

ร 2487/27

RC00116

วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาชุดดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน



ผลงานอาจารย์

## วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาชุดดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

Action Research to Develop a Health Care Package for Patients with Cerebro Vascular Accidents

ขวัญตา บาลทิพย์ จิรพรรณ พีรวิทย์ อังศุมา อภิชาโต\*  
 สุตาวดี แก้วพิบูลย์ ปรีดา หนูแดง กลมทิพย์ แซ่เอ๋  
 วรวิทย์ กิตติศักดิ์ธรรมกร\*\*



### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาชุดดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และพัฒนาชุดดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความต้องการของประชาชน ผู้เข้าร่วมในการวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในชุมชน นานหม่อม จังหวัดสงขลา ผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ แพทย์พื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ 2) การพัฒนาชุดดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) การให้ข้อเสนอแนะต่อชุดดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษาระหว่างตุลาคม 2545 - มีนาคม 2547 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่ม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดหมวดหมู่ การตีความ และการสร้างข้อสรุป ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้ 2 ส่วน คือ การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวผู้ป่วยหรือชุมชน ซึ่งมีรูปแบบที่เรียกว่า "ฝากเพื่อนบ้านให้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย" และ "การดูแลด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น" และการดูแลโดยทีมสุขภาพ ซึ่งมี 2 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ โดยจะเน้นการดูแลผู้ป่วยตามอาการหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมของญาติก่อนกลับบ้าน ซึ่งยังประสบปัญหาบางประการ เช่น ความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ ระยะที่ 2 การพัฒนาชุดดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งที่ได้พัฒนาขึ้นมาจากโครงการประกอบด้วย 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การพัฒนาระบบการส่งต่อ 3) พัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วย 4) ผลิตภัณฑ์และคู่มือในการดูแลผู้ป่วย 5) จัดตั้งหน่วยงานประสานงานขึ้นในโรงพยาบาล และ 6) การพัฒนาเครือข่ายการดูแลโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และระยะที่ 3 การให้ข้อเสนอแนะต่อชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย หลังจากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขชุดดูแลตามข้อเสนอแนะ และนำชุดการดูแลไปทดลองใช้กับชุมชนนานหม่อมต่อไป

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในปัจจุบันพบว่ามีจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 90 กลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตพบว่ามีความพิการและรอยโรคหลงเหลือและต้องการการดูแลจากครอบครัว การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสภาวะการณ์ที่เร้าความเครียดมากกว่าสิ่งเร้าความเครียดอื่นๆ ในชีวิต (Nunes, et al., 1995) ดังเช่น เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อทุกคามทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม บุคคลและครอบครัว จะต้องรับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลและต้องพึ่งพาจากครอบครัวอันก่อให้เกิดภาระแก่ครอบครัว เพราะส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นเดิม ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเองต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ (จินตนา, 2540) ด้านการเคี้ยว กลืนอาหาร ท้องผูกนอนไม่หลับ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีภาวะแทรกซ้อนติดตัวกลับไปบ้าน ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และแผลกดทับ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การหดรั้งของกล้ามเนื้อ ข้อติดแข็ง พักหลับได้น้อย พุดไม่ได้ หรือพุดไม่ชัด สื่อภาษาไม่ได้ สภาพอารมณ์และจิตใจไม่ปกติ (ปฎิญา, 2539; นฤกุล ช่อลดา และนิศยา, 2537) และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว

จากข้อมูลดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเป็นซึ่งต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น ทั้งนี้เพื่อลดความกดดันแก่ผู้ป่วยที่อาจจะสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพราะจากการศึกษาผลกระทบหลังจากเป็นอัมพาต 1 ปี ของผู้สูงอายุ จำนวน 120 ราย พบว่า ผู้สูงอายุประสบกับอารมณ์ซึมเศร้าร้อยละ 35.5 (Santus, 1990) รวมถึงการลดภาระของครอบครัว เพราะจากการศึกษาเชิงคุณภาพถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และรูปแบบการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลจำนวน 20 ราย หลังจากดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรก สรุปได้ว่า บทบาทของการเป็นผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต โดย 19 ราย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต 11 ราย นิสัยการรับประทานอาหาร 3 รายมีปัญหาด้านโรคกระเพาะอาหาร 3 ราย มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ 9 ราย เปลี่ยนแปลงด้านการออกกำลังกาย 8 ราย เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว 6 ราย ไม่มีเวลาดูแลตนเอง (Periard, & Ames, 1993)

การดูแล (caring) เป็นหัวใจของการพยาบาล (Leininger, 1977, 1980, 1981 cited by Cronin & Harrison, 1988; Watson, 1994) เพราะการดูแลมีองค์ประกอบสำคัญคือ ความรอบรู้และความเข้าใจ ความอดทน ความจริงใจ ความรับผิดชอบ ความถ่อมตน ความหวัง ความกล้าหาญ และการเลือกแนวทางที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย (Mayeroff, 1971 cited by Wolf, 1986) ซึ่งครูเทออร์ (Kreuter, 1957 cited

by Wolf, 1986) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลเป็นการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกในการให้ความสนใจต่อผู้อื่น อยู่ใกล้ การเอาใจใส่ต่อการตอบสนองของเขา การป้องกันอันตราย การค้นหาความต้องกร การให้ความเมตตาสงสาร มีความอ่อนโยน ให้การยอมรับและตระหนักถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล ดังนั้นการดูแลจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาให้กว้างขวางและให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ชุดดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวจัดการกับชีวิตของตนเองและครอบครัวเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งวิธีการพัฒนาการดูแลสุขภาพโดยอาศัยการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดการประสานของบริการที่ให้ และมีการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพที่คุ้มค่า ต่อข้อมูลการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

โรงพยาบาลนาหม่อม เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 10 เตียง และกำลังขยายเป็น 30 เตียง มีประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบทั้งสิ้น 21,500 คน มีสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งหมด 4 แห่ง คือ สถานีอนามัยนาหม่อม สถานีอนามัยคลองหรีง สถานีอนามัยทุ่งขมิ้น และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิพิชิตร์ ซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 25 ราย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลประสบกับปัญหาบางประการ เช่น ปัญหาการกลับมารับการรักษาซ้ำ ปัญหาการไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และขาดระบบส่งต่อผู้ป่วย ประกอบกับยังไม่มีชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรจะมีการพัฒนาชุดการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแล ตลอดจนสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องและรวดเร็ว ในพื้นที่ของโรงพยาบาลนาหม่อม ซึ่งอาจจะเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิอื่นได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. สํารวจความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวิเคราะห์ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
2. พัฒนาชุดดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความต้องการของประชาชน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาชุดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้จริยธรรมของผู้วิจัยเป็นสิ่งสำคัญ

