต้องทำอะไรให้แม่เสร็จก่อนถึงจะทำของตัวเองได้ กว่าจะได้เข้ากรงนกก็สาย บางทีให้อาหารนกยังไม่เสร็จดีแกก็ส่งเสียง ก็ต้องรีบทิ้งมา กรงนกก็ไม่ได้เก็บกวาด นีก็ตายไปเยอะ เป็นสิบ ๆ ตัวเลย เพราะมันสกปรกไม่ได้ จะจ้างคนมาช่วยก็ไม่คุ้ม ลูกก็ไปโรงเรียนแล้ว ว่างมาช่วย นีว่าจะหาอย่างอื่นทำมาดิเนะ ทำแบบเดิมไม่ไหวแล้ว เอาไม่ทันจริง ๆ "

ผู้วิจัยจึงได้วางแผนช่วยเหลือน้อยโดยขอให้ลุงเสริม สามีป้าบล มีหน้าที่จัดหาอาหารแทน ส่วนน้อยดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ เช่น เตรียมของเครื่องใช้ในการอาบน้ำ แต่งตัว และกระตุ้นให้ป้าบลพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น แต่เนื่องจากป้าบล มีปัญหาการเคลื่อนไหวย้ายตัวเองจากการอ่อนแรงของแขนและขา ประกอบกับยังไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ ทำให้การตอบสนองความต้องการเป็นไปด้วยความยากลำบาก น้อยต้องให้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพป้าบลมาก และป้าบลไม่ค่อยร่วมมือในการฝึก ทำให้น้อยไม่สามารถจัดเวลาให้กับการเลี้ยงนกตามที่เคยปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจึงได้ส่งเสริมให้น้อยปรับวิถีการหารายได้ใช้อื่นแทน สุดท้ายน้อยต้องเลิกเลี้ยงนกกระทาและ

เปลี่ยนอาชีพมาเป็นปลูกมะลิและเก็บดอกมะลิขาย เนื่องจากมีพื้นที่ว่างใกล้บ้าน สามารถปลีกรเวลาในการดูแลและเก็บดอกมะลิ หลังจากจัดการดูแลป่าปลให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เสร็จสิ้นแล้วได้ ทำให้น้อยมีความพึงพอใจที่สามารถให้การดูแลแม่ไปพร้อม ๆ กับสามารถหารายได้ของตนเองด้วย

เห็นได้ว่า กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติ มีทั้งกิจกรรมการพยาบาล การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ รวมทั้งการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลา ทำให้ผู้ดูแลสูญเสียความเป็นอิสระ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลทั้งด้านครอบครัวและสังคม อีกทั้งยังเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลได้ (เพ็ญกลดา, 2539) ผู้ดูแลต้องการโอกาสในการละบทบาทการเป็นผู้ดูแลบ้าง สมาชิกคนอื่นต้องเห็นใจ เข้าใจและให้การช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา (2540) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลที่ต้องรับภาระการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน จะต้องการความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจและความห่วงใยเมื่อรู้สึกท้อแท้ บทบาทของพยาบาลที่เยี่ยมบ้าน คือการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความหวังและความพยายามในการฝึกปฏิบัติตามแผนการจัดการเฉพาะราย การได้มีโอกาสละจากบทบาทผู้ดูแล เพื่อให้ได้ทำธุระส่วนตัวหรือเปลี่ยนบรรยากาศบ้างช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นภาระมากเกินไป การมีโอกาสออกสู่งานหรือคลายเครียดนอกบ้าน หรือมีเวลาให้แก่ครอบครัวของตนเองบ้าง ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อการเป็นผู้ดูแลต่อไปได้ ทั้งนี้การแก้ไขปัญหาก็ต้องเป็นการตัดสินใจของผู้รับบริการ บทบาทของผู้ให้บริการ ควรเป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญห แต่ไม่เป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางดังกล่าว การให้บริการสุขภาพที่บ้าน ทำให้ผู้ให้บริการมีโอกาสได้ทราบความเป็นไปและสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการมากกว่าการให้บริการในสถานบริการ สามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการได้ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากกว่า แต่ทั้งนี้ ผู้ให้บริการต้องมีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมของร่วมกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นด้วย

2.3 **ปรับวิธีการจัดบริการ** ผู้วิจัยได้ร่วมสะท้อนคิดกับทีมสุขภาพ ในการปรับปรุงวิธีการจัดบริการตามแผนการจัดการเฉพาะราย โดยการสะท้อนในวงจรที่ผ่านมา พบว่า กิจกรรมการประชุมทีมสุขภาพเพื่อสรุปปัญหาและวิธีแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ จากปัญหาเวลาที่ว่างที่ไม่ตรงกันและผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรอประชุม ขณะมารับบริการที่โรงพยาบาล จึงปรับเป็นการประชุมกลุ่มย่อย เพราะผู้วิจัย ในฐานะผู้จัดการเฉพาะรายมีโอกาสได้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ให้การรักษา ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแล แพทย์ประจำคลินิกสมองและระบบประสาท และพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ซึ่งดูแลผู้ป่วยที่บ้านและร่วมให้บริการที่คลินิกสมองและระบบประสาท ขณะที่ผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิก และกลุ่มที่ให้การฟื้นฟูซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแล แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการประเมิน FIM score และฝึกกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ และได้แก้ไขความซ้ำซ้อนของการประเมินผู้ป่วยก่อนการฝึกกายภาพบำบัด โดย

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยและกำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ ส่วนนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด เป็นผู้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยตามแผนโดยไม่ต้องประเมินซ้ำ ตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ให้การรักษาว่า " ผมว่าเราน่าจะลดเวลาในการรับบริการให้น้อยลง อย่างเช่นการลัดชั้นตอนที่ไม่ว่าจำเป็น หรือเลือกทำกิจกรรมที่จำเป็นก่อนหรือเลือกทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การประเมินความสามารถของผู้ป่วย ตอนนี้จะถูกประเมินละเอียดอยู่ 2 ครั้งคือตอนที่หมอประเมินตามแบบประเมินกับตอนที่นักกายภาพประเมินก่อนสอน ซึ่งผมว่าถ้าลดจำนวนครั้งลงได้ก็น่าจะลดเวลาลงได้บ้าง ถ้ามาประเมินพร้อมกันไม่ได้ก็น่าจะประเมินครั้งเดียวแล้วเขียนไว้ให้นักกายภาพเขาดูต่อได้ เพราะการประเมินมันก็มีแบบประเมินที่กำหนด scale ของมันอยู่แล้ว ใครดูก็เข้าใจว่าคนไข้มีการเปลี่ยนแปลงไปยังไงบ้าง จะได้เลือกกิจกรรมในการฝึกให้คนไข้ได้เลย "

การกำหนดวิธีการจัดบริการ ควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ของทีมผู้ให้บริการ เช่น พยาบาลวิชาชีพ ประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน หรือนักกายภาพบำบัด ซึ่งต้องเป็นผู้ปฏิบัติต่อไป คือการปรับรูปแบบการประชุมกลุ่มใหญ่ เป็นการประชุมกลุ่มย่อยแทน และลดการประเมินที่ซ้ำซ้อนกันลง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเร็วขึ้นด้วย

2.4 ร่วมกันพัฒนาสื่อ ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ปรับปรุงคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคู่มือดูแลตนเองที่บ้านใหม่ วมเป็น คู่มือครอบครัว : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีขนาดตัวหนังสือที่ใหญ่ขึ้น และเพิ่มภาพประกอบที่สามารถสื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจวิธีการฟื้นฟูและสามารถปฏิบัติตามได้ รวมทั้งได้สรุปเนื้อหาให้เป็นหมวดหมู่และลดเนื้อหาหลงให้เหลือเท่าที่จำเป็น เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น

3. ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการจัดบริการสุขภาพที่บ้านในวงจรที่ 2 ปรากฏผลดังนี้

3.1 ผู้ให้บริการ

3.1.1 ให้การดูแลต่อเนื่องได้ การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ อย่างเป็นขั้นตอน ทำให้ผู้รับบริการปรับตัวกับบทบาทใหม่ได้ และสามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น สามารถปรับบริการตามแผนการดูแลเฉพาะรายได้ ทำให้การดูแลของทีมต่อเนื่องและได้ผลขึ้น ดังคำบอกเล่า " เดิมนั้นคนไข้ไม่ฝึกหนักอีกแล้วนะ คงเป็นเพราะว่าไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยเหมือนเมื่อก่อน คนไข้ก็เลยมาได้ รู้สึกว่าให้มาทุก 2 อาทิตย์นี่คนไข้ไม่ป่นนะ ไม่เหมือนคราวก่อนที่ต้องมาฝึกทุกอาทิตย์ คนไข้ไม่ค่อยมา" (นักกายภาพบำบัด สัปดาห์ที่ 5)

3.1.2 ได้สื่อที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่จัดทำใหม่ ให้มีขนาดตัวหนังสือที่ใหญ่ขึ้นและมีรูปภาพประกอบการฝึกกายภาพบำบัดตามแผนการฟื้นฟูสภาพ

ให้แก่ผู้รับบริการทดลองอ่านและนำมาปรับปรุง จนได้คู่มือที่ทีมสุขภาพประเมินร่วมกันว่าเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ดังคำบอกเล่าที่ว่า " คราวนี้ตัวหนังสือโตขึ้นนะ อ่านง่ายหน่อย วันก่อนให้ลุงคล้อยลองอ่านดู แกก็บอกว่าดีขึ้น ไม่ต้องเพ่งมาก แกยังมีรูปเยอะขึ้น ก็ช่วยได้เยอะ บางทีคนไข้ก็ชี้เกี่ยจอ่าน อาศัยดูรูปก็ทำได้แล้ว " (พยาบาลวิชาชีพ สัปดาห์ที่ 5)

3.2 ผู้รับบริการ เมื่อผ่านกระบวนการปรับตัวและรับรู้ว่าตนเองต้องมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพตามแผนการดูแลเฉพาะราย โดยผู้ให้บริการ มีหน้าที่ในการสนับสนุนให้ความรู้ คำแนะนำ บุคคลที่มีความสำคัญที่สุดในการฟื้นฟูสภาพคือตัวผู้ป่วย ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับการดูแลเป็นผู้ปฏิบัติเอง และจากการสะท้อนร่วมกับผู้รับบริการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามความรับผิดชอบของตนเองได้ดีขึ้น ดังรายละเอียด

3.2.1 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ว่า อาการของตนเองดีขึ้นเนื่องจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ภาระในการช่วยเหลือของผู้ดูแลลดลง ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ก็สามารถพัฒนาการสื่อสาร ด้วยท่าทางให้ผู้ดูแลรับทราบความต้องการได้ ดังคำบอกเล่า

" รู้สึกมันดีขึ้นมากนะ พูดบางคำก็รู้เรื่องแล้ว คำไหนที่ลิ้นไม่ออกมาข้างนอกพอฟังได้ แต่คำที่ลิ้นออกมาข้างนอกนี่ฟังไม่รู้เรื่องเลย อย่างออกข้าว บางทีก็ได้ขีด อย่างกับกินยาหลังอาหารนี้ถ้าเราเข้าไปสัก 10 หรือ 15 นาทีก็เตือนแล้ว แกออกเสียงตา ตา แล้วชี้ที่ถุงยา เราก็รู้ว่าแกขอยาแล้ว " (สามีพยาบาล สัปดาห์ที่ 5)

3.2.2 ทำกายภาพบำบัดได้ เมื่อผ่านการฝึกหัด การทำกายภาพบำบัด ตามแผนการดูแลเฉพาะราย ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วย เป็นผู้ปฏิบัติกรฟื้นฟูสภาพร่างกายตนเอง ภายใต้การสนับสนุนของผู้ดูแล และการติดตามเยี่ยมของพยาบาลจากศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เพื่อทบทวนและชี้แนะวิธีการปฏิบัติที่พบว่ายังมีการบกพร่อง แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพได้ถูกต้อง ผู้รับบริการเห็นว่าเมื่อรู้วิธีการแล้ว การฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านจะสะดวกกว่าเพราะสามารถทำได้ทุกเวลาที่ต้องการ แม้ว่าจะไม่ได้ทำตามลำดับกิจกรรม แต่ก็พยายามทำทุกท่าที่ได้รับการสอน ทำให้เกิดความมั่นใจว่า สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องคอยความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ดังคำบอกเล่า

" เมื่อก่อนมันก็ทำไปตามเรื่องตามราวแหละ แบบที่เขาสอนนั้น ไม่ทอน(เคย)ทำมาก่อน พอหมอ (นักกายภาพบำบัด)ให้ลุงหัดทำวันที่ไปฝึกกับเขานะ เขาสอนให้ทำ กลับมาลุงก็ทำเอง ใจลุงยังชอบว่าทำที่บ้านนี่มันทำได้มากกว่า เพราะว่าเรานี้ก็จะทำก็ทำพัน(แบบ)นั้น ทำที่บ้านมันก็เหมือนกับที่เขาสอนให้ทำที่โรงพยาบาลนั่นแหละ เขาบอกให้ทำไปเรื่อย ๆ ถ้ายังทำไม่ได้ก็ต้องทำต่อไปเรื่อย ๆ ให้มากขึ้น ๆ มันก็จะตัวเอง

ลุงก็ว่าตอนนี้ไม่ต้องให้ใครช่วยแล้วก็ได้ อะไร ๆ ก็ทำได้เองหมดแล้ว มันก็ยังไม่ได้มีร้อยแหละนะ แต่ก็ดีขึ้น
 ลุย(มาก) ถ้าได้ทำทุกวัน ๆ ตามที่เขาสั่ง น่าจะได้เหมือนเดิมนะลุงว่านะ " (ลุงคล้าย สัปดาห์ที่ 5)

3.2.3 ปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้นจริง เมื่อผ่านกระบวนการลองผิดลองถูกเกี่ยวกับการรักษา
 พยาบาล ตามความเชื่อมาได้ระยะหนึ่ง ผู้รับบริการสามารถประเมินได้ว่า แนวทางการรักษาที่เหมาะสม
 สำหรับตนเองประกอบด้วยการรักษาทางยา ร่วมกับการฝึกฝนกิจกรรมกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด
 ตามแผนการดูแลเฉพาะราย เพื่อกระตุ้นและฟื้นฟูการทำงานของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง หรือสูญเสียหน้าที่ไป
 จากพยาธิสภาพของโรค ให้สามารถกลับคืนสู่ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ในขณะที่การนัดก็เป็นการ
 ผ่อนคลายการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ซึ่งไม่ได้ขัดขวางกระบวนการรักษา นอก
 จากการนัดที่รุนแรงจนเกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้รับบริการได้สะท้อนให้ผู้วิจัยฟังดังนี้

" เรื่องนัดนี่ ผมก็ให้เขานัดนะแต่ว่าให้นัดเบา ๆ ไม่ให้ทำแรง ๆ ถ้าไม่นัดเลยมันจะรู้สึกว้า
 มันทรมานทรมานจากการปวดเมื่อยนะ ถึงถ้าเราให้เขาหย่า ๆ แบบนี้ มันก็ยังชั่วไปนะ แต่ว่าถ้านัดอย่าง
 เดียวมันก็คงไม่หายนะ ใจผมนี่คิดว่าถ้าเรารักษาหมอนบ้าน แต่เราไม่ได้ไปเอายาจากหมอโรงพยาบาลมากิน
 แล้วที่เกี่ยวกับเส้นเลือด เส้นอะไรมันจะขยายได้หรือ(ยังง) เราก็ไม่รู้เหมือนกัน แต่ถ้ากินยาแบบที่หมอ
 บอก ว่าเป็นยาขยายเส้นเลือดไปด้วย แล้วเราก็ฝึกกายภาพแบบที่หมอ(นักกายภาพบำบัด)เขาสอน มันก็ดีขึ้น
 ขึ้นจริงแหละ หมอเขาไม่ห้าม อยากนัดก็ได้อะ ผมก็นัดบ้าง ไม่นัดบ้าง แล้วแต่เบี่ย " (น้ำริน สัปดาห์ที่ 5)

3.2.4 สมาชิกช่วยเหลือ มีกำลังใจ ทำได้เอง จากการติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำใน
 การแก้ไขปัญหาของพยาบาลเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าผู้ให้บริการไม่ทอดทิ้ง ผู้รับ
 บริการสามารถขอคำปรึกษาจากพยาบาลที่ไปเยี่ยมบ้านได้ตลอดเวลา และสามารถต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลง
 แปลงที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตได้ เพราะการที่ได้รับการสนับสนุน ดูแล ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก
 ความเอาใจใส่ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดของคนรอบข้าง มี
 อิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้ดีขึ้น (ผ่องศรี, 2540) การที่ผู้ดูแลหรือ
 สมาชิกในครอบครัวให้เวลาในการเอาใจใส่เมื่อมีเวลารว่างจากการทำงานประจำ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ
 การปฏิบัติตน หรือการช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็น
 ที่รักและเอาใจใส่ของครอบครัว รู้สึกอบอุ่นและมีกำลังใจในการฝึกกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายตาม
 แผนการดูแลเฉพาะราย ผู้รับบริการ ได้สะท้อนให้ผู้วิจัยทราบถึงความมั่นใจ ในการช่วยเหลือตนเองดังนี้

" หมอ(พยาบาลเยี่ยมบ้าน)เขาก็เอาใจใส่ดี พุดจาดี ไม่ทอดทิ้งเรา มันก็มีกำลังใจดีนะ เวลาเขา
 มาเยี่ยมมันก็ได้ใกล้ชิดกันด้วย ถึงเราไม่ค่อยได้ไปโรงพยาบาล เขาก็มาบอก มาแนะนำให้เราทำ เราทำแล้วมัน
 ก็หายทันตาเหมือนกัน เขาสอนแบบไหนเราก็ทำตาม ตอนนี่ก็ดีขึ้นมาก กินข้าว อาบน้ำนี่ไม่ต้องรอให้ใคร
 ช่วย ทำได้เองหมด แต่งตัวนี่เมื่อก่อนต้องให้คนช่วย กลัวจะล้ม เดียวนี่ไม่ต้องแล้ว เราทำเองได้ก็ค่อย ๆ
 ทำไป " (ยายสูงเกียง สัปดาห์ที่ 5)

จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่มีกำลังใจ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลไม่ให้ความสนใจและจัดสรรเวลาช่วยเหลือ ดูแล ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลเฉพาะราย ดังเช่น ในรายของลุงส่อง ซึ่งในระยะหลัง ภรรยาลุงส่องไม่ได้เอาใจใส่ในการฝึกทำกายภาพบำบัด ประกอบกับลุงส่องไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าใจความรู้สึกของลุงส่องได้ ในขณะที่ลูก ๆ ก็ต้องออกไปรับงานนอกบ้านมากขึ้น เพื่อหารายได้มาช่วยเหลือครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลามาช่วยเหลือ ลุงส่องแสดงออกโดยการไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ทำกายภาพบำบัด เมื่อผู้วิจัยตามไปเยี่ยมที่บ้าน พบลุงส่องนอนหลับตาเฉย ๆ ไม่ยอมพูดคุย ซึ่งผู้ดูแลได้สะท้อนให้ผู้วิจัยทราบดังนี้ " ไม่รู้หรือ(เป็นอะไร)ที่พ่อกี้แกไม่ค่อยกินอะไร ของที่แกชอบ ซื้อมาทำให้แกก็ไม่กิน เขาแต่นอน ตามก็ไม่ตอบ ไม่ยิ้ม พอดีพ่อกี้ลูกเขาก็ต้องออกไปซื้อของที่กรุงเทพฯ ราชบุรีบ้าง ไม่ค่อยมีใครมาชวนคุย หลานก็เปิดเทอมแล้วก็กลับไปอยู่กับแม่เขาที่น้ำน้อย แกสงสัยจะเหงานะ ให้ทำกายภาพแบบที่หมอสอน แกก็ทำ 2 - 3 ที่แล้วก็นอน จะยกแกขึ้นป้าก็ยกไม่ไหวถ้าอยู่คนเดียว กลัวแกจะล้มใส่ ข้าวนี้บางมื้อแทบนับเม็ดได้นะ ที่แกกินเข้าไป ก็ไม่รู้จะทำหรือ(ยังง)แล้วนะ ป้าก็หมดกำลังใจ คนเฝ้าก็เบื่อ คนใช้ก็เบื่อ " (ภรรยาลุงส่อง สัปดาห์ที่ 4)