ที่ผู้วิจัยจะต้องปฏิบัติ คือ ข้อสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมตรงกับเหตุการณ์จริงและวิเคราะห์แปลความข้อมูลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายไว้ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแล และการสังเกต โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ การเตรียมผู้วิจัย ด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านเนื้อหาและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง ที่ศึกษา การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตกับโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิด การดูแล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นที่ศึกษาให้ครอบคลุม การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวางแผนการหาความรู้เกี่ยวกับสถานที่ศึกษา ประสานงานและศึกษาข้อมูลเบื้องต้นกับทีมวิจัยในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ของโรงพยาบาลนาหม่อม รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย จำนวน 3 แห่ง ซึ่งผู้วิจัยได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง "โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ" ซึ่งศึกษาในชุมชนแห่งนี้ จึงได้มีโอกาสเข้าใจบริบท ของชุมชน สร้างสัมพันธภาพกับประชาชน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายขึ้น

2. ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

2.1 การวางแผนงาน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถ่องแท้ ของ ทีมสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาล ถึงระดับสถานีอนามัย และชุมชน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและ สนทนากลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วย สนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชนถึงการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังในชุมชน จัดสนทนากลุ่มกับประชาชนในการรับรู้การมีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนประเมินสภาพ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว และวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 การวางแผนการพัฒนาชุดดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประชุมร่วมกัน ระหว่างแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาให้แนวทาง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อกำหนดรูปแบบชั่วคราวของชุดการดูแล

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบที่กำหนดไปวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแผนและทดลอง ปฏิบัติใหม่ (Revised plan and re-implementing)

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวงจรต่อเนื่อง ซึ่งผลของการสะท้อนการปฏิบัติจะนำมาสู่ การปรับปรุงแผน กำหนดกิจกรรมใหม่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการที่เกิดขึ้น อาจจะ

เป็นปัญหาเดิมที่ปรับปรุง แก้ไขต่อเนื่องหรือปัญหาใหม่ที่กลุ่มเห็นว่าควรดำเนินการแก้ไข ตามปัจจัยเงื่อนไขที่เกิดขึ้น การทบทวนคำถามในขั้นตอนการวางแผนจะช่วยชี้แนะแนวทางในขั้นตอนนี้เช่นกัน

**ผู้ให้ข้อมูล** เลือกรายละเอียดประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดคอสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดคอสมองที่อาศัยในชุมชนอำเภอหนองบัว จังหวัดสงขลา จำนวน 12 ครอบครัว

**ผู้ให้บริการสุขภาพ** ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ แพทย์พื้นบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข ประมาณ 10 ราย

**ผู้นำชุมชน และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น** ประมาณ 12 ราย

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบ 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
2. ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพ และความต้องการการดูแลเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดคอสมอง ประกอบด้วย แนวคำถามหลักเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพ ความต้องการการดูแล ชนิดของบริการสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้บริการ และผลที่ได้รับ
3. แนวทางการพัฒนาชุดดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดคอสมอง

### การตรวจสอบข้อมูล

ความตรง (validity) และความเที่ยงของการวิจัย (reliability) การวิจัยเชิงปฏิบัติการถือว่ามี ความตรงภายในต่อเมื่อข้อมูลเป็นความจริงตามธรรมชาติ คือ ตามการรับรู้ของผู้ถูกวิจัย ตามสถานการณ์จริง คือ ข้อมูลที่นักวิจัยเสนอเป็นความคิดเห็นของผู้ถูกวิจัย ตามสภาพการณ์จริงของปรากฏการณ์ และรูปแบบหลักการที่ได้จากการวิจัย ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้เป็นหลักปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ส่วนความตรงภายนอกนั้นวิธีการเชิงปฏิบัติการไม่เน้นว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพราะถือว่ารูปแบบหรือหลักการมีความเหมาะสมตามสถานการณ์ และยืดหยุ่นได้เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง แต่ถ้าหลักการหรือรูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ (fittingness) โดยทั่วไป ก็ถือว่ามี ความตรงภายนอก สำหรับความเที่ยงของการวิจัย สามารถทดสอบได้ โดยการยืนยันความเป็นจริงได้จากข้อมูลหลายแหล่ง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพรายวัน (Morse, 1985 อ้างตาม โชมพัทตร์, 2541) ดังขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- 1.1 ตรวจสอบข้อมูลจากการถอดเทปและการบันทึกภาคสนามให้ครบถ้วนตามสถานการณ์
- 1.2 หากกลุ่มคำหลัก หรือข้อความที่บ่งบอกถึงปรากฏการณ์ที่มาตีความตามแนวคิด หรือ ทฤษฎี และสรุปแนวคิด หรือสมมติฐานชั่วคราว
- 1.3 นำคำหลักมาจัดแบ่งเป็นหมวดหมู่ของข้อมูล
- 1.4 ตั้งคำถามเพิ่มเติมในข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วนพร้อมวางแผนเก็บรวบรวมครั้งต่อไป
- 1.5 นำข้อมูลไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล และเสนอข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบกับข้อมูล ดังนี้ (Strauss & Corbin, 1990 อ้างตาม ไชยมัทกร, 2541)
  - 2.1 เปรียบเทียบข้อแตกต่าง หรือคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท โดยวิเคราะห์ วิจารณ์ อย่างลึกซึ้งกับผู้ร่วมวิจัย หรือเปรียบเทียบข้อมูลกับการบันทึกภาคสนาม
  - 2.2 ประมวลประเภทของข้อมูล และคุณลักษณะของข้อมูลเข้าด้วยกันแล้วเชื่อมโยงความ สัมพันธ์ของข้อมูลให้เกิดเป็นกรอบแนวคิดย่อยๆ และสรุปประมวลเป็นหลักการหรือเสนอเป็นเชิง ทฤษฎีในท้ายสุด

#### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งเน้นการจัดกระบวนการให้ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวในชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ แพทย์พื้นบ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิได้มีส่วนร่วมพัฒนาชุดดูแล สุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ และชุมชน โดยศึกษา ระหว่างตุลาคม 2545 - มีนาคม 2547

#### ผลการวิจัย

ผลการวิจัย สามารถแบ่งได้ 3 ระยะ คือ 1) ปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยด้วยครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ 2) แนวทางการพัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) การให้ข้อเสนอแนะต่อชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

#### ปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยด้วยครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน สามารถวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) การดูแลโดยครอบครัว

หรือชุมชน และ 3) การดูแลโดยทีมสุขภาพ ซึ่งมี 2 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ ดังรายละเอียด ดังนี้

### ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากการศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อำเภอนาหม่อม มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 25 คน เป็นเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ดังนี้ ตำบลพิจิตร 3 คน ตำบลคลองหรีง 10 คน ตำบลนาหม่อม 11 คน และตำบลทุ่งขมิ้น 1 คน ซึ่งข้อมูลด้านจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งได้มาจากการที่ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล และอีกส่วนหนึ่งได้ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งซึ่งไปรับบริการ ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่ออาการดีขึ้นหรือยุติการรักษา ก็ส่งกลับมารับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยไม่ได้ส่งต่อมายังโรงพยาบาลนาหม่อม หรือสถานีอนามัยในพื้นที่

เมื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยบางรายต้องการการดูแลที่เฉพาะ เช่น ใส่สายสวนปัสสาวะ โดยมีภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ เช่น มีข้อติดแข็งเกือบทุกราย ซึ่งเมื่อถามถึงการออกกกำลังกายกับผู้ดูแลรายหนึ่ง กล่าวว่า "นวดไปก็ไม่ดีขึ้นแล้ว ข้อแข็งหมดแล้ว ยึดไม่ออกเลย" นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก เช่น ฟันผุ ส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการผู้ดูแลให้การช่วยเหลือบางส่วน เช่น บางรายผู้ดูแลนำอาหารมาวางไว้ให้แล้วอาจจะรับประทานอาหารด้วยตนเอง และยังคงมีปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งมีผู้ป่วย จำนวน 4 รายที่ไม่สามารถสื่อสารออกมาเป็นคำพูดได้ ส่วนใหญ่สามารถปัสสาวะได้เอง แต่บางรายไม่สามารถบอกได้เมื่อต้องการถ่ายปัสสาวะ

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องภาวะท้องผูก และหลายรายที่มีปัญหาด้านการนอนหลับ "นอนไม่หลับในตอนกลางคืน"

ดังนั้นจากการประเมินสภาพผู้ป่วยสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีรอยโรคหลงเหลืออยู่ ที่ก่อให้เกิดความพร่องในการช่วยเหลือตนเอง ความพิการของแขน ขา และปัญหาในการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องข้อติดแข็ง และผู้ป่วยบางรายซึ่งพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ซึมเศร้า ไม่มีกำลังใจในการดูแลตนเอง

### การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว และชุมชน

ปรากฏการณ์การดูแลโดยครอบครัวและชุมชน สามารถสรุปปรากฏการณ์ที่สำคัญได้ 2 ประการ คือ การดูแลโดยการฝากเพื่อนบ้านช่วยดูแล และการดูแลโดยแพทย์พื้นบ้านในชุมชน ดังรายละเอียด



ละเอียดต่อไป

1. ผากเพื่อนบ้านให้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย บทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่ชัดเจนมากนัก ซึ่งปัจจุบันจะเป็นไปในลักษณะการฝากผู้ป่วยไว้กับเพื่อนบ้านชั่วคราว หรือ การอยู่เป็นเพื่อนชั่วคราวเมื่อผู้ดูแลไม่อยู่หรือ ไปธุระ โดยอาศัยสัมพันธภาพส่วนตัวที่เกิดขึ้นเองในชุมชน ดังคำพูดที่ว่า "ฝากอยู่เป็นเพื่อนด้วย...เมื่อผู้ป่วยเรียกก็จะมาดูแลผู้ป่วยให้ว่าต้องการอะไร"

ซึ่งการช่วยเหลือตามวัฒนธรรมพื้นบ้านดังกล่าว ผู้ดูแลเองก็เกิดความรู้สึกไว้วางใจ เพราะเพื่อนบ้าน คือ ผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลได้บางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ได้ศึกษาถึงการรับรู้ของผู้ดูแลที่พบว่า ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาหลายประการ เช่น การรับรู้ถึงภาระของการดูแล ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ (ขวัญตาและคณะ, 2546; Bjomsdottir, 2002) และปัญหาดังกล่าวสามารถบรรเทาลงได้จากการช่วยเหลือของสังคมรอบข้างที่ตนเองอาศัยอยู่ การช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน (Bjomsdottir, 2002)

2. ดูแลโดยภูมิปัญญาท้องถิ่น การดูแลโดยครอบครัวและชุมชนอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การที่ผู้ดูแลไว้วางใจในการดูแลจากแพทย์พื้นบ้าน เช่น การนวด ซึ่งได้รับความนิยมนมาก สำหรับพื้นที่ของอำเภอหนองม่อม ก็มีแพทย์พื้นบ้านที่มีชื่อเสียงหลายท่าน ลักษณะการดูแลส่วนใหญ่ จะเน้นการนวด อบ และประคบสมุนไพร ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับการรักษาจะมี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่มาพักอยู่ที่บ้านของแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการให้บริการของแพทย์พื้นบ้าน และการรักษา โดยมีความหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น

สำหรับผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นลูก สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา สาลี ถังผา และศิริวรรณ (2546) ที่ได้ทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ที่ว่า ผู้ดูแลหลักมักเกี่ยวข้องเป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิด เช่น บุตรที่ให้การดูแลมารดาวัยสูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยรายหนึ่ง ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีบิดาและมารดา มีอายุประมาณ 67 ปี เป็นผู้ดูแล ซึ่งจากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านผู้ดูแล สามารถสรุปปัญหาของผู้ดูแล ได้ดังนี้

1. ไม่มีเวลาให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรและคู่สมรส ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีภาระหน้าที่ในบทบาทเดิมที่เคยปฏิบัติ เช่น หน้าที่การทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร การดูแลส่วนใหญ่จะเน้นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร และการทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

2. ไม่กล้าปฏิบัติกรดูแลในบางกิจกรรม ปัญหาอีกประการหนึ่งของผู้ดูแล คือ ไม่กล้าปฏิบัติกิจ