4. การสะท้อนการปฏิบัติ ในวงจรที่ 2 มีปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรค ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ดังนี้

4.1 ผู้ให้บริการ

4.1.1 ปัจจัยสนับสนุน ทีมผู้ให้บริการใช้วิธีการส่งเสริมความสามารถของผู้รับบริการอย่างมีขั้นตอน เริ่มจากตั้งเป้าหมายง่าย ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ การยอมรับวิธีปฏิบัติตามความเชื่อของผู้รับบริการที่พิจารณาว่าไม่ขัดแย้งกับกระบวนการรักษาและฟื้นฟู ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและปฏิบัติตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.1.2 อุปสรรค กระบวนการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด ที่ต้องรอให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวเองเพื่อเข้ารับบริการในห้องฝึกพูด ทำให้การแก้ไขปัญหาล่าช้าและการฝึกพูดที่ใช้เวลานาน วิธีการสื่อสารโดยใช้สำเนียงภาคกลาง ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังนักอรรถบำบัดในกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทำให้การฟื้นฟูด้านการพูดทำไม่ได้ตามแผนการดูแลเฉพาะราย

4.2 ผู้รับบริการ

4.2.1 ปัจจัยสนับสนุน

4.2.1.1 ความหวังโยของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีสมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจ ห่วงใย และสนับสนุนการปฏิบัติตามแผนการดูแล จนพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแล ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่ขาดผู้สนใจหรือผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลเพียงพอ ก็รู้สึกว่าการท้อแท้ เกิดความท้อแท้ และไม่ให้ความร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมตามแผน

4.2.1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและเชื่อมั่นว่าสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ ภายใต้ภาวะความพิการที่ยังหลงเหลืออยู่ โดยมีสมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่ยุ่งยาก ซับซ้อน

4.2.1.3 การมีความหวัง มีกำลังใจ ปฏิบัติแล้วได้ผลดี เกิดความมั่นใจ ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแผนการดูแลเฉพาะราย จนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งขึ้นแต่ละขั้นตอน ทำให้เกิดความมั่นใจและพยายามที่จะก้าวไปให้ถึงเป้าหมายอื่น ๆ ต่อไป จนกว่าจะสามารถพัฒนาตนเองให้ใกล้เคียงกับสภาพปกติมากที่สุด

4.2.2 อุปสรรค

4.2.2.1 ความรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง ไม่มีกำลังใจ การเจ็บป่วยที่ยาวนาน การได้รับข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง หรือการขาดความสนใจจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งรู้สึกท้อแท้และเชื่อว่าตนเองคงไม่สามารถหายจากภาวะความพิการได้ ผู้ป่วยจึงไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูตามแผน ทำให้การฟื้นฟูสภาพไม่ต่อเนื่อง มีผลให้การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยล่าช้าลง ส่งผลต่อผู้ดูแลที่รู้สึกท้อแท้ หหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

4.2.2.2 ไม่สามารถบริหารจัดการกิจกรรมในความรับผิดชอบได้ ผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านรายได้ จากการที่ต้องให้เวลากับผู้ป่วย และไม่สามารถจัดสรรเวลาในการหารายได้ของตนเอง มีผลต่อครอบครัวและเกิดปัญหาด้านจิตใจและด้านสังคมตามมาได้

4.2.2.3 ข้อจำกัดด้านการสื่อสารด้วยคำพูด ทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลส่วนหนึ่งสามารถคาดเดาความต้องการของผู้รับบริการได้บ้าง แต่ต้องใช้ระยะเวลาและต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก เป็นข้อจำกัดที่มีผลสำคัญต่อการตอบสนองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย

5. กลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน กลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านในวงจรถี 2 ประกอบด้วย

5.1 การสร้างความมั่นใจและกำลังใจ การสนับสนุนให้ผู้รับบริการ ตั้งเป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้ อย่างเป็นขั้นตอนและเหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความผูกพันในการพยายามปฏิบัติให้ได้ตามข้อตกลงและยังเป็นการกระตุ้นให้เกิดพลังใจเมื่อสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

5.2 ร่วมสะท้อนวิธีแก้ไขปัญหา เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในกระบวนการให้บริการสุขภาพที่บ้านพยาบาลเยี่ยมบ้านต้องจัดให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการประสานความคิดในการแยกแยะปัญหา หาข้อสรุปและร่วมกันพิจารณาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที เพื่อไม่ให้เกิดบรรยากาศของความเครียดหรือความไม่เข้าใจกันซึ่งอาจมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลเฉพาะรายได้

5.3 การยอมรับและสนับสนุนวิถีปฏิบัติของผู้ป่วย โดยการแสดงความจริงใจในการยอมรับวิถีปฏิบัติตามความเชื่อซึ่งพยาบาลผู้ให้การดูแล ได้พิจารณาแล้วว่าการปฏิบัตินั้น ๆ ไม่ขัดขวางต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ให้บริการและเป็นการสร้างเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ

5.4 การแสดงบทบาททดแทนวิชาชีพอื่น แม้ว่าการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพจะเป็นวิธีการที่ดีและให้ประสิทธิผลต่อผู้รับบริการมากที่สุด แต่จากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการให้บริการในสถานบริการของรัฐ โอกาสที่บุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ จะออกไปให้บริการสุขภาพที่บ้าน จึงเป็นไปได้ค่อนข้างลำบาก พยาบาลเยี่ยมบ้านจึงต้องพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติบทบาททดแทนวิชาชีพอื่นโดยไม่ขัดต่อจรรยาบรรณของวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมั่นใจ

5.5 การเป็นตัวแทนของผู้ให้บริการ เพื่อจัดหาบริการที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด พยาบาลที่ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ต้องประสานการจัดบริการของทีมผู้ให้บริการ จัดทำเป็นแผนการดูแลสหวิชาชีพ นำบริการไปให้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

6. บทบาทของทีม ในวงจรที่ 2 ทีมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนแปลงบทบาท ดังนี้

6.1 นักอรรถบำบัด มีบทบาทเป็นผู้ให้การปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัย (ผู้จัดการเฉพาะราย) ในการนำการฝึกทักษะด้านการสื่อสาร ไปฝึกผู้ป่วยที่บ้าน

6.2 ผู้จัดการเฉพาะราย มีบทบาทที่เพิ่มขึ้นในวงจรนี้ คือเป็นผู้ให้บริการ ทดแทนพยาบาลวิชาชีพของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านและบทบาททดแทนนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและนักอรรถบำบัด ในการฝึกสอนและติดตามการฝึกตามแผนการดูแลที่กำหนดขึ้น และ เป็นตัวแทนของผู้รับบริการ โดยการสนับสนุนผู้รับบริการ ให้ได้รับการดูแลจากวิชาชีพอื่นให้มากที่สุด เพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพขึ้น

ทั้งนี้ สามารถสรุปแผนการดูแลเฉพาะรายในวงจรที่ 2 ได้ ตามภาพประกอบ 4

7. การปรับปรุงแผนการดูแล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ สามารถพัฒนาความสามารถการดูแลตนเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำกายภาพบำบัดตามแผนการดูแลเฉพาะรายได้เพิ่มขึ้น แต่จากระยะเวลาในการดูแลต่อเนื่องที่ยาวนาน มีผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้วิจัยได้วางแผนการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้รับบริการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมเดิมได้

ผู้ให้บริการ	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4 - 5	สัปดาห์ที่ 6
แพทย์ อายุรกรรม	- ประเมินระดับกำลังและกำหนดแผนการรักษา - ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย		- ประเมินระดับกำลังและกำหนดแผนการรักษา - ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย
แพทย์เวชศาสตร์ ฟื้นฟู	- ประเมิน FIM score, กำหนดแผนฟื้นฟูสภาพ - ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย		- ประเมิน FIM score, กำหนดแผนฟื้นฟูสภาพ - ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย
พยาบาลวิชาชีพ ประจำศูนย์	- เยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของผู้รับบริการ - ให้บริการพยาบาล - ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย - ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย	(สัปดาห์ที่ 5) - เยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของผู้รับบริการ - ให้บริการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้รับบริการ	- ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย
นักกายภาพ บำบัด, นัก กิจกรรมบำบัด	- ประเมินความสามารถของผู้ป่วย - ปรับรูปแบบการฝึกที่คลินิกเป็นการให้ผู้รับบริการ ทดลองปฏิบัติและกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน - ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย		- ประเมินความสามารถการทำกายภาพบำบัดและกิจกรรม บำบัดที่บ้านของผู้รับบริการ - ให้ความรู้เรื่อง การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสภาพ - ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย
ผู้จัดการ เฉพาะราย	- เยี่ยมบ้าน - ติดตามการฝึกกิจกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย - จัดทำคู่มือครอบครัว : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่บ้าน - ประสานการปรับแผนการดูแลเฉพาะราย	- เยี่ยมบ้าน - ให้การปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาเศรษฐกิจ - ติดตามการฝึกกิจกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย - ปรับปรุงแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีฯ	- เยี่ยมบ้าน - ติดตามการฝึกกิจกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย - ส่งปรึกษานักอรรถบำบัด - ประสานการปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย
ผู้ป่วยและผู้ดูแล	- ร่วมจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย - ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและไปรับการ ฝึกที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแผน	- ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน	- ร่วมจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย - ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและไปรับการฝึกที่ คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแผน
นักอรรถบำบัด	รับปรึกษาจากทีมผู้ให้บริการเพื่อให้การฟื้นฟูด้านการพูดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา		

โดยสรุป ในวงจรที่ 2 ผู้ป่วย 8 ราย สามารถพัฒนาความสามารถ จนช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ยกเว้นผู้ป่วย 2 ราย ที่มีปัญหาการเคลื่อนย้ายและการสื่อสารด้วยคำพูด ที่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมที่ยุงยากหรือต้องเคลื่อนย้ายตนเอง นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ได้

วงจรที่ 3 ชีวิตที่ต้องดำเนินต่อไป (สัปดาห์ที่ 7 - 9) เป็นวงจรบริการเพื่อสนับสนุนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ภายใต้สถานการณ์การฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม การบริการยังคงดำเนินการต่อ จนกระทั่งผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องและกลับสู่สังคมเดิมได้

การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ในวงจรนี้ ผู้ป่วยให้ความหมายต่อพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตามข้อมูลที่ได้รับตามประสบการณ์และเชาวน์ปัญญา แปลความเจ็บป่วยว่า เป็นสิ่งคุกคามทั้งร่างกายและจิตใจ แสดงออกหลายลักษณะ ได้แก่ การยอมแพ้ หลีกเลี่ยง อ้างเหตุผล ไม่กล้าเผชิญกับความเป็นจริง ปฏิเสธการมารับบริการตามนัด หรือการยอมรับ ต่อสู้กับโรค มารับบริการอย่างเหมาะสมก็ได้ (อรพรรณ, 2534) เพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง และสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจของผู้รับบริการ ทีมสุขภาพได้ร่วมประชุมและกำหนดรูปแบบการจัดบริการในวงจรที่ 3 ดังนี้

1. โครงสร้างการจัดบริการ ประกอบด้วย

1.1 ทีมสุขภาพ มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน แพทย์ นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ให้บริการที่คลินิก นักอรรถบำบัดให้คำปรึกษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและไปตรวจรักษาและประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เดือนละ ครั้ง

1.2 แผนการจัดการเฉพาะราย มีกิจกรรมคือ

1.2.1 การให้ความรู้ แก่ผู้รับบริการในหัวข้อที่การปฏิบัติต่อเนื่อง เช่น การมารับการตรวจรักษาตามนัด การรับประทานยาต่อเนื่องและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์

1.2.2 การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยหาที่พึ่งทางใจ และหาทางแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดของผู้รับบริการ

1.2.3 การเยี่ยมบ้าน ปรับกำหนดการเยี่ยมบ้าน เป็นทุก 2 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้น้อยและปฏิบัติตามแผนการดูแลไม่ถูกต้อง และเยี่ยมทุก 1 เดือน ในผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการดูแลได้ดีกว่า

1.2.4 การประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน จากความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

2. กระบวนการจัดบริการ เป็นการพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม การส่งเสริมการกลับเข้าสู่สังคมและการประสานการจัดบริการ รายละเอียดดังนี้

2.1 การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยที่ภาวะความพิการขึ้น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ภาวะทางอารมณ์และบทบาทหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลง ต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ต้องต่อสู้กับความขัดแย้ง มีการพึ่งพามากกว่าที่ควรเป็น และเกิดภาวะอารมณ์เศร้า ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด ในผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรัง ทั้งที่บ้านและในโรงพยาบาล (จอม, 2541) บทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านคือการสอน ชี้แนะ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา และจัดการกับความเครียดและดูแลตนเองได้ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้ดำเนินการดังนี้

2.1.1 เป็นที่พึ่งทางใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ อยู่ในวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ ซึ่งมีความผูกพันกับลูกหลาน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็ต้องการให้ลูกหลานที่ตนรักใคร่ โปรดปราน มาอยู่ใกล้ชิด เป็นการแสวงหาที่พึ่งทางใจ หากสมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจความต้องการ ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ซึ่งแสดงออกได้ทั้งความก้าวร้าวหรือเศร้าซึม กรณีของลุงส่อง จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า ในระยะแรกที่กลับจากโรงพยาบาล ลุงส่องมีท่าทางสดชื่น ยิ้มแย้มและมีท่าที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของผู้ดูแล แต่เมื่อผ่านไปหลาย ๆ สัปดาห์ ลุงส่องกลับมีท่าที่เศร้าซึม ไม่ยอมพูดคุยกับใคร ผู้วิจัยจึงได้ร่วมสะท้อนกับผู้ดูแลถึงสิ่งที่เกิดขึ้น จึงทราบว่าลุงส่องมีหลานชายคนหนึ่งที่ได้มาดูแลในระยะแรกที่กลับจากโรงพยาบาล แต่ระยะหลังหลานชายต้องกลับไปเรียนหนังสือต่างอำเภอ จึงไม่ได้มาเฝ้าลุงส่อง ทำให้ลุงส่องซึมลง ดังคำบอกเล่าที่ว่า "เดี๋ยวนี้แกไม่ค่อยแกลง(พูด)กับใคร เมื่อก่อนก็ยังแต่หลานคนหนึ่งที่แกร็กมาก น้องแม้นั้นแหละที่มาอยู่ด้วยตอนแรก ตอนนี้โรงเรียนเปิดเขาก็หลบ(กลับ)ไปอยู่บ้านพ่อที่น้ำน้อย ไม่ได้มาเฝ้า ว่าง ๆ ปากก็ให้มันนำปุ้มแหม่ง(พูด)แบบที่คุณหมอม(ผู้วิจัย)บอกนั่นแหละ เดี่ยวนี้ไม่มีน้องแม้น ป้าว่าแกซึมไปนะ น่าว่าจะเหงา กับคนอื่นแกก็ไม่เอา ไม่แกลง(พูด)ด้วยเลยไม่เหมือนน้องแม้นเขา" (ภรรยาลุงส่อง สัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเยี่ยมบ้านได้ขอพบลูกชายลุงส่อง (พ่อน้องแม้น) เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาคาการเศร้าซึมของลุงส่อง โดยได้อธิบายให้ภรรยาและบุตรชายลุงส่องเข้าใจว่า ผู้ป่วยมีความผูกพันและต้องการอยู่ใกล้ชิดกับหลานชาย เพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟู เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ การฟื้นฟูสภาพจะไม่ได้ผลและกลายเป็นความพิการถาวร ไม่สามารถแก้ไขได้ ส่งผลต่อภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลได้เสนอแนวทางในการแก้ไขว่าถ้าพ่อน้องแม้นได้กลับมาอยู่กับลุงส่องบ้าง คงทำให้ลุงส่องมีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟู ทำให้อาการดีขึ้นได้ บุตรชายลุงส่องจึงพาน้องแม้นมา

เยี่ยมลุงล่องในเย็นวันศุกร์และรับกลับเย็นวันอาทิตย์ เพื่อให้น้องแม็คช่วยกระตุ้นลุงล่องให้ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแลเฉพาะราย เช่น การทำกายภาพบำบัด การฝึกพูด โดยมียา(ภรรยาลุงล่อง)ช่วยดูแล

จากการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ลุงล่องมีท่าที่ตอบสนองมากขึ้น เมื่อเห็นผู้วิจัยเข้าไปในบ้านก็ลุกขึ้นมานั่งและทำกายภาพบำบัดตามที่ผู้วิจัยบอก แต่ยังไม่ค่อยยิ้มแย้ม เมื่อผู้วิจัยเสนอให้ลุงล่องไปรับการฝึกพูดจากนักอรรถบำบัด ลุงล่องนิ่งเฉย แต่บุตรลุงล่องไม่สามารถพาลุงล่องไปฝึกพูดได้ เนื่องจากต้องเดินทางไปซื้อสินค้าที่ต่างจังหวัดครั้งละหลาย ๆ วัน จึงขอฝึกลุงล่องที่บ้านตามเดิม โดยบุตรสาวคนเล็กซึ่งเรียนหนังสือตอนกลางวัน มาสับเปลี่ยนกับมารดาช่วยกระตุ้นการออกกำลังกล้ามเนื้อที่ช่วยในการพูด และสอนให้อ่านหนังสือด้วยประโยคสั้น ๆ เพื่อให้ลุงล่องออกเสียงตาม

2.1.2 ลดความคับข้องใจ ไม่ทอดทิ้ง จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยบางรายรู้สึกคับข้องใจที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เองได้ แต่ไม่กล้าระบายกับสมาชิกในครอบครัวฟังได้ เนื่องจากไม่อยากจะคนอื่นเป็นกังวล และคิดว่าตนแก้ไขปัญหาเองได้ เมื่อทำไม่ได้ก็รู้สึกท้อถอย ยอมแพ้และสิ้นหวัง ตัวอย่างเช่น ลุงแสง ก่อนการเจ็บป่วย ลุงแสงอยู่บ้านคนเดียว สามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ แต่เมื่อเกิดเจ็บป่วย ลุงแสงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเองไม่ได้ ทำให้ซึมเศร้า รู้สึกหมดหวังและยอมแพ้ โดยลุงแสงได้บอกผู้วิจัยว่า " *คืนที่คุณหมอมารวันนี้นี้แล้ว เจอผม ผมนึกว่าจะไม่ได้เจอกันแล้ว มันไม่รู้จะพูดยังไงดี*" ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ลุงแสง ระบายความคับข้องใจเพื่อให้สบายใจขึ้น นอกจากนี้ลุงแสงได้บอกว่า กลัวจะเกิดอุบัติเหตุหรืออาการรุนแรงขึ้นในเวลาากลางคืนที่ต้องอยู่คนเดียว ผู้วิจัยได้ขอพบบุตรสาวคนโตของลุงแสง ซึ่งเป็นผู้ดูแลแต่ต้องไปคุมงานก่อสร้างต่างจังหวัดหรือต่างอำเภอ ไม่มีเวลามาอยู่ด้วยตลอดเวลา จึงได้ไปปรึกษากับบุตรสาวคนที่ 3 ของลุงแสง ซึ่งทำงานบริษัทเอกชนและอาศัยอยู่กับเพื่อนใกล้กับบริษัท ให้ย้ายกลับมาอยู่ที่บ้านและเดินทางไปทำงานในช่วงเช้าแล้วกลับมาอยู่บ้านตอนกลางคืน ลุงแสงบอกผู้วิจัยว่ารู้สึกปลอดภัยมากขึ้นในเวลาากลางคืน เพราะมีลูกอยู่ที่บ้านด้วย ดังคำบอก " *เดี๋ยวนี้ผมสบายใจแล้ว ไม่ต้องกลัวแล้ว กลางคืนก็ยังมีลูกสาวอีกคนมานอนข้างบนบ้านเป็นเพื่อน ผมก็นอนข้างล่าง เวลาทำอะไรก็ได้เรียกเขาได้ ถึงตอนกลางวันเขาไปทำงานก็ได้เพื่อนบ้านนี้แหละช่วยดู ๆ อยู่ ผมเป็นอะไรเขาก็คงเห็น บ้านก็ได้ปิดมิด คนก็เดินผ่านเรื่อยแหละ "*