กรรมการดูแลบางอย่าง เพราะไม่มั่นใจและไม่มีความรู้ เช่น การทำแผลกดทับ ดังคำพูดของพยาบาล เข็มบ้านที่ว่า "ผู้ป่วยบางคนมีแผลกดทับใหญ่ ญาติไม่กล้าทำแผลให้" นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการทำความสะอาดปากฟัน ผู้ป่วยมักจะไม่ได้รับการดูแลเรื่องการทำความสะอาดปาก และฟัน เพราะผู้ดูแลกลัวผู้ป่วยจะสำลัก "ไม่กล้าบ้วนปากให้ กลัวจะสำลัก"

สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา และคณะฯ (2546) ที่ได้พบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง พบว่า กิจกรรมการพยาบาลบางประการ เช่น การทำกายภาพบำบัด การดูแลแผลกดทับ การหัดเดิน การให้อาหารทางสายยาง เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการะในการดูแล

นอกจากนี้สำหรับผู้ดูแลเพศชาย อาจจะรับรู้ว่าการดูแลไม่ใช่บทบาทของตนเอง ทั้งนี้ด้วยวัฒนธรรมที่ว่าผู้หญิงจะต้องเป็นผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิงบางรายไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร

ดังนั้นจากการสนทนากลุ่มผู้ดูแล จึงได้สะท้อนถึงความต้องการ ในประเด็นสำคัญ คือ ต้องการให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษา และต้องการให้เพื่อนบ้าน ไปเยี่ยม เพื่อจะได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่เพื่อผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น "อยากให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมที่บ้าน เดือนละครั้งก็ดี เพราะบางทีเราไม่แน่ใจ จะได้ถาม และถ้าได้พูดคุยกับคนที่มีความรู้ ทำให้ความเครียดลดลงด้วย"

3. ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ ผู้ดูแลบางรายอาจจะมีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นระยะเวลาชยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวม ซึ่งกรณีตัวอย่างรายหนึ่งที่มีผู้วิจัยได้พูดคุยด้วยขณะเยี่ยมบ้าน ผู้ดูแลได้เล่าถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เพราะในขณะนี้ตนเองซึ่งเป็นแม่มีอายุมากแล้ว มีปัญหาสุขภาพ เพราะปวดกล้ามเนื้อ และยังคงต้องประกอบอาชีพกรีดยาง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และมีปัญหาสุขภาพ จะมีทัศนคติในทางลบต่อผู้ป่วย (ขวัญตาและคณะ, 2546)

4. เลือกดูแลบางกิจกรรมที่เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมการดูแลที่สำคัญ ที่ผู้ดูแลปฏิบัติเป็นอย่างดี คือ การให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ เพราะผู้ดูแลรับรู้ว่าจะถ้าไม่ได้รับสารอาหาร ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตได้ ส่วนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะแผลกดทับ หรือข้อติดแข็ง ผู้ดูแลจะให้ความสำคัญน้อย ทั้งนี้เพราะส่วนหนึ่งอาจจะไม่มีเวลา หรืออาจจะไม่ทราบถึงผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และถือว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็อายุมากแล้ว ไม่คาดหวังว่าการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตที่ดีขึ้นได้

จากประสบการณ์ของทีมีวิจัย ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่ พบว่า ผู้ดูแลหลายรายรับรู้ ว่า "ผู้ป่วยที่อยู่

ในสภาพที่ข้อคิดแข็งถือเป็นเรื่องปกติที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย” ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยบางรายมีอายุมากแล้ว ดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่ได้คาดหวังที่จะให้ผู้ป่วยหายป่วย แล้วกลับมาทำงานประกอบอาชีพดั้งเดิม จึงให้ความสำคัญเพียงเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การจัดอาหารให้ตามเวลา การอาบน้ำวันละ 1 ครั้ง ส่วนกิจกรรมอื่นๆ เช่น การป้องกันข้อคิดแข็ง หรือ การป้องกันแผลกดทับ ซึ่งยังไม่เกิดขึ้นนั้น อาจจะไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร ประกอบกับผู้ดูแลบางรายต้องมีการทำหน้าที่ในการประกอบอาชีพ จึงไม่มีเวลาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเท่าที่ควร

ซึ่งการให้การดูแลดังกล่าวไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไปที่ว่า การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เหมือนกับก่อนป่วย โดยจุดเน้นแรกที่สำคัญ คือ การฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อ การฝึกความแข็งแรงของร่างกาย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานได้ก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกความภาคภูมิใจด้วย (Kvigne & Kirkevold, 2002)

### การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสุขภาพในชุมชน สามารถแบ่งการดูแลได้ 2 ระดับ คือ ระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพในระดับทุติยภูมิ การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นที่อาการและอาการแสดง ตามศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเกินขีดความสามารถในการดูแลของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จะได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาในระดับที่สูงกว่าอย่างเป็นระบบ ดังนั้นสามารถสรุปบทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับทุติยภูมิได้ ดังนี้

1. เน้นการดูแลตามอาการหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เช่น การทำแผลกรณีมีแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยางกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองทางปาก
2. การเตรียมความพร้อมของญาติก่อนกลับบ้าน พบว่า มีภาพผลึกในการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ดูแล เนื่องจากก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะยังคงมีปัญหาสุขภาพหรือความพิการหลงเหลืออยู่ ดังนั้นจึงได้มีการวางแผนเพื่อนการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน โดยการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในประเด็น ดังต่อไปนี้ คือ การแนะนำการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การออกกำลังกาย การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง ทั้งนี้การฝึกทำอาหารทางสายยาง โรงพยาบาลนาหม่อมจะให้ญาติไปฝึกที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ 1 สัปดาห์ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน อย่างไรก็ตามญาติผู้ป่วยบางรายบอกว่า "การ

ทำอาหารเองบางครั้งไม่สะดวก ดังนั้นเมื่อตนเองต้องมาทำงานในภาคใหญ่อยู่แล้ว จึงซื้ออาหารมาจากโรงพยาบาลมอ. (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์)" การแนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกายเป็นต้น โดยส่วนใหญ่จะให้ความรู้ประมาณ 2-3 วันก่อนกลับบ้าน

สำหรับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลนาหม่อม ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจาก การไม่มีแผนการดูแลผู้ป่วย และไม่มีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้ ผู้ป่วยบางรายจึงกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดบวม และผิวหนังจากแผลกดทับ

แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลนาหม่อมยังมีจุดเด่นประการหนึ่งของการดูแล คือ การให้ผู้ดูแลสามารถเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ซึ่งน่าจะช่วยในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลได้ดีขึ้น

3. ระบบส่งต่อยังไม่ชัดเจน การส่งต่อผู้ป่วย สำหรับการส่งต่อมีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ

3.1 การส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาในระดับที่สูงขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรก ด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทสมอง และเกินความสามารถผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงขึ้น ซึ่งจะมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน

3.2 การส่งต่อเพื่อการดูแลที่บ้าน โดยการส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่ในสถานีนามัยในตำบลนั้นๆ การส่งต่อรูปแบบนี้ปฏิบัติโดยการให้ผู้ดูแลนำไปส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่สถานีนามัยด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะเจ้าหน้าที่คาดหวังว่าผู้ดูแลน่าจะสะดวกในการนำไปส่งตัวไปมอบให้กับเจ้าหน้าที่เพราะอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ก็ได้มีโอกาสประเมินสภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่จากการปฏิบัติดังกล่าว ก่อให้เกิดปัญหา 2 ประการ คือ 1) ผู้ดูแลบางรายไม่นำใบส่งตัวไปส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนเมื่อมีปัญหาสุขภาพต่างๆ เกิดขึ้น ผู้ดูแลยังคงนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล โดยไม่ผ่านการส่งต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสุรเกียรติ และคณะ (2530 อ้างตามวิยะดา, 2543) ที่ได้ศึกษาลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน ก่อนมีโครงการบัตรสุขภาพ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนได้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อกลับไปดูแลรักษาที่สถานีนามัย/สำนักงานผดุงครรภ์ เพียงร้อยละ 13.1 เท่านั้น และ 2) เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากผู้ดูแล ทั้งนี้ด้วยสาเหตุที่ว่า เมื่อเจ้าหน้าที่ประเมินสภาพผู้ป่วยแล้ว พบว่า เกินศักยภาพ และเกินบทบาทหน้าที่ที่จ้างตนเองที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาซับซ้อนได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยต้องเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ

การดูแลรักษาโดยทีมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ บทบาทที่สำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน คือ การให้การดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน เพื่อประสานงานการดูแลที่ต่อเนื่อง สำหรับปัญหาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องประสบ คือ เจ้าหน้าที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ซับซ้อน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ขาดการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง ดังคำพูดที่ว่า "ร่างลามาานไม่มั่นใจว่าจะดูแลผู้ป่วยได้" และไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปและกลับระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ได้เตรียมความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมองมาอยู่ในความดูแลของคน

### การพัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมอง

หลังจากศึกษาปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมองทั้งในส่วนครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ ทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิของชุมชนอย่างถ่องแท้แล้ว คณะผู้วิจัย ได้หารือเพื่อพัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมอง พร้อมทั้งเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาชุดการดูแลและบรรยายพิเศษแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้บุคลากรเข้าใจถึงความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุดการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพื่อให้ชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมองที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนาหม่อม โดยสามารถสรุปรงานที่ได้พัฒนาได้ ดังนี้

#### 1. พัฒนา Guide line การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมอง

เมื่อเริ่มโครงการวิจัย พบว่า แม้โรงพยาบาลนาหม่อมจะได้รับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมองจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังไม่มีการนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะไม่สอดคล้องกับบริบท ทั้งนี้เพราะ Guide line ดังกล่าวจะครอบคลุมการดูแลทุกระดับรวมถึงระดับตติยภูมิด้วย ดังนั้นทีมวิจัย จึงได้ร่วมกับทีมสุขภาพของโรงพยาบาลในการดัดแปลง guide line ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมองขึ้นใหม่ ให้สอดคล้องกับบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาลนาหม่อม ซึ่งเป็น โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ ทั้งนี้เพื่อง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

#### 2. พัฒนาระบบการส่งต่อ

การพัฒนาระบบการส่งต่อ การประสานงาน และติดต่อ ระหว่างหน่วยงาน เช่น การประสานงานระดับโรงพยาบาลกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จากเดิมเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลจะเป็นผู้นำเอกสารการส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ตนเองอาศัยอยู่ โดยที่เจ้าหน้าที่ของ

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจะไม่ทราบล่วงหน้าว่าหน่วยงานของตนเองจะต้องรับผู้ป่วยมาอยู่ในความดูแล แต่หลังจากดำเนินการตามโครงการ ได้มีการวางแผนประสานงาน และพัฒนาระบบการส่งต่อใหม่ โดยให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และร่วมดูแลผู้ป่วยบางรายที่มีกิจกรรมการพยาบาลที่เฉพาะก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ซึ่งรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย มีหลายรูปแบบด้วยกันทั้งการส่งต่อจากประชาชนมายังระบบบริการของรัฐ การส่งต่อระหว่างสถานบริการ การส่งต่อภายในสถานบริการ และการส่งต่อกลับชุมชน (วิยะดา, 2543) แต่การวิจัยเพื่อพัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ เน้น เฉพาะการส่งต่อจากโรงพยาบาลนาคาม้อมกลับสู่ชุมชน ทั้งนี้เนื่องจาก โรงพยาบาลนาคาม้อมเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิ ซึ่งการส่งต่อภายในสถานบริการ หรือระหว่างแผนกมีน้อย ส่วนการส่งต่อเพื่อการรับการรักษาในระดับที่สูงขึ้นนั้น ได้ปฏิบัติอย่างเป็นระบบแล้ว

การส่งต่อกลับชุมชน จะเป็นการส่งต่อกลับชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทั้งนี้เพื่อการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และเกิดความสะดวกต่อสถานบริการที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยจะเกิดความศรัทธาต่อแหล่งให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ระดับที่รับบริการส่งต่อเพื่อให้มีการใช้สถานบริการมากขึ้น (วิยะดา, 2543) ซึ่งการพัฒนารูปแบบการส่งต่อนี้ ได้ปรับปรุงแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลนาคาม้อม สู่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งการส่งต่อนี้จะปฏิบัติร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในระดับปฐมภูมิก่อนที่จะรับผู้ป่วยไปอยู่ในความดูแล ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการส่งต่อประการหนึ่ง คือ เป็นการกระตุ้นให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการปรับปรุงประสานงานในด้านการรักษาพยาบาลดีขึ้น (วิยะดา, 2543) ที่สำคัญ คือ จะมีการส่งต่อผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรทุกราย และปฏิบัติโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่จะประสานงานกันก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วย แม้จะยังคงให้ญาตินำใบส่งต่อ ไปมอบให้กับเจ้าหน้าที่ประจำในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