2.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถพึ่งตนเองได้และมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะรักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และมีแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถของตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนไป (พรทิศา, 2539) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่ได้ไปรับการตรวจตามนัด เนื่องจากเข้าใจว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แล้ว ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ต่อ พยาบาลเยี่ยมบ้านได้ให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ดังนี้

2.2.1 การไปรับการตรวจรักษาตามนัดและการรับประทานยาต่อเนื่อง แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถพัฒนาความสามารถจนช่วยเหลือตนเองได้แล้ว แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี

อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคถึงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยต่อปี (นิพนธ์, 2534) การรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการจึงเป็นสิ่งจำเป็น ส่วนใหญ่แพทย์จะพิจารณาให้ยาป้องกันการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด ในผู้ป่วยที่เคยมีปัญหาการอุดตันในหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดอุดตันขึ้นอีก ซึ่งยาเหล่านี้ สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เคยเป็นโรคนี้อีกก่อน ได้ถึงร้อยละ 27 (นิพนธ์, 2541) แพทย์กำหนดให้ผู้ป่วยมารับการตรวจทุก 1 เดือนในระยะแรก ๆ และต่อไปทุก 2 เดือน ถ้าประเมินว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง โดยพยาบาลที่เยี่ยมบ้านได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัดและรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างต่อเนื่อง

2.2.2 การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำเป็นต้องรับทราบ และรู้จักสังเกตอาการผิดปกติซึ่งเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและต้องไปพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดหมาย ได้แก่ อาการอ่อนแรงหรือไม่มีแรงครึ่งซีก หรืออาการชาของแขน ขา หรือร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ภาวะพูดลำบากหรือพูดไม่ชัด หรืออาจนึกพูดไม่ได้เป็นครั้งคราว ภาวะตามืดหรือมองไม่เห็นไปชั่วครู่ หรืออาจเห็นแสงที่ผิดปกติหรือเห็นภาพซ้อน เกิดอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เกิดภาวะวิงเวียน บ้านหมุนหรือเป็นลม กลืนอาหารลำบากย่อย ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลาย ๆ อย่างพร้อมกันก็ได้

2.2.3 การออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง เพื่อให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้ป่วยต้องออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ได้แก่ การบริหารและออกกำลังกายข้อต่อต่าง ๆ เพื่อป้องกันความพิการและส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป และเพื่อเสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรงและทำงานให้ได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง (อรรถ, 2534) เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และลดการพึ่งพาผู้อื่นลง

2.3 การส่งเสริมการกลับสู่สังคม ในวงจรมี ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองจนเกือบปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสารด้วยคำพูด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเช่นเดิม ผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และกลัวเกิดอันตรายขึ้นจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยส่งเสริมความมั่นใจของผู้ป่วยโดยให้ทดลองปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติมาก่อนเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลจัดหาอุปกรณ์ให้และคอยดูแลอยู่ห่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าสังคมตามที่ตนเองชอบ เช่น การไปวัด จากการติดตาม พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองเคยรับผิดชอบได้มากขึ้น ตัวอย่างเช่น นารี สามารถพายเรือพากรรยาออกไปเก็บผักในคลองได้ ที่จุติสามารถทำอาหารสำเร็จรูปขายได้ ส่วนลุงคล้อยและป้าบ๊ะ ทำหน้าที่ดูแลบ้านเพื่อลดภาระของสมาชิกในบ้านที่ต้องออกไปหารายได้ให้ครอบครัวได้

2.4 การประสานการจัดบริการแก่ผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้านมีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการขณะให้การดูแล มีโอกาสได้รับทราบความต้องการที่ต้องการให้ผู้ให้บริการช่วยเหลือ พยาบาลเยี่ยมบ้านสามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคลากรวิชาชีพอื่น ในการจัดบริการหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความอดทนและต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง มีทักษะในการประสานงานเป็นที่ยอมรับ ช่วยให้สามารถจัดบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการได้ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาฝึกพูดที่คลินิก ในขณะที่นักอรรถบำบัดก็ไม่สามารถออกไปให้บริการที่บ้านได้ พยาบาลวิชาชีพที่เยี่ยมบ้าน ได้ประสานกับนักอรรถบำบัดให้ฝึกสอนวิธีการฟื้นฟูความสามารถในการพูดและการฝึกความจำ เพื่อนำไปฝึกให้กับผู้ป่วยที่บ้าน ตัวอย่าง เช่น การฝึกออกเสียงคำเรียกอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ช้อน เลื้อย แก้ว หรือฝึกอ่านคำที่เข้าใจง่าย ๆ หิว กิน ช้าว เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ เป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ที่สามารถฝึกได้อย่างง่าย ๆ ในขณะที่การฝึกพูดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ต้องประเมินความสามารถและความบกพร่องของผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน และใช้หลักวิชาการที่ถูกต้อง ซึ่งต้องได้รับการฝึกปฏิบัติมาเป็นอย่างดี

3. ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

ผู้วิจัยได้ประเมินการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ในวงจรที่ 3 ปรากฏผลดังนี้

3.1 ผู้ให้บริการ เมื่อผู้รับบริการส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นแล้ว การแก้ไขปัญหาเพื่อช่วยการกลับเข้าสู่สังคมเป็นสิ่งจำเป็น ผู้วิจัยได้วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในการแก้ไขปัญหาความบกพร่องด้านคำพูดของผู้ป่วย แต่จากการศึกษา พบว่ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ เนื่องจากวิธีการฝึกไม่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย สถานที่ไม่เอื้ออำนวย และการขาดอัตรากำลังนักอรรถบำบัด ในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ต้องส่งปรึกษานักอรรถบำบัดจากกลุ่มงานอื่น ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและถ้าผู้ดูแลไม่สามารถมารับส่งได้จากปัญหาการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการฝึกพูดตามแผนการดูแลเฉพาะราย เป็นผลให้พัฒนาการด้านการพูดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

3.2 ผู้รับบริการ ได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรู้ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์อย่างเป็นขั้นตอนจากทีมผู้ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน มีผลต่อพัฒนาการด้านการรับรู้ และการปฏิบัติตามแผนการดูแลเฉพาะราย เพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ให้สามารถกลับไปสู่สังคมเดิม ภายใต้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายในการดูแล ผู้รับบริการได้สะท้อนความรู้สึกให้ผู้วิจัยทราบดังนี้

3.2.1 มีความหวัง เมื่อผ่านวงจรที่ 3 ไปแล้ว ผู้ป่วยทุกรายมีพัฒนาการในการช่วยเหลือตนเองดีขึ้น โดยกลุ่มผู้ป่วยที่สื่อสารได้ สามารถปรับตัวและได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม สามารถพัฒนาระดับความสามารถจนใกล้เคียงปกติได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการพูด ผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่เป็นภาระของผู้ดูแล สามารถสื่อ

ให้ผู้ดูแลรับทราบความต้องการของตนเอง เพื่อสนองความต้องการได้บ้าง ดังคำบอกเล่าที่ว่า “ ก็คิดว่าจะหาย แต่จะให้เหมือนเดิมเนี่ยคงไม่เหมือน คือพอเดินได้ ไปไหนได้ จะให้พูดนั้นคงไม่รู้เรื่องแล้ว บางทีมันก็ขัดใจนะเวลาเขาจะเอาอะไร อยากให้เขาพูดนิ มันออกได้คำหนึ่ง ออกเสียงเดียว เราต้องเดาเอาเอง ก็ไม่รู้จะทำหรือ ให้ไปหัดพูดก็ไม่ยอมไป สั้นหัวปักเดียว ก็ช่างมันขอให้มันทำอะไร ๆ เองได้ ไม่ต้องให้เฝ้าตลอด 24 ก็พอใจแล้ว ” (สามีป่าบล สัปดาห์ที่ 8)

3.2.2 ปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีความหวังว่าจะพัฒนาความสามารถของตนเอง เนื่องจากได้รับข้อมูล ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ข่าวสาร เพื่อช่วยเผชิญการเปลี่ยนแปลงของบุคคล โดยผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวและเลือกวิธีการฟื้นฟูสภาพของตนเองจากข้อมูลที่ได้รับ และนำมาพิจารณาเลือกใช้จากผลที่ตนปฏิบัติ ส่วนผู้ดูแลสามารถปรับตัว เข้าใจสัญญาณที่ผู้ป่วยสื่อบอกความต้องการและหาวิธีตอบสนองความต้องการนั้นได้ เพื่อลดความเครียดทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้รับบริการดังนี้

“ ตอนนี่พอแกไม่ให้นวดแล้ว แกว่าแกนวดแล้วจะเพื่อย จะเพิ่มความเจ็บปวดมากขึ้น ทำอะไรไม่ได้แกเลยไม่ให้นวดแล้ว แกว่าเขากดแรง ๆ มันถึงเส้นแก นวดแล้วก็ต้องนอน เวลาไม่นวดนี้มันมีแรงกว่าคนเขาบอกว่านวดดี แต่แกว่าทำกายภาพแบบที่หมอสอนให้ดีกว่าอีกมันจะได้หายขามือ ขาเท้า เพราะมันได้ขยับบ้าง ถ้านวดแล้วก็ต้องนอน ขยับไม่ได้มันก็น่าจะยิ่งเป็นแรงขึ้น ” (ลูกสาวลุงแสง สัปดาห์ที่ 8)

“ คนที่เขามาที่บ้านเขาก็บอกนะว่าให้ไปรักษาหมอบ้าน เขาบอกให้ไปกินยาหมอบ้าน เราก็บอกว่าจะไม่เอา เขายาโรงพยาบาลดีกว่า แหมนอนกว่า อันนี้เราไม่รู้นะ เขามาแนะนำให้ไปรักษาหมอบ้านกับยาสมุนไพร ก็คงดีเหมือนกัน ไม่ใช่ไม่ดี เท่าแต่เราไม่เอาใจใส่ เพราะเรากินยาโรงพยาบาลแล้วเราก็ตีขึ้น อันนี้แหมนอนกว่าไปลองยาอันอื่นอีกกลัว เดี่ยวยิ่งไปกันใหญ่ เราไปโรงพยาบาลก็สะดวกคืออยู่แล้ว ไม่ต้องตื่นนอนไปไหนอีก ” (พี่จูลี สัปดาห์ที่ 8)

3.2.3 พัฒนาความสามารถมากขึ้น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้สรุปผลระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเมื่อเสร็จสิ้นการดูแลตามแผนการจัดการเฉพาะรายของวงจรที่ 3 ปรากฏผลตามตาราง 2

จากตาราง 2 พบว่าผู้ป่วยเกือบทุกราย สามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ยกเว้นการสื่อสารด้วยคำพูด ผู้ป่วยบางรายต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมมากกว่าที่เคยใช้มาก่อน แต่ผู้ป่วยก็ยอมรับได้และมีความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้น ในขณะที่ผู้ดูแลก็สามารถกลับไปปฏิบัติกิจกรรมในความสามารถที่ตนเองได้มากขึ้น เช่น ภรรยาทำอาหาร สามารถออกไปขายอาหารที่โรงเรียนใกล้ ๆ บ้านได้ โดยมีลูกสาวช่วยจัดหาอาหารให้น้ำอัด หรือ เยอร์ ที่มีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวตนเองได้มากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม อาจได้จากทั้งสมาชิกในครอบครัวด้วยตนเองและจากทีมผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโดมอนส์และโจนส์ ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม นอกจากจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ช่วยป้องกันภาวะที่ไม่ต้องการแล้ว ความสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อสิ้นสุดการดูแล สัปดาห์ที่ 9

ระดับความสามารถ กิจกรรม	0	1	2	3	4	5	6	7
1.การดูแลตนเองโดยทั่วไป								
1)การรับประทานอาหาร	-	-	-	-	-	-	4	6
2)การแปรงฟัน	-	-	-	-	-	-	4	6
3)การอาบน้ำ	-	-	-	-	-	-	8	2
4)การแต่งกาย ส่วนบน	-	-	-	-	-	-	8	2
5)การแต่งกาย ส่วนล่าง	-	-	-	-	-	-	8	2
6)การใช้ห้องน้ำ	-	-	-	-	-	-	8	2
2.การควบคุมระบบขับถ่าย								
7)การขับถ่ายปัสสาวะ	-	-	-	-	-	-	-	10
8)การขับถ่ายอุจจาระ	-	-	-	-	-	-	1	9
3.การเคลื่อนไหวเพื่อทำ กิจวัตรประจำวัน								
9)การขึ้น ลงจากเตียง	-	-	-	-	-	-	6	4
10)การใช้อุปกรณ์ห้องส้วม	-	-	-	-	-	-	6	4
11)การใช้อุปกรณ์ห้องน้ำ	-	-	-	-	-	-	6	4
4.การเคลื่อนย้ายตัวเอง								
13) <input type="checkbox"/> การเดิน	-	-	-	-	-	-	4	6
<input type="checkbox"/> การใช้รถเข็น	-	-	-	-	-	-	-	-
13)การขึ้นบันได	-	-	-	-	-	1	3	6
5.การสื่อความหมาย								
14)การรับ	-	-	-	-	-	-	2	8
15)การสื่อ	-	-	-	-	1	2	1	6
6.ภาวะทางสังคม								
16)การเข้าสังคม	-	-	-	-	-	2	2	6
17)การแก้ปัญหา	-	-	-	-	-	2	2	6
18)ความจำ	-	-	-	-	-	1	3	6

ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย (Dimond and Jones, 1983 อ้างตาม จินตนา, 2540) ซึ่งผู้รับบริการได้สะท้อนให้ผู้วิจัยฟังดังนี้ “ พี่ว่าแกร้ นะ ประสาทรู้สึกแถมค่อย ๆ มา ค่อย ๆ กลับเข้ามาทุกวัน พวกเด็กมันว่าพ่อดีขึ้น แยกยืนได้นานขึ้น ซากก็ไม่ล้นแล้วให้ทำอะไรก็ทำได้หมดแล้วแต่ว่า มันก็ช้ากว่าเมื่อก่อนหน่อยนะ แต่ว่าไม่ต้องห่วงแถมแล้ว พี่ก็พยายามให้แกช่วยตัวเองนะ พี่จะได้ไม่ต้องมา ปล้ำแก ตอนนี่พี่ก็พอปรับตัวได้แล้ว ไปขายของตามนัด อาทิตย์หนึ่งก็พอได้ซักพันนะ พอมีรายได้มีงู ลูกสาวก็จบแล้ว เหลือแต่ลูกชายคนเล็กแต่พี่ชายเขาก็ช่วยค่าเล่าเรียนอยู่ ลูกสาวก็ให้มาอยู่เป็นเพื่อนพ่อ ให้พี่ ไปขายของ ค่อยยังช้าหน่อยไม่ต้องห่วงเหมือนเมื่อก่อน ลูกสาวเขาเก่ง เขาดูแลพ่อได้ดีกว่าพี่อีก เขาเอา ใจใส่พ่อมาก ก็กะจะให้แกแข็งแรงขึ้นอีกหน่อย ให้แกช่วยตัวเองได้มากกว่านี้ก็จะให้ลูกสาวไปทำงานทำ ได้ซัก 2 - 3 พันก็ยิ่งดี ได้มาช่วยแม่บ้าง ” (ภรรยา น้ำอืด สัปดาห์ที่ 8)

3.4 สามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ปรับตัวกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ภาวะในการดูแลผู้ป่วยเริ่มลดน้อยลงตามพัฒนาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการแสดง ออกทางอารมณ์ที่แตกต่างไปจากในระยะแรก เช่น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีความอดทนมากขึ้น ตามคำบอกเล่าของนักกายภาพบำบัดว่า “ น้ำรินนี่ตอนที่มาครั้งแรก ๆ นี้จะไม่ค่อยยิ้มนะ พอทำไม่ได้ตามที่ บอกแกก็โมโห ทบแขนข้างที่อ่อนแรงใหญ่ เพราะว่าช่วงนั้นแกยกแขนไม่ได้ แต่พอมาคั้งหลัง ๆ นี้ แกยิ้ม แยมืดนะ คุยเสียงดังแล้วก็ทำทุกอย่างที่บอกให้ทำ ก็บอกคนใช้กับญาติทุกคนนะว่าทำแค่ครั้ง 2 ครั้งนี่มัน ยังไม่ดีขึ้นทันตา ต้องทำติดต่อกันนาน ๆ เพราะเวลาคนใช้ไม่ยอมทำก็ต้องคุยให้เข้าใจ พอเข้าใจแล้วเขาก็ จะทำต่อ ส่วนใหญ่คนใช้จะให้ความร่วมมือกลับมาทำต่อทุกราย ” เห็นได้ว่าการทำความเข้าใจ ให้ข้อมูล แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการจัดการ เฉพาะรายได้ดีขึ้น ทั้งนี้เพราะ การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม เพียงพอช่วยให้ผู้รับบริการลด ความเครียด และความกดดันทางอารมณ์ลงได้ (จินตนา, 2540)

4. การสะท้อนการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้สะท้อนผลการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ในวงจรถี 3 พบว่า ปัจจัย สนับสนุนและอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน มีดังนี้

4.1. ผู้ให้บริการ

4.1.1 ปัจจัยสนับสนุน การปรับจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้าน ทำให้พยาบาลประจำศูนย์ สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ปฏิบัติงานในความรับผิดชอบอื่น ๆ ได้มากขึ้น แม้ว่าจำนวนผู้รับบริการของศูนย์ สุขภาพดีเริ่มที่บ้านจะเพิ่มขึ้น พยาบาลสามารถจัดระบบการดูแลผู้รับบริการได้และมีการประสานงานที่ดี ทำ ให้การจัดบริการที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

4.1.2 อุปสรรค การขาดแคลนอัตรากำลังนักรรณบำบัด ในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นสาเหตุ ให้การฟื้นฟูความสามารถด้านการพูดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

4.2 ผู้รับบริการ

4.2.1 ปัจจัยสนับสนุน ในวงจรมี ผู้รับบริการได้พัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ทำให้รู้สึกมั่นใจและคาดหวังว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ได้เหมือนปกติ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากนัก การได้รับความร่วมมือ เอาใจใส่และสนับสนุนการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูจากสมาชิกในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ช่วยให้บรรยากาศในการดูแลกันที่บ้านเป็นไปด้วยความราบรื่น

4.2.2 อุปสรรค ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการพูด ไม่สามารถสื่อให้ผู้อื่นเข้าใจความต้องการของตนเองได้ ทำให้ท้อถอย หดงำกำลังใจ บางรายแยกตัวและปฏิเสธความร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ บางรายละเลยการดูแลตนเอง ผู้ดูแลต้องใช้เวลามากขึ้นเพื่อทำความเข้าใจและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง

5. กลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ในวงจรมี พยาบาลที่เยี่ยมบ้าน ต้องใช้กลยุทธ์ในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และปรับตัว ที่จะพึ่งพาตนเองมากกว่าพึ่งพาผู้อื่นและสามารถประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ โดยมีกลยุทธ์ดังนี้

5.1 การให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นการให้ความรู้อย่างเป็นขั้นตอน และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งมีเนื้อหาในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปรับการตรวจรักษาได้

5.2 การส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสทำความเข้าใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรูปแบบในการดำเนินชีวิต เป็นผลให้ผู้รับบริการเกิดความเครียด คับข้องใจหรือไม่เข้าใจกัน แต่ไม่มีโอกาสพูดจากัน พยาบาลต้องช่วยประสานความเข้าใจ โดยให้โอกาสผู้รับบริการระบายความคับข้องใจ ช่วยให้บรรยากาศในครอบครัวดีขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติต่อกันของสมาชิกในครอบครัวด้วย

5.3 การสร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรม เพื่อคงความแข็งแรงของร่างกายด้านปกติและพัฒนาความสามารถของร่างกายด้านที่อ่อนแอให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ด้วยการกล่าวชมเชย ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง โดยมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลืออยู่ห่าง ๆ จนสามารถพัฒนาความสามารถได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ของตนเองได้บ้าง

5.4 การประสานงาน ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องร่วมกันปรับวิธีการจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล แต่เวลาหรือสถานที่ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิด ทราบการเปลี่ยน