### 3. พัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

เมื่อเริ่มโครงการวิจัย พบว่า โรงพยาบาลนาคาม้อมมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงฯ แต่ยังไม่มีการนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะสื่อไม่สะดวกต่อการนำไปใช้ และโรงพยาบาลยังไม่มีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นเจ้าหน้าที่จึงเห็นด้วยที่จะมีการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้น ทั้ง

นี้มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะการวางแผนจำหน่ายเป็นการให้บริการที่กว้างขวางครอบคลุมทั้งการบริการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการให้การสนับสนุนส่งเสริม การปรับตัวของผู้ดูแล และบุคคลสำคัญ ให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นบริการที่จำเป็นที่โรงพยาบาลต้องให้แก่ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และถือเป็นสิ่งประกันคุณภาพการรักษายาบาลว่าผู้ป่วยมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (กองการพยาบาล, 2539)

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า การมีแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะช่วยให้ทีมสุขภาพได้มีการเตรียมผู้ป่วย ผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ มีการทำงานเป็นทีม ซึ่งในการวางแผนจำหน่ายสำหรับโรงพยาบาลนาหม่อม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิจึงเห็นได้ว่า พยาบาล เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญหลายประการด้วยกัน ไม่เฉพาะบทบาทด้านการดูแลเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทของนักกายภาพบำบัด บทบาทของนักโภชนาการ ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลนาหม่อม ยังไม่มีแผนกต่างๆ ที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเมื่อมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยขึ้นทำให้พยาบาลได้ตระหนักถึงบทบาทอื่นๆ ที่พึงปฏิบัติมากขึ้น

สำหรับผู้ดูแลซึ่งเดิมสามารถเยี่ยมและเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ก็จะได้มีโอกาสพัฒนาทักษะการดูแลเพื่อการเตรียมตัวก่อนที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเช่นกัน และคาดว่าจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจากการวิจัยของจาร์ก (2545) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่มีการสอนตามกิจวัตร และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย มีความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย ซึ่งการวางแผนจำหน่ายย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ และภาคภูมิใจต่อการปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของสุปานิ (2543) ถึงผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ และใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าของการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และมากที่สุดตามลำดับ โดยกลุ่มที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

นอกจากนี้ประเด็นที่สำคัญของการวางแผนจำหน่ายในครั้งนี้ คือ การเพิ่มบทบาทของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงในแผนจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลด้วย ทั้งนี้เพราะเจ้าหน้าที่ได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และมีความยินดีที่จะร่วมดูแล และปรึกษากับ

ทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ในระยะที่ผู้ป่วยยังรับการรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล แม้จะเน้นการร่วมดูแลใน วันที่ใกล้จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้เพราะนอกจากจะมีเป้าหมายเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องแล้ว ยังเป็นการช่วยพัฒนาทักษะแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วย

ซึ่งการพัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในครั้งนี้ ได้เน้นปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ การการส่ง เสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมาร่วมให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนจำหน่ายกลับ บ้าน และการส่งเสริมการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมาร่วมให้การดูแล จาก การร่วมหารือกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงได้ข้อสรุปที่จะแก้ปัญหาวาง ประการเกี่ยวกับความไม่ต่อเนื่องของการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐม ภูมิ ดังนี้ การจัดทำและพัฒนาคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบท การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วย โดยให้พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเป็นที่เล็ง จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น แผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ และที่สำคัญ คือ การให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิร่วมวางแผนการ เตรียมจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ขณะที่ผู้ป่วยยังพักรักษาใน โรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อความต่อเนื่องของ การดูแล ลดความเครียดแก่เจ้าหน้าที่ และสร้างความมั่นใจให้กับเจ้าหน้าที่ ซึ่งบางรายรับรู้ว่า "ไม่ค่อย มั่นใจ เพราะนานๆ จะเจอคนไข้สักครั้ง ถ้าได้มาฝึกตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลก็จะดี มั่นใจขึ้น.... ฮินดีมา"

3.2 การส่งเสริมการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จากข้อมูลที่ว่าญาติยังให้ ความสำคัญในกิจกรรมการดูแลบางอย่างน้อย เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ ส่วนหนึ่งอาจ จะไม่มีความรู้ และไม่ทราบถึงความสำคัญของการดูแล

ดังนั้นทีมวิจัย จึงจัดให้มีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยขึ้น โดยมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ตั้ง แต่ขณะอยู่โรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตของการป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง ที่ว่า "ฟื้นฟูได้ ถ้ามีการดูแลที่ดี" และที่สำคัญผู้ดูแลได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ ป่วย ได้เรียนรู้ความต้องการ และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของประณีตและคณะ (2543) ที่ได้ศึกษาถึงการพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท ที่พบว่า ผู้ดูแลให้ความหมายและควาสำคัญต่อการ มาดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ในมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ กล่าวคือ เป็นไปในลักษณะของการมาอยู่ ใกล้ๆ ไม่เฉพาะ การมาเยี่ยมเท่านั้น การได้เห็นอาการของผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับ ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การให้ผู้ดูแลตระหนักถึงผลของการดูแลที่ดีด้วยความรู้ การให้ความหวัง และกำลังใจ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแล



#### 4. ผลិតสื่อและคู่มือในการดูแลผู้ป่วย

คู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับเจ้าหน้าที่ในระดับปฐมภูมิ และผู้ดูแล ได้รับการพัฒนาจากการสัมมนาเชิงลึก การสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล และผู้นำชุมชน จากการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย

ชุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วย เนื้อหาโรคหลอดเลือดสมอง การปรับตัวของผู้ดูแล การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องอาหารการกิน การให้อาหารทางสายยาง ทันทสุขภาพสำหรับผู้ป่วย การเสริมสร้างและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก เป็นต้น

คู่มือ และสื่อจะใช้ควบคู่กับแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งจะแจกคู่มือให้กับผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้จะมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการแนะนำการใช้คู่มือ จนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้

#### 5. จัดตั้งหน่วยงานประสานงานขึ้นใหม่ในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลนาหม่อมเคยมี "ศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน" ที่เป็นสื่อกลาง และเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยแก่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่ต่อมาด้วยข้อจำกัดบางประการของโรงพยาบาล และความต้องการที่จะโอนหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หน่วยงานดังกล่าวจึงถูกยุบไป

แต่หลังจากดำเนินโครงการ เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีความคิดเห็นตรงกันว่า น่าจะมีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นใหม่ เพราะนอกจากจะเป็นหน่วยงานกลางในการประสานการดูแลผู้ป่วย การเป็นพี่เลี้ยงให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยแล้ว ยังเป็นแหล่งข้อมูล และการประสานการช่วยเหลือที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลด้วย โรงพยาบาลนาหม่อมจึง ได้จัดตั้ง "ศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน" ขึ้นมาอีกครั้งในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้สะท้อนถึงความต้องการที่สำคัญ คือ ต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการกำลังใจ ซึ่งแหล่งของกำลังใจที่สำคัญ คือ การมีเจ้าหน้าที่ ไปเยี่ยมเยียนที่บ้าน เพราะนอกจากจะช่วยส่งเสริมด้านกำลังใจแล้ว ยังมีส่วนช่วยแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าญาติหรือผู้ดูแลจะมีความเชื่อมั่นศรัทธาในทีมสุขภาพมากกว่าคนอื่นๆ เพราะบางครั้งแม้จะมีคนอื่น ไปให้การดูแล หรือแนะนำญาติก็อาจจะไม่มีความมั่นใจ ดังนั้นจึงต้องการให้เจ้าหน้าที่ ไปเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

#### 6. พัฒนาเครือข่ายการดูแลโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย จะเน้นการช่วยเหลือในชุมชน โดยการมีส่วนร่วม

ของผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยแพทย์พื้นบ้าน และจัดให้มีอาสาสมัครการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชน ทั้งนี้เพราะกลุ่มบุคคลต่างๆ เหล่านี้เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญที่จะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 แผนการสนับสนุนการดูแลโดยกลุ่มผู้นำชุมชน จากปรากฏการณ์ที่ว่า ผู้ป่วยหลายรายไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องด้วยสาเหตุบางประการ เช่น ไม่มีผู้ดูแลที่ให้การดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแลประสบเกิดความเหนื่อยล้า และทีมวิจัยได้นำเสนอข้อมูลดังกล่าวกับผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนจึงมีมติร่วมกัน โดยให้ทางโรงพยาบาลจัดทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยในทีมนั้น จะต้องประกอบไปด้วยผู้นำชุมชน ซึ่งอาจจะไปช่วยเป็นกำลังใจ ทราบถึงปัญหาและความต้องการต่างๆ แม้แต่ปัญหาทางเศรษฐกิจ เพราะผู้นำชุมชนของอำเภอหนองมอ้ม ได้มีการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ซึ่งเงินส่วนหนึ่งได้มาจากกองทุนออมทรัพย์ที่เกิดขึ้นภายในชุมชน "ให้ทางโรงพยาบาลจัดทีมเยี่ยมเลข วันนั้นก็ให้หลายบ้าน แต่เราขอรับว่าเราไม่มีความรู้ที่จะดูแล แต่คิดว่าเรื่องอื่น เช่น เรื่องเงินเราอาจจะไปหารีอกัน ในอำเภอนี้กลุ่มออมทรัพย์ (มีเงินสนับสนุน) มีหลายกลุ่ม" ดังนั้นผู้นำชุมชนจึงเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ จะได้รับความช่วยเหลือ

6.2 แผนการสร้างเครือข่ายการดูแลที่ผสมผสานกับการแพทย์พื้นบ้าน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งมีความศรัทธา และไปรับบริการการแพทย์พื้นบ้าน ในชุมชน ผู้วิจัยได้หารือกับแพทย์พื้นบ้านหนึ่ง ถึงการร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน โดยการดูแลของท่านจะเน้นการนวด อบ ประคบสมุนไพรเพื่อฟื้นฟูสภาพของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ และมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มาพักรักษาตัวที่บ้านของท่าน โดยผู้ป่วยบางรายมีปัญหาาระบบอื่นๆ ที่จะต้องให้การดูแลร่วมด้วย โดยเฉพาะระบบทางเดินปัสสาวะที่ใส่สายสวนปัสสาวะ หรือ การให้อาหารทางสายยาง ซึ่งท่านยินดีที่จะร่วมในการดูแลกับทางโรงพยาบาล "ดีมาก ถ้าโรงพยาบาลเข้ามาช่วย เพราะตอนนี้ผมเองก็มีปัญหา คนไข้บางคนก็มีสายสวนมาบ้าง ผมก็ต้องส่งโรงพยาบาล "

6.3 แผนการจัดให้มีอาสาสมัครการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชน ปัญหาในการดูแลขณะนี้คือการขาดผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยสาเหตุบางประการ เช่น ผู้ดูแลซึ่งเป็นคู่สมรส มีอายุมาก และมีปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้บางครอบครัวยังมีผู้พิการ ซึ่งต้องการการพึ่งพาบุคคลอื่น จึงเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย จึงเกิดการช่วยเหลือตามวัฒนธรรมพื้นบ้าน โดยการฝากเพื่อนบ้านชั่วคราว เมื่อผู้ดูแลมีภารกิจดังกล่าว จึงมีการเสนอแนะว่าจะมีการรับสมัครคนจากในชุมชนมาฝึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยกิจกรรมที่จะฝึกก็น่าจะเป็นกิจกรรมพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ การเช็ดตัว การดูแลความสะอาดทั่วไป การออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น โดยค่าตอบแทนอาจจะต้องหารือกับผู้นำชุมชน

ซึ่งบทบาทดังกล่าว ผู้นำชุมชนและโรงพยาบาลน่าหม่อมรับที่จะไปดำเนินการต่อไป เพื่อให้เกิดอาสาสมัครการดูแลในชุมชนขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ระยะที่ 3 การให้ข้อเสนอแนะต่อชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