แปลงและความต้องการของผู้รับบริการ และมีความใกล้ชิดกับทีมผู้ให้บริการ สามารถประสานงานในการปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะรายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด

6. บทบาทของทีมสุขภาพ ในวงจรที่ 3 มีบทบาทที่เพิ่มขึ้นคือ

6.1 ผู้จัดการเฉพาะราย มีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจกัน และทำให้บรรยากาศในบ้านดีขึ้น

6.2 พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ประสานงาน กับบุคลากรในทีมผู้ให้บริการ เพื่อจัดบริการสำหรับผู้ป่วยตามปัญหา ทั้งนี้ สามารถสรุปแผนการดูแลเฉพาะรายวงจรที่ 3 ได้ ตามภาพประกอบ 5

การประเมินผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์หลังเสร็จสิ้นการบริการสุขภาพที่บ้าน ในวงจรที่ 3 โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อประเมินความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย และสัมภาษณ์ผู้รับบริการเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่บ้าน ประเมินระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตามแบบประเมิน ปรากฏผลดังนี้

1. ผู้ให้บริการ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ทีมผู้ให้บริการ เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการดูแลเฉพาะราย ตั้งแต่เริ่มให้บริการจนผู้รับบริการสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทีมผู้ให้บริการมีความเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการดูแลเฉพาะราย ดังนี้

1.1 มีสัมพันธภาพที่ดีในทีม ในการจัดบริการสุขภาพ ปัญหาที่พบคือ ความไม่เข้าใจและการปฏิบัติตามบทบาท ทำให้บริการที่ได้ ไม่เป็นที่ประทับใจของผู้รับบริการ การจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามวิธีการดูแลเฉพาะราย มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้จัดการเฉพาะราย วิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด รับฟังและเข้าใจปัญหาด้วยข้อใจของผู้รับบริการ วางแผนแก้ไขให้ลุล่วงไปและให้ข้อมูลการบริการประสานการจัดบริการของทีมสุขภาพ ลดช่องว่างระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สร้างความเข้าใจอันดีซึ่งกันและกัน

1.2 ระบบการดูแลที่ดี ในรูปแบบเดิมการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ในการประเมินปัญหาและความต้องการบริการของผู้รับบริการ และตัดสินใจเลือกกิจกรรมบริการ การส่งปรึกษาจะทำเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้ว ในขณะที่การจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการดูแลเฉพาะราย มีแผนการดูแลเฉพาะราย ที่ทำขึ้นตั้งแต่เริ่มให้บริการโดยทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบ

ภาพประกอบ 5 แผนการดูแลเฉพาะรายวงจรถูกที่ 3

ผู้ให้บริการ	สัปดาห์ที่ 7-8	สัปดาห์ที่ 9
แพทย์ อายุรกรรม		<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินระดับกำลัง - ให้การรักษา - ประเมินผลการดูแล
แพทย์ เวชศาสตร์ ฟื้นฟู		<ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน FIM score - กำหนดแผนฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง - ประเมินผลการดูแล
พยาบาล วิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - เยี่ยมบ้าน (กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย) - ประเมินความสามารถของผู้รับบริการ - ให้ความรู้ เรื่องการปฏิบัติต่อเนื่อง เช่น การ มาตรวจตามนัด การรับประทานยาต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - เยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของผู้รับบริการ - ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ส่งเสริมการ กลับเข้าสู่สังคมเดิม และการจัดหาบริการ - ให้ความรู้เรื่องอาการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไป พบแพทย์ - ประเมินผลการพยาบาลที่บ้าน
นักกายภาพ บำบัด, นัก กิจกรรม บำบัด		<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความสามารถในการฟื้นฟูสภาพ - ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมฟื้นฟูสภาพตามแผน - ประเมินผลการดูแล
ผู้ป่วยและ ผู้ดูแล	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกายภาพบำบัด ต่อเนื่องที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - ไปรับการตรวจตามนัด - ฝึกการฟื้นฟูสภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู - ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกายภาพบำบัด ต่อเนื่องที่บ้าน - ร่วมประเมินผลการดูแล
จัดการ เฉพาะราย	<ul style="list-style-type: none"> - เยี่ยมบ้าน- ให้การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ - นัดหมายผู้ป่วยให้มารับบริการตรวจตามนัด - ปรับปรุงคู่มือการจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับพยาบาล - ประสานการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินแก่ผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - เยี่ยมบ้าน - ประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของผู้รับ บริการสุขภาพที่บ้าน - ส่งเสริมความสามารถในการกลับสู่สังคม - ประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ - ประสานการประเมินผลการดูแล - มอบคู่มือการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้พยาบาลประจำ ศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน
นักรรณ บำบัด	ให้คำปรึกษาเรื่องการฝึกพูดแก่ผู้จัดการเฉพาะราย / พยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำไปฝึกปฏิบัติผู้ป่วย ที่บ้าน	

ด้วยบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ และผู้รับบริการ มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานงานทำให้บริการสุขภาพที่บ้านเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วและเกิดผลดีมากขึ้น

1.3 ให้บริการที่ครอบคลุม เดิมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก จะได้รับการตรวจรักษาทางยาจากแพทย์ โดยไม่ได้รับการฝึกกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและการให้คำแนะนำที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้านและการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม เป็นสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำของโรค แต่ผู้รับบริการสุขภาพที่บ้าน ที่ใช้วิธีการดูแลเฉพาะราย จะได้รับบริการอย่างครอบคลุมทั้งการรักษา การพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหา ทำให้โอกาสกลับเป็นซ้ำลดน้อยลง ผู้วิจัยไม่พบการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยในโครงการตลอดการศึกษา 1 ปี

1.4 ทิ่มีปฏิบัติต่อได้ ผู้วิจัยได้กำหนดบทบาทของตนเองเป็นผู้จัดการเฉพาะราย ทำหน้าที่ในการประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย ระหว่างสมาชิกในที่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจ และสามารถนำแนวคิดการจัดการเฉพาะรายไปใช้จัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

2. ผู้รับบริการ

2.1 ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่บ้าน ผู้รับบริการทุกราย พึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่บ้านที่ได้รับ เพราะการติดตามเยี่ยมเยียนและให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการ ให้ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวในขณะที่เจ็บป่วย เป็นการสร้างกำลังใจ สร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแลเฉพาะราย ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณให้บริการไม่ทอดทิ้งแม้ว่าระยะเวลาในการดูแลยาวนาน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้บอกถึงความรู้สึก ดังนี้

2.1.1 มีกำลังใจ การมีพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน ผู้รับบริการสามารถขอคำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ซึ่งนำไปปฏิบัติแล้วได้ผลดี ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของลุงแสงที่ว่า " เรื่องปฏิบัติที่หมอบอกนี้ รู้สึกว่าพอปฏิบัติแล้วมันดีขึ้นนะ การกิน การปฏิบัติที่มีมันดีขึ้นจริง บางคนเขาเจ็บไข้ได้ป่วย หมอเขาก็ไม่มาเยี่ยมเลย เวลาหมอมายเยี่ยมมันก็มีกำลังใจ เพราะว่ามันมีคนอยู่คนเดียว ไม่มีใครเป็นเพื่อนคุย เวลามีคนมาบอกอะไรให้ มันก็กลัว เป็นทุกข์ ไม่รู้ว่าจริงไหม พอคุณหมอมาก็ได้ถามหมอบ้างก็ค่อยยังชั่ว ไม่กลัวแรง " หรือจากคำบอกเล่าของผู้ดูแลที่ว่า " ก็นึกใจเพราะรู้สึกว่าเขาเห็นความสำคัญของคนไข้ เขาถึงได้มาเยี่ยมถึงบ้าน ทำให้มีกำลังใจที่จะรักษาต่อ คิดว่าที่

มีพยาบาลมาเยี่ยมมีเป็นกำลังใจมากที่สุดเลยนะ มาช่วยเรื่องคำแนะนำให้ปฏิบัติอะไรแบบนี้ ถ้าไม่มีพยาบาลมาแนะนำก็คิดว่าอาจจะทำได้บ้างแต่คงไม่ถูกต้องทั้งหมด อีกอย่างตอนที่ เป็นใหม่ ๆ เวลาอยู่บ้านนี้แม่แกไม่ค่อยยอมทำกายภาพบำบัดนะ เวลาที่พยาบาลมาเยี่ยมแกก็มีกำลังใจหน่อย อีกทำขึ้นมาอีก พอพี่หายไ้แกก็ไม่ค่อยทำ ต้องมีคนคอยคุมอยู่ตลอด แต่เดี๋ยวนี้แม่แกขยันขึ้นเยอะ สงสัยอยากให้หายเร็ว ๆ " (ลูกสาวป้าบ๊ะ สัปดาห์ที่ 9)

2.1.2 สะดวก ไม่ต้องไปโรงพยาบาล การให้บริการพยาบาลที่จำเป็นและผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติเองได้ที่บ้าน ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ ทำให้ไม่ต้องนำผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและต้องมีผู้ดูแลไปคอยช่วยเหลือ ดังคำบอกเล่า

" ตอนแรกก็รู้ว่าจะมีพยาบาลมาเยี่ยม พี่ก็คิดว่าคงจะมีคนไปสอบถามว่าสบายดีไหม อากาศดีดีไหม แบบนี้แหละ ไม่คิดว่าจะมาช่วยแบบนี้ พี่ว่าดีแล้วนะอย่างด้านการมาปฐมพยาบาล พวกสายให้อาหาร อะไรพวกนี้ แทนที่เราจะต้องไปหาหมอที่คลินิกหรือที่โรงพยาบาลมันก็ต้องยุ่งยากนะ คนไข้ก็เหนื่อย อย่างหมอมาทำทำให้ที่บ้านนี้ ดีมาก ๆ เลย " (ภรรยาลุงอืด สัปดาห์ที่ 8)

2.1.3 ประหยัด นอกจากความช่วยเหลือจากผู้ดูแล การไปโรงพยาบาล จะต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งค่าพาหนะ ค่าอาหารและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในขณะที่เมื่อได้รับบริการสุขภาพที่บ้าน ผู้รับบริการจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนนี้ ดังคำบอกเล่า

" เวลาพาแม่ไปเจาะเลือดที่โรงพยาบาลก็ต้องพากันไปหลายคน ให้น้อยพาไป 2 คนก็ไม่กล้า เมื่อว่าแกเป็นอะไรจะได้ช่วยกัน ถ้าพึ่งน้อยคนเดียวเขาแกไม่อยู่หรอก ไปที่ก็ต้องใช้จ่าย ไหนจะค่ารถ ค่ากิน พี่มาเจาะให้ที่บ้านแล้วน้อยไปเอายาให้แกเองดีกว่า ไม่ต้องลำบาก ค่ารถก็ไม่มาก เขาไว้ 2 - 3 เดือนค่อยพาแกไปหาหมอก็ได้ จะได้ประหยัดมั่งนะ " (ลูกสาวป้าบล สัปดาห์ที่ 9)

2.1.4 ได้อยู่กับครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง จนกว่าจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพียงพอ บริการสุขภาพที่บ้าน ช่วยลดปัญหาจากการที่ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่โรงพยาบาล เมื่ออยู่บ้านผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ญาติสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ช่วยลดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ดูแล " พ่อแกไม่ชอบเลยนะ ไปโรยบาลนี้ แกคงแปลกที่นะ วันแรก ๆ ที่ต้องนอนโรยบาลนี้แกไม่ค่อยยอมยิ้มเลย ตามอะไรก็เฉย ไม่พูดไม่ตอบ พอว่าได้กลับมาอยู่บ้านท่าทางก็ดีใจจัง แกยิ้มได้ หัวเราะได้ แต่ว่าคงเป็นเพราะอาการแกดีขึ้นด้วยแหละนะ เวลาชวนเพลงนี้แกเพลงนะ เท่าแต่เราฟังไม่ออกเท่านั้นแหละ อันว่าแกคงอยากมาอยู่บ้านจะได้เจอลูก ๆ หลาน ๆ ยิ่งแม่ไม่ได้ไปเฝ้าเลย พอพ่อกลับมาได้เห็นกันบ้าง " (ลูกสาวลุงเยื่อน สัปดาห์ที่ 8)

2.1.5 ผู้ให้บริการไม่ทอดทิ้ง ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลที่มาเยี่ยม เอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยพยายามให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทำให้ตนเองต้องพยายามฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้หายจากภาวะความพิการ ดังคำบอกเล่า

" น้ำรินรู้สึกสบายใจที่สุดเลย ถึงน้ำรินคือแต่หมอกก็ยังไม่ถึง น้ำรินรับตรง ๆนะ น้ำรินเป็นคนดีที่สุดในที่สุดเลย บางทีหมอสั่งให้น้ำรินทำ น้ำรินก็ไม่ทำ แต่ว่าในความรู้สึกว่าเขายังมาบ่อย ๆ ก็เอ๊ะ เราชักติดกับหมอมามากเกินไป น้ำรินก็เอ็นดูนะว่าลูกหมอกอดสำหรับมา แบบว่าสิ่งไหนที่ข้าที่เกี่ยวข้องทำก็ฝืนใจทำ จากว่าไม่เดินก็ต้องเดิน ทำกายภาพแบบที่ถูกหมอสอนก็ต้องทำ พอทำแล้วมันก็ติดนะ ต้องทำทุกวัน มันถึงได้หายแบบนี้ได้ น้ำรินนี่ประทับใจที่สุดเลยที่ถูกหมอมายเยี่ยมถึงบ้านไม่ได้หยุด " (น้ำริน สัปดาห์ที่ 9)

2.1.6 ผู้ให้บริการมาแนะนำสิ่งที่ทำไม่ได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะมีความวิตก เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นในชีวิต พยาบาลที่ไปเยี่ยมบ้าน จะให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในสิ่งที่ปัญหา ก็รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ตนเองต้องการ และการไปเยี่ยมที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสะดวกใจที่จะสอบถาม เพราะการไปรับบริการที่โรงพยาบาล ทำให้ไม่มีเวลาพูดคุยและรู้สึกเกรงใจ ไม่กล้าสอบถามปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง ดังคำบอกเล่า

" เขามากก็ดีแหละนะ ลุงก็ว่าเขาจะมาช่วยแนะนำในสิ่งที่เราทำไม่ได้ ทำไม่ถูกเขาก็แนะนำให้ เช่นว่ากินยา ทำบ่ามัดทุกสิ่ง สิ่งที่เราไม่รู้ เขาก็ได้แนะนำให้ทำให้ถูกนะ เราก็ทำได้ถ้าเขาบอก เราจะได้ไม่ต้องกลัวว่าจะทำไม่ถูก ลุงก็ยังกลัวว่าอยู่บ้านจะต้องทำอะไรบ้างก็ไม่รู้ ไม่ได้ถามคุณหมอม เห็นแถมคนไข้เยอะก็ไม่กล้าถาม " (ลุงคล้อย สัปดาห์ที่ 8)

โดยสรุป ผู้รับบริการทุกราย มีความรู้สึกที่ดีต่อการที่พยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน เพราะได้รับในสิ่งที่ตนเองต้องการ คือคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่บ้าน ช่วยเพิ่มกำลังใจ ได้ใกล้ชิดกับครอบครัวและลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลลาวัลย์และคณะ (2541) ซึ่งผู้รับบริการเห็นว่าการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ทำให้เกิดความอบอุ่นและได้ใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุดถึงร้อยละ 97.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา (2540) ในด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ผู้ดูแลต้องการมากที่สุดคือความต้องการความเห็นอกเห็นใจ ต้องการคนให้กำลังใจและสามารถพูดคุยปัญหาได้ รวมทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแนะนำทางแก้ไขปัญหาและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษาผู้ป่วย เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

2.2 ระดับความสามารถของผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลปรากฏผลดังนี้

2.2.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยได้สรุปคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จากการประเมินของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแบบประเมิน FIM score เปรียบเทียบให้เห็นพัฒนาการในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการกลับเข้าสู่สังคม ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย		
	เริ่มให้การดูแล	สิ้นสุดการดูแล	ความแตกต่าง
1.การดูแลตนเองโดยทั่วไป			
1)การรับประทานอาหาร	3.2	6.6	+ 3.4
2)การแปรงฟัน	3.2	6.6	+3.4
3)การอาบน้ำ	2.3	6.2	+3.9
4)การแต่งกาย ส่วนบน	2.3	6.2	+3.9
5)การแต่งกาย ส่วนล่าง	2.3	6.2	+3.9
6)การใช้ห้องน้ำ	2.3	6.2	+3.9
2.การควบคุมระบบขับถ่าย			
7)การขับถ่ายปัสสาวะ	3.1	7	+3.9
8)การขับถ่ายอุจจาระ	3.2	6.9	+3.7
3.การเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน			
9)การขึ้น ลงจากเตียง	2.6	6.4	+3.8
10)การใช้อุปกรณ์ห้องส้วม	2.5	6.4	+3.9
11)การใช้อุปกรณ์ห้องน้ำ	2.5	6.4	+3.9
4.การเคลื่อนย้ายตัวเอง			
14) [] การเดิน	2.6	6.6	+4
[] การใช้รถเข็น	1	-	
13)การขึ้นบันได	1.3	6.5	+5.2 **
5.การสื่อความหมาย			
14)การรับ	4.6	6.8	+2.2
15)การสื่อ	4.0	6.2	+2.2
6.ภาวะทางสังคม			
16)การเข้าสังคม	4.0	6.4	+2.4
17)การแก้ปัญหา	4.0	6.4	+2.4
18)ความจำ	4.0	6.5	+2.5

จากตาราง 3 เห็นได้ว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากการประเมินก่อนได้รับบริการสุขภาพที่บ้านทุกกิจกรรม โดยกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง ในระดับสูงคือ กิจกรรมการเคลื่อนย้ายตัวเอง และกิจกรรมการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน สามารถพัฒนาจนไม่เป็นภาระของผู้ดูแลเกือบทุกราย ซึ่งเป็นการใช้ความสามารถทางด้านกำลังกาย ในขณะที่กิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่สูงมาก ได้แก่ กิจกรรมการสื่อความหมายและการเข้าสู่สังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องพัฒนาด้านสติปัญญา ต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกฝนนานกว่านี้

2.2.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล จากการประเมินของพยาบาลเยี่ยมบ้าน พบว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพิ่มขึ้น เนื่องจากการได้รับข้อมูลและการฝึกสอนจากทีมผู้ให้บริการ และผู้จัดการเฉพาะราย ดังรายละเอียด

2.2.2.1 การได้รับอาหารและน้ำ ผู้ป่วยทุกรายไม่มีอาการของการขาดสารอาหารและน้ำ ได้รับอาหารที่เหมาะสม เพียงพอ น้ำหนักไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น เกิน 10 % ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการดูแล

2.2.2.2 การดูแลเรื่องการหายใจ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ผู้ดูแลสามารถจัดสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วย โดยไม่มีปัญหาเรื่องระบบทางเดินหายใจ

2.2.2.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยทุกรายสามารถอาบน้ำเองได้ โดยผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกในการอาบน้ำให้และช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยทำไม่ได้

2.2.2.4 การแต่งตัว ผู้ป่วยสามารถแต่งกายเองได้ แต่มีบางรายที่ต้องใช้ระยะเวลานานกว่าปกติ และผู้ดูแลจัดหาเสื้อผ้าที่สวมใส่ได้ง่าย

2.2.2.5 การเคลื่อนไหว/เคลื่อนย้าย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้เหมือนปกติ แต่ยังมีผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น น้ำอืดและยายสูงเกียง

2.2.2.6 การขับถ่าย ผู้ป่วยมีระบบการขับถ่ายที่ดีขึ้น การใช้ยาระบายลดลงแต่ผู้ป่วยบางรายยังให้ยาลูกกลอน ซึ่งหมอนวดแผนโบราณบอกว่าเป็นยาระบายบ้าง นาน ๆ ครั้ง

2.2.2.7 การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่สามารถออกกำลังกายตามแผนการฟื้นฟูได้ ยกเว้นยายสูงเกียง ที่ต้องรอให้ผู้ดูแลมาอยู่ใกล้ ๆ เนื่องจากอายุมาก กลัวเกิดอุบัติเหตุ

2.2.2.8 การนอนหลับ ผู้ป่วยทุกรายสามารถนอนหลับได้ โดยไม่ต้องใช้ยา

2.2.2.9 การสื่อสาร ผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาด้านการพูด มีน้ำอืดเพียงคนเดียว ที่มีพัฒนาการดีขึ้น ส่วนป้าบล สูงเยื่อนและสูงส่อง ยังไม่สามารถพัฒนาความสามารถได้ตามเป้าหมาย

2.2.2.10 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุเพราะผู้ดูแลสามารถจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วยได้ ยกเว้นยายสูงเกียงที่เคยหกล้มขณะหัดเดิน

2.2.2.11 การได้รับยา ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาตามแผนการรักษา

2.2.2.12 การไปพบแพทย์ ผู้ป่วยทุกรายไปพบแพทย์ตามนัด

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยได้ประชุมร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อสรุปรูปแบบในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอหาดใหญ่ เมืองค็ประกอบที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. โครงสร้าง ประกอบด้วยทีมสุขภาพและแผนการจัดการเฉพาะราย ดังนี้

1.1 ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน และผู้รับบริการ ดังรายละเอียด

1.1.2 ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในสถานบริการ มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาและร่วมกำหนดแนวทางในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด และกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจากศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โดยมีผู้วิจัย ทำหน้าที่ผู้จัดการเฉพาะราย ประสานการจัดบริการที่มีคุณภาพตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลเฉพาะราย ซึ่งคุณสมบัติของผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย

1.1.2.1 ผู้ให้บริการในสถานบริการ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องพยาธิสภาพของโรค แนวทางในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย แนวคิดการจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย การประยุกต์ความรู้ ความเข้าใจในการรักษาตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ให้สอดคล้องกับแนวคิด หรือความเชื่อของผู้รับบริการ การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการจัดการเฉพาะราย มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความร่วมมือและเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการมากที่สุด

1.1.2.2 ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการ แต่ต้องเพิ่มทักษะในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามวิชาชีพและสามารถให้บริการทดแทนวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ การประเมินผู้รับบริการ การเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่บ้าน

1.1.2.3 ผู้จัดการเฉพาะราย เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและทักษะในการบริหาร จัดการ การปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ เพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ มีทักษะในการสร้างแรงจูงใจและการสร้างกำลังใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ใช้ระยะเวลาและความอดทนอย่างมาก ทักษะในการประสานงานและทักษะในการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยสามารถสรุปบทบาทของผู้จัดการเฉพาะรายในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดังนี้

ก. ผู้ประสานงาน ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสุขภาพ ในการประเมินความสามารถและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ การวางแผนการดูแล การจัดหาบริการตามความต้องการของผู้รับบริการ การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ประสานการประเมินผลการดูแลร่วมกัน

ข. ผู้ให้บริการทดแทน จากการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยในฐานะผู้จัดการเฉพาะราย ทำหน้าที่ให้บริการพยาบาล และให้บริการทดแทนวิชาชีพอื่น เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและนักรรณบำบัดแก่ผู้รับบริการที่บ้าน

ค. ผู้จัดการ แผนการดูแลเฉพาะรายที่กำหนดไว้ ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาหรือความต้องการที่เปลี่ยนไป ผู้จัดการเฉพาะรายจึงต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการ ใช้กระบวนการตัดสินใจในการปรับปรุงแผนการดูแล ให้สมาชิกในทีมสามารถปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ของผู้รับบริการ

ง. ผู้ให้ความรู้ การชี้แนะการปรับแผนการดูแลเฉพาะรายให้ทีมสุขภาพ การสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพตามแผนการดูแล ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการในการแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจและการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ

จ. เป็นตัวแทนของผู้รับบริการ โดยการให้ข้อมูลเรื่องการฝึกพูด การจัดทำบัตรสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการให้ได้รับประโยชน์สูงสุด

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกสมองและระบบประสาท บทบาทที่ผู้จัดการเฉพาะรายไม่ได้ปฏิบัติ คือ บทบาทผู้วางแผนจำหน่าย ซึ่งทำหน้าที่ในการกำหนดกิจกรรมการดูแลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งหวังลดระยะเวลาในการนอนพักในโรงพยาบาลให้น้อยที่สุด

1.1.2 ผู้รับบริการ ประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ดูแล ควรมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เพื่อพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พยายามแสวงหาและพิจารณาเลือกแนวทางปฏิบัติตนตามความคิด ความเชื่อที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล มีความอดทนและเพียรพยายามในการฟื้นฟูสภาพที่มีระยะเวลานาน ผู้ดูแลรวมทั้งสมาชิกอื่นในครอบครัว ต้องมีความรักและเอาใจใส่ กระตุ้นผู้ป่วยให้มีกำลังใจและสร้างความมั่นใจในการฝึกอย่างสม่ำเสมอ ให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นและคาดหวังว่าจะสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เสียไปให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

1.2 แผนการดูแลเฉพาะราย เป็นแผนการดูแลที่จัดขึ้นโดยทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการแต่ละราย กำหนดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ดังรายละเอียดในภาพประกอบ 6

2. กระบวนการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

2.1 การปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการจัดบริการตามกระบวนการตอบสนองของผู้รับบริการสามารถสรุปได้เป็น 3 วงจร ดังนี้

ภาพประกอบ 6 แผนการดูแลเฉพาะรายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ให้บริการ	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4-5	สัปดาห์ที่ 6	สัปดาห์ที่ 7-8	สัปดาห์ที่ 9
ผู้จัดการ เฉพาะราย	<ul style="list-style-type: none"> -คัดเลือกผู้รับบริการ -ส่งผู้ป่วยเข้ารับประเมินและกำหนดแผนการรักษาระยะฟื้นฟูสภาพ -ประสานการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย -เยี่ยมบ้าน ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้รับบริการ -ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย -มอบคู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและคู่มือการดูแล ผู้ป่วยที่บ้านให้ผู้รับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน นัดหมายผู้ป่วยให้มารับบริการ เมื่อ ครบ 2 สัปดาห์ -ประเมินการรับรู้รับบริการ และ ผู้รับบริการ -ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ทีมสุขภาพ -ติดตามการฝึกกิจกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย -ทำคู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพที่เริ่มที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน -ติดตามการฝึกกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ของผู้ป่วย -จัดทำคู่มือครอบครัว : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน -ประสานการปรับแผนการดูแลเฉพาะราย 	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน -ให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาเศรษฐกิจ -ติดตามการฝึกกิจกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย -ส่งปรึกษาแพทย์รพ.บ้านนัด -ประสานการปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย -ปรับปรุงแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน -สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพที่เริ่มที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน -ติดตามการฝึกกิจกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย -ส่งปรึกษาแพทย์รพ.บ้านนัด -ประสานการปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย -ปรับปรุงคู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับพยาบาลประจำศูนย์ -ประสานการจัดทำอุปกรณ์ช่วยเดินแก่ผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน -ให้การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ -นัดหมายผู้ป่วยให้มารับบริการตรวจความดัน -ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ -ประสานประเมินผลการดูแล -มอบคู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพที่เริ่มที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน -ประเมินการรับรู้รับบริการ -ส่งผลการประเมินในการฝึกสุขภาพ -ร่วมประเมินผลการดูแล
แพทย์ อายุรกรรม	<ul style="list-style-type: none"> -ตรวจร่างกาย -ประเมินระดับกำลังและกำหนดแผนการรักษา -ร่วมแผนการดูแลเฉพาะราย 		<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินระดับกำลังและกำหนดแผนการรักษา -ปรับแผนการดูแลเฉพาะราย 		<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินระดับกำลังและกำหนดแผนการรักษา -ปรับแผนการดูแลเฉพาะราย 		<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินระดับกำลังและให้การปรึกษา -ประเมินผลการดูแล
แพทย์ เวชศาสตร์ ฟื้นฟู	<ul style="list-style-type: none"> -ประเมิน FIM score -กำหนดแผนฟื้นฟูสภาพ -ร่วมวางแผนการดูแลเฉพาะราย 		<ul style="list-style-type: none"> -ประเมิน FIM score -กำหนดแผนฟื้นฟูสภาพ -ปรับแผนการดูแล 		<ul style="list-style-type: none"> -ประเมิน FIM score -กำหนดแผนฟื้นฟูสภาพ -ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย 		<ul style="list-style-type: none"> -ประเมิน FIM score -กำหนดแผนฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง -ประเมินผลการดูแล
พยาบาล วิชาชีพ ประจำ ศูนย์ สุขภาพที่ เริ่มที่บ้าน	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านของผู้รับบริการ -ให้บริการพยาบาล -ให้ความรู้เรื่องการจัดของใช้และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยร่วมวางแผนการดูแลเฉพาะราย 	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน -ประเมินความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้รับบริการ -ให้บริการพยาบาล -ให้ความรู้เรื่องการจัดอาหาร สำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง 	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของผู้รับบริการ -ให้บริการพยาบาล -ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย -ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย 	(สัปดาห์ที่ 5)	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของผู้รับบริการ -ให้บริการพยาบาล -ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย 	(สัปดาห์ที่ 7)	<ul style="list-style-type: none"> -เยี่ยมบ้าน -ประเมินความสามารถของผู้รับบริการ -ให้การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ -ส่งเสริมการตัดสินใจ -สนับสนุนการจัดบริการ -ให้ความรู้เรื่องการฝึกปฏิบัติที่ส่งไปพบแพทย์ -ประเมินผลการดูแล
นักกาย ภาพ บำบัดและ นักกิจกรรม บำบัด	<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินความสามารถของผู้ป่วย -ฝึกสอน สาธิตการทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด -ร่วมวางแผนการดูแลเฉพาะราย 		<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินความสามารถของผู้ป่วย -ปรับเปลี่ยนการฝึกที่คิดค้นเป็นงานให้ ผู้รับบริการทดลองปฏิบัติและปฏิบัติต่อบ้าน -ปรับปรุงแผนการดูแลเฉพาะราย 		<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินความสามารถของผู้ป่วย -พบทนายการที่ ทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดที่บ้านของผู้รับบริการ -ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสภาพ -ปรับปรุงแผนการดูแล 		<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินความสามารถของผู้ป่วย -ให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพตามแผน -ประเมินผลการดูแล
ผู้ป่วย และ ผู้ดูแล	<ul style="list-style-type: none"> -ร่วมวางแผนการดูแลเฉพาะราย -ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและไปรับการฝึกที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแผน 	<ul style="list-style-type: none"> -ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและไปรับการฝึกที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแผน 	<ul style="list-style-type: none"> -ร่วมจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย -ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและไปฝึกที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแผน 	<ul style="list-style-type: none"> -ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> -ร่วมจัดทำแผนการดูแล -ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและไปรับการฝึกที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแผน 	<ul style="list-style-type: none"> -ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพเมื่อเริ่มที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> -ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านและไปรับการฝึกที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแผน -ร่วมประเมินผลการดูแล
นักรพ บำบัด				ให้คำปรึกษาจากทีมผู้ให้บริการเพื่อให้การฟื้นฟูด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา			

วงจรที่ 1 ชีวิตที่ลำบาก เป็นการให้บริการในระยะ สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 2 ของการเจ็บป่วย ซึ่งจัดให้ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยมารับการตรวจที่คลินิกสมองและระบบประสาท ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในขณะที่มีความพิการจากรอยโรคมีความรู้สึกตกใจ กลัวและกังวลกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง บางรายไม่สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านได้ บริการสุขภาพที่บ้านในวงจรนี้คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับ ไว้วางใจ เชื่อมั่นว่าผู้ให้บริการสามารถให้การช่วยเหลือ ดูแลด้วยความเต็มใจ รวมทั้งการให้คำปรึกษา คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาคับข้องใจขึ้นหลังการเจ็บป่วย

2. การให้ข้อมูล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น สิ่งที่ผู้รับบริการต้องเผชิญคือการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินของโรค แผนการรักษาพยาบาลและแผนการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การให้ความรู้ในสิ่งที่ผู้รับบริการมีความต้องการในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ก่อให้เกิดความสนใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้

3. การสนับสนุนความสามารถ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น สิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองด้อยความสามารถจากภาวะความพิการ พยาบาลควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเอง เพื่อสร้างความมั่นใจและเกิดกำลังใจในการพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยมากขึ้น

4. การมีส่วนร่วมของครอบครัว ขณะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัว สมาชิกของครอบครัวบางรายไม่ตระหนักว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของตนในการช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ แยกตัวเองออกจากสังคมหรือจากสมาชิกคนอื่น ๆ หน้าที่ของพยาบาลคือการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเพิ่มความสนใจในตัวผู้ป่วย เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่นให้มากที่สุด

วงจรที่ 2 เริ่มต้นเรียนรู้ ต่อสู้อุปสรรค เป็นการจัดบริการในระยะ สัปดาห์ที่ 3 - สัปดาห์ที่ 6 ของการเจ็บป่วย วงจรนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เริ่มรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินของโรค แผนการรักษาพยาบาลและแผนการฟื้นฟูสภาพ และการปฏิบัติตัวที่บ้าน แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปกระบวนการฟื้นฟูสภาพเริ่มช้าลง ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าจะฟื้นฟูสภาพเดิมได้ บางกิจกรรมสามารถฟื้นฟูกลับคืนได้ใกล้เคียงปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย เพราะเป็นกิจกรรมที่เคยปฏิบัติและสามารถใช้ร่างกายด้านที่ปกติปฏิบัติทดแทนได้ แต่กิจกรรมที่ซับซ้อนหรือต้องใช้ความสมดุลย์ของร่างกายขณะปฏิบัติ เช่น การเคลื่อนย้าย การเข้าสังคม ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟู ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้และแสวงหาวิธีการปฏิบัติตามความเชื่อของตนเองและครอบครัว หรือตามคำแนะนำที่ได้รับ พยาบาลต้องให้ความ

สามารถในการประยุกต์การบริการให้สอดคล้องกับแนวคิดตามความเชื่อมั่นและแนวทางการรักษาทางวิทยาศาสตร์ พยาบาลต้องพัฒนาทักษะการสร้างความเชื่อมั่น ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลยอมรับการปฏิบัติเพื่อฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งทักษะการประสานงานเพื่อจัดหาบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การช่วยเหลือผู้รับบริการ มีดังนี้

1. การสร้างความหวังและกำลังใจ โดยการร่วมตั้งเป้าหมายในการฝึกฝนอย่างเป็นขั้นตอน จากง่ายไปหายาก และส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ และเกิดกำลังใจ พยายามพัฒนาความสามารถให้ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ในขณะที่ตัวกันผู้ดูแลก็มีส่วนสำคัญ ที่อาจเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความอดทน พยายามพัฒนาตนเอง หรืออาจเป็นผู้ทอนกำลังใจของผู้ป่วย จากการไม่สนใจหรือทอดทิ้งให้ผู้ป่วยกระทำอยู่ตามลำพัง ก็ได้

2. การสร้างความเชื่อมั่น ในการฟื้นฟูสภาพ ผู้รับบริการปฏิบัติตามแผนการจัดการเฉพาะรายที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน แต่ในบางครั้งผู้รับบริการอาจจะมีแนวทางในการฟื้นฟูตามความเชื่อของตน การยอมรับ และแสดงความใส่ใจ ในสิ่งที่ผู้รับบริการเลือกปฏิบัติจะช่วยให้รู้สึกเกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ พยาบาลต้องมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย หรือการส่งเสริมกิจกรรมที่พิจารณาว่าไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วย

3. การพัฒนาทักษะโดยการส่งปรึกษา การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ควรประสานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากที่สุด แม้ว่าพยาบาลจะสามารถให้การดูแลทดแทนวิชาชีพอื่น ๆ ได้ แต่ในกิจกรรมที่ต้องใช้ความชำนาญเฉพาะสาขา ควรประสานงานเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

4. การปรับแผนการจัดการเฉพาะราย แผนการดูแลเฉพาะราย จัดทำขึ้นโดยสมาชิกของทีมสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย แต่เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง พยาบาลต้องใช้ทักษะในการเป็นผู้จัดการเพื่อดำเนินการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้บริการ มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้รับบริการ และลดค่าใช้จ่ายขณะเกิดการเจ็บป่วยลง

5. การพัฒนาสื่อประกอบการสอน การจัดทำสื่อหรือคู่มือ ช่วยให้ทีมสุขภาพมีความมั่นใจในการปฏิบัติผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อมอบให้ผู้รับบริการใช้ในการฝึกและช่วยความจำ และจัดทำคู่มือการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วย

6. การร่วมแก้ไขปัญหา บริการสุขภาพที่บ้านมีความแตกต่างจากการจัดบริการในสถานบริการ คือ ผู้ให้บริการที่บ้าน มีโอกาสได้รับข้อมูลที่เป็นปัญหาของครอบครัว มีความใกล้ชิดและความไว้วางใจระหว่างผู้รับบริการ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ที่กว้างขวางและสามารถให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจ

แก้ปัญหา หรือการส่งต่อผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมได้ โดยพยาบาลหรือทีมผู้ให้บริการ ไม่สามารถตัดสินใจแทนผู้รับบริการได้ เพียงแต่เสนอทางเลือกหรือให้ข้อคิดเพื่อประกอบการตัดสินใจเท่านั้น

วงจรที่ 3 ชีวิตที่ต้องดำเนินต่อไป (สัปดาห์ที่ 7 – สัปดาห์ที่ 9) ในวงจรนี้ ผู้รับบริการส่วนใหญ่สามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ สามารถพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทางในการฟื้นฟูสภาพ จากผลการปฏิบัติว่าสิ่งไหนที่ตนเองปฏิบัติแล้วได้ผลดี และพิจารณาการลดค่าใช้จ่ายด้วย ทั้งนี้เพราะการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน บริการสุขภาพที่บ้าน ในวงจรนี้ ประกอบด้วย

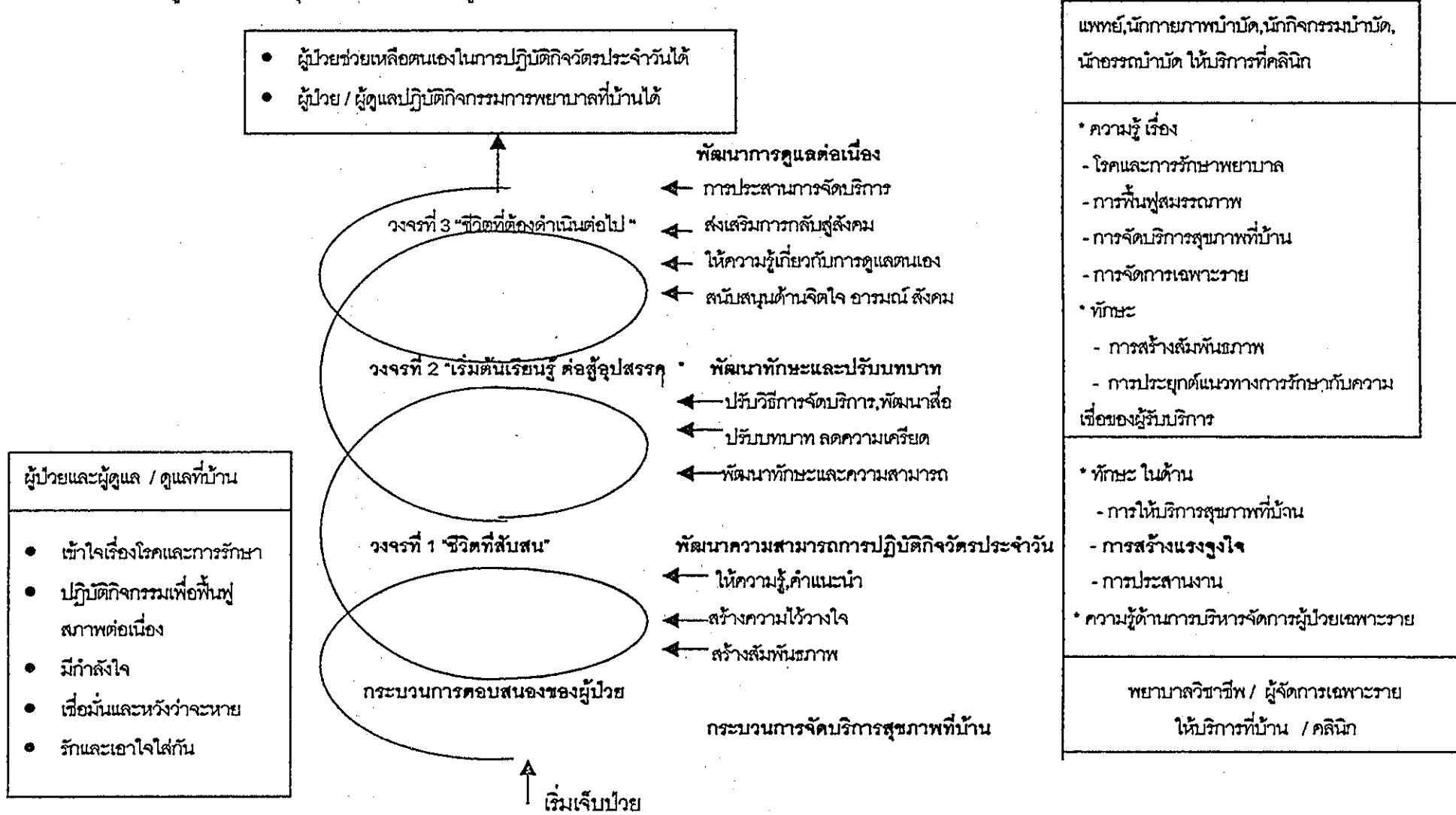
1. การให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง บริการสุขภาพที่บ้านต้องดูแลผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป ผู้ป่วยเกิดการหลงลืม หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน การป้องกันอุบัติเหตุ การรู้จักสังเกตสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น และไปรับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาตั้งแต่ต้น เพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำขึ้นได้