หลังจากที่มีการพัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ในทุกชุดที่สร้างขึ้น
2. เชิญบุคลากรทีมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ มาให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับชุดการดูแล ดังกล่าว รวมทั้งการอบรมให้ความรู้ และการนำไปประยุกต์ใช้แก่เจ้าหน้าที่
3. เชิญผู้นำชุมชน มาร่วมรับทราบถึงแผนการดำเนินงานของทีมสุขภาพ และ ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับชุดการดูแล และที่สำคัญ คือ ผู้นำชุมชนทราบและรับบทบาทของตนเองสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เช่น การเป็นผู้ร่วมทีมในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนในด้านต่างๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น
4. สรุปและปรับปรุงชุดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามข้อเสนอแนะ

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า ชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ จะประกอบด้วย 1) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลน่าหม่อม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ 2) การพัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วย 3) การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย 4) ด้านการผลิตสื่อและคู่มือในการดูแลผู้ป่วย 5) จัดตั้งหน่วยงานประสานชั้นในโรงพยาบาล และ 6) พัฒนาเครือข่ายการดูแลโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนการดูแลโดยกลุ่มผู้นำชุมชน การสร้างเครือข่ายการดูแลที่ผสมผสานกับการแพทย์พื้นบ้าน และการมีแผนการจัดให้มีอาสาสมัครการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ เกิดขึ้นจากการร่วมคิด ร่วมทำของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดในชุมชน ทั้งในระดับครอบครัว ระดับชุมชน และทีมสุขภาพ ชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะยั่งยืนเพียงใด ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติ

ควรมีแนวคิดกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การติดตาม ประเมินผลและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ควรมีการวิจัยเพื่อประเมินผลการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้

2. โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิอื่นๆ สามารถนำชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ พร้อมกับการประเมินผลการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ด้วย

3. จากการศึกษาพบว่า ด้วยวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ยังคงมีความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่งผลให้ชุมชนมีชมรมที่ต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึง การเน้นการอบรมอาสาสมัครที่ให้การดูแลที่บ้านอย่างเป็นระบบ การมีหน่วยงานกลางที่จะบริหารจัดการการดูแลในชุมชน การสร้างเครือข่ายการดูแลที่ชัดเจนระหว่างการดูแลด้วยแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์พื้นบ้าน

4. จากการศึกษาสถานการณ์ พบว่า การแพทย์พื้นบ้านของพื้นที่ในอำเภอนาหม่อมได้รับความศรัทธาและเชื่อถือเป็นอันมาก ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาสื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เน้นการผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก หรือ การแพทย์พื้นบ้าน

#### บรรณานุกรม

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. (2539). แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ขวัญตา บาลทิพย์ สาลี เกลิมวรรณพงศ์ คัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และศิริวรรณ พิริยคุณธร(2546).วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 23 (2), 1-28.

โชมพักตร์ มณีวิวัฒน์. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จารึก ธานีรัตน์. (2545). ผลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จินตนา สมนึก. ามสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บุญถุ คะบุณพงษ์ ช่อลดา พันธุเสนา และนิศยา ดากวิริยะนันท์. (2537). ภูมิหลังและปัญหาของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14(4), 1-13.

ประณีต ส่งวัฒนาแสงอรุณ อิศระมาลัย เนตรนภา คู่พันธ์วี ปัทมา โลหเจริญวนิช และ กาญจนา แรกพิณีจ. (2543). การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล, 15(3), 1-20.

ปริญญญา พรณราช. (2539). การเปลี่ยนแปลงอ้อมโนทัศน์ในผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีก. วารสารพยาบาล, 45(3), 18-25.

วิยะดา จุฑาศรี. (2543). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลสหพันธ์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุปราณี ศรีพลาวงศ์. (2543). ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

Bjomsdottir, K. (2002). From the state to the family : reconfiguring the responsibility for long-term nursing care at home. *Nursing inquiring*, 9 (1), 3-11.

Cronin, S.N. & Harrison, B. (1988, July.). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart & Lung*, 17 (4), 374-380.

Kvigne, K. & Kirkevold, M. (2002). A feminist perspective on stroke rehabilitation : the relevance of de Beauvoir's theory. *Nursing Philosophy*, 3, 79-89.

Nunes, J.A., et al., (1995, June). Social support, quality of life, immune function, and health in person living with HIV. *Journal of Holistic Nursing*, 13(2), 174-197.

Periard, M.E. & Ames, B (December, 1993). Lifestyle Changes and Coping Patterns Among Caregivers of Stroke Survivors. *Public Health Nursing*, 10(4), 252-256.

Santus, G., et al., (July, 1990). Social and Family Integration of Hemiplegic Elderly Patients 1 Year After Stroke. *Stroke*, 21(7), 1019-1022.

Watson, J. (1994). *Applying the art and science of human caring*. p. 1-10. New York : National League for Nursing press.

Wolf, Z.R. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 84-93.

## **Action Research to Develop a Health Care Package for Patients with Cerebro Vascular Accidents**

### **Abstract**

The objectives of this action research on the development of health care package for patients with cerebro vascular accidents in the community were to survey the prevalence of cerebro vascular accidents, to analyze the problems and needs of the patients in the community and to develop a health care package suitable for the patients' social and cultural context, and the public's needs. The participants of the study consisted of cerebro vascular patients and their caregivers in Na Mom District, Songkhla Province, and health care personnel composed of nurses, health care officers, doctors, traditional doctors, health volunteers and community leaders. The study was divided into three phases: 1) A study of the phenomenon in caring for patients by the family, community and health team. 2) A development of a health care package for cerebro vascular patients, and 3) Recommendations from people concerned on the package. The study was conducted during October 2002 and March 2004. The data were collected using interviews, observations, focus group interviews, and field notes. The data were then analyzed by means of classification, interpretation, and conclusion. The results were as follows:

Phase 1: The study of the phenomenon of caring for cerebro vascular patients was divided into two parts: care given by the family or community in the form called "Asking neighbors to care for the patient" and "Caring with local wisdom". The care given by the health team consisted of two levels: primary and secondary levels emphasizing provision of care according to the symptoms or complications and readiness of relatives before taking the patient home. The problem in this phase was that the personnel were not well prepared. Phase 2: The development of a health care package for cerebro vascular patients. The package developed consisted of 1) Guidelines on how to care for the cerebro vascular patient. 2) Establishment of a referral system; 3) Development of a patient discharge plan; 4) Production of media and manual for providing care for patient; 5) Establishment of a coordinating unit in the hospital; and 6) Development of a caring network participated by the community. Phase 3: Providing recommendations on the package by stakeholders. After that, the package would be improved according to the recommendations to be used on a trial basis in Na Mom District.