2. การสนับสนุนทางจิตใจ อารมณ์และสังคม การให้ข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกเมื่อไปรับบริการ การติดต่อประสานงานในการใช้สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ การแก้ไขปัญหารวมถึงจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยลดความเครียดและสร้างบรรยากาศที่ดีในการดูแลที่บ้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ตามแผนการดูแลเฉพาะราย

3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับสู่สังคมเดิม เมื่อผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นแล้ว ผู้ป่วยต้องการกลับไปสู่สังคมเดิมก่อนการเจ็บป่วย แต่จากสภาพความพิการที่ยังเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมได้ พยาบาลควรมีความรู้ในการปรับเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิตหลังการเจ็บป่วย การหาแหล่งสนับสนุนในการหารายได้ การลดรายจ่าย ช่วยลดความกดดันจากปัญหาสังคม เศรษฐกิจที่เกิดขึ้นได้ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายได้พัฒนาตนเองจนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกายตามวัย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การรับประทานยาตามแผนการรักษาและไปรับการตรวจตามนัด

4. การประสานงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง พยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะในการประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานในชุมชนหรือผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะ ในการศึกษาครั้งนี้ จากข้อจำกัดด้านระยะเวลา ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายยังต้องการการดูแลต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนสามารถพัฒนาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้มากขึ้น และไม่เป็นการละเลยของผู้ดูแล ทั้งนี้สามารถสรุปรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านได้ ดังภาพประกอบ 7

ภาพประกอบ 7 รูปแบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



2.2 การให้ความรู้ การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการที่บ้าน จะให้ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีประเด็นที่ต้องให้ความรู้ ดังนี้

- 2.2.1 โรคหลอดเลือดสมอง แผนการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วย
- 2.2.2 การจัดของใช้และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วย
- 2.2.3 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2.2.4 การจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2.5 การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ
- 2.2.6 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 2.2.7 การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและการป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ
- 2.2.8 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

2.3 การเยี่ยมบ้าน จะกำหนดการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดย

- 2.3.1 สัปดาห์ที่ 1-2 เยี่ยมทุก สัปดาห์ ๆ
- 2.3.2 สัปดาห์ที่ 3-6 เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์
- 2.3.3 สัปดาห์ที่ 7 ขึ้นไป และผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองได้ เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง

2.4 การประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการ จะประเมินผู้ป่วยดังนี้

- 2.4.1 แพทย์ผู้ให้การรักษาประเมินระดับกำลังของผู้ป่วย และอาการแทรกซ้อน
- 2.4.2 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย
- 2.4.3 พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติ

กิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

2.5 การสิ้นสุดการให้บริการ ผู้ให้บริการสิ้นสุดการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้โดยผู้ดูแลช่วยเหลือน้อยที่สุด ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

3. คู่มือการจัดบริการ ผู้วิจัยได้พัฒนาคู่มือที่ใช้ในการให้บริการ ดังนี้

3.1 คู่มือครอบครัว : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สำหรับให้ผู้รับบริการนำไปเป็นคู่มือในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน

3.2 คู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกันทุกขั้นตอน (mutual collaboration approach) ของผู้วิจัยและทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในเขตอำเภอหาดใหญ่ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เจ็บป่วยครั้งแรก และไม่นานเกิน 6 เดือน ที่มารับการตรวจรักษาประเภทผู้ป่วยนอกครั้งแรก ที่คลินิกสมองและระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน 2540 ถึง วันที่ 26 มิถุนายน 2541 ศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและติดตามต่อเนื่อง จำนวน 10 ราย เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีภูมิลำเนาในอำเภอหาดใหญ่ แพทย์มีแผนให้รับการรักษาในระยะฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน โดยขอรับบริการสุขภาพที่บ้านจากศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ

การดำเนินการวิจัย เริ่มจากการวิเคราะห์บริบทที่ศึกษาอย่างถ่องแท้ ผู้วิจัย ศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ร่วมกับศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและบริการสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการรายกรณี (case study) จำนวน 2 ราย นำข้อมูลที่ได้มากำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านชั่วคราว นำรูปแบบชั่วคราวไปทดลองปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ให้การบันทึกเทป การบันทึกภาคสนาม ดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในแต่ละวงจรประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน การปฏิบัติ และสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงแผน

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความ จัดหมวดหมู่ สร้างข้อสรุปมาประกอบเป็นรูปแบบโดยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ให้เห็นรูปแบบ ตรวจสอบความตรงของข้อมูลโดยตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล และสัมภาษณ์ย่อยกับผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน สามารถสรุป รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น 3 วงจร คือ ชีวิตที่สับสน เริ่มต้นเรียนรู้ต่อสู่อุปสรรคและชีวิตที่ต้องดำเนินต่อไป ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวม 1 ปี จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. โครงสร้างการจัดการบริการ ประกอบด้วย ทีมสุขภาพ และแผนการดูแลเฉพาะราย โดย ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ทีมผู้ให้บริการ เป็นผู้ให้บริการในสถานบริการและให้คำปรึกษา ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและนักอรรถบำบัด และผู้ให้บริการที่บ้าน ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพที่บ้านและเป็นผู้จัดการเฉพาะราย และ 2) ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้แผนการดูแลเฉพาะราย ซึ่งกำหนดกิจกรรมบริการของผู้ให้บริการประจำสัปดาห์ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและเพิ่มความพึงพอใจของทีมสุขภาพ

2. กระบวนการจัดการบริการ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกผู้รับบริการรู้สึกตกใจกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดความกังวลและสับสนกับการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย บางรายไม่ยอมรับการเจ็บป่วย แสดงออกโดยการปฏิเสธความช่วยเหลือ การช่วยเหลือในระยะนี้ คือการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจให้เกิดขึ้น หลังจากนั้นจะพิจารณาให้ความรู้และเสนอทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาถึงความเชื่อและการปฏิบัติของผู้รับบริการ เมื่อผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยได้ ส่วนหนึ่งเชื่อว่าจะหายเพราะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย ในขณะที่บางรายยังคงวิตกกังวลกับการฟื้นฟูสภาพที่ต้องใช้เวลานาน ผู้ดูแลกังวลกับระยะเวลาที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ดูแล ต้องละทิ้งความรับผิดชอบของตนเอง ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ต้องพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด และปรับเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกคนอื่นมาเป็นผู้ดูแลบ้าง เพื่อลดความเครียดและสร้างบรรยากาศของความเข้าใจกัน ในระยะท้ายของการดูแล ผู้ป่วยสามารถพิจารณาเลือกแนวทางในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของตนเองได้ แม้จะได้รับข้อมูลจากหลายแหล่งก็นำมาพิจารณาผลการปฏิบัติก่อนตัดสินใจ บริการสุขภาพในระยะนี้คือการส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องและการปฏิบัติตามแผนการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3. บทบาทของผู้จัดการเฉพาะราย เป็นผู้ประสานงานจัดการบริการตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย ผู้จัดการเฉพาะรายที่ต้องใช้กระบวนการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามสภาพปัญหา ให้ความรู้ในการจัดแผนดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม ให้คำปรึกษา หาแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแล เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นตัวแทนของผู้รับบริการในการจัดหาบริการหรือสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ

4. การประเมินผลลัพธ์บริการ โดยการเปรียบเทียบคะแนนที่ได้จากการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (FIM score) ซึ่งบอกถึงความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้รับบริการ เมื่อสิ้นสุดการดูแลสัปดาห์ที่ 2, 6 และ 9 พบว่า ผู้ป่วยทุกรายสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกกิจกรรม ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม ไม่มีความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพที่บ้าน พบว่า ผู้รับบริการทุกรายมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เพราะได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือในการปฏิบัติตนที่บ้านจากพยาบาลที่เยี่ยมบ้าน ได้รับความสะดวก ประหยัด ไม่ต้องเดินทาง และผู้ให้บริการพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย ที่มีผู้จัดการเฉพาะราย ทำหน้าที่ผู้ประสานงานและสามารถจัดบริการที่ต่อเนื่อง ครบถ้วน

5. คู่มือในการจัดบริการที่ได้จากการวิจัย ประกอบด้วย 1) คู่มือครอบครัว : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สำหรับผู้รับบริการ และ 2) คู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ความคิดเห็นของผู้วิจัย (personal reflection)

1. ความคิดเห็นต่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นจากการศึกษาให้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่ต้องการศึกษาและค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในบริบทอย่างถ่องแท้ ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ในขณะที่ผู้ให้บริการมองว่าเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ใช้วิธีให้คำแนะนำก็มักจะเพียงพอ ผู้วิจัยนำสิ่งที่ได้รับรู้ มาเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข โดยนำเข้าสู่การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงแผน จนสามารถปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านอย่างเหมาะสม เป็นที่พึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผลการวิจัยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือกลับเป็นซ้ำตลอดการศึกษา สามารถนำมาใช้กับบริบทที่ศึกษาได้จริง นอกจากนี้ การศึกษาค้างนี้เป็นการทำงานร่วมกันกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ร่วมกันสะท้อนปัญหาและปรับปรุงแผนการดูแล จนกระทั่งได้รูปแบบการจัดบริการซึ่งเป็นที่ยอมรับของทีมสุขภาพ ส่งผลต่อการนำไปปฏิบัติต่อไป

ในขั้นตอนของการวิจัย โดยเฉพาะขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการ ต้องใช้ระยะเวลาอันกว่าจะได้รูปแบบที่ทีมสุขภาพพอใจ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสิ่งที่ยากและผู้วิจัยไม่คุ้นเคย ทำให้ต้องใช้ความพยายามอย่างสูง ทำให้รู้สึกท้อแท้ โดยเฉพาะผู้วิจัยมีปัญหาด้านการเขียนอย่างมาก จนเกือบจะเลิกล้มการศึกษาเป็นระยะ ๆ แต่ก็ได้กำลังใจจากผู้ใกล้ชิด รวมทั้งการกระตุ้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่เคยสอนทุกท่าน ทำให้ต้องอดทน เพียรพยายามทำให้สำเร็จให้ได้ ถึงแม้จะต้องใช้ระยะเวลาอันกว่าปกติก็ตาม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะช่วยพัฒนางานในความรับผิดชอบได้เป็นอย่างดี เพราะได้ศึกษาปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนและลึกซึ้ง แต่คงต้องอาศัยทีมงานที่มีความมุ่งมั่น ขยันขันแข็งและพร้อมจะสละเวลา แรงกาย แรงใจ ในการต่อสู้ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่เป็นที่เชื่อถือสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทนั้น ๆ

2. **ความคิดเห็นต่อการพัฒนาตนเอง** สิ่งที่ผู้วิจัยได้จากการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการพัฒนาทางด้านอารมณ์ จากการทำที่มีความมั่นใจในตนเองสูง และไม่ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น เมื่อทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และทำการศึกษานอกสถานที่ทำงานของตนเอง ทำให้ต้องปรับตัวเองให้มีความอดทน ยอมรับความคิดเห็นของทีม ยอมรับการปฏิบัติตามแนวคิดหรือความเชื่อของผู้รับบริการ การศึกษาแบบเจาะลึกทำให้พัฒนากระบวนการรับฟังและวิเคราะห์สิ่งที่ได้รับรู้ เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ฟัง พัฒนาทักษะในการทำงานเป็นทีม และพัฒนาทักษะในการเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจได้มากขึ้น แม้ว่าจะต้องแก้ไขหลายครั้ง หลายหนก็ตาม

3. **ความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพที่บ้าน** การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ ต้องศึกษาความต้องการของผู้รับบริการแต่ละรายอย่างองแท้ เพราะคนย่อมมีความแตกต่าง ผู้รับบริการจะรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งที่รุนแรง เพราะมีผลต่อภาพลักษณ์และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของตนเอง ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุข รับรู้ว่าอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ สามารถฟื้นฟูให้มีสภาพใกล้เคียงปกติได้ การรับรู้ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคลด้วย ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน จึงต้องมีความเข้าใจผู้รับบริการอย่างถูกต้อง มีวิธีปฏิบัติที่นุ่มนวล มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือและเป็นที่น่าไว้วางใจ เพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลต่อการยับยั้งหรือขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้บทบาทว่าเป็นการไปให้บริการนอกสถานที่ ต้องมีความอ่อนน้อม รู้จักสัมมาคารวะ แม้ว่าผู้รับบริการพร้อมจะให้การต้อนรับผู้ที่ไปให้ความช่วยเหลืออยู่แล้วก็ตาม การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้ระยะเวลาอันจึงต้องสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในทีมให้ได้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือ

4. **ความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยวิธีการจัดการเฉพาะราย** การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ต้องมีความต่อเนื่องและครอบคลุม วิธีการจัดการเฉพาะรายเป็นการดูแลที่มีผู้จัดการเฉพาะรายรับผิดชอบในการประสานงานจัดบริการ ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับบริการที่สถานบริการ จนกระทั่งสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามสภาพ สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวรับสภาพการเจ็บป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ ภายใต้การสนับสนุนของทีมผู้ให้บริการ ทั้งที่สถานบริการและที่บ้าน โดยผู้จัดการเฉพาะรายมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมสุขภาพ ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ต่อเนื่องและเป็นที่น่าพึงพอใจมากขึ้น ผู้จัดการเฉพาะรายต้องเป็นผู้มีความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแล มีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกของทีมสุขภาพ และต้องเข้าใจกระบวนการรักษาพยาบาลเฉพาะโรคอย่างองแท้ เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม

ข้อควรระวังในการนำรูปแบบไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกัน ศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไปรับบริการประเภทผู้ป่วยนอก จำนวน 10 ราย ในบริบทหนึ่ง การนำผลการวิจัยไปใช้ จึงควรใช้ในบริบทและกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนั้นการนำรูปแบบนี้ไปใช้ ผู้วิจัยขอเสนอข้อควรระวังดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ควรได้พัฒนาทักษะ ในด้านต่อไปนี้
 - 1.1 การพัฒนาทักษะทางคลินิก เป็นการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 การพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้รับบริการ
 - 1.3 การประสานงานและทำความเข้าใจกับทีมผู้ให้บริการ เกี่ยวกับแนวคิดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้วิธีการจัดการเฉพาะราย
 - 1.4 การพัฒนาพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถที่ทันต่อการพัฒนาเทคโนโลยี ด้านการรักษาพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน (inservice training)
2. การเตรียมผู้รับบริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อการกลับไปดูแลที่บ้าน โดยวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสม ให้เป็นกิจกรรมของหอผู้ป่วยและบริการแก่ผู้ป่วยทุกคน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่าย ตามนโยบายของกองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ก่อนที่พยาบาลเยี่ยมบ้าน จะติดตามไปให้บริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
3. ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่บ้านให้เป็นการดูแลแบบทีมสหวิทยาการ โดยการมองปัญหาความต้องการของผู้รับบริการอย่างครอบคลุมทุกด้าน และใช้ความรู้ด้านต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหา และปรึกษานุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การศึกษานี้ เกิดประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพที่บ้าน และเกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพมากขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ควรพิจารณาแนวคิดการดูแลเฉพาะราย ซึ่งคล้ายกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ เพราะสามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมปัญหา และต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่ในชุมชน

บรรณานุกรม

กนกพร หมุ่ยคย์คร์. (ม.ค.-เม.ย. 2532). พยาบาลอนามัยชุมชนกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอัมพาตจากไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 3(1), 18-27.

กมลพรรณ หอมนานและคณะ. (ก.ค.-ก.ย. 2538). ภาวะสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้และการเคลื่อนไหว. วารสารพยาบาล 44 (3), 169-176.

เกลียวพันธ์ ชินเมธีพิทักษ์, ปรีศนา วัชสีและยุพเรศ พญาพรหม. (ก.พ. 2539). ความต้องการของญาติญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤติ. วารสารกรมการแพทย์, 21 (2), 35-41.

โหมพักตร์ มณีวัต. (2541). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จริยาวัตร คมพัยคร์. (เม.ย.-มิ.ย. 2538). การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care). วารสารพยาบาล 44 (2), 69-70.

จริยาวัตร คมพัยคร์และคณะ. (2541). ลักษณะความเจ็บป่วยในระบบบริการการแพทย์แผนไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 15 (2), 68-74.

จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพานิช.(2541). ความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จินตนา สมณี. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จอม สุวรรณโณ. (ก.ค. – ก.ย. 2541). ภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. พยาบาลสาร. 25 (3) , 9 – 20.

เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง : การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.

เดือนใจ อัฐวงศ์และนฤมล เทพอาจ. (ม.ค.- เม.ย. 2539). การประเมินกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบมาตรฐาน The functional Independence measure (FIM). วารสารกิจกรรมบำบัด 1(1) , 1-6.

นิพนธ์ พวงวรินทร์, (บรรณาธิการ). (2534) . โรคหลอดเลือดสมอง : Stroke. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

----- (2541). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. สารศิริราช 50 (11), 1110 -1114.

นิภา วรรณะภุติ, สมพร เลิศวิริยเสถียรและพรทิวา อินทร์พรหม. (พ.ค. – ส.ค. 2539). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร. 17 (2), 115-125.

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์.(ก.ค. – ก.ย. 2539). การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับคุณภาพของการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 12 (3).

ประพิณ วัฒนกิจ. (2536). เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน" วันที่ 8 -12 ก.พ. พ.ศ. 2536 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.(เอกสารอัดสำเนา).

----- (2536). การดำเนินงานโครงการสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 5 (1), 1 – 4.

ประสมศรี บุญยะตุลานนท์ และ สุจินต์ สุรภาคพงศ์. (ก.ค. - ก.ย. 2539). ผลการพยาบาลตามแบบแผนส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารวิชาการเขต 12. 7 (3) , 29 - 36.

ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลหาดใหญ่. (2538) สถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลหาดใหญ่. มปท.

พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเตียง เคสไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรทิพย์ เกษรานนท์. (2539). รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2539 -2549). วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรทิศา อินทร์พรหม. (2539). ผลของการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน ต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พวงน้อย อรุณ. (2536). ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 24 (1), 46-55.

พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. และ วรณวิไล จันทราภา. (2534) ทิศทางในการพัฒนาวิชาชีพ. เอกสารการสอนชุดวิชา ประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช . (หน้า 920 - 925). กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.

- ไพโรจน์ อุตศิริ. (ม.ค.-มี.ค. 2536). ผลของการบาดเจ็บที่ไขสันหลังต่อการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. พยาบาลสาร, 20 (1), 41-46.
- เพ็ญลดา เคนไทยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แร่งสนับสนุนทางสังคมสังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนัสสินิตย์ บุญยธรรมพ. (2536). ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (ม.ค. - เม.ย. 2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาศิลป์พยาบาลสาร, 2 (1), 84 - 94.
- ยุวราณี สุขวิญญาณ์,วันเพ็ญ เขียมจ้อยและฉวีวรรณ ธงชัย. (ม.ค.- มี.ค. 2537). ผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ. พยาบาลสาร, 21 (1), 13 - 23.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล, 41 (1), 9 - 19.
- ลักษณา จิตต์ไพบูลย์.(2538). ความต้องการการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ฤกษ์ชัย ดุลยาภรณ์โชติ. (ก.พ. 2539). Recent advance in stroke management (ตอนที่ 1). คลินิก, 12 (2), 73 - 79.

วัชรีย์ ต้อยคำภีร์. (2536). ความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2538). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. วารสารพยาบาล. 44 (2), 88 - 92.

วิลาวัลย์ เสนารัตน์, ประยงค์ ลีมตระกูลและพิมพ์ภาภรณ์ กลั่นกลิ่น. (เม.ย. - มิ.ย. 2541). การให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลนครพิงค์. พยาบาลสาร. 25 (2), 15-29.

วิลาวัล ผลิตลอย. (2539). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศรีสุดา รัชมิพงศ์. (ม.ค. - เม.ย. 2537). บทบาทของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 8 (1) , 50 - 56.

สภาการพยาบาล. (2541). คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย. เอกสารอัดสำเนา .มปท.

สิริลักษณ์ จันทร์มะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุดสิริ หิรัญชุนนะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล.(บรรณารักษ์).(2538). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่มที่ 4. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วน จำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (ม.ค. – เม.ย. 2538). การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 1(1), 7-22.

โสภา พิชัยวงศ์วงศ์ดี. (ก.ค. – ธ.ค. 2534). การฟื้นตัวจาก Stroke ในทางคลินิก. วารสารกายภาพบำบัด, 14 (1), 53 - 60.

แสงโสม ส่งแสง. (2541). การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในสังคมและวัฒนธรรมไทยที่วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2534). การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล. จดหมายข่าวสมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย, 15 (1 - 2) , 3 - 10.

----- . (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 42 (1) , 16 - 31.

อุษณีย์ ดันตรีบุรณ์. (ต.ค. – ธ.ค. 2536). กระบวนการพยาบาลกับการพยาบาลครอบครัว. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 13 (4) , 42 - 53.

อรชัตรา โปษยานนท์. (2534). Stroke rehabilitation. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, (บรรณาธิการ). โรคหลอดเลือดสมอง. (หน้า 591 - 618). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

อรพรรณ ทองแดง. (2534). Depression in stroke. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, (บรรณาธิการ). โรคหลอดเลือดสมอง. (หน้า 619 - 634). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

อรอุษา ชูบุรี. (2539). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Albrecht, M.N. (1990). The Albrecht nursing model for home health care : implications for research, practice, and education. Public Health Nursing, 7(2), 118 - 129.

Bedrosian, C.A. (1989). Home health nursing : nursing diagnosis & care plans. Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange.

Bergen, A. (1992). Case management in community care : concepts, practices and implications for nursing. Journal of Advanced Nursing. 17, 1106 – 1113.

Berger, K. and Williams, M.B. (1992). Fundamental of nursing : collaborating for optimal health. New Jersey : Englewood Cliffs.

Borgman, M.F. and Passarella, P.M. (Dec. 1991). Nursing care of the stroke patient using Bobath principles : an approach to altered movement. The Nursing Clinics of North America. 26 (4) , 1019 - 1035 .

Bronstein, K.S., Popovich, J.M. and Stewart - Amidei, C. (1991). Promoting stroke recovery : A research based - approach for nurses. St.Louis : Mosby Year Book .

Brown, L. et al. (Nov. 1996). Clinical case management : what works, what doesn't. . Nursing Management. 27 (11) , 28 - 30.

Buck, J.N. (1988). Measuring the success of home health care. Home Healthcare Nurse. 6 (3) , 17-23.

Cesta, T.G., Tahan, H.A. and Fink, L.F. (1997). The case manager's survival guide : winning strategies for clinical practice. St.Louis, Mosby year book.

Clark, M.J. (1992). Nursing in the community. California : Appleton & Lange.

Clemen-Stone, et al. (1991). Comprehensive family and community health nursing. (3rd ed.). New York : McGraw – Hill Book company.

Coates, V.E. and Boore, J.R.P. (1995). Self-management of chronic illness : implications for nursing. Int. J. Nurs. Stud. 32 (6) , 628 - 640.

Conwill, J. (1993). Understanding and combating helplessness. Rehabilitation Nursing, 18, 388 - 399.

Daly, G.M. and Mitchell, R.D. (Sep. 1996). Case management in the community setting. The Nursing Clinics of North America, 31 (3) , 527 - 564.

Dudas, S. (June. 1986). Nursing diagnosis and intervention for the rehabilitation of the stroke patient. The Nursing Clinics of North America, 21 (2), 345 - 357.

Easton, K.L., Zemen, D.M. and Kwiatkowski, S. (Nov.- Dec. 1994). Developing and implementing a stroke education series for patients and families. Rehabilitation Nursing, 19 (6) , 348 - 351.

Ebrahim, S. (1990). Clinical epidemiology of stroke. NewYork : Oxford University Press.

Esposito, L. (1994). Home health case management :rural caregiving. Home Healthcare Nurse, 12 (3) , 38 - 43.

Evans, R.L. et al. (April.1989). Caregiver assessment of personal adjustment after stroke in a Veterans administration medical center outpatient cohort. Stroke, 20 (4), 483 - 487.

Galameau, L. (Nov.- Dec.1993). An interdisciplinary approach to mobility and safety education for caregiver and stroke patients. Rehabilitation Nursing, 18 (6) , 395 - 398.

Garrett,C.G.and Bechtel, G.A. (1996). The efficacy of Bobath neurodevelopmental intervention at home for patients after postcerebrovascular accidents. Home Healthcare Nurse, 14 (6) , 435 - 440.

Gauwitz, D.F.(Aug.1995). How to protect the dysphagic stroke patient. American Journal of Nursing, 95 (7) , 34 - 38.

Gibb, B. et al. (May 1995). The role of the clinical nurse specialist and the nurse manager in case management. JONA, 25 (5) , 28 - 34.

Gibson,S.J. et al. (June. 1994). CNS - directed case management : cost and quality in harmony. JONA, 24 (6) , 45 - 51.

Goodwin, D.R. (Feb.1994). Nursing case management activities : how they differ between employment settings. JONA, 24 (2) , 29 - 34.

Grant, J.S. (1996). How care problems experienced by Stroke survivors and their family caregiver. Home Healthcare Nurse, 14 (11) , 893 - 902.

Greenwood, J. (1994). Action research : A few details, a caution and something new. Journal of Advanced Nursing, 20 , 13 - 18.

Haddad, A.M. (1992). Ethical problems in home health care. The Journal of Administration,22 (3). 49 - 51.

Heimer, L. (1995). The human brain and spinal cord : functional neuroanatomy and dissection guide. 2nd ed. Newyork : Springer-Verlag.

Hickey, J.V. (1986). The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott .

Holter, I.M. and Schraztz - Barcott, D. (July. 1993). Action research : What is it ? how has it been used and how can it be used in nursing?. Journal of Advanced Nursing,18 (7) , 298 - 304.

Hydo, B. (March. 1995). Designing an effective clinical pathway for stroke. American Journal of Nursing, 95 (3) , 44 - 50.

Kemmis, S. and Mc Taggart, R., (Ed.). (1988 a). The action research planner 3rd ed.
Geelong Victoria : Deakin University Press.

Lamb, G.S. (1995). Case management. Annual Reviews of Nursing Research, 13,
117 - 136.

Lancero, A.W. and Gerber, R.M. (Nov. 1995). Comparing work satisfaction in two case management models. Nursing Management, 26 (11) , 45 - 48.

Lewis, S.M. and Collier, I.C. (1987). Medical – surgical nursing assessment and management of clinical problems. (2^d ed.). New York : McGraw - Hill Books.

Luckman, J. and Sorensen, K.C. (1993). Nursing care of clients with cerebral disorder. In Luckman, J. and Sorensen, K.C., (Eds.). Medical - surgical nursing : A psychophysiological approach. (4th ed.). Philadelphia : W.B. Saunders .

Manton, A.K. (1990). A Patient with a cerebrovascular accident, Mastering the nursing process : a case method approach. Philadelphia : F.A. Davis company.

Millikan, et al., (1990). General pathophysiology and neuropathology of stroke, Stroke. Philadelphia : Lea & Fibiger.

Molloy, S.P. (1994). Defining case management. Home Healthcare Nurse, 12 (3), 51 - 54.

Netting, F.E. and Williams, F.G. (Aug. 1996). Case manager - physician collaboration : implication for professional identity, role and relationships. Health and Social Work, 21 (3) , 216 - 224.

- O'Hare, P.A. and Terry, M.A. (1991). Community - based care management : a framework for delivery of services. Home Healthcare Nurse, 9 (3) , 26 - 32.
- Parker, G.G. (1992). Chemotherapy administration in the home . Home Healthcare Nurse, 10 (1), 30 - 36.
- Passarella, P. and Gee, Z. (June 1987). Starting right after stroke. American Journal of Nursing, 802 - 807.
- Periaed, M.E. and Ames B.D. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of Stroke survivors. Public Health Nursing, 10 (4) , 252 – 256 .
- Phipp, M.A. (Dec.1991). Assessment of neurologic deficits in stroke acute-care and rehabilitation implication. The Nursing Clinics of North America, 24 (4) , 957 - 969.
- Prencipe, M. et al. (1997). Stroke, disability and dementia : Results of a population survey. Stroke, 28 (3) , 531 – 536.
- Pyke, J. (Aug.1996). Case management and mental health services. The canadian Nurse, 91 (1) , 31 - 35.
- Rawsky, E. (Feb.1996). Building a case management model in a small community Hospital. Nursing Management, 25 (2) , 49 - 51.
- Rheume, A. et al. (1994). Case management and nursing practice. JONA, 24 (3), 30 - 36.
- Rice, R (1996) . Home health nursing practice concepts & application. (2nd ed.). St.Louis : Mosby year Book, Inc.
- Robinson, R.G. et al. (1985). Social functioning assessment in stroke patients. Archives Physical medicine and Rehabilitation, 66, 496 - 500.

- Rovinski, C.A. and Zastocki, D.K. (1989). Home care: a technical manual for the professional nurse. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Rozell, B.R. and Newman, K.L. (1994). Extending a critical path for patients who are ventilator dependent. Home Healthcare Nurse, 12 (4) , 21 - 25.
- Santas et al.(1990). Social and family integration of hemiplegia elderly patients 1 year after stroke. Stroke, 20, 1019 – 1022.
- Schurdell,S. et al. (1995). Providing continuity in a "Firm" case management system. Nursing Management, 26 (11) , 42 - 44.
- Sherry, D.(1995). Restorative nursing. Home Healthcare Nursing, 13 (2), 71 - 72.
- Stahl, D.A. (Aug. 1996). Case management in subacute care. Nursing Management, 27 (8) , 20 - 22.
- Stanhope, M. and Lancaster, J. (1996). Community health Nursing (4th ed.). St .Louis : Mosby Year Book Inc.
- Stewart, J.E. (1979). Home Health Care. St.Louis : Mosby Company.
- Strauss, A. and Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research : Grounded theory procedures and techniques. Newbery park London : Sage publication.
- Stroker, R. (1983). Impact of disability on families of stroke clients. The American Association of Neuroscience Nurses, 15 (6) , 360 - 364.
- Tassapompong, K., Sukvanachai, C. and Bunnag, Y. (1991). Communication disorders in the hemiplegia patient at Sawangkanivat (Thai Red Cross rehabilitation center). Journal of Thai Rehabilitation, 1 (2) , 10 – 13 .

Wid'en-Holm Qvist, L. *et al.* (1993). Stroke rehabilitation in Stockholm basis for intervention in patients living at home. Scand J. Rehab Med, 25, 173 - 184.

Wendt, D. (1996). Building trust during the initial home visit. Home Healthcare Nurse, 14(2), 92-98.

Zander, K. (May 1988). Nursing case management : strategic management of cost and quality outcome. JONA, 18 (5) , 23 - 30.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ประยงค์ ลี้มตระกูล ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
2. รองศาสตราจารย์ ดร. อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
3. นายแพทย์เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ นายแพทย์ 8 ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย
คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

สวัสดีค่ะ

ดิฉันชื่อ นางสาวสุทธิดา รัตนสมานาร เป็นพยาบาลประจำโรงพยาบาลหาดใหญ่ ขณะนี้กำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิธีการจัดบริการสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมกับท่าน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยคาดว่าเมื่อท่านเข้าร่วมโครงการศึกษาคั้งนี้แล้ว จะช่วยให้ท่านสามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวโดยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ภายใต้การสนับสนุน ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหาดใหญ่

การเข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ ดิฉันจะขอสัมภาษณ์ถึงความรู้สึก ความคิดเห็นและการปฏิบัติตนของท่านและสมาชิกในครอบครัว ขณะรับบริการสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งปัญหา อุปสรรค หรือสิ่งสนับสนุนให้ท่านได้รับบริการสุขภาพที่บ้านตามความต้องการ จนพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งดิฉันจะขออนุญาตบันทึกคำบอกเล่าของท่านด้วยการจดบันทึกหรือด้วยเทปบันทึกเสียง โดยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ จะเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อให้ประโยชน์ในการศึกษาคั้งนี้เท่านั้น

หากท่านมีความสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาคั้งนี้ ดิฉันยินดีจะตอบให้ท่านเข้าใจและท่านมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้โดยไม่มีผลใดๆต่อท่านและบริการที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้หรือไม่ก็ตาม หากท่านยินดีเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ โปรดลงนามทำยบันทึกฉบับนี้ด้วย ขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ

(นางสาวสุทธิดา รัตนสมานาร)

นักวิจัย

วันที่เดือนพ.ศ. 2540

คำยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย

ข้าพเจ้าเป็น [] ผู้ป่วย

[]ญาติ ระบุความเกี่ยวข้อง.....

ขอให้รับรองว่าได้อ่านคำชี้แจงของการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตามที่ผู้วิจัยได้เขียนไว้ และมีความเข้าใจถึงสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้แล้วทุกประการ มีความยินดีที่จะให้ผู้วิจัยไปเยี่ยมติดตามที่บ้าน และให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาตามความเป็นจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(นาย/นาง)

ผู้ป่วย / ญาติ ความเกี่ยวข้อง.....

วันที่เดือน.....พ.ศ. 2540

ภาคผนวก ค.
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ผู้รับบริการต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน
3. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ผู้ให้บริการต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน
4. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพที่บ้าน
5. แบบประเมินความสามารถของผู้รับบริการในปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน
6. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
7. แฟ้มประจำครอบครัว ประกอบด้วย
 - 7.1 แบบบันทึกทางการรักษา
 - 7.2 แบบบันทึกทางการพยาบาล
 - 7.3 แบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพ
 - 7.4 แผนการรักษา
 - 7.5 แผนการฟื้นฟูสภาพ
 - 7.6 แผนการดูแลเฉพาะราย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

--	--

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/แยก/หย่า/ร้าง
4. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ อ่านได้/เขียนไม่ได้ ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ปวช./อนุปริญญา ปริญญาตรี/สูงกว่า
 อื่น ๆ ระบุ
6. อาชีพ รับจ้าง รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ งานบ้าน
 เกษตรกรรม ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว อื่น ๆ ระบุ ...
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บาท
 ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เพียงพอ
8. สมาชิกครอบครัว

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ	ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

9. ผู้ดูแลหลักขณะอยู่ที่บ้าน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

10. การเสียค่ารักษาพยาบาล

- จ่ายค่ารักษาเอง บัตรประกันสุขภาพ/บัตรประกันสังคม
 ใช้สิทธิเบิกค่ารักษา บัตรสปน./บัตรผู้สูงอายุ อื่น ๆ ระบุ.....

11. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน

- ต่ำกว่า 1 เดือน 1-3 เดือน 3-6 เดือน

12. สภาพกล้ามเนื้อ

- อ่อนแรง แขน/ขา ขวา
 อ่อนแรง แขน/ขา ซ้าย
 อ่อนแรง แขน/ขา ทั้ง 2 ข้าง
 อ่อนแรงท่อนล่าง

13. ภาวะแทรกซ้อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- แผลกดทับ
 ขาดสารอาหาร
 ช็อคติด
 กล้ามเนื้อลีบ
 มีการติดเชื้อ ระบุ.....

14. การรักษา/อุปกรณ์พิเศษ

- ใส่ท่อหลอดลมคอ
 ใส่สายยางให้อาหาร
 ใส่สายยางสวนปัสสาวะ
 ใส่ออกซิเจน
 อื่น ๆ ระบุ.....

15 การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

- 15.1 ห้องนอน เหมาะสม ไม่เหมาะสม ระบุ.....

- 15.2 ห้องน้ำ เหมาะสม ไม่เหมาะสม ระบุ.....

- 15.3 ทางเดิน เหมาะสม ไม่เหมาะสม ระบุ.....

16. การติดต่อที่สะดวกที่สุด ทางจดหมาย ทางโทรศัพท์/โทรสาร

หมายเลข.....

17. สถานที่บริการสาธารณสุขที่ใกล้ที่สุดคือระยะทาง

18. สถานที่บริการสาธารณสุขที่ใช้บริการเป็นประจำ

2. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ผู้รับบริการต่อรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน

ผู้รับบริการรายที่

วันที่สัมภาษณ์ เดือน พ.ศ. 2540

ครั้งที่สัมภาษณ์

1. ท่านคิดว่าการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านคืออะไร
2. ท่านคิดว่าบริการสุขภาพที่บ้าน มีประโยชน์ต่อท่านและครอบครัวอย่างไรบ้าง
3. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อท่านและครอบครัวอย่างไรบ้าง และท่านมีวิธีการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง.
4. ท่านมีปัญหามาปรึกษาไปรับบริการจากโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง และมีวิธีการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ได้อย่างไร
5. สิ่งที่เขาหน้าที่ของโรงพยาบาลสอน/ แนะนำ ท่านและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้หรือไม่
มีปัญหา อุปสรรค และสิ่งสนับสนุนอะไรต่อการปฏิบัตินั้น
6. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ให้บริการทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง
7. ขณะอยู่ที่บ้าน ท่านมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายอย่างไรบ้าง
8. ผู้ดูแลหลักจัดเวลาในการดูแลท่านอย่างไรบ้าง สิ่งที่ท่านอยากให้สมาชิกในครอบครัวจัดการให้ท่านมีอะไรบ้าง
9. สิ่งที่ท่านต้องการให้ดูแลที่บ้านมีอะไรบ้าง และควรเป็นบทบาทหน้าที่ของใคร
10. ท่านคิดว่าท่านควรมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างไรบ้าง
11. ท่านคิดจะไปใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านท่านหรือไม่ เพราะเหตุใด
12. สิ่งที่ท่านคิดว่าควรปรับปรุงในการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านมีอะไรบ้าง

3. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ทีมผู้ให้บริการต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

ผู้ให้ข้อมูล (ระบุ) วิชาชีพ..... คนที่

วันที่สัมภาษณ์เดือนพ.ศ.

ครั้งที่สัมภาษณ์

1. ท่านคิดว่าการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ควรมีวิธีการดำเนินการอย่างไร
2. ขั้นตอนในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านควรเป็นอย่างไร มีแนวทางในการปฏิบัติอย่างไร
3. การวางแผนดูแลผู้ป่วยที่บ้านควรประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง
4. ท่านคิดว่าใครควรมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีบทบาทอย่างไร
5. การดูแลผู้ป่วยโดยทีมมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไรบ้าง และมีปัญหา อุปสรรค หรือสิ่งสนับสนุนให้การดูแลแบบทีมประสบผลสำเร็จอย่างไรบ้าง
6. ผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีบทบาทอย่างไรบ้าง ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน
7. สิ่งที่ท่านคิดว่าผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการสอน / แนะนำ ควรมีอะไรบ้าง
8. การประเมินผลบริการสุขภาพที่บ้านควรทำอย่างไรบ้าง และมีเกณฑ์ในการประเมินอย่างไร

4. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ต่อบริการสุขภาพที่บ้าน

ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ก่อนได้รับบริการสุขภาพที่บ้าน และเมื่อสิ้นสุดการให้บริการ

โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกัน

ผู้รับบริการรายที่

วันที่สัมภาษณ์เดือนพ.ศ.

ครั้งที่สัมภาษณ์

1. ท่านคิดว่า ท่านได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างไรบ้าง
2. ท่านคิดว่า ความสัมพันธ์ของท่านและเจ้าหน้าที่ เป็นอย่างไร
3. ท่านได้รับการสอน และคำแนะนำจากทีมเจ้าหน้าที่อย่างไรบ้าง และการให้คำแนะนำนั้นเป็นอย่างไร
4. ท่านคิดว่า การให้บริการสุขภาพที่บ้าน ให้ประโยชน์แก่ท่านอย่างไรบ้าง

5. แบบประเมินความสามารถของผู้รับบริการในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน

ความสามารถของผู้รับบริการในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน คือความสามารถในการจัดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อส่งเสริมระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก ร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัยขณะเยี่ยมบ้าน รวม 12 ด้าน 42 กิจกรรม โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

2 คะแนน คือ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล สามารถปฏิบัติหรือบอกวิธีการดูแลได้ถูกต้องครบถ้วน

1 คะแนน คือ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล สามารถปฏิบัติ หรือบอกวิธีการดูแลได้ถูกต้องบางส่วน

0 คะแนน คือ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือบอกวิธีการดูแลได้ถูกต้อง

การประเมิน ประเมินรวมเป็นด้าน จากค่ามัธยฐาน (Mode) ของกิจกรรมในผู้รับบริการแต่ละราย
ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติ ไม่นำมาคิดคะแนน

กิจกรรมพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติ			
	ถูกต้อง ทุกครั้ง (2 คะแนน)	ถูกต้อง บางครั้ง (1 คะแนน)	ไม่ ถูกต้อง (0 คะแนน)	ไม่ได้ ปฏิบัติ
การได้รับอาหาร น้ำ 1. จัดเตรียมอาหารไขมันและแป้งต่ำ 2. ก่อนรับประทานอาหารจัดท่าผู้ป่วยให้ศีรษะสูง 30 ° โน้มคอและไหล่ไปข้างหน้าใช้หมอนหนุน 3. ชั่งจัดเสมหะก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง 4. ได้รับอาหารเพียงพอ โดย 4.1 ให้อาหารครั้งละ 3,500 cc ตามด้วยน้ำ 100 cc ทุก 6 ชั่วโมง (กรณีให้ทางสาย NG) 4.2 ได้รับประทานอาหารครบมือ 4.3 อาหารมีปริมาณเพียงพอ 4.4 ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ 5. ไม่ฉีดของเหลวเข้าในปากผู้ป่วย หรือให้ดื่มน้ำขณะรับ ประทานอาหาร 6. ได้รับน้ำอย่างน้อย 2,500 cc ต่อวัน (ถ้าไม่มีข้อห้าม เกี่ยวกับโรค)				

กิจกรรมพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติ			
	ถูกต้อง ทุกครั้ง (2 คะแนน)	ถูกต้อง บางครั้ง (1 คะแนน)	ไม่ ถูกต้อง (0 คะแนน)	ไม่ได้ ปฏิบัติ
<p>7. ไม่มีอาการของการขาดน้ำหรือได้รับน้ำเกิน</p> <p>8. น้ำหนักไม่ลดลงเกิน 10 % ในระยะเวลา 6 เดือน</p> <p><u>การดูแลเรื่องการหายใจ</u></p> <p>9. ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง</p> <p>10. จัดทำให้ออได้ดี และไอเอาเสมหะออกได้เช่น สีระ สูงและงอเข่า หรือนอนตะแคง งอเข่า</p> <p>11. ให้หายใจลึก ๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงและกระตุ้นให้ ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ช่วยการทำงานของปอด</p> <p><u>การรักษาความสะอาดของร่างกาย</u></p> <p>12. ได้อาบน้ำเป็นประจำทุกวัน โดย</p> <p>12.1 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลอาบน้ำให้บนเตียง</p> <p>12.2 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ให้เช็ดตัว อาบน้ำ บางส่วนเอง</p> <p>12.3 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ ให้อาบน้ำในห้องน้ำ ผู้ดูแล ช่วยเช็ดตัวบางส่วน</p> <p>13. รักษาความสะอาดของ ปาก ฟันโดยให้แปรงฟันเอง หรือช่วยแปรงฟัน หรือเช็ดปากให้</p> <p><u>การแต่งตัว</u></p> <p>14. ใส่เสื้อผ้าได้</p> <p>15. สวมกางเกงได้</p> <p>16. ใช้อุปกรณ์ในการสวมรองเท้าและถุงเท้าตามที่ฝึกมา</p> <p>17. ใช้นิ้วผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย</p> <p><u>การเคลื่อนไหว/เคลื่อนย้าย</u></p> <p>18. ขึ้น ลง จากเตียงได้</p> <p>19. เคลื่อนย้ายจากจุดต่าง ๆ ได้</p> <p>20. ไม่มีอาการหกล้ม หรือตกเตียงขณะเคลื่อนไหว</p>				

กิจกรรมพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติ			
	ถูกต้อง ทุกครั้ง (2 คะแนน)	ถูกต้อง บางครั้ง (1 คะแนน)	ไม่ ถูกต้อง (0 คะแนน)	ไม่ได้ ปฏิบัติ
<p>การขยับถ่าย</p> <p>21. ปัสสาวะ อุจจาระไม่ราด เวลาปวดกลั้นได้และบอกทัน</p> <p>22. ฝึกการขยับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระเป็นเวลา และออกกำลังกล้ามเนื้อหูรูดเป็นประจำ</p> <p>23. จำกัดปริมาณน้ำดื่มตอนเย็น และตอนกลางคืน เพื่อป้องกันการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน</p> <p>24. ได้รับสารอาหารที่เป็นกาก จำนวนเพียงพอ</p> <p>การออกกำลังกาย</p> <p>25. ออกกำลังกายโดยการช่วยเหลือของผู้ดูแล อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 15 - 20 นาที</p> <p>26. ออกกำลังกายด้วยตัวเอง อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 15-20 นาที</p> <p>27. ใช้แขน ทั้ง 2 ข้างในการทำกิจกรรมต่าง ๆ</p> <p>28. ใช้ขาทั้ง 2 ข้างในการทำกิจกรรมต่าง ๆ</p> <p>การนอนหลับ</p> <p>29. นอนหลับได้รวม 8 -10 ชั่วโมง / วัน</p> <p>30. จัดทำให้นอนสบาย ไม่นอนทับข้างที่อ่อนเรงนานเกิน 30 นาที</p> <p>31. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นขณะนอนหลับ</p> <p>การสื่อสาร</p> <p>32. สามารถพูด หรือตอบคำถามได้ถูกต้อง</p> <p>33. เข้าใจคำถามและทำตามคำสั่งได้</p> <p>34. มีความต้องการสื่อสารและพยายามใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ช่วยการสื่อสาร</p> <p>การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>35. จัดทำหรือพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>36. บริหารข้อต่าง ๆ วันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 10-15 นาที</p> <p>37. จัดทำนั้ง นอนตามแนวปกติของร่างกาย</p>				

กิจกรรมพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติ			
	ถูกต้อง ทุกครั้ง (2 คะแนน)	ถูกต้อง บางครั้ง (1 คะแนน)	ไม่ ถูกต้อง (0 คะแนน)	ไม่ได้ ปฏิบัติ
38. นวดบริเวณบวมกระดูก หลังการพลิกตัวทุกครั้ง 39. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ 40. จัดวางกริ่งไว้ข้างตัว เพื่อขอความช่วยเหลือได้ การได้รับยา 41. ได้รับยาถูกขนาด ถูกวิธีและตรงเวลา 42. สังเกตอาการข้างเคียงของยาได้ การไปพบแพทย์ 43. ไปพบแพทย์ตามนัด 44. สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ก่อนวันนัดได้				

6. แบบประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการ คือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ประเมินรวมทั้งหมด 6 ด้าน 18 กิจกรรม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 - 126 คะแนน โดยแบ่งระดับความสามารถของผู้ป่วยเป็น 7 ระดับ คือ

7 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ทั้งหมดในเวลาที่เหมาะสม และปลอดภัยโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือ

6 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมดอย่างปลอดภัยแต่ค่อนข้างช้าและต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วย

5 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมดแต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในแง่การให้คำแนะนำขั้นตอนการทำกิจวัตรและการใช้อุปกรณ์

4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ร้อยละ 75 ของกิจวัตรหรือมากกว่าเล็กน้อย โดยอาศัยการช่วยเหลือทางการสัมผัสทางร่างกายบ้างจากผู้ดูแล

3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ร้อยละ 50 - 75 ของกิจวัตร ที่เหลือต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล

2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ร้อยละ 25 - 50 ของกิจวัตร นอกนั้นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ไม่ถึงร้อยละ 25 ของกิจวัตร นอกนั้นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล

กิจกรรม วัน เดือน ปี	ระดับความสามารถ			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
1. การดูแลตนเองทั่วไป (1) การรับประทานอาหาร (2) การแปรงฟัน (3) การอาบน้ำ (4) การแต่งกาย ส่วนบน (5) การแต่งกาย ส่วนล่าง (6) การใช้ห้องน้ำ 2. การควบคุมระบบขับถ่าย (7) การขับถ่ายปัสสาวะ (8) การขับถ่ายอุจจาระ 3. การเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน (9) การขึ้น /ลง จากเตียง เก้าอี้ รถเข็น (10) การใช้อุปกรณ์ในห้องส้วม (11) การใช้อุปกรณ์ในห้องน้ำ 4. การเคลื่อนย้ายตัวเอง (12) [] การเดิน [] การใช้รถเข็น (13) การขึ้นบันได 5. การสื่อความหมาย (14) การรับ (15) การสื่อ 6. ภาวะทางสังคม (16) การเข้าสังคม (17) การแก้ปัญหา (18) ความจำ				
ผู้ประเมิน				

7. แพ้ประจำครอบครัว

ศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน

(วิจัย)

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่

เลขที่ครอบครัวผู้รับบริการ [II]

HN.....

AN.....

วันที่รับ..... วันที่จำหน่าย.....

ชื่ออายุปี อาชีพ.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอหาดใหญ่

จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์.....

การวินิจฉัยโรค.....

ชื่อผู้ดูแลหลัก.....ความเกี่ยวข้อง.....

สถานที่ใกล้เคียงที่ติดต่อสะดวก.....

.....
.....

แผนที่บ้าน

7.1 แบบบันทึกทางการรักษา

ประวัติการเจ็บป่วย.....

.....
.....
.....
.....

การรักษาที่เคยได้รับ.....
.....
.....
.....
.....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....
.....
.....

การประเมินทางการแพทย์

สภาพร่างกายทั่วไป

 การอ่อนแรงด้าน.....


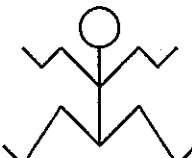
 ระดับกำลัง

 ปฏิกิริยาตอบสนอง

การรักษา.....
.....
.....
.....

7.2 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แผนที่ 1

	วันที่เดือน.....25..	วันที่เดือน25...
1. น้าหนัก 2. สัญญาณชีพ BP. 3. ระดับกำลัง  4. ปฏิกริยาตอบสนอง  5. การรักษา/อุปกรณ์พิเศษ 6. ภาวะแทรกซ้อน 7. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 1) การรับประทานอาหาร 2) การอาบน้ำ 3) การแต่งกาย		

แผ่นที่ 2

	วันที่.....เดือน.....25....	วันที่.....เดือน.....25...
4) การขี้นถ่าย		
(1) อุจจาระ		
(2) ปัสสาวะ		
5) การเคลื่อนย้าย		
8. การจัดสิ่งแวดล้อม		
9. ปัญหา		
10.กิจกรรมการพยาบาล		
11. การปรึกษา/ส่งต่อ		
12.แผนการดูแลครั้งต่อไป		
ผู้ให้บริการ		

7.3 แบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพ

กิจกรรม	วันที่ เดือน พ.ศ.	วันที่ ...เดือน.....พ.ศ.
1. กิจกรรมการประเมิน		
2. กิจกรรมการฟื้นฟู		
3. คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ที่บ้าน		
4. วันนัดครั้งต่อไป		
ผู้ให้บริการ		

๗.4 แผนการรักษา

วัน เดือน ปี	ปัญหาสุขภาพ	การรักษา	นัดครั้งต่อไป	แพทย์ผู้รักษา

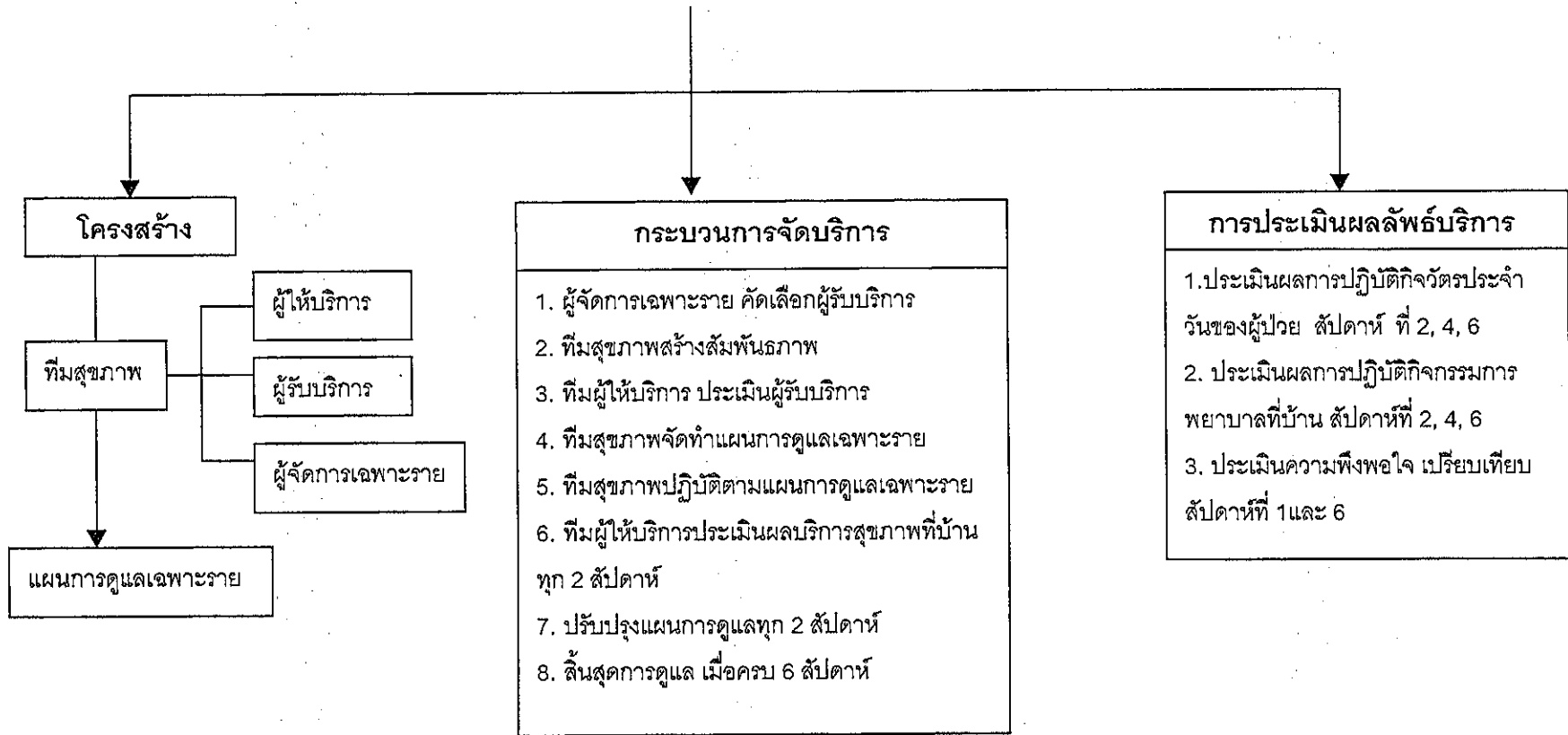
7.5 แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

วัน เดือน ปี	ปัญหาสุขภาพ	การฟื้นฟูสมรรถภาพ		นัดครั้งต่อไป	แพทย์ผู้รักษา
		กายภาพบำบัด	กิจกรรมบำบัด		

7.6 แผนการดูแลเฉพาะราย

ผู้ให้บริการ	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5	สัปดาห์ที่ 6	สัปดาห์ที่ 7-8	สัปดาห์ที่ 9
ผู้จัดการ เฉพาะราย								
แพทย์ อายุรกรรม								
แพทย์เวช ศาสตร์ฟื้นฟู								
พยาบาล วิชาชีพ ประจำศูนย์								
นักกายภาพ บำบัด								
นักกิจกรรม บำบัด								
นักอรรถ บำบัด								

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านชั่วคราว



ภาคผนวก จ.

ตาราง 4 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและการเจ็บป่วย (N = 10)

อายุ		เพศ		สถานภาพสมรส		ศาสนา		ระดับการศึกษา		รายได้เฉลี่ยของครอบครัว / เดือน			การจ่ายค่ารักษา			
		ชาย	หญิง	คู่	หม้าย	พุทธ	อิสลาม	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	< 5,000	5,000-10,000	>10,000	เบิกได้	ประกันสุขภาพ	สูงอายุ	จ่ายเอง
45 - 49 ปี	OPD	1		1		1			1		1			1		
	IPD	1		1		1			1			1		1		
50 - 54 ปี	OPD		1	1		1			1			1		1		
	IPD															
55 - 59 ปี	OPD		1	1			1	1			1			1		
	IPD	1	1	2		2		1	1	1		1	1	1		
60 - 64 ปี	OPD															
	IPD															
65 - 69 ปี	OPD	1		1		1			1		1				1	
	IPD															
70 - 74 ปี	OPD															
	IPD	2		1	1	2			2	2			2			
75 - 79 ปี	OPD		1	1		1		1				1				1
	IPD															
รวม		6	4	9	1	9	1	3	7	3	3	4	3	5	1	1

(ตารางที่ 1 ต่อ)

อายุ		เพศ		การวินิจฉัยโรค			โรคประจำตัว		ระยะเวลาเจ็บป่วย		อาการอ่อนแรง			การสื่อสาร		ผู้ดูแลหลัก	
		ชาย	หญิง	Cerebral Infarction	Ischaemic stroke	Cerebral hemorrhage	HT	HT & DM	< 1 เดือน	1-3 เดือน	ซ้าย	ขวา	2 ด้าน	คำพูด	ท่าทาง	สามี / ภรรยา	บุตร
45 - 49 ปี	OPD	1		1			1		1		1			1		1	
	IPD	1				1	1		1			1		1		1	
50 - 54 ปี	OPD		1	1			1		1				1		1		
	IPD																
55 - 59 ปี	OPD		1	1				1	1				1				1
	IPD	1	1	1	1		1	1	1	1				2		2	
60 - 64 ปี	OPD																
	IPD																
65 - 69 ปี	OPD	1		1			1		1				1			1	
	IPD																
70 - 74 ปี	OPD																
	IPD	2				2	2		1	1	1	1	1	1			2
75 - 79 ปี	OPD		1	1				1	1				1				1
	IPD																
รวม		6	4	6	1	3	7	3	8	2	3	6	1	6	4	6	4

ภาคผนวก จ.
เครื่องมือที่ได้จากการวิจัย

1. คู่มือครอบครัว : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

- คู่มือการจัดการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวสุดธิดา รัตนสมานหาร

วัน เดือน ปีเกิด 7 กันยายน พ.ศ.2497

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาล ฉุกเฉินการแพทย์ และอนามัย	วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก	พ.ศ.2518
วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุขศาสตร)	มหาวิทยาลัยมหิดล	พ.ศ.2524

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา