บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภาลัย โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและ ทาคิวชิ 2) เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะของผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.2 ลักษณะผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.3 ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมสนทนา

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภาลัย

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1

1. ลักษณะของผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผู้เข้าร่วมสนทนาในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) กลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4.1 ลักษณะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=6)

ข้อมูล	(จำนวนคน)	ข้อมูล	(จำนวนคน)
เพศ		สถานภาพ	
หญิง	5	โสด	2
ชาย	1	คู่	4
อายุ(ปี)		ความเกี่ยวข้องกับผู้ดูแล	
31 – 40 ปี	2	สามี	1
41 – 50 ปี	4	ภรรยา	1
ศาสนา		ผู้รับจ้างดูแล	4
พุทธ	6	อาชีพของผู้ดูแล	
ระดับการศึกษา		แม่บ้าน	1
มัธยมศึกษา	1	รับจ้าง	1
ประถมศึกษา	5	ไม่ประกอบอาชีพ	4

จากตารางที่ 4.1 การวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลมีทั้งหมด 6 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 5 คน อายุอยู่ในช่วง 31-50 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 5 คน ประสบการณ์ในการดูแล 3 เดือน -3 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้รับจ้างดูแล ไม่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวน 4 คน และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 4 คน

1.2 ลักษณะกลุ่มผู้ให้บริการ

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=11)

ข้อมูล	(จำนวนคน)	ข้อมูล	(จำนวนคน)
เพศ		ระดับการศึกษา	
หญิง	10	ปริญญาโท	3
ชาย	2	ปริญญาตรี	8
		แพทย์ศาสตร์บัณฑิต	1

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูล	(จำนวนคน)	ข้อมูล	(จำนวนคน)
อายุราชการ		ประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยโรคหลอด	
5 – 10 ปี	1	เลือดสมอง	
11- 20 ปี	5	5 – 10 ปี	1
20 ปีขึ้นไป	6	11 - 20 ปี	5
		20 ปีขึ้นไป	6

จากตารางที่ 4.2 การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้บริการเข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ทั้งหมด 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี มีจำนวน 8 คน อายุราชการ และประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 20 ปี มีจำนวน 6 คน และอยู่ในช่วง 5 - 10 ปี จำนวน 1 คน

2. ลักษณะผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ตารางที่ 4.3 ลักษณะผู้ป่วย จำแนกข้อมูลส่วนบุคคล (n = 6)

ข้อมูล	(จำนวนคน)	ข้อมูล	(จำนวนคน)
เพศ		สถานะภาพ	
หญิง	4	คู่	2
ชาย	2	หม้าย	4
อายุ		การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุ	
50– 60 ปี	2	เส้นเลือดสมองแตก	1
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	4	เนื้อสมองบางส่วนตาย	5
ศาสนา		1 เดือน – 1 ปี	2
พุทธ	6	มากกว่า 1 ปี - 2 ปี	2
		2 ปีขึ้นไป	2

จากตารางที่ 4.3 การวิจัยครั้งนี้ลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย เพศชาย 2 ราย อายุ มากกว่า 60 ปี 4 ราย อีก 2 ราย อายุอยู่ในช่วง 50 – 60 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีสถานะภาพเป็นหม้าย 4 ราย และเป็นโสด 2 ราย สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากเนื้อสมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง 5 ราย ระยะการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปี 4 ราย

ตารางที่ 4.4 ลักษณะสุขภาวะของผู้ป่วย

ลักษณะสุขภาวะ	จำนวน
รู้สึกตัวแต่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
หญิง	1
ชาย	2
รู้สึกตัวช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	
หญิง	3
ชาย	0
รับประทานอาหารได้เองทางปากโดยต้องช่วยเหลือ	4
ให้อาหารทางสายยาง	2
ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ (ใส่สายสวนปัสสาวะ)	2
ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ (ไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะ)	4
พูดไม่ได้	2
พูดได้แต่ฟังไม่ชัด	4
ไม่มีแผลกดทับ	6
มีอาการข้อติด	1
สภาพจิตใจ	
หงุดหงิด โมโหง่าย	2

จากตารางที่ 4.4 การวิจัยครั้งนี้ลักษณะสุขภาวะของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน 4 ราย อีก 2 ราย รู้สึกตัวแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้รับประทานอาหารได้เองทางปากโดยต้องอาศัยการช่วยเหลือ 4 ราย อีก 2 รายรับประทานอาหารทางสายยาง

ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ทุกราย โดยต้องใส่สายสวนปัสสาวะ 2 ราย ผู้ป่วยสามารถพูดได้แต่พูดไม่ชัด 4 ราย และไม่สามารถพูดได้เลย 2 ราย ทุกรายไม่มีแผลกดทับ มีลักษณะข้อติด 1 ราย สภาพทางจิต มีโมโหง่าย 2 ราย

3. ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมสนทนา

ความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นความรู้ที่ได้จากการที่กลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มผู้ให้บริการ เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้ ตามวงจร ครบทั้ง 4 ขั้นตอน (SECI) โดยเริ่มจากการที่ผู้เข้าร่วมสนทนาทั้ง 2 กลุ่ม ได้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ขั้นตอน Socialization) โดยแต่ละคนได้นำความรู้ที่ฝังลึก ประสบการณ์ที่ดี (Best Practice) ของตนเองมาเล่า เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ที่ดีซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนา โดยแต่ละคนจะมีความรู้ ประสบการณ์ที่ดี (Best Practice) ทั้งที่เหมือนและแตกต่างกัน ทำให้แต่ละคนได้รับความรู้ใหม่ที่ตนไม่เคยได้ทราบตั้งแต่ขั้นตอนนี้จนเกิดเป็นความรู้ที่ปรากฏออกมา (ขั้นตอน Externalization) และผู้เข้าร่วมสนทนาได้มีการรวบรวมความรู้ ประสบการณ์ที่เป็น Best Practice ที่ได้รับจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของแต่ละคน รวมทั้งส่วนที่เป็นของตนเองเกิดเป็นความรู้ใหม่ที่ได้เกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ขั้นตอน Combination) และได้มีการนำไปปฏิบัติตามสถานการณ์ ปัญหาที่สอดคล้องของแต่ละคน และนำผลการปฏิบัติมาเล่าในกลุ่มสนทนาในครั้งต่อๆไป (ขั้นตอน Internalization) จนเกิดเป็นประเด็นความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมสนทนาทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแต่ละคนจะมีประสบการณ์ที่ดีที่ประสบผลสำเร็จที่แตกต่างกัน และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดีในบริบทของโรงพยาบาลนภาลัย ดังนั้นความรู้ที่ได้จากการสนทนาจึงเป็นความรู้ ประสบการณ์ที่ดีในบริบทของโรงพยาบาลนภาลัย

ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นความรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากผู้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ 7 ประเด็นหลัก (themes) และประเด็นย่อย (sub themes) ในแต่ละประเด็นหลักพร้อมมีข้อมูลอ้างอิง ดังนี้

ประเด็นที่ 3.1 การรู้ถึงปัญหา

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปัญหาและความต้องการทั้งส่วนที่เหมือนกันและต่างกัน การให้การดูแลต้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว หลักการที่ทำให้สามารถรู้ถึงปัญหาและความต้อง ได้แก่

3.1.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดี โดยการพูดจาที่สุภาพ จำชื่อผู้ป่วยได้ทักทายโดยการเรียกชื่อผู้ป่วยโดยมีการสรรพนามนำหน้า ได้แก่ ลุง ป้า ฯลฯ แสดงท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใส หมั่นคอยชวนพูดคุย อย่างสม่ำเสมอและใกล้ชิดด้วยท่าทางเป็นกันเอง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น เกิดความรู้สึกเป็นมิตร กล้าที่จะซักถาม ให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการดูแล มีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "แต่ก่อนไม่เคยมารักษาที่โรงพยาบาลนภาลัย...มี คนบอกว่าที่นี่แย่มาก ตอนแรกผมก็รู้ไม่ค่อยกล้าที่จะพูดและถามอะไร แต่พอมารักษาที่นี่ไม่เห็นเป็นดั่งที่คนอื่นบอก เจ้าหน้าที่ที่นี่พูดจาดีทุกคน เราก็รู้สึกอุ่นใจ และกล้าพูด เวลาที่หมอมาตรวจจะ ทักทาย เรียกลุง(ชื่อ) วันนี้เป็นงัยบ้าง เราก็ชอบ คนไข้ก็ชอบและทำอะไรให้แกก็ยอม "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " หมอ(ชื่อ)เป็นกันเองทำให้เรากล้าถาม เรารู้สึก เป็นกันเอง ถ้าหมอไม่พูดเราก็ไม่กล้าถาม หมอพูดดี อธิบายให้เราเข้าใจ และซักถามอาการ ผมว่าหมออย่างนี้ดี และ ชอบชมผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่ใช่ว่าเวลามาตรวจเอาแต่เขียนอย่างเดียว "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "เวลาที่ไปเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยในชุมชนการสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งที่สำคัญมากเราต้องทำตัว เป็นกันเอง ให้เข้ากับชาวบ้านได้ พูดจาสุภาพ การ เรียกผู้ป่วยและผู้ดูแล ต้องเรียก ลุง(ชื่อ) ป้า(ชื่อ) ตา(ชื่อ) ฯลฯ "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " จากการที่สำรวจความพึงพอใจ ของ ผู้มาใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ใช้บริการให้ความคิดเห็นว่า การ ที่งานผู้ป่วยนอกมีพยาบาล ประชาสัมพันธ์คอย

ต้อนรับและช่วยแนะนำ ด้วยท่าทางที่ยิ้มแย้ม พูดจาสุภาพ ทำให้ผู้มาใช้บริการกล้าที่จะถาม"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า" ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนพัก รักษาตัวที่ตึกก็มักเป็นผู้ป่วยเก่าๆ เวลามาเจ้าหน้าที่ก็จะจำผู้ป่วยและ ผู้ดูแลได้ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลก็จะรู้สึกคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ทำให้เรา สามารถรู้ประวัติและข้อมูลได้มาก"

3.1.2 การมีเจตคติที่ดี เห็นผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ มีความต้องการเหมือนบุคคลทั่วไป ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และเต็มใจให้การดูแล เปรียบเสมือนเป็นตัวเรา หรือญาติของเราเอง ว่ามีความต้องการเช่นไร ผู้ป่วยก็มีความต้องการเช่นกัน มีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า*" อยากให้ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่รู้สึกในการมีคุณค่าของผู้ป่วย คิดว่าเป็นญาติเรา หรือคิดว่าถ้าเป็นตัวเราเอง เราต้องการอะไร ก็จะทำให้เข้าใจผู้ป่วย มากขึ้น"*

3.1.3 รู้และเข้าใจในพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละรายมีทั้งผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ โรคความดันโลหิตสูง และบางรายไม่มีโรคประจำตัว การดูแลต้องรู้ถึงโรคเดิมของผู้ป่วยด้วยเพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงประวัติการรักษาที่เคยได้รับ ประวัติการแพ้ยา และสิ่งที่สำคัญอีกอย่าง คือ ต้องรู้ถึงนิสัยพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยว่าเดิมผู้ป่วยมีนิสัยเป็นอย่างไร ชอบทำอะไร จะช่วยให้สามารถใช้เป็นแนวทางในการค้นหาปัญหาได้ มีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " *คนดูแลคนเดิมบอกว่าอาม้าไม่ค่อยพูด พอพี่มาดูแลไม่เห็นเป็นอย่างที่บอก...อาม้าพูดเก่ง ทำให้คิดว่าเราต้องรู้ว่าเค้าชอบอะไร จะได้ชวนคุยได้ถูก* และทำอะไรให้ได้ถูกใจ"

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *"การที่เราดูคนไข้ เราต้องรู้ด้วยว่ามีโรคประจำตัวป้า มีโรคเบาหวาน ต้องให้อาหารที่ไม่มีรสหวานเดี๋ยวน้ำตาลขึ้น"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ลุงแกมักร้องเสียงดัง ตอนแรกก็คิดว่าร้องเพราะปวดแผล แต่เวลาทำแผลก็ไม่ร้อง เราก็หาสาเหตุ พบว่าลุงแกนอนในท่าที่ไม่ถนัด แกจะร้องพอเรา จัดท่าที่ถนัดลุงก็ไม่ร้อง "*

3.1.4 การประเมินความต้องการของผู้ป่วย ประเมินความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันประเมินโดยญาติมีส่วนร่วม ซึ่งการประเมินความต้องการต้องประเมินตั้งแต่แรกรับ และประเมินอย่างต่อเนื่องขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งต้องตรวจเยี่ยมทุก 2 ชั่วโมง จนกระทั่งแพทย์มีแผนการรักษาให้กลับบ้านต้องประเมินก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยประเมินอาการและความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน และประเมินเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้านเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้าน มีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" นักกายภาพจะมีตรวจประเมินอาการปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรก ว่ามีปัญหาอะไรบ้างต้องให้การบำบัดอย่างไร เพราะผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปัญหาไม่เหมือนกัน โปรแกรมการบำบัดของแต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน เมื่อประเมินแล้วก็ให้การดูแลบริหารฟื้นฟู ตามโปรแกรม "*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"เมื่อรับใหม่ผู้ป่วยเราก็จะดูว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่หรือรายเก่า...จะประเมินตั้งแต่แรกรับหาสาเหตุ...ประเมินหาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกรับว่ามาด้วยปัญหาอะไร ก็ทำให้เรารู้ข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้อง "*

เจ้าหน้าที่ ท่านหนึ่งเล่าว่า *"เมื่อไปเยี่ยมป้า(ชื่อ)ที่บ้าน เราก็ต้องประเมินว่าป้า (ชื่อ) มีปัญหาอะไรบ้างอีกครั้ง ป้า (ชื่อ) เค้ามีแผลกดทับใส่สายสวนปัสสาวะ ต้องให้อาหารทางสายยาง และเจาะคอใส่ท่อ tracheostomy ป้า (ชื่อ) มีเสมหะมาก"*

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

"...แพทย์และพยาบาล ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ "

" เมื่อผู้ป่วยมาถึงเราก็ประเมินอาการว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการอะไร มีอาการรุนแรงเพียงใด... "

3.1.5 ติดตามค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยต้องทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการ ซึ่งถ้าช่วงที่ผู้ป่วยมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลตรวจเยี่ยมอย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้หรือได้ไม่เหมือนคนปกติทั่วไป พร้อมทั้งมีปัญหาทางด้านการสื่อสาร พูดไม่ได้ บางรายพูดได้แต่ฟังไม่ชัด นับเป็นปัญหาอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้การดูแลไม่รู้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ผู้ให้การดูแลต้องคอยใส่ใจดูแลสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก ใจเย็น ไม่ฉุนเฉียวหรือแสดงอาการโมโหให้ผู้ป่วยเห็น การตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และถามซ้ำถ้าไม่เข้าใจ แต่การถามซ้ำต้องไม่บ่อยเกินไปเพราะผู้ป่วยจะรู้สึกทดท้อขาดความเชื่อมั่นในตนเองและจะหยุดพูดทันที และต้องคอยสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและการแปลความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกบางครั้งต้องอาศัยความเคยชิน ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

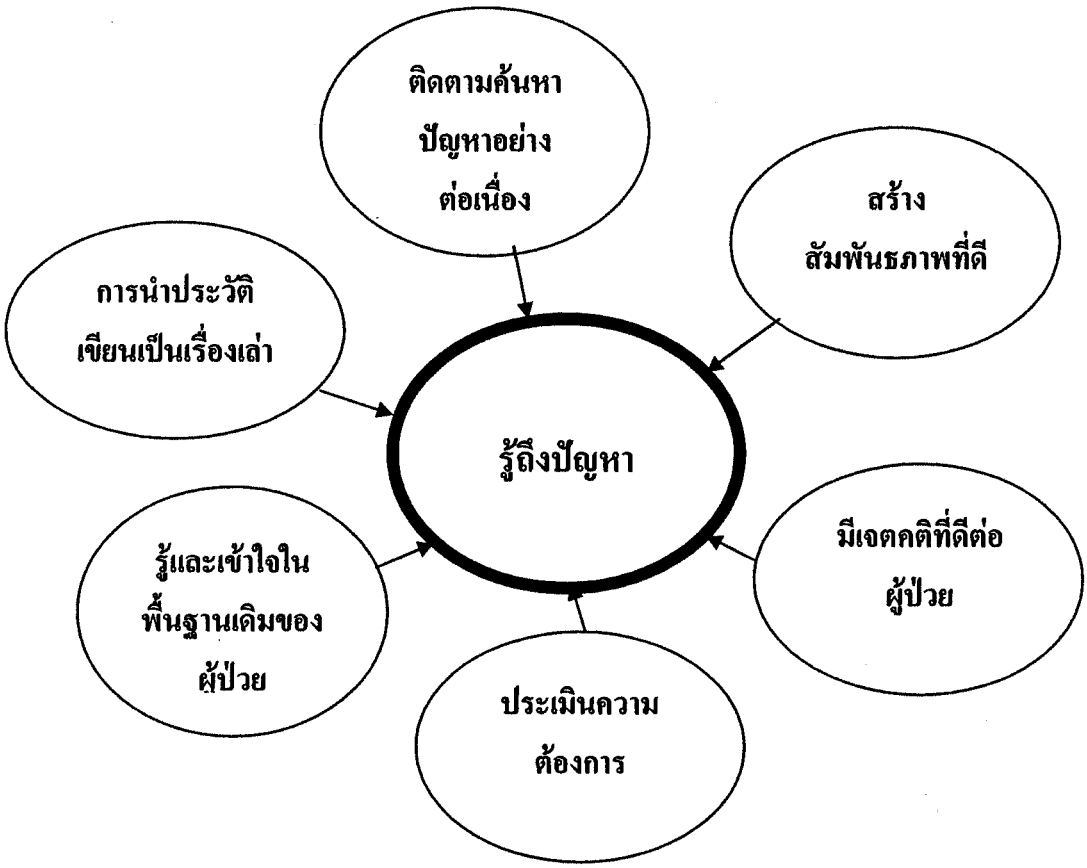
> ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *การที่เราดูแลผู้ป่วยเราต้องขยัน คิดตลอดเวลาว่าเค้าต้องได้อะไรบ้าง ก็ทำให้เราต้องหาวิธีการดูแลตลอดเวลาว่าจะทำอย่างไรที่จะทำให้ป้าไม่มีโรคแทรก และเราก็รู้สึกภูมิใจด้วย "*
>
> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งเล่าว่า *" เมื่อรับเวรเสร็จพยาบาลจะเดินตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย และในเวรก็มีการติดตามเยี่ยมอาการ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ทำให้เรารู้อาการเปลี่ยนแปลงและให้การดูแลได้ทัน "*
>
> *ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ตอนที่มาดูแลอาม่าใหม่ๆ บางครั้งไม่รู้ว่าต้องการอะไร เพราะฟังไม่รู้เรื่อง ก็จะตั้งใจฟังถ้าไม่ก็จะให้พูดซ้ำ... แต่อย่าบ่อยนะ เพราะเคยฟังไม่รู้เรื่อง เราก็พูดเสียงดังให้แกพูดใหม่ พอบอกให้พูดใหม่ 2 - 3 ครั้ง แกเริ่มไม่พอใจ และไม่พูดต่อ เราก็เลยคิดได้ว่าแกคงเสียใจ ทำให้เรารู้ว่าเราต้องจำให้ได้ว่าถ้าทำอย่างนี้แสดงว่าต้องการอะไร "*

3.1.6 การนำประวัติผู้ป่วยเขียนเป็นเรื่องสั้น การศึกษาประวัติผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาให้ลึกซึ้ง และนำประวัติมาเขียนเป็นเรื่องเล่า เรื่องสั้น ช่วยทำให้รู้ถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างลึกซึ้ง เพราะการที่จะเขียนเป็นเรื่องราวได้นั้นผู้เขียนต้องให้ความใกล้ชิดและติดตามผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้ ดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

เจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เล่าว่า " *ตอนนี้ได้มีการนำประวัติผู้ป่วยมาเขียนเป็นเรื่องเล่า ได้ทำมา 2 รายแล้ว ซึ่งผลที่ได้ คือ เราได้รู้จักผู้ป่วยลึกซึ้งมากขึ้น และเราได้นำเรื่องเล่านี้มาเสนอในที่ประชุม ด้วย ทำให้ลูกของป้ารู้สึกรักแม่มากขึ้น ตอนนี้ได้ขยายวิธีการนี้แก เจ้าหน้าที่เทศบาล สถานีอนามัย* ทำให้เค้าสนใจ และรู้จักผู้ป่วยมากขึ้น"

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทำให้สามารถรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วย คือ การสอบถามถึงนิสัยพื้นฐานเดิมและความชอบของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการดูแลรักษา การนำประวัติมาเขียนเป็นเรื่องเล่า

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปวิธีการจัดการที่ทำให้สามารถรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วย ได้ดังนี้



ภาพที่ 4.1 วิธีการทำให้รู้ปัญหาของผู้ป่วย

จากภาพที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่า การที่จะทำให้รู้ถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ต้องประกอบหลักการที่สำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ทักทายโดยควรต้องรู้จักชื่อผู้ป่วย การมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ต้อนรับเอาใจใส่ คิดว่าเราหรือญาติเราต้องการสิ่งใด ผู้ป่วยก็ต้องการสิ่งนั้นเช่นกัน การประเมินความต้องการ ซึ่งขั้นตอนการประเมินต้องประเมิน 4 ระยะ ได้แก่ ประเมินตั้งแต่แรกรับ ประเมินขณะอยู่ในโรงพยาบาล ประเมินก่อนออกจากโรงพยาบาล เกี่ยวกับความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย และประเมินเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้านเมื่อมีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง การรู้และเข้าใจในพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย การนำประวัติมาเขียนเป็นเรื่องเล่า และการติดตามค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 3.2 การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขา

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า การดูแลผู้ป่วยต้องดูแลเป็นทีมซึ่งประกอบด้วย ทีมสุขภาพทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล งานกายภาพบำบัด งานโภชนาการ งานเภสัชกร งานเวชกรรมครอบครัวและชุมชน งานสุขภาพจิต งานด้านสวัสดิการช่วยเหลือทางด้านสังคม โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ทุกส่วนต้องมีการวางแผนในการดูแลร่วมกันดูแล การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

> ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า "*การดูแลคนไข้ ...คิดว่าการที่จะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นก็ต้องอยู่ที่เราด้วย* "

> เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน เล่าว่า " *การดูแลผู้ป่วยก็จะร่วมกันดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยแพทย์ พยาบาล ตรวจเยี่ยมอาการ ประเมินอาการ ร่วมกันทุกวันตรวจเช้า และถ้าผู้ป่วยมีแผล แผลไม่ดี ก็จะมีการปรึกษาศัลยแพทย์ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน* "

3.2.1 ประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแล พยาบาลประสานงานทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องตามประเด็นปัญหาเพื่อร่วมประเมินผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล

> *เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งเล่าว่า " ผู้ป่วยที่ต้องส่งทำกายภาพพยาบาลจะประสานงานกับนักกายภาพ ส่วนรายที่มีแผลกดทับ แพทย์ประจำตึกก็จะส่งปรึกษาศัลยแพทย์ และเขียนบันทึกใบส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานกับคลินิกศัลยกรรมโดยมีใบปรึกษา* "

3.2.2 ทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกันโดยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วม ดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

> เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน เล่าว่า " *เคยมีผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลด้วยอาการกรามค้าง โดยผู้ป่วยเป็นอัมพาต ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ลูกชายบวช เป็นพระธุดงค์ไปเรื่อยๆ ญาติคนอื่นอยู่ต่างจังหวัด ไม่ดูแล เราก็เลยปรึกษาร่วมกันโดยมีแพทย์ประจำตึก ทันตแพทย์ นักกายภาพ เจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลประจำตึก และพระลูกชายด้วย.. สุดท้ายผู้ป่วยรายนี้ก็ได้รับการรักษาเรื่องกรามค้างจนอาการดีขึ้น*

และเจ้าอาวาสวัดที่พระลูกชายประจำวัดอยู่ปัจจุบันก็ยอมให้ผู้ป่วยไปอยู่ที่วัดได้ โดยให้แม่ชีมาช่วยดูแลบางครั้ง งานกายภาพก็ได้เข้ามาร่วมในการดูแล "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"เวลาไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ บ้าน ผู้ป่วยมีปัญหาแผลกดทับเราก็จะสอนญาติเกี่ยวกับการทำแผล และเราก็มาปรึกษากับศัลยแพทย์ บางรายหมอก็ให้พามาโรงพยาบาล บางรายหมอก็ให้ยา"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า*" ถ้า admit ผู้ป่วยที่มีแผลหรือมีอาการทางศัลยกรรมมาที่ตึกอายุรกรรมก็จะมีแพทย์ด้านศัลยกรรมมาดูด้วย "*

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" ร่วมวางแผนการจัดการดูแลร่วมกับ เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล "

***3.2.3 วางแผนจำหน่าย* (Discharge Plan)** ตั้งแต่แรกรับ - จำหน่าย โดยมีการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน อาหาร การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสังเกตและช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการผิดปกติ ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ ออกกำลังกาย การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การมาตรวจตามนัด ถ้าพบว่าและผู้ป่วยและหรือผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติตน จะทำสัญลักษณ์ในแบบฟอร์มและมีการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังนี้

เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน เล่าว่า *" มีการทำ plan discharge ตั้งแต่รับใหม่ โดยมีการประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแล ให้คำแนะนำ ปรึกษา เตรียมความพร้อมผู้ดูแล และครอบครัวและเมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นก็กลับบ้านก็มีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลด้วย ก็พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย"*

3.2.4 การปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพ แต่ละงานก็จะให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานของงาน ดังนี้

1) แนวทางการรักษาของแพทย์

(1) การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินอาการ การเปลี่ยนแปลง *ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว เยี่ยมผู้ป่วย ช่วงเช้า วันละ 1 ครั้ง และช่วงบ่ายติดตามผลการตรวจตามแผนการรักษา และตรวจเยี่ยมเมื่อจำเป็น มีการแบ่งแพทย์ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน*

(2)การประเมินภาวะโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วม

(3) ประเมินสภาพครอบครัว ความพร้อมในการรักษาต่อเนื่องระยะยาว ความเอาใจใส่ และให้ความสำคัญของการมาตามนัด

(4) จัดการเรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ได้แก่ การส่งตรวจ BUN, Creatinin , Electrolyte, Albumim, CBC, Urine exame , FBS, Lipid Profile

(5) พิจารณาแผนการรักษา ตามมาตรฐานโรค

(6) ให้ข้อมูล การรักษา ผลการตรวจต่างๆ และการดำเนินการของโรค

(7) การนัดตรวจอย่างต่อเนื่อง

2) แนวทางการจัดการดูแลของพยาบาลผู้ป่วยนอก

(1) ตรวจ คัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่จุดยื่นบัตร กรณีมีอาการฉุกเฉินหรือมาเพื่อเปลี่ยนสายต่างๆ ทำแผล ดำเนินการส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน กรณีไม่ฉุกเฉินมารับยาต่อเนื่องส่งตรวจที่ห้องตรวจทั่วไป

(2) ซักประวัติการเจ็บป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประวัติการแพ้ยา และการผ่าตัด พร้อมให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ กรณีมีอาการสงสัยเกี่ยวกับการแพ้ยา ส่งปรึกษาเภสัชกรก่อนพบแพทย์

(3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัด (ตามที่ระบุในบัตรนัด) พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจให้เรียบร้อยก่อนส่งพบแพทย์

(4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้ตรวจจากแพทย์

(5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและทำบัตรนัดเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง

(6) ประสานงานประกันสุขภาพในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านสิทธิบัตร

(7) กรณีที่ผู้ป่วยต้องมีการติดตามอาการ ประสานงานวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งต่อชุมชน ติดตามดูแลต่อเนื่อง

(8) พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลที่ดี เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้อง

(9) กรณีขณะรอตรวจผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ดำเนินการส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจที่ห้องฉุกเฉิน

3) แนวทางการจัดการดูแลของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน

(1) กรณีรับใหม่ มีการประเมินอาการ ซักประวัติการเจ็บป่วย ตามแนวทางที่กำหนด ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel Index

(2) การดูแลประจำวัน

ก. ให้การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ การพยาบาลตามอาการ การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ข. การดูแลให้ตามแผนการรักษา ตรงเวลา

ค. การให้การดูแลแบบครอบครัวผู้ป่วยอยู่กับญาติได้ตลอดเวลา

ง. การตรวจเยี่ยมอาการอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

จ. พยาบาลให้คำปรึกษา

ช. การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) ผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้รับการสอน การสาธิตวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านอย่างเหมาะสม เช่น การดูแลความสะอาด การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หารให้อาหารและการเตรียมอาหาร การให้ความรู้เรื่องยา การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เป็นต้น

ซ. การใช้ทีมสหวิชาชีพ ร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ตั้งแต่การดูแลด้านโภชนากรดูแลเรื่องอาหาร และ เภสัชกรดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับตลอดการรักษา งานกายภาพบำบัดให้การดูแลด้านการฟื้นฟูสภาพ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ฌ. ทำกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

(3) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการต่อเนื่อง ไปยังสถานบริการสุขภาพแห่งอื่นๆ เช่น รพศ/รพท. สถานีอนามัย

(4) การนัดตรวจเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยขาดนัด ดำเนินการส่งต่อชุมชนเพื่อติดตามผู้ป่วย

4) แนวทางการจัดการดูแลของงานกายภาพบำบัด

(1) ประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาประวัติผู้ป่วย

(2) ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายตามโปรแกรม

(3) สอนและฝึกผู้ดูแลเดี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

5) แนวทางการจัดการดูแลของงานเภสัชกรรม

(1) ดูแลเกี่ยวการใช้ยา ตรวจสอบ Interaction

(2) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว เฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ

6) แนวทางการจัดการดูแลของงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

(1) ร่วมวางแผนการดูแล ผู้ป่วย ตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยกลับบ้าน

(2) ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการประเมินสภาพผู้ป่วยความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัว

(3) จัดทำ Family Folder

7) แนวทางการจัดการดูแลของทีมงานสุขภาพจิต

(1) ประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิต

(2) วางแผนการให้คำปรึกษา การร่วมกันดูแลผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับ - จำหน่าย

(3) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ

8) แนวทางการจัดการดูแลของทีมงานประกันสุขภาพ

(1) ตรวจสอบสิทธิ์ผู้ป่วยให้ถูกต้อง

(2) ประสานงานแพทย์เพื่อออกใบรับรองผู้พิการ ในรายที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและมีความพิการหลงเหลืออยู่ นาน เกิน 6 สัปดาห์

(3) ดำเนินการทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทองผู้พิการ)

(4) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับการติดต่อขึ้นทะเบียนผู้พิการและการขอรับเงินช่วยเหลือผู้พิการ

9) ศูนย์ยืมอุปกรณ์การแพทย์โรงพยาบาลนภาลัย พิจารณาการให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ต่อเนื่องที่บ้านดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

เจ้าหน้าที่ ท่านหนึ่ง เล่าว่า " *ที่งานผู้ป่วยนอกจะมีการคัดกรองผู้ป่วยตัดแต่ที่จุดยื่นบัตร ถ้าอาการฉุกเฉิน หรือมาทำแผล เปลี่ยนสายต่างๆ จะส่งเข้าตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ถ้ารับยาต่อเนื่องก็ส่งตรวจที่ห้องตรวจทั่วไป โดยมีการซักประวัติ วัดสัญญาณชีพ ตรวจประเมินสภาพต่างๆ เตรียมผลการตรวจต่างๆ ให้เรียบร้อย ก็ส่งเข้าตรวจ จากนั้นก็ดูแลตามแผนการรักษา ถ้าให้กลับบ้านก็ส่งห้องยา ถ้าให้นอนโรงพยาบาลก็ประสานงานหอผู้ป่วยใน ส่งผู้ป่วยเข้าไปโดยส่งต่ออาการและแผนการรักษา*"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " เมื่อรับใหม่ผู้ป่วย จะประเมินอาการสภาพทั่วไป ระดับความรู้สึกตัว และตรวจวัดสัญญาณชีพ ซักประวัติเพิ่มเติมจากผู้ป่วยนอกตามใบสมรรถนะ ให้การดูแลตามแผนการรักษา ตรวจเยี่ยมอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง มีการประสานกับสหวิชาชีพมาร่วมดูแล เมื่อสหวิชาชีพมาเยี่ยมผู้ป่วยจะบันทึกในใบสหวิชาชีพ เพื่อเป็นการสื่อสาร "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า" *แพทย์มาตรวจเยี่ยมทุกวัน อย่างน้อยวันละครั้ง จะแบ่งความรับผิดชอบเป็นแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในและแพทย์ประจำผู้ป่วยนอก ต้องวินิจฉัยว่ามีอาการเป็นอย่างไร ถ้าอาการรุนแรงก็ส่งต่อถ้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้เวลามามักซึม ส่วนมากมักเกิดจากไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้รับสารอาหารไม่พอ ก็จะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติเพิ่มเติม ต้องการระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยแผลกดทับ ปอดอักเสบ* "

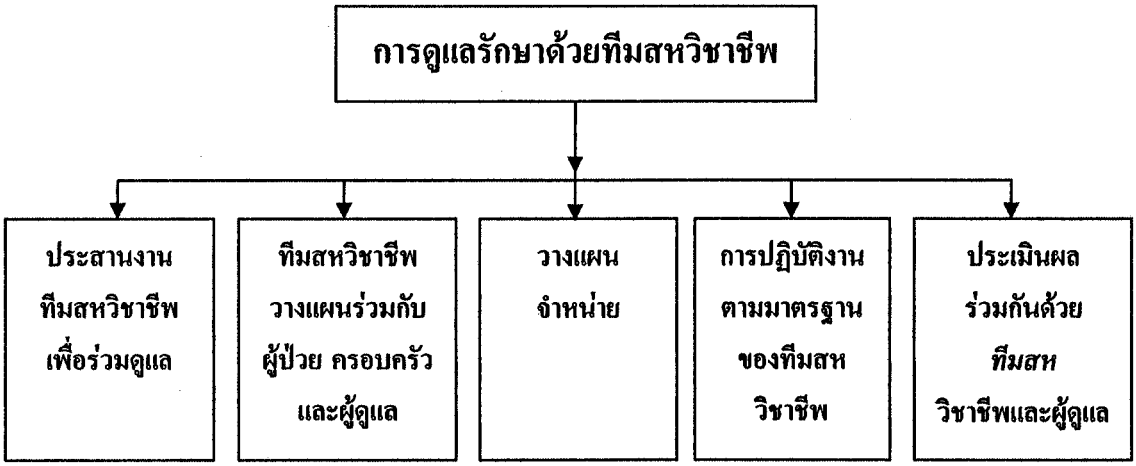
3.2.5 ประเมินผลร่วมกันด้วยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแล เมื่อมีการประเมินอาการ ปัญหา ความต้องการผู้ป่วยแรกรับแล้ว เมื่อให้การดูแลรักษาทีมสหวิชาชีพจะมีการประเมินอาการ ปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการคุยกันช่วงตรวจเยี่ยม และทางโทรศัพท์ และการลงบันทึกในใบสหวิชาชีพ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการให้การดูแลรักษาฟื้นฟู และพูดคุยร่วมกับผู้ดูแลด้วย เพื่อการรับทราบการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆกัน โดยเราต้องเน้นญาติมารับทราบอาการจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง กรณีที่ญาติไม่สามารถมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

ต้องมีการให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับเวลาที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยเพื่อให้ญาติเตรียมพร้อม ไม่ต้องเสียเวลาในการมารอคอย ซึ่งญาติผู้ป่วยมักต้องไปประกอบอาชีพ ทำให้ไม่รับทราบอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยจะมีการขอเบอร์โทรศัพท์ของญาติและโทรศัพท์ตามเมื่อมีความจำเป็นและให้เบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลแก่ญาติ ดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"ผู้ป่วยรายใหม่ของตึกผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย นักกายภาพจะมาประเมินผู้ป่วยที่ตึกผู้ป่วยเรื้อรังก่อนว่ามีปัญหาอะไรบ้าง จำเป็นต้องให้การรักษาตามโปรแกรมนานแค่ไหนพร้อมทั้งสอนผู้ดูแลให้ทำ และจากนั้นจะมาประเมินเดือนละ 2 ครั้งร่วมกับผู้ดูแล ตอนนี้ไม่มีผู้ป่วยข้อติดเพิ่ม "*
>
> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า*" ช่วงเช้าที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจะปรึกษาร่วมกันเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา บางครั้งพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติจึงทำให้ญาติไม่ได้รับทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ได้มีการแก้ไขปัญหานี้โดยการให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับเวลาที่แพทย์มาตรวจเยี่ยม และขอเบอร์โทรศัพท์ของญาติ เมื่อมีความจำเป็นจะมีการโทรศัพท์ตาม"*

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ การให้ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสมาพูดคุยวางแผนร่วมกันโดยเริ่มในผู้ป่วยรายที่มีปัญหาซับซ้อนก่อน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยไม่มาก ทีมสหวิชาชีพสามารถที่จะมาร่วมวางแผนและประเมินผลร่วมกันได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อภารงาน ต่อจากนั้นจึงค่อยดำเนินการให้ทีมสหวิชาชีพมาร่วมวางแผนปรึกษาร่วมกันจนเป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาล ส่วนการประเมินผลร่วมกับญาติ/ผู้ดูแลเพื่อให้มีการรับทราบอาการการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมแก่ญาติ เพื่อให้ญาติสามารถมาพบแพทย์ในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถช่วยลดภาระของญาติ/ผู้แล และได้รับทราบการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกัน

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปวิธีการจัดการดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพได้ดังนี้



ภาพที่ 4.2 วิธีการจัดการดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ

จากภาพที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่าการจัดการดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ ได้แก่ การประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแล ทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพ การประเมินผลร่วมกันด้วยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแล

ประเด็นที่ 3.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้ป่วยที่ผู้ดูแลที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยได้แก่ การกินได้น้อยมีผลทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร (ภาวะทุพโภชนาการ) แผลกดทับ การเกิดข้อติด ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบจากการสำลัก การใส่ใจดูแลให้ความสำคัญและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *" ลุงแต่ก่อนจะมีปัญหาติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งตอนแรกใส่สายสวนปัสสาวะอยู่นานทำให้ติดเชื้อง่าย ตอนนี้ไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะแล้ว ใส่รองด้วยถุงพลาสติก เราคอยดูแลทำความสะอาด ก็ไม่มีปัญหาติดเชื้อ "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" การใส่ pamperg ก็เปียกแฉะบ่อย เหงื่อ*

ออกมาก ถ้าไม่คอยเปิดดูก็แฉะ ทำให้อบเกิดเป็นแผลได้ เราต้องคอยใส่ใจ ห่วงใย คอยสังเกต และคอยเปลี่ยนให้อย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง ลุงก็ไม่มีแผลเลย และไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะด้วย "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " *ผู้ป่วยส่วนมากที่มีปัญหาแผลก็มักควบคู่กับปัญหากินไม่ได้ เราต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่พียงพอ ก็สามารถช่วยให้แผลหายได้เร็วขึ้น* "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ผู้ป่วยที่มาตรวจที่ผู้ป่วยนอกจะพบว่ามาด้วยมีไข้ ตรวจปัสสาวะจะพบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และติดเชื้อทางเดินหายใจ มีอาการไอ มีเสมหะ "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ผู้ป่วยอัมพาตที่มา admit มักพบว่ามาด้วยมีภาวการณ์ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ แผลกดทับ และก็มีบางรายจะมาด้วยอาการซึม พอเจาะเลือดตรวจก็มักพบว่ามีปัญหาเกลือแร่ในร่างกายต่ำ โปรตีนต่ำ ".

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " จากการเก็บอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยที่นอนนาน "

3.3.1 การดูแลรักษาความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การดูแลรักษาความสะอาดจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบผิวหนัง การทำความสะอาดช่องปากและในผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง ต้องทำความสะอาดช่องจมูก ทุกวัน ซึ่งสามารถช่วยลดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า." *ตอนที่อยู่บ้านเราดูแลไม่เป็น แฟนก็ปัสสาวะรดที่นอน บางครั้งเราก็เห็นก็เช็ดทำความสะอาด แต่ตอนกลางคืนเราหลับก็จะไม่ได้เช็ดทำความสะอาด เค้าก็จะนอนแช่ปัสสาวะ นานๆเข้าก็เป็นแผล พอได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการหาถุงรองรับปัสสาวะหรือช่วงกลางคืนกังวลว่าถุงที่รองจะหลุดหรือเต็มก็ใส่*

ถุงยางอนามัยต่อถุงรองรับปัสสาวะ และต้องคอยเช็ดทำความสะอาด ด้วยอย่าปล่อยให้ผิวเปียก หมักหมม ต้องเช็ดให้แห้ง จากนั้นก็ไม่มีแผล เพิ่ม กลางคืนเราก็ได้พักด้วย"

1) ทำความสะอาดร่างกาย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น และทุกครั้งที่จำเป็น เช่น เมื่อผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อออกเปียกชื้น

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ป้าจะใส่ pamperg ไว้เพราะปัสสาวะรดที่นอน ปัสสาวะจะไหลไปหมักหมมที่ก้นกบ เราต้องคอยสังเกตที่ pamperg ว่ามีปัสสาวะชุ่มหรือยัง เราต้องคอยสังเกต ทุก1-2 ชั่วโมง โดยแย้มดู pamperg เมื่อเปียกเราก็เช็ดทำความสะอาดด้วยผ้าชุบน้ำ และใช้ผ้าแห้ง เช็ดผิวหนังให้แห้ง สะอาดก็จึงใส่ pamperg "*

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" เคยแช่ปัสสาวะ เราต้องเช็ดตัวทำความสะอาด "

" ดูแลความสะอาดผิวหนัง เช็ดให้แห้ง ไม่ให้อับชื้น "

2) ทำความสะอาดช่องปาก อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น ในรายที่สามารถแปรงฟันได้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟันเอง ส่วนในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลทำความสะอาดในช่องปากโดยการใช้ผ้าที่สะอาดเช็ดในช่องปาก นวดลิ้นและกระพุ้งแก้มให้สะอาด ในรายที่มีฟันปลอมให้ถอดล้างทำความสะอาดฟันปลอม

3) ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น และเมื่อจำเป็นด้วยน้ำสบู่ เหมือนคนปกติทั่วไป ในรายที่คาสายสวนปัสสาวะต้องเอาใจใส่ดูแลบีบคลึงตามสายสวนปัสสาวะให้ปัสสาวะไหลออกได้ดี เพื่อป้องกันการเกิดการอุดตันทางเดินปัสสาวะ บางรายสามารถปัสสาวะได้เองแต่ไม่สามารถบอกได้ทัน ทำให้ปัสสาวะรดที่นอน ผู้ดูแลจะมีการหาถุงพลาสติกขนาดใส่อาหาร ½ - 1 กิโลกรัมมารองรับปัสสาวะไว้ แต่ต้องคอยเปลี่ยนถุง คอยสังเกตว่าปัสสาวะเต็มถุงหรือยัง ทุกครั้งที่เปลี่ยนถุงพลาสติกที่รองปัสสาวะจะเช็ดอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้ป่วย (ชาย) ให้สะอาด แต่ช่วงกลางคืนบางรายอาจพิจารณาใส่ถุงยางอนามัยต่อลงถุงรองรับปัสสาวะ เพื่อผู้ดูแลได้พักผ่อน ไม่ต้องคอยระวังถุงพลาสติกที่รองรับปัสสาวะเต็ม และผู้ป่วยที่รองรับปัสสาวะด้วยถุงพลาสติกและถุงยางอนามัยมักพบปัญหาว่าการใช้ผ้าก๊อสพันรัดที่ส่วนปลายถุง ถุงมักหลุด จึงได้ปรับมาใช้ที่รัดปากถุงพลาสติดหรือถุงยางอนามัยที่สามารถเลื่อนปรับระดับได้ซึ่งใช้แผ่นผ้าหนาติดด้วยแผ่นตีนตุ๊กแก สามารถลดปัญหาถุงพลาสติกและ

ถุงยางอนามัยหลุดได้ ส่วนผู้ป่วยหญิงมักใส่ pamperg ไว้ ต้องคอยตรวจสอบดูว่าปัสสาวะเปลี่ยนชุ่ม pamperg หรือไม่ โดยการตั้งเวลาการตรวจสอบประมาณ ทุก1- 2 ชั่วโมงพร้อมกับการพลิกตัว ผู้ป่วยที่ปัสสาวะปกติ 2 - 3 ครั้ง pamperg จะชุ่มต้องคอยเปลี่ยนและทำความสะอาดผิวหนังบริเวณก้น อวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด แห้ง เพราะถ้าปล่อยทิ้งไว้จะทำให้เกิดเชื้อรา และรอยแดง และทำให้เกิดภาวการณ์ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ดังข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " *ทำความสะอาดตอนเช้า 1 ครั้ง โดยทำความสะอาดเช็ดอวัยวะของตาให้แห้งและเปลี่ยนถุงรองปัสสาวะทุกครั้งที่ปัสสาวะ* "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " *ตอนนี้แฟนเค้าใส่สายสวนปัสสาวะ เพราะมีปัสสาวะรดที่นอน เราก็คอยบีบ คลึงสายสวนปัสสาวะบ่อยๆ ไม่ให้สายอุดตัน จะได้ไม่ติดเชื้อ* "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า" *ต้องคอยบีบไล่ตามสายปัสสาวะ ไม่งั้นสายจะอุดตัน และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเดิมเคยเป็นมาแล้ว*"

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " *ดูแลสายปัสสาวะ และความสะอาด ผู้ป่วยที่ปัสสาวะได้เองมักใส่ถุงพลาสติกรองปัสสาวะไว้บางรายก็ใส่ Condomก็ต้องคอยทำความสะอาดจะได้ไม่ติดเชื้อ* "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

"ผู้ป่วยที่ใส่ foley's cath ก็มักพบว่ามีปัญหาติดเชื้อทางเดินระบบปัสสาวะ "

4) *ดูแลให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้น เหมาะสมตามสภาพอากาศ*

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " *ตอนอยู่บ้านอากาศร้อนมาก ลุงจะมีเหงื่อออกมากต้องคอยเปลี่ยนเสื้อให้ถ้าไม่เปลี่ยนจะหมักหมม เป็นเชื้อราได้* "

3.3.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยบางรายก็สามารถรับประทานอาหารได้ทางปากแต่ต้องป้อนช้าๆ เพราะกลืนลำบาก บางรายรับประทานไม่ได้ต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยจำเป็นที่ต้องได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ถ้าได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และการให้อาหารที่ไม่มีคุณค่าทางอาหารจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ ร่างกายซูบผอม อ่อนแอ ภูมิต้านทานต่ำ ไม่สดชื่น เจ็บป่วยง่าย และการขาดสารอาหารยังมีผลทำให้มีแผลได้ง่าย แผลหายยากและการได้รับน้ำอย่างเพียงพอมีผลช่วยให้ลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะท้องผูก ผิวหนังชุ่มชื่น ไม่แห้ง ดังมีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *" ตอนแรกตากินอาหารได้ทุกอย่าง ก็ไม่เป็นอะไร แต่ก่อนมาโรงพยาบาลตากินอาหารได้น้อยลง จากนั้นก็เริ่มไม่สบายมี อาการไอ เสมหะในลำคอ พามาโรงพยาบาลหมอบอกว่าตาขาดสารอาหารอย่างรุนแรง...ตอนนี้หมอให้อาหารทางสายยาง ตาอาการดี ขึ้ นแล้ว "*

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า *" แต่ก่อนอี้มีปัญหาท้องผูก 3 วันยังไม่ถ่ายพอเรามาดูแลก็ไม่มีปัญหานี้ เราเพิ่มน้ำหลังจากให้อาหาร เดิมเคยให้ 100 ซีซี (2 กระบอกอาหาร) เพิ่มเป็น 150 ซีซี (3 กระบอก) ตอนนี้ถ่ายวันเว้นวัน ไม่ต้องใช้ยาระบาย "*

เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยในเล่าว่า *" ลุง(ชื่อ) กลับมารักษาด้วยอาการกินไม่ได้ ผอมลงจากเดิม จากเดิมไม่มีแผลครั้งนี้มีแผล...เราก็เน้นการให้อาหารด้วยเพราะอาหารจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ แผลก็จะไม่ดี...ตอนนี้แผลดีขึ้นแล้ว ลุงกินได้เอง "*

เจ้าหน้าที่งานโภชนาการเล่าว่า *"การดูแลเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยมี ความสำคัญ เพราะถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยเกี่ยวกับ การป้องกันการเกิดแผลและช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นด้วย"*

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

" กินผัก ผลไม้ น้ำผลไม้ ท้องไม่ผูก "

" ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพราะถ้าผู้ป่วยขาดสารอาหารก็มีผลทำให้เกิดแผลได้เช่นกัน "

"...ต้องให้น้ำตามระหว่างมื้อ ทุก 2 ชั่วโมง ก็ให้ทุก 2 ชั่วโมง ครั้งละ 2 กระบอกอาหาร (100 ซีซี) ก็ให้ทั้งวัน น้ำขาดไม่ได้ให้น้ำ มากๆดี อย่าให้ขาดน้ำ "

" การดูแลเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยมีความสำคัญ เพราะถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลและ ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นด้วย "

1) หลักการเตรียมอาหาร

การเตรียมอาหารสำหรับให้ทางสายยาง ผู้ดูแลจะเตรียมอาหารเหลวตามสูตรที่ได้รับจากโรงพยาบาล โดยมีการปรับเปลี่ยนประเภทของส่วนผสมตามแต่ที่จะหาได้ในหมู่บ้าน โดยคำนึงว่าผู้ป่วยควรต้องได้รับอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ และต้องคำนึงถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ด้วย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ก็ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นพวกแป้ง ใช้ข้าวเพียง 2 ทัพพีเป็นข้าวต้มหรือข้าวสวยก็ได้ ในการเตรียมอาหาร 3 มื้อ จะเน้นผักมากๆ ได้แก่ ผักตำลึง ฟักทอง ใส่เนื้อไก่ ปลา ไข่ และเกลือหรือซีอิ๊ว ซึ่งไม่ต้องคำนึงถึงความอร่อยแต่คำนึงถึงคุณค่าของอาหาร การใส่มะเขือเทศจะช่วยทำให้อาหารมีสีสวย ในการเตรียมอาหารจะเตรียมไว้ให้เพียงพอในการให้ 3 – 4 มื้อ โดยใส่ตู้เย็นหรือถังเย็นไว้เมื่อจะใช้ก็นำมาอุ่นตามปริมาณที่แพทย์กำหนด ในกรณีไม่มีเครื่องชั่งสำหรับการแบ่งส่วนประกอบอาหารสำหรับนำมาประกอบอาหาร จะใช้การแบ่งอาหารนั้นออกเป็นเป็นส่วนๆและประมาณว่าแต่ละส่วนน้ำหนักเท่าไหร่ เช่น การแบ่งเนื้อหมู นำเนื้อหมูที่มีน้ำหนัก 1 กิโลกรัม แบ่งออกเป็น 10 ส่วน แสดงว่าแต่ละส่วนมีน้ำหนักเท่ากับ 100 กรัม (1 ขีด) ถ้าในสูตรระบุให้ใช้เนื้อหมู 200 กรัม ก็นำเนื้อหมูที่แบ่งมา 2 ส่วน ส่วนที่เหลือเก็บแช่เย็นไว้ หรืออาจใช้ลักษณะการหยิบมือ กะประมาณว่า 1 ส่วนใช้กี่หยิบมือ กรณีที่ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหารหรือไม่สะดวก สามารถใช้อาหารผงสำเร็จรูป เช่น ไอโซคาล เบลนเดอรา แทนการเตรียมอาหารเหลวได้ โดยซื้อจากโรงพยาบาลและตามร้านขายยาทั่วไป

การเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยที่สามารถรับประทานได้เองทางปาก อาหารควรมีลักษณะนุ่ม ไม่แข็ง และไม่มีลักษณะเหนียว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยติดคอหรือสำลักได้ ควรเป็นอาหารประเภทข้าวต้ม โจ๊ก อาหารเหลว เช่น นม น้ำเต้าหู้ อาหารประเภทผักต้องบดให้

ละเอียด และต้องคำนึงถึงโรคเดิมของผู้ป่วยและความชอบของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ดังมีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า " ตอนอยู่บ้านเราก็อาหารเอง ใช้ตำลึง ฝักทอง ใช้ผักหลายๆอย่าง เน้นผักมากกว่าข้าว เพราะผักมีประโยชน์ ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกโรค ใส่ไก่ เนื้อปลา ข้าวต้มหรือข้าวสวยก็ได้ ใช้ประมาณ 2 ทัพพี เน้นอาหารให้ครบ 5 หมู่ ใส่เกลือด้วย ทำตอนเช้าแล้วเก็บเข้าตู้เย็นไว้ เวลาจะให้มื้อต่อไปก็นำอาหารที่เตรียมไว้มาอุ่นซึ่งทำไว้เผื่อ 4 มื้อ"

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า *" ที่บ้านไม่มีกิโลชั่ง ก็ใช้การประมาณ... โดยผมซื้อหมูมา 1 กิโล ผม ก็แบ่งเป็นกอง 10 กองๆละ 1 ขีด (100กรัม) จะใช้เท่าไรก็เอาไปตามกองที่แบ่งไว้* ถ้าในสูตรระบุให้ใช้เนื้อหมู 200 กรัม ก็นำเนื้อหมูที่แบ่งมา 2 กอง ส่วนที่เหลือเก็บแช่เย็นไว้"

เจ้าหน้าที่งานโภชนาการเล่าว่า *" มีการประเมินผู้ป่วยแต่ละรายเกี่ยวกับโรคที่เป็นด้วยทุกครั้ง และมีการทำอาหารสายยางตามสูตรโดยมีการคำนวณแคลอรี่ สูตรที่ใช้จะมีสูตรทั่วไป ประกอบด้วย ผักใบเขียว 200 กรัม เนื้อไก่หรือเนื้อปลาหรือเนื้อหมู 200 กรัม กล้วย 100 กรัม ฟักทอง 100 กรัม น้ำมันพืช 200 กรัม เมื่อผสมแล้วจะได้อาหารสายยางปริมาณ 1,000 ซีซี และสูตรสำหรับผู้ป่วยโรคต่างๆที่มีข้อจำกัดด้านอาหาร เช่น เบาหวาน โรคไตต้องโซเดี่ยมต่ำ ต้องให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีประโยชน์ มีความเหมาะสมกับโรค และแผนการรักษา "*

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

" ผมก็เคยได้รับการสอนเกี่ยวกับการทำอาหารทางสายยางขณะที่อยู่โรงพยาบาล และก็ได้สูตรมา "

" ... มีสูตรการทำอาหารสายยางให้ "

" คิดว่าคนแก่ต้องกินอาหารประเภทไหน ก็หาให้อย่างนั้น คนไข้

ต้องกินอะไรก็เน้นผักเยอะจะทำไว้ใช้ทั้งวัน ถึง 4 มื้อ "

" เวลาเตรียมอาหาร ก็ใช้ประมาณส่วนผสมซึ่งตอนเราดูที่โรงพยาบาล เค้าชั่งด้วยกิโล เราก็ประมาณเอาว่าที่ชั่งมาหยิบเป็นหยิบมือได้ประมาณกี่หยิบมือ "

2) หลักการให้อาหารที่ดีป้องกันการสำลัก ควรมีหลักการให้อาหารที่ถูกต้อง ทั้งการให้อาหารทางสายยางและการให้อาหารโดยการป้อนทางปาก โดยก่อนให้อาหารควรจัดเตรียมอาหาร น้ำ ผ้าสำหรับเช็ดทำความสะอาดเวลาเปื้อนไว้ให้พร้อม ต้องรอให้อาหารอุ่นหรือเย็นก่อน ถ้าต้องการรีบเร่ง ใช้การตักแบ่งใส่ภาชนะและนำภาชนะแช่ลงไปในภาชนะที่ใส่น้ำไว้ คอยคนอาหารไปมาเรื่อยๆ จะช่วยทำให้ความร้อนระเหยออกไปได้เร็วขึ้น ใช้การทดสอบโดยการชิมหรือสัมผัสด้วยมือผู้ดูแล จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งหรือท่าศีรษะสูง ประมาณ 30 – 45 องศา เพื่อป้องกันการสำลัก ถ้าไม่มีเตียงที่ปรับระดับได้สามารถใช้หมอน ผ้า ช่วยดันตัวผู้ป่วยไว้ กรณีมีคนช่วยเหลือก็สามารถใช้คนช่วยประคองลำตัว หลัง ศีรษะผู้ป่วยให้อยู่กึ่งท่านั่ง ศีรษะสูง ป้องกันการสำลักขณะให้อาหาร ใช้ช้อนขนาดเล็กป้อน เช่น ช้อนชงกาแฟ การป้อนควรค่อยๆป้อน อย่าเร่ง พร้อมทั้งคอยกระตุ้นโดยการบอกผู้ป่วยให้กลืนใช้เวลาในการให้อาหารด้วยการป้อนประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงต่ออาหาร 1 มื้อ เวลาให้น้ำจะให้ผู้ป่วยดูดจากหลอดเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้กล้ามเนื้อบริเวณปาก บางรายจะใช้ไซริ้ง (syring) หยอดให้ที่ละน้อยป้องกันการสำลักและให้น้ำทุก 2 ชั่วโมง ส่วนในรายที่ให้อาหารทางสายยางทุกครั้งที่ให้อาหารจะให้น้ำตามครั้งละ 2-3 กระบอก (100-150 ซีซี) และให้น้ำระหว่างมื้ออาหาร ทุก 2 ชั่วโมง หลังจากการให้อาหารแต่ละมื้อจะจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งหรือนอนในท่าเดิมก่อนประมาณ 30 นาที เพราะการนอนทันทีที่รับประทานอาหารเสร็จจะมีผลทำให้ผู้ป่วยอาเจียนเกิดการสำลักได้ ดังมีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า*" อาหารที่ให้จะเป็นอาหารอ่อนจนลักษณะเละ ต้องไม่ร้อนเกินไป เวลารีบๆจะนำอาหารแบ่งใส่ถ้วยเล็กแล้วไปแช่ใน น้ำ และคอยคนไปเรื่อยๆจนหายร้อนเพราะถ้าอาหารร้อนเกินไปจะลวกปากเราต้องชิมหรือวางบนมือเราก่อน เวลาป้อนอาหารคำเล็กๆ ค่อยๆป้อน ไม่เร่ง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในการป้อน 1 มื้อ "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *" การให้อาหารทางสายยางก่อนให้อาหารก็จะไขหัวให้สูงและให้อยู่ ในท่าหัวสูงต่ออีกประมาณ 1/2 ชั่วโมงหลังให้อาหาร เพราะถ้าจัดให้อยู่ในท่านอนปกติเลยจะสำลักได้ "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *" ก่อนจะป้อนอาหารจะจัดให้นอนอยู่ในท่าหัวสูงเมื่อกินอาหารเสร็จแล้วจะให้อยู่ในท่าหัวสูงต่ออีกประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมงถ้ามีอาการสะอึกก็จะช่วยด้วยการใช้มือลูบหน้าอก ลูบบริเวณหลัง ช่วยบีบคลายกล้ามเนื้อบริเวณแขน ไหล่ อาการก็ดีขึ้น"*

3) คำนึงถึงโรคประจำตัวที่เป็น ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเก๊าท์ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การให้อาหารผู้ป่วยต้องคำนึงถึงโรคเดิมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน อาหารควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน เน้นตั้งแต่การเตรียมอาหาร ผู้ป่วยที่มีโรคที่มีข้อบ่งชี้ต้องจำกัดน้ำ ต้องลดปริมาณน้ำในแต่ละวัน จากเดิมที่เคยให้น้ำตามหลังให้อาหารครั้งละ100 – 150 ซีซี และทุก 2 ชั่วโมงระหว่างมื้ออาหารครั้งละ 50 – 100 ซีซี ต้องมีการลดปริมาณลงโดยต้องดูว่าแพทย์จำกัดน้ำวันละเท่าไร แล้วแบ่งให้ได้ตามในแต่ละมื้อ ดังข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"มีการประเมินผู้ป่วยแต่ละรายกี่ยวกับภาวะโภชนาการและโรคที่เป็นด้วยทุกครั้ง กรณีที่มีภาวะโปรตีนต่ำก็จะจัดการดูแลให้อาหารที่มีโปรตีนสูง โดยมีการเพิ่มไข่ขาวมื้อละฟอง และต้องให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีประโยชน์ มีความเหมาะสมกับโรค และแผนการรักษา"*

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *" ตามีโรคเก๊าท์ แต่ก่อนจะมีอาการข้อบวมบ่อย และเป็นโรคเบาหวานด้วย หมอบอกห้ามฟักทอง ผักทอดยอด ไก่ เราก็ทำตาม เวลามาเจาะเลือดน้ำตาลก็ไม่ขึ้นสูง และตอนนี้ก็ไม่มีอาการข้อบวม ไม่เหมือนแต่ก่อน"*

4) ตั้งเวลาการให้อาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับอาหารอย่างน้อยวันละ 3 - 4 มื้อ เหมือนเวลาอาหารปกติที่เคยกินได้เอง มื้อเช้า เวลาประมาณ 7.00 น. - 8.00 น. มื้อกลางวัน เวลาประมาณ 11.00 น. - 12.00 น. มื้อเย็น เวลาประมาณ 16.00 น. - 17.00 น. จากอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจะมีปริมาณและคุณค่าอาหารไม่เท่ากับอาหารที่คนปกติรับประทาน จึงให้อาหารมื้อช่วงกลางคืน เพิ่มอีก 1 มื้อ เวลาประมาณ 20.00 น. - 21.00 น. โดยมีการตั้งเวลาการให้อาหารที่เหมาะสม ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตรงตามเวลา แต่ต้องรู้ด้วยว่าก่อนมื้ออาหารนั้นๆ

ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารไปก่อนซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอิ่ม ไม่อยากรับประทานอาหารในมื้อนั้น จะมีการปรับเวลาการให้อาหาร ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ต้องให้อาหารตรงเวลาให้วันละ 4 มื้อ เช้าเวลา 7 โมงเช้า กลางวันให้ตอนเที่ยง มื้อเย็นให้ตอนประมาณห้าโมงเย็น เพิ่มมื้อกลางคืนให้ตอนประมาณ 2 – 3 ทุ่ม มีวันที่พามาตรวจที่โรงพยาบาลวันนั้นให้ผิดเวลาก็เลยมีเลือดออก ถ้าเราให้ตรงเวลาก็ไม่มีปัญหา "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "แต่ก่อนตาต้องให้อาหารทางสายยาง ก็ให้อาหารตามเวลา เมื่อกินอาหารได้เองทางปาก ก็มักไม่ค่อยตรงเวลา เพราะบางครั้งเวลาป้อนแกไม่ยอมกิน เนื่องจากก่อนถึงมื้ออาหารได้กินอาหารอื่นไปก่อนแล้ว...จึงต้องปรับเลื่อนมื้ออาหารออกไป"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " การให้อาหารควรให้ตรงเวลาจะช่วยป้องกันการมีเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ และให้วันละ 4 มื้อ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้การได้รับอาหารทางสายยางจะได้สารอาหารไม่เท่ากับอาหารที่รับประทานเหมือนคนทั่วไปทำให้มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายได้ จึงต้องให้เพิ่มอีก 1 มื้อ"

5) สนใจในพื้นฐานความชอบของผู้ป่วย การให้อาหารผู้ป่วยต้องรู้ถึงนิสัยความชอบของผู้ป่วยว่าชอบรับประทานอาหารประเภทใด และจัดอาหารตามที่ผู้ป่วยชอบ ถ้าไม่ถูกใจหรือไม่ชอบจะทำให้ไม่รับประทานอาหาร ดังข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ตากินได้ทุกอย่าง อาหารก็ให้ประเภทฟักทองผัด บวมผัด แล้วบดให้ละเอียด ตาไม่ชอบกินโจ๊ก แต่ชอบกิน ข้าวต้ม เราต้องรู้ใจแกว่าชอบอะไร "*

6) การฝึกการกลืน จะช่วยให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้สะดวกขึ้นทำให้รับประทานอาหารได้และไม่สำลัก โดยมีวิธี คือ นวดลิ้นผู้ป่วยทุกวันโดยใช้ผ้าก๊อสหรือผ้าผืนเล็กๆ ที่สะอาดแช่น้ำเย็น และนำมาพันที่นิ้วมือแล้วกดนวดกระตุ้นในช่องปาก โดยกดนวดบริเวณที่ลิ้นเพดาน ทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เป็นการกระตุ้นในช่องปากทำให้เลือดมาเลี้ยงมากขึ้น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลืนน้ำครั้งละเล็กน้อยโดยการใช้หลอดดูด หรือการใช้ไซริ้ง (syring) ดันน้ำเข้าทาง

กระพุ้งแก้ม หรือการให้ผู้ป่วยดื่มจากแก้ว และมีการตั้งโปรแกรมการฝึกการกลืนอย่างต่อเนื่องโดยนักกายภาพ เป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อในช่องปากทำให้ผู้ป่วยกลืนได้ดีขึ้น พร้อมทั้งมีการดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากด้วย ดังมีข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "ตอนที่อาม่าเริ่มเป็นอัมพาตใหม่ๆ มีปัญหาการกลืน ตอนนั้นรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ จะมีนักกายภาพมาดูแลฝึกการกลืนและสอนผู้ดูแลด้วย ให้คอยกระตุ้นให้กลืนทุกวันโดยการนวดลิ้นมาฝึกทุกวันๆละประมาณ 30 นาที เราก็ทำตามโดยการใช้ไม้ผ้าก๊อสหรือผ้าสะอาดพันที่นิ้วมือ แช่น้ำเย็นนวดกระตุ้นในช่องปาก นวดบริเวณที่ลิ้น เพดานตอนนี้อาม่าก็กลืนได้ดีกว่าเดิมจากที่กลืนไม่ได้ก็กลืนน้ำได้ "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "อาม่า(ชื่อ)ก็มีปัญหาการกลืนเหมือนกัน หนูจะใช้การให้ดูดน้ำโดยใช้หลอดและคอยกระตุ้นบอกให้คอยๆดูด ก็ทำตามตอนนี้ดูดได้ดี ไม่สำลัก บางครั้งก็ให้ค่อยดื่มน้ำจากแก้ว"

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "ป้า(ชื่อ) เคยสำลัก หนูจะใช้การให้น้ำโดยใช้ไซริ้งค่อยๆป้อนน้ำเข้าทางกระพุ้งแก้มทีละน้อยๆ พอเริ่มกลืนได้ดีก็ลองให้ดูดจากหลอดเหมือนกัน..ก็ดูดน้ำได้ไม่สำลัก "

3.3.3 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ทำอะไรเองด้วยตัวเองไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย ผู้ดูแลต้องใส่ใจดูแลอย่างสม่ำเสมอ โดยการคอยดูแลให้อาหาร พลิกตะแคงอย่างสม่ำเสมอ การจัดท่านอนที่เหมาะสม ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า "ตอนแรกแฟนมีแผลนิดเดียว เราทำไม่เป็นและมีปัสสาวะรดที่นอนด้วย แผลก็เลยใหญ่ขึ้น"

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า "การที่นอนนานๆจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย ต้องคอยพลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมงดูแลความสะอาดผิวหนัง เราดูมา 2 ปี ก็ไม่มีแผล "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ต้องคอยกระตุ้น ติดตามผู้ดูแลให้คอยพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง โดยจะมีนาฬิกาแสดงท่าที่ต้องพลิกตัวผู้ป่วยตามเวลา ส่วนรายที่มีแผลกดทับ เราใช้นาฬิกาแบบ พลิกทุก 1 ชั่วโมง "

1) การประเมินภาวะทุพโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการมีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย การที่ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีเพียงพอและมีประโยชน์จะช่วยส่งเสริมให้การหายของแผลเร็วขึ้น ซึ่งการประเมินสามารถทำโดยใช้แบบการประเมินภาวะโภชนาการ ค่าไม่ต่ำกว่า 17 และการเจาะเลือดตรวจหาค่าโปรตีนในเลือด (blood albumin) ค่าปกติ 3.5 - 5.5 mmol/dl ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอจะมีโอกาสเกิดแผลได้ยากกว่าคนที่ขาดสารอาหารและการขาดสารอาหารก็มีผล. ทำให้แผลหายช้าเช่นกัน "*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ตอนนี้ที่ตึกสามัญมีการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ โดยค่าปกติต้องไม่ต่ำกว่า 17 หรือใช้การจะเลือดตรวจโปรตีนในเลือด"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"ผู้ป่วยที่มีแผลเราก็เน้นการให้อาหารด้วย เพราะอาหารโปรตีนสูง ให้ไข่ขาววันละ 2 – 3 ฟอง จะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการแผลก็จะไม่ดี "*

2) การตั้งเวลาการพลิกตะแคงตัวโดยคำนึงถึงพยาธิสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และใช้อุปกรณ์ช่วย การป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ ต้องพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ตามนาฬิกาแสดงการพลิกตะแคงตัว และผู้ป่วยรายที่มีแผลกดทับหรือมีอาการเจ็บปวดที่ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย ให้นอนตะแคงทับข้างที่มีปัญหาในเวลาที่ลดลงจากเดิม มีการปรับเวลาพลิกตะแคงตัว โดยใช้นาฬิกาแสดงการพลิกตะแคงตัว แบบทุก 1 ชั่วโมง บันทึกเมื่อพลิกตะแคง การใช้อุปกรณ์ช่วยในการพลิกตะแคงตัว หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น ผ้าที่มีขนาดที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยจะช่วยลดการเสียดสีของผิวหนัง ช่วยป้องกันการเกิดแผลตามผิวหนังของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ดูแลมีความสะดวกในการพลิกตะแคงตัว ผ้าที่ใช้ควรมีขนาดที่มีความหนาและนุ่ม เวลาดึงแล้วไม่ขาดง่าย และเป็นผ้าที่ไม่อับชื้น เช่น ผ้าฝ้าย สามารถทำคนเดียวได้ถ้ารู้หลักโดยปูผ้ารองใต้ตัวผู้ป่วยให้

เหลือชายผ้า 2 ข้างให้มากสำหรับไว้ดึงและเมื่อพลิกตัวเรียบร้อยชายผ้าจะสอดเก็บใต้เบาะที่นอน ซึ่งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลสามารถใช้ผ้าปูเตียง พับครึ่งและรองแทนผ้าขวางเตียงเพื่อใช้ช่วยในการพลิกตัว เคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย ไม่เกิดการลากถู ซึ่งมีผลทำให้เกิดแผลได้ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" เราก็ต้องช่วยพลิกตะแคงตัว ตอนอยู่บ้านก็ไม่มีที่นอนลมก็ต้องคอยพลิกตะแคงตัวบ่อยก็ไม่มีแผล "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ...พลิกตะแคงตัวทุก 11/2 - 2 ชั่วโมง แผลดีขึ้น ไม่มีแผลเพิ่ม "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ...ต้องคอยให้พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ถ้าข้างไหนปวดมากก็อาจอยู่ในท่า นั้นไม่นาน แต่ต้องพลิก ตอนนี้ตาไม่มีแผล "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" คนไข้ที่เคลื่อนไหวไม่ได้เราก็สามารถใช้ผ้าปูมาพับครึ่งทำให้ความหนาเพิ่มขึ้นและรองเพราะผ้าปูจะมีความหนา เวลาดึงผู้ป่วย ขนาดผ้าก็ไม่ยาว แต่หนาทำให้นุ่ม ไม่ครูดเนื้อ "*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ต้องคอยกระตุ้น ติดตามผู้ดูแลให้คอยพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง โดยจะมีนาฬิกาแสดงท่าที่ต้องพลิกตัวผู้ป่วยตามเวลา ส่วนรายที่มีแผลกดทับ เราใช้นาฬิกาแบบ พลิกทุก 1 ชั่วโมง "

3) การประเมินภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผล ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีผลต่อการเกิดแผลกดทับ เพราะการนอนนาน และพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ จากพยาธิสภาพของโรค ขาดดารดูแลเอาใจใส่ การถูกทอดทิ้ง การใช้ยาบางชนิด เช่น กลุ่มยานอนหลับ กลุ่มยาแก้ปวด ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" การที่ผู้ป่วยซึมก็มีผลให้เกิดแผลกดทับได้ และยาบางตัวทำให้ผู้ป่วยหลับ เมื่อผู้ป่วยหลับมากเกินไป ก็ทำให้การเคลื่อนไหวลดลง มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ "*

4) การจัดท่าที่เหมาะสม จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสม ศีรษะผู้ป่วยไม่สูงเกิน 30 องศา เพราะการจัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูงมากเกินไปจะทำให้ตัวผู้ป่วยเลื่อนลงมาเกิดการลงน้ำหนักกดทับมากที่ผิวหนังบริเวณก้นกบ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย ผ้าปูที่นอนมีสภาพเรียบตึง และการจัดท่านอนที่เหมาะสมโดยการหาหมอนให้ผู้ป่วยกอดเวลานอนตะแคง ท่านอนหงายพยายามเหยียดขาออกให้มากที่สุด ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ไม่ควรใช้หมอนหรือผ้ารองใต้เข่าเพราะจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเข่างอตลอด เกิดปัญหาข้อเข่าติด ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

> ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " *ถ้าเราจัดท่านอนไม่ดี เดี๋ยวก็ตะแคงกลับมานอนท่าเดิม เวลาที่อยู่ในท่านอนหงา จะไม่ไขหัวเตียงสูงเกินไป เพราะถ้าไขสูงตัวตาจะไหลลงมา ก็เกิดการกดทับบริเวณก้นทำให้เป็นแผลกดทับได้ง่าย* "

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " *จะคอยสอนผู้ดูแลไม่ให้จัดท่านอนศีรษะสูงเกิน 30 องศา เมื่อเราไขหัวเตียงสูงตอนให้อาหาร จากนั้นประมาณครึ่งชั่วโมงก็ปรับให้นอนศีรษะไม่สูง โดยนอนหนุนหมอนไม่ไขหัวเตียงขึ้นและท่านอนหงายจะไม่ใช้หมอนรองใต้เข่า เพราะจะทำให้ข้อเข่าติด พยายามจัดท่าให้แขนขาเหยียดออก โดยใช้ หมอนที่มีขนาดที่เหมาะกอด* "

5) การสร้างความร่วมมือของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักต้านเวลาที่พลิกตะแคงตัว ทำให้พลิกตะแคงตัวได้ลำบาก การบอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนทุกครั้งที่จะพลิกตะแคงตัว โดยพูดจาสุภาพ อ่อนโยน บอกถึงประโยชน์ของการพลิกตะแคงตัวและโทษของการไม่พลิกตะแคงตัวจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและไม่ต่อต้าน ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

> ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " *ตาก็ดื้อไม่ยอมพลิกตัวแกต้องการนอนท่าไหนก็ท่านั้น ไม่ยอมพลิกตัวถ้าแกไม่ยอมเราก็พลิกลำบาก เราก็ต้องอธิบายให้แก่เข้าใจแกก็ยอม ดีที่แก ยอมให้ความร่วมมือ และเราต้องเอาใจใส่* "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" เวลาพลิกตัวผู้ป่วย พบว่าจะเกร็ง ก็คอยบอกเค้าว่าอย่าเกร็งนะ พูดจาดีๆ เค้าก็ให้ความร่วมมือนะ "*

6) การติดตามกระตุ้น การติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งเวลาการพลิกตะแคงตัวโดยมีนาฬิกาเตือนสำหรับแสดงเวลาการพลิกตัว บางรายใช้การตั้งนาฬิกาปลุกและบันทึกการพลิกตะแคงตัวในใบกำกับ ต้องมีความเอาใจใส่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัวตามเวลาที่กำหนด ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" อย่าปล่อยให้ทำเอง เราต้องคอยดูด้วยว่าพลิกตัวหรือยัง เราต้องคอยกระตุ้น ต้องคอยให้พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ตอนนี้ตาไม่มีแผล "*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" การติดตามดูแล เน้นการพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยที่ตึกจะไม่มีแผลกดทับเลย"*

3.3.4 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยจะมีจำกัดในการเคลื่อนไหวทำให้มีโอกาสเกิดภาวะข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือและกระตุ้นการฟื้นฟูร่างกาย

1) ทำกายภาพตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ทำกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีการฝึกสอนผู้ดูแลให้คอยดูแลผู้ป่วยให้ได้มีการบริหารส่วนต่างๆของร่างกายทุกวัน วันละ 1 – 2 ครั้ง ช่วงเวลาที่เหมาะสมอาจเป็นช่วงเช้า และเย็น อากาศไม่ร้อนเวลาออกกำลังกายก็ไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียมาก อาจทำตอนที่ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยก็ได้ ทำช่วงก่อนให้อาหารเพราะการทำหลังรับประทานเสร็จใหม่ๆจะทำให้สำลักได้ ดังมีข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "ทำกายภาพวันละ2 ครั้งจับนั่ง บริหารข้อ นกทำเองโดยการยกแขน -ขา ขึ้นลง ยืดแขนเข้า - ออก และคอยเคาะปอดเวลานั่ง อาม้าง้อมีปัญหาที่ท้องมีเส้นเลือดโปร่งพองทำให้ไม่กล้าทำหนักมากกลัวเส้นเลือดแตก อาม่าไม่มีข้อติด"

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *"ช่วงที่มาดูแลต่อจากคนเดิม อาม่าเริ่มมีข้อติดบางข้อ ที่ข้อเข่ามีเริ่มเหยียดไม่ค่อยออก ทำกายภาพให้ทุกวัน เราก็ทำให้ตอนเช้า ตอนเช็ดตัว และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำโดยเราคอยดูแล*

ให้ความช่วยเหลือ ทำทุก 2 ชั่วโมง และพลิกตัวไปมา ก็รู้สึกว่าอาการดี ขึ้น ไม่มีข้อติด "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " มือตาเค้าหงิกแล้วนะ แต่ที่ทำบริหารให้ทำโดยค่อยๆกางนิ้วแต่ละนิ้วออกทุกนิ้วและกระดกนิ้วขึ้น-ลงทุกนิ้ว ทำเบาๆ เพราะถ้าทำแรงจะทำให้ข้อบวม อักเสบ และตอนนี้ข้อไม่ติดแล้วนะ "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า"ผู้ป่วยแต่ละรายนักกายภาพจะประเมินอาการก่อนให้การทำกายภาพ โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีโปรแกรมที่ทั้งเหมือนกันและต่างกัน นักกายภาพให้การดูแลบริหารฟื้นฟูตามโปรแกรม และ ตรวจประเมินอาการ ติดตามทุก 2 สัปดาห์ ผู้ดูแลก็ทำได้ ผู้ป่วยไม่มีข้อติด "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

" ทำกายภาพทุกวันไม่มีข้อติดเพิ่ม"

" เราก็ต้องทำบริหาร วันละ 4 ครั้ง เริ่มตั้งแต่ตอนเช้ามืดเวลาเช็ดตัว โดยใช้มือค่อยๆนวดเบาๆที่บริเวณกล้ามเนื้อ และมีนักกายภาพมา สอน "

2) *การฝึกหัดการพูด* การช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกเสียง เป็นคำพูดสั้นๆ เช่น อา อู และการชวนผู้ป่วยคุยทุกวันโดยให้ผู้ป่วยมองที่ปากผู้พูด จะเกิดการเลียนแบบผู้ป่วยจะพยายามที่จะเปล่งเสียง การช่วยนวดลิ้นยังเป็นวิธีที่สามารถช่วยกระตุ้นการพูด ดังข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *"ตอนอาม่ารักษาที่โรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ มีนักฝึกพูด มาฝึกพูดทุกวัน และก็สอนเราให้คอยชวนอาม่าคุย และวิธีการฝึกพูด โดยให้ขณะพูดต้องให้อาม่าเห็นหน้าเราเพื่อดูปากเรา และต้องให้คำสั้นๆ เช่น คำว่า อา อี อู เราก็ทำตามและจะคอยนวดลิ้น เพดาน เพราะการนวดจะช่วยกระตุ้นในช่องปาก ตอนนี้อาม่าพูดได้บ้างแล้ว แต่ยังไม่ชัด เราต้องคอยฟัง "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "จากครั้งที่แล้วฟังที่(ชื่อ)ที่บอกเกี่ยวกับการนวดลิ้น และการฝึกพูด พี่ก็ไปทำตาม โดย เราจะพูดคำสั้นๆกับเค้า เวลาพูดจะยืนอยู่ข้างหน้าเค้าเพื่อเค้าจะได้เห็นปากเราเวลาพูด เค้าก็มองนะ แต่เพิ่งทำได้แค่สัปดาห์เดียว ตอนนี้ยังพูดไม่ได้"

3) การใช้เทคนิคให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบริหารร่างกาย การบริหารร่างกายโดยการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสนุก เพลิดเพลิน นำการละเล่นที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาให้ผู้ป่วยทำตาม เช่น การแข่งมือในน้ำ การเล่นจ้ำจี้มะเขือเปราะ การเล่าเรื่องที่น่าตื่นเต้น โดยเมื่อถึงช่วงที่ตื่นเต้นจะบอกให้ผู้ป่วยทำตาม เช่น วิ่งหนีกันเถอะ ผู้ป่วยก็จะพยายามเหยียดขาออก การชวนผู้ป่วยพูดคุยไปเรื่อยๆขณะบริหารร่างกายเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต่อต้าน และต้องหาวิธีการใหม่ตลอดเพื่อลดความจำเจ ผู้ป่วยเริ่มเบื่อก็จะไม่ทำตาม ดังข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า" ตอนแรกเวลาทำบริหารข้อต่างๆแกมักจะไม่ยอม แต่เราใช้การหยอกล้อเล่น โดยเรานับไว้ในใจ 1 - 2 - 3 – นานประมาณ 10 นาที โดยขณะที่เรานับอยู่ในใจ พร้อมกับการหยอกล้อให้แก่เล่นเราก็ทำบริหารแกไปเรื่อยๆ ก็รู้สึกว่าอาการดีขึ้น"

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า"เวลาทำกายภาพให้อี๊ อี๊จะต้านไม่ยอมทำ ก็เลยใช้การชวนอี๊เล่นจ้ำจี้มะเขือเปาะ โดยการกางนิ้วออกแกก็ทำตาม หรือบางทีเวลาที่เราเช็ดตัวให้แกเราก็ให้อี๊เค้าเอามือแข่งเล่นในน้ำ เค้าก็เพลิน พอใช้วิธีนี้ไปเรื่อยๆแกก้เบื่อเราก็หาวิธีใหม่อีกไม่ให้เบื่อ โดยจะเล่าเกี่ยวกับเรื่องน้ำท่วม...แล้วพูดว่า น้ำท่วมหนีกันเถอะ แกก็ทำตาม ตอนนี้ไม่มีข้อติด"

3.3.5 พัฒนาวิธีการดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยต้องคิดเสมอว่าผู้ป่วยมักมีปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและต้องการการดูแลที่ดี การดูแลผู้ป่วยต้องไม่อยู่นิ่งต้องคิดหาวิธีการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์บางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เช่น เตียง ที่นอนลม อุปกรณ์ช่วยพยุงร่างกาย อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในกิจวัตรประจำวันต่างๆแต่ด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้มี

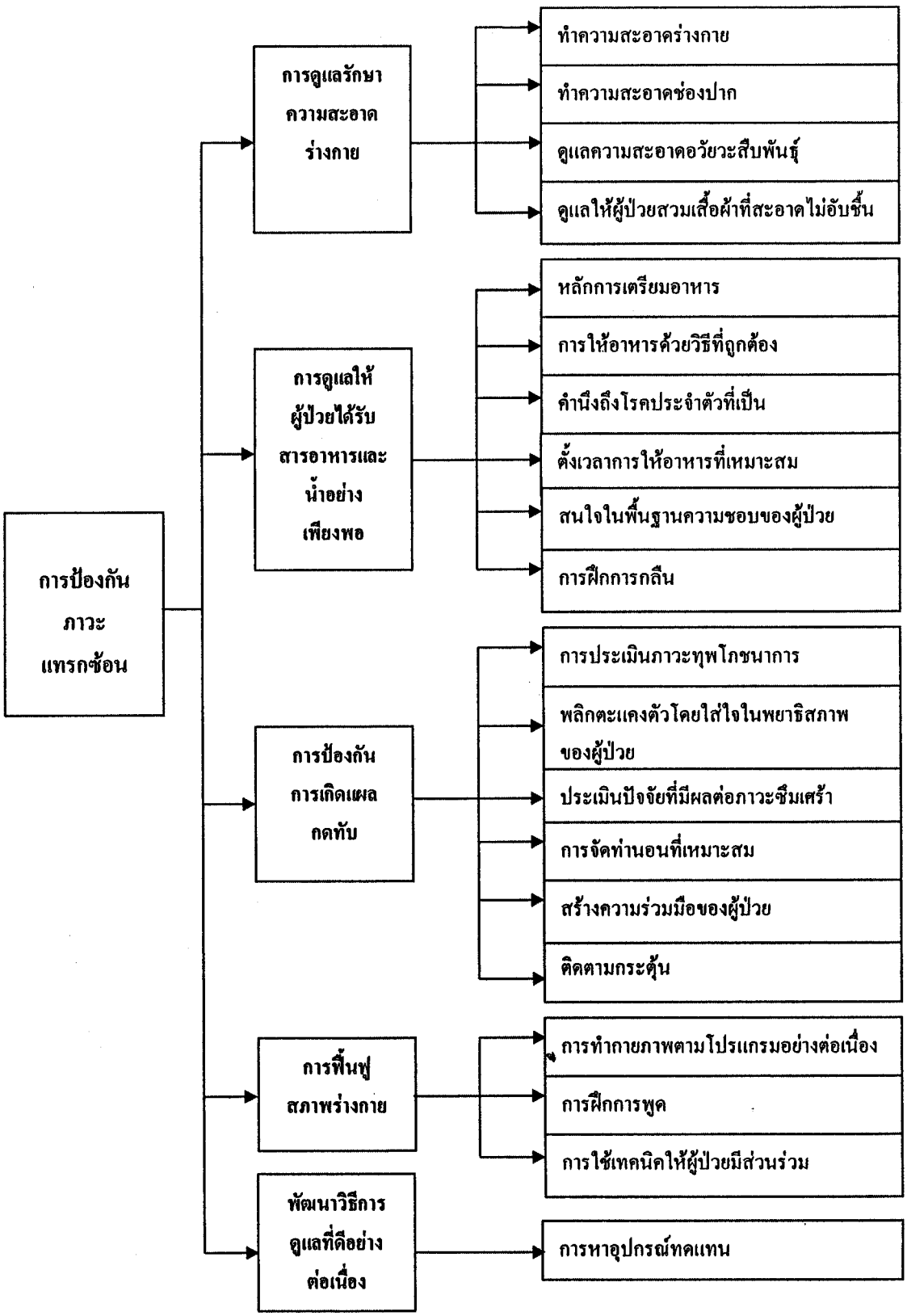
ข้อจำกัดในการจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ การทำอุปกรณ์ทดแทนเพื่อใช้แทนอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้ดูแลได้ เช่น **การทำส้วมเคลื่อนที่** โดยการใช้เศษไม้ ฟองน้ำที่บุด้วยผ้าสำหรับรองนั่ง เพื่อให้ผู้ป่วยนั่งถ่ายข้างเตียงหรือบนเตียง และดึงลิ้นชักที่รองรับอุจจาระไปทิ้งโดยที่ไม่ต้องพาผู้ป่วยไปห้องน้ำ **การทำไม้ค้ำยันช่วยเดินจากด้ามร่ม** (ส่วนที่จับเป็นรูปโค้ง) โดยการใช้ด้ามร่มที่ไม่ใช้งานแล้วมาต่อกับท่อพีวีซี และรองด้วยจุกยาง สามารถใช้ช่วยเดินได้ และจากปัญหาการใช้ถุงยางอนามัยต่อลงถุงรองรับปัสสาวะ (urine bag) ด้วยการพันด้วยผ้าก๊อส และการใส่ถุงพลาสติกรองรับปัสสาวะด้วยการติดพลาสเตอร์ที่ปากถุง พบว่า ผ้าก๊อสที่รัดมักหลุดทำให้ปัสสาวะเปียกที่นอน จึงทำ**อุปกรณ์สำหรับรัดถุงยางอนามัยและถุงรองรับปัสสาวะที่สามารถปรับได้** โดยใช้ผ้าลักษณะแข็งตัดเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดกว้างประมาณ 1 นิ้ว ยาวประมาณ 3 นิ้ว ส่วนปลายทั้ง 2 ด้านติดด้วยตีนตุ๊กแกสำหรับติด ลดปัญหาการหลุดของถุงยางอนามัยและถุงพลาสติกที่รองรับปัสสาวะ ผู้ป่วยไม่ต้องนอนแช่ปัสสาวะและเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการเกิดแผลกดทับได้ และการดังมีข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" จะพบว่าผู้ป่วยที่ใส่ถุงยางอนามัยและถุงพลาสติกเพื่อรองรับปัสสาวะมักมีปัญหาว่าผ้าก๊อสที่รัดมักหลุดอยู่บ่อยๆ ทำให้ปัสสาวะเปียกที่นอน ก็เลยลองทำที่รัดที่สามารถปรับระดับได้มาใช้ก็สามารถช่วยลดปัญหานี้ได้ เพราะเราและผู้ดูแลก็สะดวกในการที่จะปล่อยที่รัดออกมาปรับได้ง่าย "*
>
> ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ตอนแรกไม่กล้าจับแกนั่ง ได้แต่นอนตลอด เลยลองจับแกขึ้นมานั่งที่เก้าอี้ โดยเราคอยประคองในตอนแรกๆ ตอนนี้แกก็นั่งได้ ... ก็คิดเราเองคอยคิดดัดแปลงวิธีการดูแล ตลอด "*
>
> ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" เวลาพาไปห้องก็ลำบาก เราก็ไม่ค่อยมีแรง ก็เลยลองทำส้วมให้นั่งถ่ายที่เตียงเราก็สบายขึ้น และก็ไม่มีอุจจาระเลอะเทอะ "*

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างพอเพียง โดยกรณีไม่มีเครื่องชั่งสำหรับการแบ่งส่วนประกอบอาหาร ใช้การแบ่งอาหารนั้นออกเป็นเป็นส่วนๆและประมาณว่าแต่ละส่วน

น้ำหนักเท่าไหร่แบ่งให้มีปริมาณที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกัน การให้อาหารต้องคำนึงถึงความชอบของผู้ป่วยด้วย การฝึกการกลืน โดยใช้ผ้าชุบน้ำเย็นนวดในช่องปากบริเวณลิ้น เพดานอย่างน้อยวันละครั้งยังมีผลต่อการพัฒนาการพูดได้ด้วย การป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ ถ้าคะแนนต่ำกว่า 17 คะแนน หรือการเจาะเลือดตรวจหาค่าโปรตีนในเลือด (albumin) ต่ำกว่าค่าปกติ คือ 3.5 - 5.3 mmol/dl ให้เพิ่มไข่ขาวให้อย่างน้อยวันละ 2 ฟอง การเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า การพลิกตะแคงตัว ในรายที่มีแผลกดทับแล้วพลิกทุก 1 ชั่วโมง โดยมีนาฬิกาปลุกช่วยเตือน ขณะพลิกตัวและเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยใช้ผ้าปูที่นอนพับครึ่งแทนผ้าขวางเตียง ป้องกันเกิดแผลถลอกขณะเคลื่อนย้าย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยนำการละเล่นพื้นบ้าน การเล่าเรื่อง โดยมีช่วงจังหวะที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีท่าทางประกอบ และการนำอุปกรณ์ของเหลือใช้มาประกอบเป็นอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการดูแล เช่น การทำส้วมเคลื่อนที่ โดยประกอบด้วยเศษไม้ และกล่องพลาสติกขนาดกลาง และผ้า การทำไม้ค้ำยันช่วยเดินจากด้ามร่มและท่อพีวีซี การทำที่รัด condom และถุงพลาสติกที่รองรับปัสสาวะที่สามารถปรับระดับได้

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปวิธีการจัดการเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดังนี้



ภาพที่ 4.3 วิธีการจัดการเพื่อป้องกันการเกิด

จากภาพที่ 4.3 แสดงให้เห็นว่าการที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีหลักในการจัดการดูแล ได้แก่ 1) การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย โดยการทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดช่องปากและอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเมื่อจำเป็น การดูแลให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับสภาพอากาศ 2) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ต้องมีวิธีการที่สำคัญ ได้แก่ หลักในการเตรียมอาหาร การให้อาหารที่ดีสามารถป้องกันการสำลัก มีการคำนึงถึงโรคประจำตัวที่เป็น สนใจในพื้นฐานความชอบของผู้ป่วย ตั้งเวลาการให้อาหารที่เหมาะสม อย่างน้อย วันละประมาณ 3 - 4 มื้อ การฝึกกลืนจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดีขึ้น 3) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีวิธีที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า การตั้งเวลาการพลิกตะแคงตัว เวลาการพลิกตัวต้องใส่ใจในพยาธิสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 4) การจัดท่านอนที่เหมาะสม ศีรษะไม่สูงเกิน 30 องศา มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม พร้อมทั้งต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 5) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยการทำกายภาพตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง มีการฝึกกลืน โดยมีเทคนิคให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และ6) การพัฒนาวิธีการดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง คิดค้นหาอุปกรณ์ทดแทน

ประเด็นที่ 3.4 สร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า หมดหวังในชีวิต ไร้ซึ่งศักดิ์ศรี จากที่เคยทำอะไรได้เองเมื่อเจ็บป่วยด้วยการเป็นอัมพาตทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องเป็นภาวะของผู้อื่น จะมีอาการซึม ไม่พูด ร้องไห้ ท้อแท้บางครั้งก้าวร้าว โมโห หงุดหงิดง่าย ขว้างปาของ และจะรู้สึกเสียใจง่ายกว่าคนทั่วไป และปรับตัวยาก ผู้ให้การดูแลต้องทำใจ ไม่ควรแสดงความไม่พอใจให้ผู้ป่วยเห็น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ การให้เกียรติให้ความเคารพนับถือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีศักดิ์ศรีมีคุณค่า จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี มีความสุข ไม่รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *“ตอนนี้มีผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลด้วย อ่อนแรงแขน ขา ซ้าย อายุแค่ 40 ปี ย้ายมาจากโรงพยาบาล(ชื่อ) ตอนแรกมาผู้ป่วยรายนี้เครียดมาก ไม่พูดกับใคร เวลาพูดด้วยจะหันหน้าไปอีกทาง จากการได้พูดคุยภายหลัง เค้าบอกว่า รู้สึกท้อแท้มาก มีลูก 2 คน กำลังเรียน ภรรยาแยกทางกัน อาชีพเดิมขับรถ พอมาเป็นอย่างนี้ ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร อยู่ก็เป็นภาระของลูก บ้านก็ไม่มีอยู่*

เจ้าหน้าที่ได้ให้กำลัง และเล่าเรื่องของผู้ป่วยรายอื่นที่มีปัญหาเช่นกัน ให้ฟัง และได้คุยกับลูกผู้ป่วยและครูของลูกผู้ป่วย เพื่อนของผู้ป่วย ทุกคนมาเยี่ยมและให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ เพื่อนให้ไปอยู่บ้านเช่าของตน...จากนั้นสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ยอมทำกายภาพ...ติดตามภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยเริ่มเดินได้โดยยังใช้ไม้ค้ำยัน"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาด้านจิตใจ ท้อแท้ร้องไห้ง่าย ปรับตัวยากมากในระยะแรกๆ บุคคลที่สำคัญคือ ญาติ เราต้องเข้าใจ และทำใจอย่าแสดงความไม่พอใจ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ลูกๆของตาต้องไปทำงานที่ต่างจังหวัด ไม่มีใครอยู่บ้าน นานๆจะมาเยี่ยมซักครั้ง เวลาพูดถึงลูกแกจะเงียบ และไม่ค่อยพูดถึงลูก ...เวลาลูกมาเยี่ยม แกจะไม่สนใจ "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " อาม่าแก เคยทำอะไรได้เอง พอไม่สบายทำอะไรไม่ได้แกก็หงุดหงิด โมโหง่าย ชอบกว้างปาของ...เราก็เฉยไม่โต้ตอบ แกก็หายโมโหเอง "

3.4.1 ให้การดูแลด้วยความรัก ให้เกียรติ ให้การดูแลด้วยความรัก คอยเอาใจใส่ แสดงความห่วงใย ทั้งทางการแสดงออกทางกายด้วยการใช้มือสัมผัสตัวผู้ป่วย และน้ำเสียงพูดที่สุภาพ แสดงความเต็มใจที่จะให้การดูแลช่วยเหลือ ให้ความเคารพนับถือเสมือนญาติผู้ใหญ่ บอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การทำกิจกรรมต่างๆทุกครั้งด้วยวาจาที่สุภาพ สนับสนุนให้ญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิดและมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้ง ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ในการดูแลผู้ป่วยเราต้องมีความเอาใจใส่ ให้ความรักเป็นอันดับแรก การที่เรามีการเอาใจใส่และมีความรักให้ก็ทำให้เราคอยคิดเสมอว่าจะทำอย่างไรให้ป้ามีอาการที่ดีขึ้น คอยคิดหาวิธีการให้ การดูแลไปเรื่อยๆตอนนี้เริ่มหัดให้นั่งโดยเราก็ต้อง

บอกแกด้วยว่าจะให้นั่งนะ จะได้นั่งได้ แกก็ยอม และตอนนี้นั่งได้บ้างแล้วแต่ต้องประคองไว้ "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "ดูแลตามานาน ต้องรู้ใจ ดูแลด้วยความรัก" เราก็รักและห่วงและแกก็รักเรา ลูกนานๆจะมาเยี่ยม...เวลาลูกมาเยี่ยม แกจะไม่สนใจ...เรารู้ว่าแกน้อยใจ "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ทุกเช้าเราจะเดินเยี่ยมผู้ป่วยและทักทาย พูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกวัน เวลาตรวจเยี่ยมจะยืนข้างๆผู้ป่วยและใช้มือสัมผัสแขนผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการสัมผัสร่างกายและเราก็สามารถประเมินอาการโดยตรวจชีพจรได้ด้วย "

3.4.2 ให้กำลังใจ ชื่นชม ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า "อาม่าไม่ค่อยยอมทำกายภาพ เวลาเราบริหารแขน ขา ตามข้อให้แก แกจะไม่ยอม...เราต้องคอยให้กำลังใจว่า ถ้าอาม่าออกกำลังกาย อาม่าจะได้มีแรง ข้อไม่ติด และคอยชมเมื่อแกทำตาม แกก็ยอมทำเป็นบางครั้ง "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " การดูแลผู้ป่วยเราต้องให้กำลังใจ ตอนไปเยี่ยมลุง(ชื่อ)ที่บ้าน แกก็มีแผลขนาดใหญ่ใช้เวลานาน ถึง 2 ปี ทุกครั้งที่ไปเยี่ยมเราก็คอยพูดให้กำลังใจทั้งลุง(ชื่อ)และผู้ดูแล ว่าแผลดีขึ้นแล้ว และตอนนี้แผลหายแล้ว "

3.4.3 ดูแลรักษาภาพลักษณ์ คอยดูแลแต่งตัวให้ผู้ป่วยให้สมศักดิ์ศรี เสื้อผ้าที่สะอาด ดูแลความเรียบร้อยตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า บริการดูแลตัดผมให้โดยพยาบาลในรายที่ไม่มีเงิน ส่วนรายที่มีความต้องการช่างตัดผมจากภายนอกมีการติดต่อช่างมาให้โดยคิดราคาถูกกว่าร้านทั่วไป และต้องนึกเสมอว่าผู้ป่วยยังมีความรู้สึกอาย เวลาให้การดูแล หรือช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆต้องให้ความสำคัญไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็นโดยต้องปิดม่านทุกครั้งเวลาเช็ดตัว และเวลาจะต้องเปิดเผยร่างกายส่วนที่เป็นที่ลับถ้าผ้าม่านไม่พอจะใช้ผ้าห่มปิดร่างกายและเปิดเฉพาะส่วนที่ต้องการ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *" เวลาเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้ารองปัสสาวะให้ แฟน ผม ก็ต้องหาผ้าปิดด้วย จะได้ไม่โป๊"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"ที่ตึกสามัญได้มีโครงการตัดผมให้ ผู้ป่วยโดยพยาบาลเป็นผู้ตัดให้ ส่วนรายที่ญาติต้องการให้ช่างภายนอก มาตัดทางเจ้าหน้าที่ได้ติดต่อช่างมาตัดให้ที่ตึกผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยดู สดชื่นขึ้น หน้าตาไม่หมอง ถามผู้ป่วยรายที่สามารถพูดได้ว่าชอบ หรือไม่ ผู้ป่วยบอกว่าชอบ ส่วนเสื้อผ้าจะต้องเปลี่ยนให้วันละ 1-2 ครั้ง และเมื่อเลอะ โดยแจกเสื้อให้ทุกวันๆละ 2 ครั้ง ต้องดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าด้วย "*

3.4.4 ใช้หลักธรรมะ ด้วยการทำบุญใส่บาตร รายที่ผู้ป่วยไม่สามารถไปใส่ด้วยตนเอง จะใช้การจัดอาหารที่จะใส่บาตรมาให้ผู้ป่วยอธิฐานและผู้ดูแลนำไปใส่บาตรให้แทน สวดมนต์ไหว้พระทุกวันช่วงเย็นก่อนนอน ฟังเทศน์ในวันพระโดยทางทีวี วิทยุ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" จัดอาหารมาให้ผู้ป่วยอธิษฐาน และเราก็นำอาหารนั้นไปใส่บาตรแทน และทุกวันพระช่วงเช้ารายการทีวีจะมีรายการพระเทศน์ เราก็เปิดให้ดู "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" อาม่าแกชอบทำบุญไหว้พระ เราก็จะเข็นรถพาไปไหว้พระ อาม่าก็ชอบ รู้สึกว่าแกจะสบายใจหน้าตาสดชื่น"*

เจ้าน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า*" ที่ตึกผู้ป่วยเรื้อรังมีการให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่สามารถนั่งได้มาสวดมนต์ตอนช่วง 1 ทุ่ม"*

3.4.5 ปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว แสดงอาการก้าวร้าว การให้การยอมรับในการแสดงออกของผู้ป่วย ไม่โต้ตอบด้วยวิธีรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ เชื่อถือและให้การยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

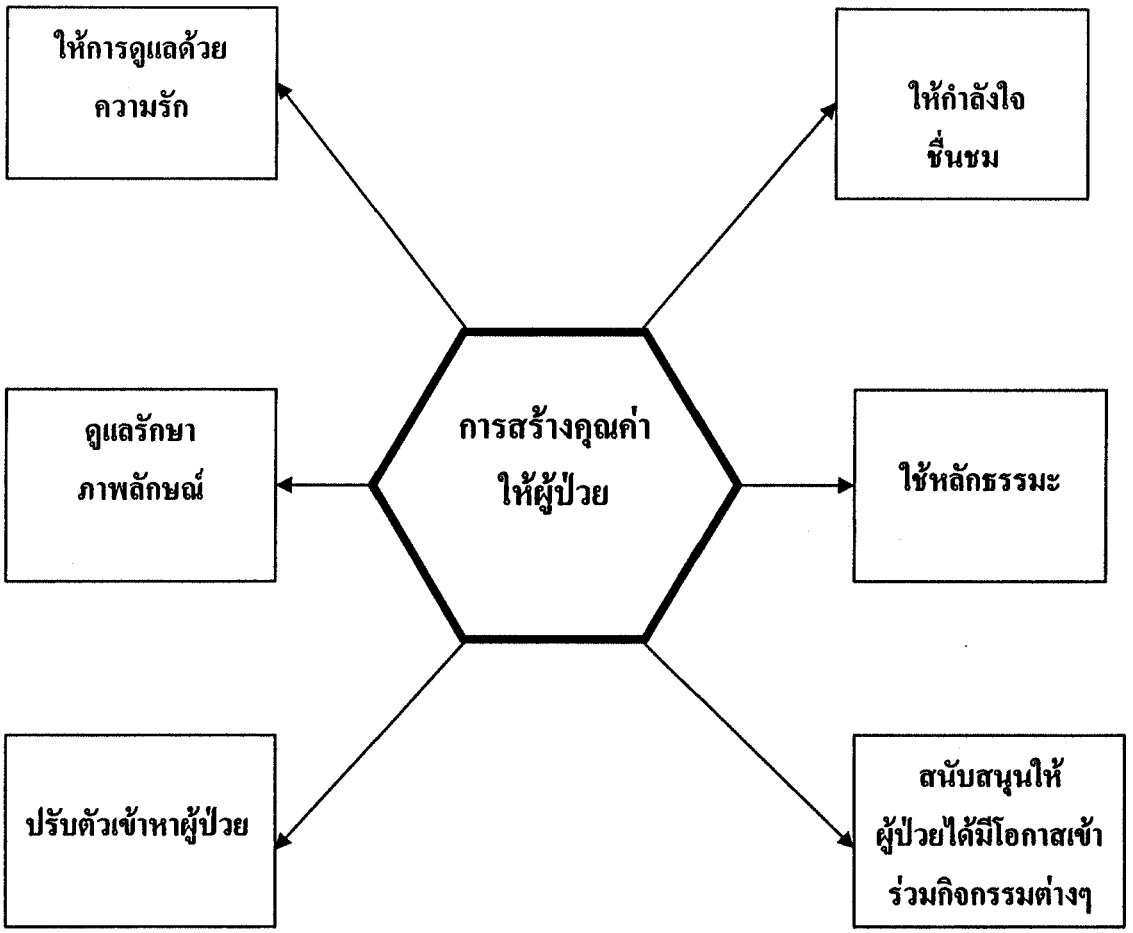
ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ยังรู้สึกไม่พอใจในการดูแลของเรา เราต้องปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย ไม่ใช่ให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้าหาเรา "*

3.4.6 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ขณะผู้ป่วยนอนอยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้โอกาสให้ญาติพาผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านได้ โดยไม่ขัดต่ออาการการเจ็บป่วย และพาผู้ป่วยมาพบผู้ป่วยคนอื่น

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า" *ตึกผู้ป่วยเรื้อรังทุกเช้าจะให้ผู้ดูแลพาผู้ป่วยในรายที่นั่งได้ไส่รถเข็นพาออกมานอกห้องพบกลุ่มผู้ป่วย ทุกคนเค้าก็มองกัน ส่วนอาม่า(ชื่อ) ไม่สะดวกที่จะออกมา ผู้ดูแลคนอื่นๆก็จะเข้าไปพูดคุยด้วย แกก็รู้สึกว่าไม่ได้อยู่คนเดียว รู้สึกมีความสุข ไม่หลง อารมณ์ดี* "

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อช่วยในการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ได้แก่ การเน้นการให้การดูแลด้วยความรัก คอยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ การดูแลความสะอาดเรียบร้อยของผู้ป่วย โดยมีการตัดผมให้ผู้ป่วยที่หน่วยงานโดยพยาบาลและช่างตัดผมจากร้าน การใช้หลักธรรมะ โดยการจัดเตรียมอาหารมาให้ผู้ป่วยจบอธิฐานแล้วผู้ดูแลนำไปใส่บาตรให้ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล แทนการที่ต้องพาผู้ป่วยไปใสบาตรเอง

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปวิธีการจัดการการสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วยได้ดังนี้



ภาพที่ 4.4 วิธีการจัดการการสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย

จากภาพที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่าการสร้างให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า ประกอบด้วยหลักการได้แก่ การดูแลด้วยความรัก การให้กำลังใจ ชื่นชม การดูแลภาพลักษณ์ การใช้หลักธรรมะ การปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

ประเด็นที่ 3.5 สร้างเสริมความรู้

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและจำเป็นต้องสร้างเสริมความรู้ ประสบการณ์ที่ดี แก่ผู้ให้การดูแลทั้งผู้ดูแลที่บ้านและผู้ให้บริการ

3.5.1 สร้างเสริมความรู้แก่ผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคนมีความรู้ ประสบการณ์ที่ดีในการดูแลที่ทั้งเหมือนกันและต่างกัน ก่อนที่แต่ละคนจะมีความรู้ ประสบการณ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกคนต้องผ่านการเรียนรู้ทั้งจากส่วนที่ได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นและการเรียนรู้ด้วย

ตนเอง ซึ่งช่วงแรกที่ต้องมารับหน้าที่ในการดูแลจะขาดความรู้และทักษะในการดูแลทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งการได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลช่วยสร้างความมั่นใจในการดูแลแก่ผู้ดูแลและสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

> ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *"ตอนแรกที่แฟนป่วยเป็นอัมพาต ก็ทำอะไรไม่เป็น รู้สึกเครียดกังวล แฟนเค้าก็เลยมีแผลกดทับที่ก้น พอมาอยู่โรงพยาบาล พยาบาลก็ให้คำแนะนำ เราก็ทำได้ ก็รู้สึกสบายขึ้น แผลตอนนี้ดีขึ้นแล้ว "*
>
> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ญาติลุง(ชื่อ) แรกๆที่มาอยู่โรงพยาบาลคนดูแลก็ทำอะไรไม่ค่อย ได้ พยาบาลต้องให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลแก่ญาติทุกเรื่องที่ เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น การ ดูแลการให้อาหาร การดูแลเกี่ยวกับปัสสาวะและการทำแผล ญาติก็สามารถทำได้ ตอนกลับบ้านเราก็จัดชุดทำแผลให้ไปด้วย "*
>
> *นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้*
>
> *" ควรมีการสอนผู้ดูแลและให้ความช่วยเหลือ "*
>
> *" ญาติเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยนานกว่าคนอื่นเราต้องสอนและให้ กำลังใจญาติ "*
>
> *" ควรส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฟื้นฟูความรู้ และเน้นให้รู้เกี่ยวกับประเด็นสำคัญหรือปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วย "*

1) การประเมินความรู้ ผู้ดูแลแต่ละรายจะมีประสบการณ์ในการดูแลไม่เท่ากัน ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลนานจะมีความรู้ ประสบการณ์ที่ดี (best practice) ความชำนาญ มากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลน้อย และการรับรู้ของผู้ดูแลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน จึงต้องมีการประเมินทักษะ ความรู้ของผู้ดูแลเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำได้ตรงตามความต้องการ โดยมีการประเมิน 4 ระยะ ได้แก่ 1) ประเมินตั้งแต่ระยะแรกรับเข้ามาในโรงพยาบาลว่าผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเพียงใด *2) ประเมินขณะอยู่ในโรงพยาบาล* หลังจากได้รับการฝึกสอนและแนะนำในแต่ละประเด็นเป็นระยะ *3) ประเมินก่อนจำหน่าย* ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านต้องประเมินผู้ดูแลตามประเด็นที่ได้รับการฝึกสอนและแนะนำทุกประเด็น จนเกิดความมั่นใจ

ว่าผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ที่บ้าน *4) ประเมินเมื่อกลับไปอยู่บ้าน* เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านทีมเจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน / เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแลซ้ำ ถึงแม้ผู้ดูแลจะได้รับการฝึกสอน คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ขณะอยู่ในโรงพยาบาลจนเกิดความชำนาญ เมื่อกลับไปอยู่บ้านสภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้านและอุปกรณ์ที่ใช้จะต่างจากใน โรงพยาบาลทำให้มีผลต่อการดูแล ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง *เล่าว่า" ลุง(ชื่อ) มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตึกสามัญ ตอนอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลได้ส่งต่อว่าได้แนะนำและสาธิตเกี่ยวกับการทำแผลแล้ว และป้าผู้ดูแลทำแผลได้ เมื่อเราไปเยี่ยมลุง(ชื่อ) ที่บ้าน ลุงเค้ามีแผลกดทับ ก็ถามป้า(ชื่อ)ที่คอยดูแลลุงว่าทำแผลได้มั๊ย และให้ป้าลองทำให้ดู แกก็ทำได้ แต่ช่วงแรกเราทำให้ดูก่อนด้วย และให้ป้าทำ เราจะประเมินด้วย ตอนนี้แผลหายแล้ว "*
>
> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"เราไม่รู้ว่าผู้ดูแลแต่ละคนมีความรู้และทำอะไรได้แค่ไหน แต่ก่อนเราจะแนะนำตามแผนการสอนที่เราเตรียมไว้ แต่จากการที่เราได้รับฟังคำเสนอแนะจากญาติบอกว่าบางอย่างรู้แล้ว อยากรู้ในสิ่งที่ยังไม่รู้จะได้ไม่เสียเวลา จากนั้นก็ได้วางแผนการฝึกสอนผู้ดูแลใหม่โดยมีการประเมินญาติว่าทำอะไรได้บ้าง และให้คำแนะนำและฝึกสอนตามปัญหาที่ประเมินได้ และคอยประเมินเป็นระยะถ้าอะไรที่ยังทำไม่ได้ก็ทำเครื่องหมายสัญลักษณ์ไว้ พยาบาลเวรต่อไปก็จะให้คำแนะนำพร้อมประเมินต่อเป็นระยะจนก่อนกลับบ้าน ผู้ดูแลก็ทำได้นะ "*

2) ให้ข้อมูลและความรู้ ทีมสหวิชาชีพจำเป็นต้องให้ความรู้และข้อมูลต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ แพทย์ ให้ข้อมูลด้านพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน สิ่งที่ตรวจพบ แผนการรักษา และความก้าวหน้าของโรคว่าเป็นอย่างไร การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาจากเภสัชกร โดยเภสัชกรให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาในรายที่มีปัญหาการใช้ยา และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายทุกราย พยาบาล ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคและข้อมูลขณะอยู่ใน

โรงพยาบาลโดยมีการให้คำแนะนำตั้งแต่แรกรับ ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน โดยมีคู่มือการให้ข้อมูลที่เป็นแนวทางเดียวกัน ได้แก่ คู่มือการปฐมนิเทศผู้ป่วยแรกรับ คู่มือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแจกให้ผู้ดูแลด้วย นักกายภาพให้คำแนะนำด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และสาธิตการทำกายภาพแก่ญาติผู้ดูแลทุกราย การให้คำปรึกษา ข้อมูลด้านการดูแลด้านอาหารจากพยาบาล โดยให้เป็นรายเดี่ยวและรายกลุ่ม งานด้านโภชนาการสาธิตการทำอาหารสายยางและจัดเตรียมสูตรการทำอาหารแก่ผู้ดูแล โดยสูตรอาหารสายยางมีทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไปและผู้ป่วยที่มีโรคเฉพาะด้วย

> ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *"เวลาที่หมอมาตรวจ หมอจะอธิบายให้เรารู้ว่าอาการแฟนผมตอนนี้เป็นอย่างไร แล้วจะต้องให้การรักษาอย่างไร เราก็ชอบและก็สบายใจ"*

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"เมื่อรับใหม่ผู้ป่วย เราจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน เราต้องบอกเกี่ยวกับการดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน"*

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"ตอนแรกเวลามีปัญหาด้านยา พยาบาลจะให้ข้อมูล ต่อมาได้มีการการร่วมปรึกษากับเภสัชกร ควรให้เภสัชกรเป็นผู้ให้ความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับใช้ยาโดยตรง"*

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการใช้ยา พยาบาลและแพทย์จะส่งมาปรึกษาเป็นรายคน แต่ผู้ป่วยที่จำหน่ายและผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกเภสัชกรจะตรวจสอบยาเองและเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา"*

3) สอนและฝึกทักษะโดยผู้ที่มีความชำนาญ ผู้ดูแลควรได้รับการฝึกสอนและฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความชำนาญและความมั่นใจในการดูแลโดยสอนเป็นรายเดี่ยวและรายกลุ่ม ได้แก่ การฟื้นฟูทางการทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านการให้อาหาร ตั้งแต่การเตรียมอาหาร วิธีการให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การทำแผล การดูดเสมหะ การดูแลทางด้านการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ การพลิกตะแคงตัว ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ก่อนที่จะมาโรงพยาบาล เคยไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น ไม่ค่อยได้รับคำแนะนำ พอกลับไปอยู่บ้านได้ประมาณ 1 เดือน เราก็ดูแลไม่เป็นแฟนเค้ามีแผลจากโรงพยาบาลเดิมมาแล้วแต่เป็นแผลขนาดเล็ก เราก็ได้แต่ทำความสะอาดภายนอกเราดูแต่ ภายนอกก็ดูแผลดี ต่อมาแผลก็เป็นหนอง ก็เลยพามาโรงพยาบาล ก็ได้รับแนะนำตอนนี้เราก็ทำเป็น แผลตอนนี้ดีขึ้นแล้ว"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " มีผู้ป่วยรายหนึ่งป่วยเป็นอัมพาต ญาติจะพามาทำกายภาพทุกวัน เราจะสอนญาติด้วยทุกครั้งและมีการประเมิน ติดตาม ญาติว่าสามารถทำได้หรือไม่ ตั้งแต่การบริหารกล้ามเนื้อ บริหารข้อต่างๆ และจะมีการประเมินอาการและความพร้อมด้วย จนผู้ป่วยสามารถเริ่มหัดยืนและใช้การหัดเดินโดยการจับราว เราก็แนะนำญาติให้ทำราวที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกเดิน ญาติก็ทำตาม ตอนนี้ผู้ป่วยเดินได้ดีขึ้นแล้ว ใช้ไม้เท้าช่วยพยุง "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" พยาบาลจะเป็นผู้แนะนำเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง และอาหารที่ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้"

" สอนญาติรายบุคคล และตอนนี้เราได้มีการทบทวนการทำกายภาพของผู้ดูแลด้วยเป็นกลุ่ม "

" งานโรงครัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร การปั่นอาหารเหลวสายยางพร้อมทั้งมีการสาธิตให้ญาติดู "

" เมื่อผู้ป่วยมาเราก็ต้องมีการสอนญาติทุกเรื่องที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย"

4) การเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ จัดให้มีการเรียนรู้จากกลุ่มผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกัน สามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์โดยตรงซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลจะสามารถแบ่งปันความรู้ในลักษณะที่เป็นรูปธรรมที่ผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือเลียนแบบการปฏิบัติได้โดยตรง จากคำพูดและภาษาที่ใช้ในการสนทนาเป็นคำพูดที่สามารถสื่อสารกันและตีความหมายตรงกัน ซึ่งต่างจาก การให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่บางครั้งผู้ดูแลไม่เข้าใจในภาษาทำให้ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ การสนทนา

แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงจึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแล จนเกิดผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า *"เวลาพลิกตะแคงตัวอาอี๊ที่ไร สักพักแกก็ดันตัวกลับมานอนท่าหงายอีกก็ลองหาวิธีอยู่เรื่อยๆ เคยใช้ผ้าขวางมารองตัวอาม่าเพื่อช่วยให้เราพลิกตัวได้ง่าย พอพลิกไปผ้าก็หลุด ก็ เลยไปดูจันทร์ว่าทำอย่างไร เราก็ทำตามก็ทำได้ "*

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า *" ใส่ถุงยางอนามัยเพื่อรองปัสสาวะที่ไรหลุดทุกทีเราก็ทำตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำแล้ว พอได้ฟังวันนี้พร้อมกับได้ดูจันทร์ทำให้ดู ก็คิดว่าทำได้และไม่ยาก "*

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า "ตอนที่มาดูแลอาอี๊ ไม่ได้ผ่านการอบรมจากศูนย์มาก่อน อาศัยประสบการณ์จากการดูแลแม่หมอ ซึ่งตอนนั้นดูแลอยู่ประมาณ 2 เดือน และก็คอยคุยกับคนอื่นและเวลาไม่เข้าใจก็ไปดูเค้าทำ ทำให้เราได้รู้ และทำเป็นได้ เราต้องเอาใจ ชวนคุย และคอยดูแล ตอนนี้พูดได้ดี ดูสดชื่น รู้สึกว่าแกมีอาการดีขึ้น"

เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน เล่าว่า "มีผู้ป่วยรายหนึ่งกินอาหารไม่ได้ หมอบอกญาติว่าจะใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้อาหาร ตอนแรกก็ปฏิเสธ บอกว่ากลัว ก็เลยให้ญาติไปคุยกับญาติผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตและให้อาหารทางสายยาง พอเค้าได้คุยกันญาติก็เข้าใจและยอมให้ใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้อาหาร"

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" ผมว่าการที่เรามาคุยกันแบบนี้ดีนะ เพราะสิ่งที่เราไม่รู้ก็รู้ "

" ได้พูดคุยและเห็นวิธีการทำอย่างนี้ทำให้เข้าใจขึ้นเยอะ "

5) ให้กำลังใจ ให้คำชมเชย การให้คำชมเชย กำลังใจแก่ผู้ดูแลจะช่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาคภูมิใจในสิ่งที่ทำ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า*"เวลาหมอมาตรวจ หมอชอบชมผู้ดูแล เราก็รู้สึกดีใจนะ"*

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *"แต่ก่อนเราไม่เคยให้แกนั่งเลยกลัวจะหน้าคว่ำ ตกเตียง ตอนนี้เราลองพยุงให้แก่นั่งบนเก้าอี้และเราคอยช่วยดูใกล้ๆ พี่หัวหน้าตึกก็ชมเราก็รู้มีกำลังใจ "*

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" เวลาญาติลุงมาเยี่ยม เค้าก็ชมว่าเราดูแลดี ทำให้เรารู้สึกดีใจ"

6) เป็นเพื่อนคอยให้คำปรึกษา ผู้ดูแลบางครั้งจะมีความรู้สึกเครียด ขาดความมั่นใจในตนเอง การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลจะช่วยให้ ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนคอยให้คำแนะนำ ปรึกษาเมื่อมีปัญหา และทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแล

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *"เราก็รู้สึกเครียดนะ แต่ได้ทีมเจ้าหน้าที่ช่วยดูแลให้คำปรึกษาจนทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการ ทำด้วยตนเอง "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *"เราก็รู้สึกเครียดนะแต่เวลาเครียด ทำไม่ได้ และ เวลามีปัญหาก็จะปรึกษาพี่พยาบาล พยาบาลก็ให้คำแนะนำ ก็รู้สึกดีขึ้น มีความเชื่อมั่นมากขึ้น "*

7) ช่วยเติมพลังยามเหนื่อย การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมีผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า หดหู่ ไม่มีเวลาที่อิสระ ทำให้เกิดภาวะเครียด การนำครอบครัว สมาชิกคนอื่นในครอบครัวและการหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น วัด กลุ่มผู้นำชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะช่วยให้มีการผลัดเปลี่ยนผู้ดูแล การสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกงานประดิษฐ์ งานจัดสาน เพื่อเสริมรายได้ การประกอบอาหาร จะส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการผ่อนคลาย และมีพลังกายและพลังใจในการดูแล ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *" บางครั้งก็รู้สึกเหนื่อยและเครียด ก็จะไปเที่ยวเดินซื้อของ และให้ณีมาช่วยดูแลทำให้การเราได้พัก ได้ออกไปพักบ้าง กลับมาก็ดีนะหายเครียด ไม่หงุดหงิด "*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า*"ผู้ดูแลก็ต้องมีสุขภาพจิตที่ดีด้วยตอนนี้เรามีการพากันออกกำลังกายช่วงเช้า โดยการทำไทเก็ก จนตอนนี้กลุ่มผู้ดูแลเค้าทำกันเองได้แล้ว เค้าก็จะมีผู้นำกลุ่มในการบริหาร*

ร่างกายกันบางคนไม่ทำแต่ออกมาดูคนอื่นทำก็หัวเราะชอบใจ "
เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"ลุง(ชื่อ) มีพี่น้อง 2 คน คือ ลุงกับป้า ซึ่งทั้งคู่อายุมาก ป้าไม่สามารถดูแล ลุงได้ลุงมีแผลและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เราประสานกับเจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ก็ได้นำกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมาฝึกการทำแผลที่ตึก* เมื่อลุงกลับบ้านอาสาสมัครก็จะไปทำแผลที่บ้านให้"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ที่ผ่านมาเราได้ทำโครงการสร้างเสริมรายได้แก่ผู้ดูแล โดยเชิญวิทยากรจากศูนย์พัฒนาฝีมือและแรงงานมาช่วยสอนงานการประดิษฐ์ การจัดสานกระเป๋า ให้ผู้ดูแล เป็นการเสริมรายได้และช่วยให้ผู้ดูแลผ่อนคลายความเครียดด้วย จากจากจบการอบรม ก็มีผู้ดูแลบางคนสานกระเป๋าขายนะ และยังช่วยสานที่สำหรับแขวนแผ่นพับให้ตึกด้วย "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ลุง(ชื่อ)ต้องอาศัยวัดอยู่ เพราะเดิมเคยบวชเป็นพระ ไม่มีญาติ พระก็ช่วยกันดูแล โดยเจ้าหน้าที่จะไปเยี่ยมทุกวัน เราก็สอนเด็กวัดให้ช่วยดูแลด้วยเค้าก็ทำได้และสามารถช่วยลดภาระของพระได้ "*

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้
" บางวันก็ไปเดินเที่ยวตลาดนัด ก็ทำให้สบายใจบ้าง"
" ที่ตึกจัด เครื่องออกกำลังกายไว้บริเวณที่นั่งพัก"

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อช่วยสร้างเสริมความรู้แก่ผู้ดูแล ได้แก่ การจัดให้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ดูแลซึ่งเป็นการให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันโดยตรง การจัดกลุ่มสันทนาการสำหรับผู้ดูแล เช่น กลุ่มประกอบอาหาร กลุ่มเสริมรายได้โดยงานประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล

3.5.2 สร้างเสริมความรู้ผู้ให้บริการ จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลนภาลัยส่วนใหญ่จบการศึกษามามากกว่า 5 ปี และไม่มีการ

ได้รับการศึกษาหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเติม การดูแลผู้ป่วยใช้จากประสบการณ์และการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงาน ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธีการเพิ่มพูนความรู้ให้ได้หลายวิธี ได้แก่ การจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายในโรงพยาบาล หรือจัดส่งไปอบรมภายนอกโรงพยาบาล การสร้างพยาบาลเฉพาะทางสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในขณะปฏิบัติงาน การแนะนำหน้างาน และการจัดทำ conference case และควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย อย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อจะได้รู้ถึงปัญหาและความต้องการ แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การทำงานซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ดังมีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ทุกเช้าหลังจากการมีการส่งเวรจะมีการทำ pre-conference และทำ conference case ในรายที่มีปัญหาซับซ้อน ก็ทำให้เจ้าหน้าที่ได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" งานวางแผนจำหน่ายจะประชุมเดือนละครั้งโดยเชิญเจ้าหน้าที่ชุมชนเข้าร่วมด้วย เพราะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า*"งานวางแผนจำหน่ายจะประชุมเดือนละครั้งโดยเชิญเจ้าหน้าที่ชุมชนเข้าร่วมด้วย เพราะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " *แต่ก่อนเราจะมีการทำ conference case โดยแบ่งหน้าที่ให้แต่ละตึกรับผิดชอบและนำมาเสนอในที่ประชุม ก็ทำให้เจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสมาพบกันและแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" เรามีการประชุม คปสอ.ทุกเดือนซึ่งเวทีนี้จะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันทำให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และแต่ละงานก็จะบอกถึงปัญหา*

ทำให้รู้ถึงปัญหาซึ่งกันและกัน "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

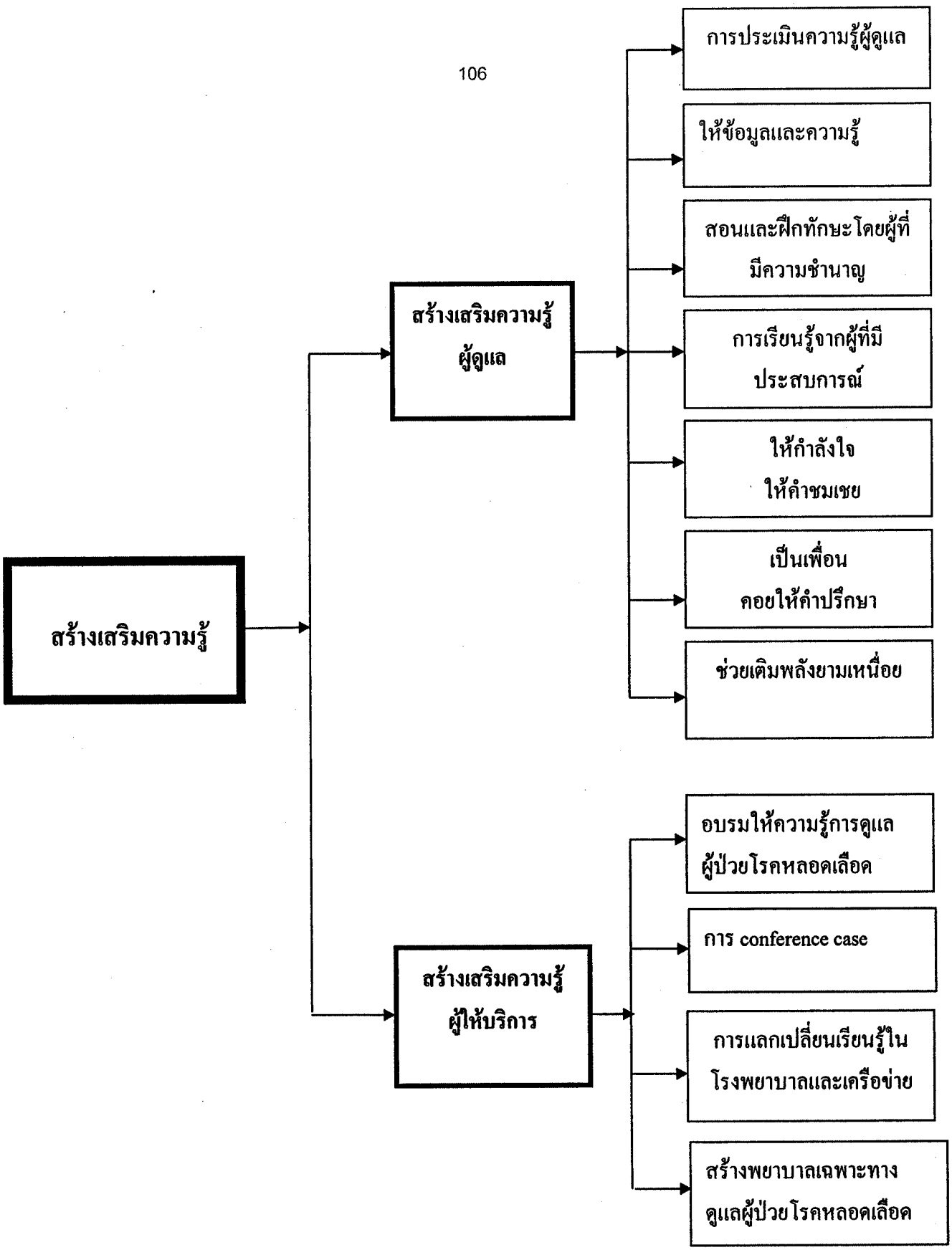
" น่าจะส่งพยาบาลไปอบรมเฉพาะทางดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง"

" เวลาไม่รู้อะไร ก็จะถามแพทย์อายุรกรรม..."

"เชิญเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อบต. เทศบาล ในเขตตำบลกระดังงามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อแบ่งปันความรู้ซึ่งกันและกัน"

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความรู้ โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล อย่างน้อยเดือนละครั้ง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและในชุมชน อย่างน้อยปีละครั้ง

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปการสร้างเสริมความรู้ ได้ดังนี้



ภาพที่ 4.5 วิธีการจัดการการสร้างเสริมความรู้

จากภาพที่ 4.5 แสดงให้เห็นว่าการสร้างเสริมความรู้ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการเสริมสร้างความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ 1) การเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ดูแลให้มีความรู้ทักษะ และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต้องประกอบด้วย การประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแล โดยประเมินตั้งแต่แรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล ก่อนกลับบ้าน และเมื่ออยู่บ้าน การให้ข้อมูลและความรู้ สอนและฝึกทักษะจากผู้ที่มีความชำนาญ การเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ การให้กำลังใจคำชมเชย ให้คำปรึกษา และการช่วยเสริมพลังยามเหนื่อยแก่ผู้ดูแล ให้ได้รับการผ่อนคลายระบายความเครียดช่วยให้มีการผลัดเปลี่ยนผู้ดูแล การสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ 2) การสร้างความรู้แก่ผู้ให้บริการจะประกอบด้วยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสร้างพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การ conference case และการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในโรงพยาบาลและเครือข่าย

ประเด็นที่ 3.6 มีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มักเผชิญกับปัญหาหลากหลาย ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การคมนาคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสับสน ทำอะไรไม่คล่องตัว ขาดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ ผู้ดูแลมักใช้การขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆที่อยู่ในชุมชน สถานที่ใกล้เคียงหรือสะดวกต่อการติดต่อ การมีคนคอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแนะนำ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาได้ มีความมั่นใจในการดูแลและลดความตึงเครียดได้ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

> ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *" ช่วงแรกกลับไปก็ทำแผลไม่ค่อยได้ ทำอะไรไม่ค่อยได้ รู้สึกว่าไม่คล่องตัว ไม่เหมือนอยู่โรงพยาบาล และเราอยู่บ้านคนเดียว ลูกแต่งงานไปแล้ว ไม่ได้กลับมา รู้สึกเครียด เจ้าหน้าที่อนามัยไปดูและแนะนำเราก็รู้สึกดีขึ้น "*

> ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า *"เวลาทำอะไรไม่ถูก ก็โทรศัพท์หาน้องชายที่ทำงานในโรงพยาบาลเค้าก็บอกให้คอยบีบนวด เราก้ทำตาม อาการก็ดีขึ้น เราก็สบายใจ "*

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ไปเยี่ยมป้า(ชื่อ)ที่บ้าน ป้าเค้าใส่ท่อ

Tracheostomy และให้อาหารทางสายยาง คนดูแลก็ยังทำอะไรไม่เป็นค่อยเป็น ซึ่งตอนที่อยู่โรงพยาบาลเราก็ได้ไปเยี่ยมที่ตึกพยาบาลที่ตึกก็ได้แนะนำแล้ว แต่พอกลับมาบ้านก็ทำไม่ค่อยได้ บอกว่าไม่มั่นใจ เราก็คอยให้คำปรึกษาและคอยช่วยเหลือ...จนครั้งล่าสุดที่ไปเยี่ยมเราก็ดูเค้าทำ ก็ทำได้ "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" ตอนที่แฟนไม่สบายก็ทำอะไรไม่ถูก โชคดีที่เพื่อนบ้านเคยทำงานสถานีอนามัย เค้าก็แนะนำให้พาไปโรงพยาบาล"

" ช่วงนั้นลูกของตาเค้าได้รับอุบัติเหตุ...ตามีอาการเหนื่อยก็เลยโทรศัพท์มาโรงพยาบาลให้ไปดู "

3.6.1 แหล่งช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ

1) ศูนย์ยืมอุปกรณ์ / เครื่องมือ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต่อเนื่องที่บ้าน และผู้ดูแลและครอบครัวมีปัญหาทางด้านการเงิน ประสานขอความช่วยเหลือจากศูนย์ยืมอุปกรณ์ / เครื่องมือของโรงพยาบาล สถานีอนามัยที่มีอุปกรณ์ / เครื่องมือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อยืมอุปกรณ์ / เครื่องมือใช้ต่อเนื่องที่บ้าน และมีระบบประสานงานกับชุมชนเพื่อการติดตามเยี่ยม จะสามารถช่วยลดภาระของครอบครัวและยังช่วยให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น เสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว และช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า*" ตอนที่ผมอยู่โรงพยาบาลเดิม ผมก็จัดตั้งเป็นมูลนิธิช่วยเหลือผู้ป่วยรายไหนที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เราก็ให้ยืมไปเมื่อหมดความจำเป็นใช้เค้าก็เอาคืน ก็มักจะมีการบริจาคเงินให้ด้วยเราก็เอารายได้ที่ได้ไปบริหารมูลนิธิ ส่วนอุปกรณ์ที่ได้ส่วนหนึ่งก็ได้จากผู้ที่ไม่ได้ใช้แล้วมาบริจาค เราตั้งประธานมาจากคนในชุมชน ยังช่วยลดความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนได้ด้วย ส่วนการติดตามก็ให้ชุมชนช่วยติดตาม ทำอย่างนี้คนไข้ก็พึงพอใจและรายได้เพิ่มและลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน"*

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" การที่มีศูนย์ให้ยืมเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยไปใช้ที่บ้านจะ

ช่วยให้เราสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น ...และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ "

" มีศูนย์ยืมเครื่องมือ ก็ดีและควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย "

" ผมว่าเราจัดให้มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์ เครื่องมือก็ดีนะ ...ซึ่งตอนนี้งานทันตกรรมก็กำลังจัดทำโครงการช่วยเหลือผู้ยากไร้อยู่ "

2) แนะนำแหล่งช่วยเหลือยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือโดยการขอความช่วยเหลือจาก 1669 ระบบ 1669 จะมีการประสานงานกับโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ มูลนิธิในเขตรับผิดชอบ และองค์การบริหารส่วนตำบลกำลังจัดทำรถบริการฉุกเฉินสำหรับบริการรับ - ส่งผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบริการประชาชนในพื้นที่ของแต่ละตำบล ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ตอนที่ตาไม่สบายเคยโทรศัพท์ไปที่ 1669 "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" แต่ก่อนจะโทรศัพท์มาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนภาลัย...แต่ตอนนี้เห็นจากป้ายประกาศก็เลยรู้ว่ามีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินโทร 1669"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ตอนนี้เรามีระบบการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน ให้โทรฯ 1669 มีศูนย์รับข้อมูลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ... โดยทางศูนย์จะประสานงานกับโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุ และมูลนิธิ โดยดูตามสภาพผู้ป่วย"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ตอนนี้มี อบต. บางแห่งกำลังดำเนินงานโครงการรถ RF สำหรับรับ - ส่งผู้ป่วย ในเขตพื้นที่ของแต่ละตำบล"*

3) บริการด้านคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้บัตรขอรับบริการคำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ซึ่งระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อขอคำปรึกษา ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ผู้ดูแลรายหนึ่ง เล่าว่า *" จิ๋มเค้าก็มีอาการเกร็ง...ผมก็ไม่เข้าใจ ทำไม่เป็นก็โทรศัพท์ถามน้องชายที่เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลน้องชายก็ให้คำแนะนำ เราก็ทำได้ รู้สึกสบายใจ"*

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" เวลาอยู่บ้านบางครั้งให้อาหารไม่ลง เราก็ทำไม่ถูก ก็โทรศัพท์มาปรึกษาก็ได้รับคำแนะนำ ก็สบายขึ้น ไม่ต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพราะมาแต่ละครั้งลำบาก ต้องเหมารถมา"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายทางตึกจะให้บัตรคำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพราะถ้าขณะอยู่บ้านมีปัญหาจะได้โทรฯมาปรึกษาก็สะดวกญาติไม่ต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล "*

4) จัดหน่วยงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ครอบครัวผู้ป่วยบางรายไม่มีความพร้อมที่จะนำผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การจัดหน่วยงานสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังสามารถช่วยลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและต่อเนื่องได้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ตึกสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังสามารถช่วยลดความเครียดของญาติได้เลย "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ที่บ้านอี้หลังใหญ่ แต่บ้านอี๊ค้าขาย แต่ละที่ในบ้านจะเก็บของเป็นส่วนใหญ่ อากาศร้อนมาก มีคนสูบบุหรี่มาก เราก็ห่วงคนไข้ ถ้าอยู่อย่างนี้ก็เสี่ยงอันตรายต่ออี๊ ญาติก็เลยพาอี๊มาอยู่ที่ตึกนี้และให้เราคอยดูแล ก็ทำให้ลดภาระและช่วยแก้ปัญหาของญาติได้ และญาติจะมาเยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง "

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ลูกๆของตาไปทำงานต่างจังหวัด เวลาตาไม่สบายก็ลำบาก...ครั้งนี้ลูกลุงก็เลยให้อยู่ที่นี่...ตอนนี้ลุงชอบแล้วไม่ยอมกลับบ้าน"*

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า *" อาม้ามีลูกหลายคน ไม่มีใครรับไปอยู่ด้วย ก็เลยมาอยู่ที่นี่ แรกๆก็หงุดหงิดบ่อย...ตอนนี้พูดเก่งขึ้น อารมณ์ดีขึ้น มีเพื่อน "*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " จากการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พบปัญหาว่า จำหน่ายยากมาก ญาติจะไม่พร้อมที่จะนำกลับบ้าน ไม่มีสถานที่ที่จะพาผู้ป่วยไปอยู่ ถึงแม้จะพากลับบ้าน ก็จะพบว่าผู้ป่วยมักกลับมารักษาซ้ำด้วยมีภาวะแทรกซ้อน ที่พบบ่อย คือ แผลกดทับ เพราะกลับไปไม่มีคนดูแล และจากการที่โรงพยาบาลมีสถานที่ที่จะจัดเป็นสถานที่สำหรับรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ก็เลยจัดทำ และก็ช่วยลดปัญหาของญาติได้ และผู้ป่วยที่อยู่ที่ตึกนี้ก็ได้รับการดูแล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม "

3.6.2 ประสาน แหล่งช่วยเหลือด้านสวัสดิการ

1) ทำใบรับรองผู้พิการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลือเกิน 8 สัปดาห์ สามารถทำใบรับรองผู้พิการโดยเจ้าหน้าที่จะประสานกับงานประกันสุขภาพ และให้ญาติติดต่อที่งานประกันสุขภาพโรงพยาบาลนภาลัย

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *" ทางโรงพยาบาลเราก็จะออกใบรับรองผู้พิการ โดยผู้อำนวยการและแพทย์หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยที่ญาติพามาเอง และเจ้าหน้าที่ชุมชนมาติดต่อ"*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า*" ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย และมีความหลงเหลือความพิการ เกิน 6 - 8 สัปดาห์ เราก็สามารถออกใบรับรองผู้พิการให้ "*

2) ทำบัตรทองผู้พิการ ผู้ป่วยที่พิการสามารถทำบัตรทองผู้พิการได้โดยติดต่อศูนย์ประกันสุขภาพโรงพยาบาล / สถานีอนามัยที่อยู่ในเขตที่ตนอาศัย

ผู้ดูแลรายหนึ่ง เล่าว่า *" ตอนแรกก็ไม่รู้ว่าต้องทำบัตรทองผู้พิการ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแนะนำและอบต.ก็มาแนะนำให้ทำบัตรทองผู้พิการและดำเนินการให้ ก็ช่วยเราได้มากเลยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา "*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า" *ผู้พิการสามารถทำบัตรทองประเภทผู้พิการได้ และสามารถรักษาฉุกเฉินได้ทั่วประเทศ* "

3) ขึ้นทะเบียนผู้พิการและทำสมุดผู้พิการ แนะนำให้ญาติติดต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ของจังหวัดเพื่อขึ้นทะเบียนผู้พิการและทำสมุดผู้พิการ

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " *ผู้ป่วยที่มีความพิการสามารถติดต่อขึ้นทะเบียนผู้พิการและทำสมุดผู้พิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์โดยใช้สำเนาทะเบียนบ้านและใบรับรองผู้พิการจากแพทย์* "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " *มีการสำรวจผู้พิการในชุมชนและติดต่อขึ้นทะเบียนผู้พิการ*"

4) เงินช่วยเหลือจากแหล่งชุมชน โดยการนำสมุดผู้พิการติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ และจะมีการลงคะแนนของสมาชิกในชุมชน ซึ่งจะได้เดือนละ 500 บาท

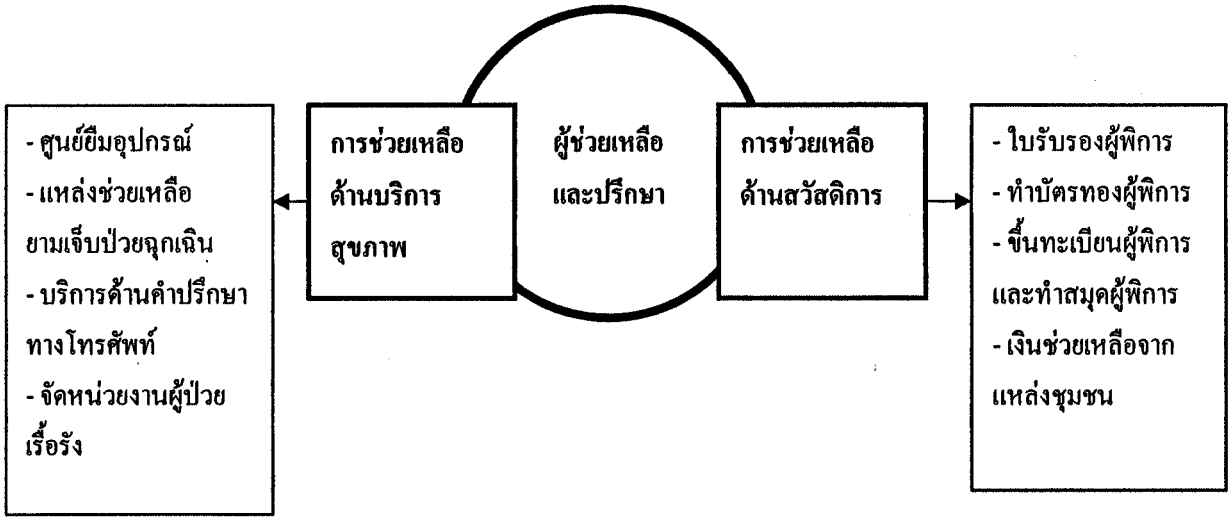
ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า" *เคยปรึกษากับปลัด อบต. ได้ให้คำแนะนำว่าให้ญาตินำหลักฐานไปติดต่อ...และทางสมาชิกอบต.จะมีการลงความเห็นเพื่อให้เงินช่วยเหลือ* "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า" *ตอนทำงานที่โรงพยาบาลเดิม ก็จะมีศูนย์ประกันสุขภาพและเจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำให้ญาติไปติดต่อกับ อบต.ซึ่งก็จะมีเงินช่วยเหลือ* "

3.6.3 การช่วยเหลือด้านคำปรึกษา เพิ่ม การบริการด้านคำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยบัตรขอรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ซึ่งระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อ

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยด้านสวัสดิการ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์ยืมอุปกรณ์ / เครื่องมือ ในโรงพยาบาลและประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อบริการให้ยืมเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ใช้ต่อเนื่องที่บ้าน และการช่วยเหลือด้านคำปรึกษา ได้แก่ การให้บัตรคำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน เพื่อโทรศัพท์มาคำปรึกษาโดยไม่ต้องพาผู้ป่วยมา

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีแหล่งช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ได้ดังนี้



ภาพที่ 4.6 แหล่งให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา

ภาพที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่าแหล่งช่วยเหลือและให้คำปรึกษาที่มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย 1) แหล่งช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ การมีศูนย์ยืมอุปกรณ์ แนะนำแหล่งช่วยเหลือยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน การบริการด้านคำปรึกษาทางโทรศัพท์ จัดหน่วยงานผู้ป่วยเรื้อรัง 2) แหล่งช่วยเหลือด้าน สวัสดิการ ได้แก่ การทำใบรับรองผู้พิการ การทำบัตรทองผู้พิการ การขึ้นทะเบียนผู้พิการและทำสมุดผู้พิการ เงินช่วยเหลือจากแหล่งชุมชน

ประเด็นที่ 3.7 ติดตามดูแลต่อเนื่อง

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า

3.7.1 เจ้าหน้าที่ชุมชนร่วมวางแผน ประสานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบ / เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มาร่วมวางแผนในการดูแลต่อเนื่องก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านโดยวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ โดยมีระบบการตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยทางคอมพิวเตอร์ที่เป็นระบบ LAN ของโรงพยาบาลทำให้สะดวกต่อการตรวจสอบผู้ป่วยและการ

ประสานงานกับหอผู้ป่วย และมีระบบการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย การวางแผนร่วมกันต้องคำนึงถึงความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแล ประสานกับแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ร่วมปรึกษาหาแนวทางที่ดีที่สุดและสามารถจัดการได้ ต้องคำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วยและญาติด้วย ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า" *ตอนเช้าจะตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่ admit ในโรงพยาบาลจากระบบคอมพิวเตอร์ เราก็รู้ว่ามีผู้ป่วยที่อยู่ต้องติดตามเยี่ยมที่ตึก พร้อมกับ ได้รับการแจ้งจากหอผู้ป่วยก็จะมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและร่วมวางแผนการจัดการดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมต่อที่บ้าน* "

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"มีผู้ป่วยรายหนึ่งมานอนรักษาตัวที่ตึกสามัญ ลูกชายของผู้ป่วยเป็นพระและผู้ป่วยมาจากอีสาน ไม่มีที่ที่จะให้ผู้ป่วยอยู่เมื่อแพทย์จำหน่าย ก็ได้ปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแล พยาบาล และพระลูกชายผู้ป่วย จากนั้นก็ไปปรึกษากับเจ้าอาวาสท่านอนุญาตให้พาผู้ป่วยไปอยู่ที่วัดได้* "

3.7.2 ส่งต่อประวัติผู้ป่วยยังชุมชน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านทางหอผู้ป่วยจะดำเนินการจัดส่งประวัติการเจ็บป่วย โดยมีใบวางแผนจำหน่าย 2 ใบ ใบที่ 1 เป็นใบที่ระบุอาการที่ผู้ป่วยมารับการรักษา คำแนะนำที่ได้รับ อาการและปัญหาที่ต้องการให้ติดตามเยี่ยม และใบที่ 2 ซึ่งเป็นใบที่พิมพ์มาจากประวัติผู้ป่วยในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ประวัติการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลการตรวจต่างๆ รายการยาที่ได้รับกลับบ้าน นำเอกสารทั้ง 2 ใบ ส่งต่องานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน/ สถานีอนามัยใกล้บ้าน ซึ่งการพิมพ์ประวัติจากโปรแกรมที่ตั้งไว้ช่วยลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ทำให้เจ้าหน้าที่ชุมชนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน และถูกต้องและสามารถวางแผนการติดตามเยี่ยมได้ถูกต้อง ครอบคลุม ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

> เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า *"เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเรามีระบบการส่งต่อกลับชุมชนโดยส่งต่อสถานีอนามัยใน เขตที่รับผิดชอบติดตามเยี่ยมโดยบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มในวางแผนจำหน่าย และพิมพ์ใบสรุปการรักษาจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ส่งคู่กัน* "

3.7.3 การนัดตรวจเพื่อประเมินอาการต่อเนื่อง *จัดช่องทางด่วนโดยนัดผู้ป่วย*มาตรวจช่วง 13.00น. - 15.00 น. เป็นช่วงเวลาที่ผู้ใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอกไม่แออัด ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน ผู้ป่วยที่มีการเจาะเลือดตรวจก่อนพบแพทย์ ประสานงานงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน / สถานีอนามัยเจาะเลือดผู้ป่วยและนำส่งมาตรวจในช่วงเช้าและนำผู้ป่วยมาช่วงบ่าย สามารถช่วยลดความอัดของผู้ใช้บริการในช่วงเช้า และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต้องรอนาน และช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วยได้จากการต้องเหมารถมาโรงพยาบาล ญาติสามารถทำภารกิจต่างๆ ได้ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " เคยพาอี๊มาโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 โมงเช้า กว่าจะได้ตรวจ เกือบเที่ยง และต้องรอยา ทำให้กลับบ้านช้า อี๊เลยไม่ได้กินอาหารมื้อกลางวัน จากไม่ได้เตรียมอาหารทางสายยางมา "

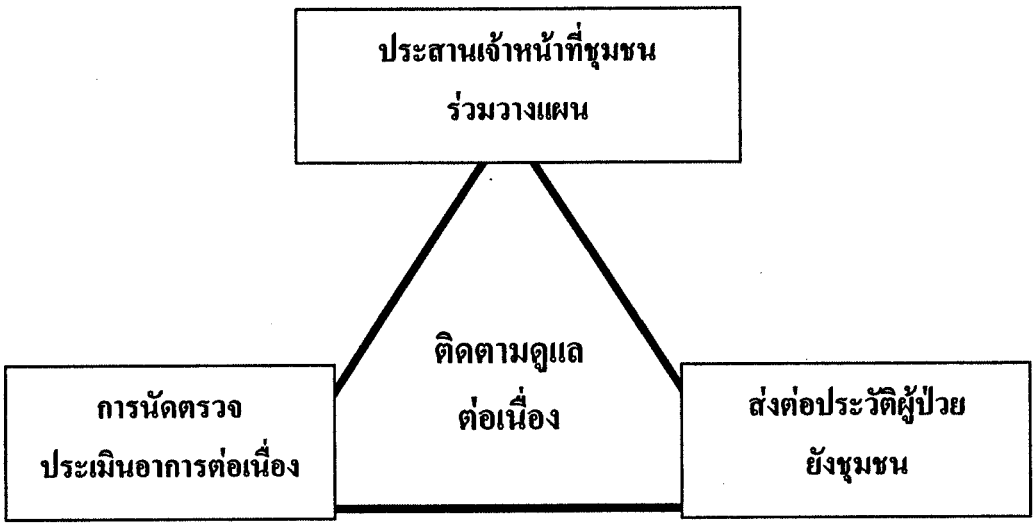
เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า*" ผู้ใช้บริการจะมากในช่วงเช้า ปรับเรื่องการนัด เพื่อให้ได้รับบริการ ที่เร็วโดยนัดช่วงบ่าย ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ใช้บริการน้อย กรณีมีนัดให้มาจาะเลือด เราก็ส่งต่อ PCU ให้ไปเจาะมาให้ก่อน และนัดผู้ป่วยให้มาช่วงบ่าย สามารถลดความแออัดได้ ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน สถิติการขาดนัดลดลง "*

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" ผู้ป่วยฉุกเฉินก็เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มาทำแผลเปลี่ยนต่างๆ ก็นัดมาช่วงบ่าย "

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดช่องทางลัดให้ผู้ป่วยโดยนัดผู้ป่วยมาตรวจ ให้นัด ช่วง 13.00 น. - 15.00 น. เพื่อลดการรอคอย และ ประสานงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน / สถานีอนามัย เจาะเลือดผู้ป่วยและนำส่งมาตรวจในช่วงเช้าโดยมีใบนำส่งจากชุมชนและนำผู้ป่วยมาช่วงบ่าย ในรายที่ต้องมีการเจาะเลือดตรวจก่อนพบแพทย์

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปวิธีการจัดการเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง ได้ดังนี้



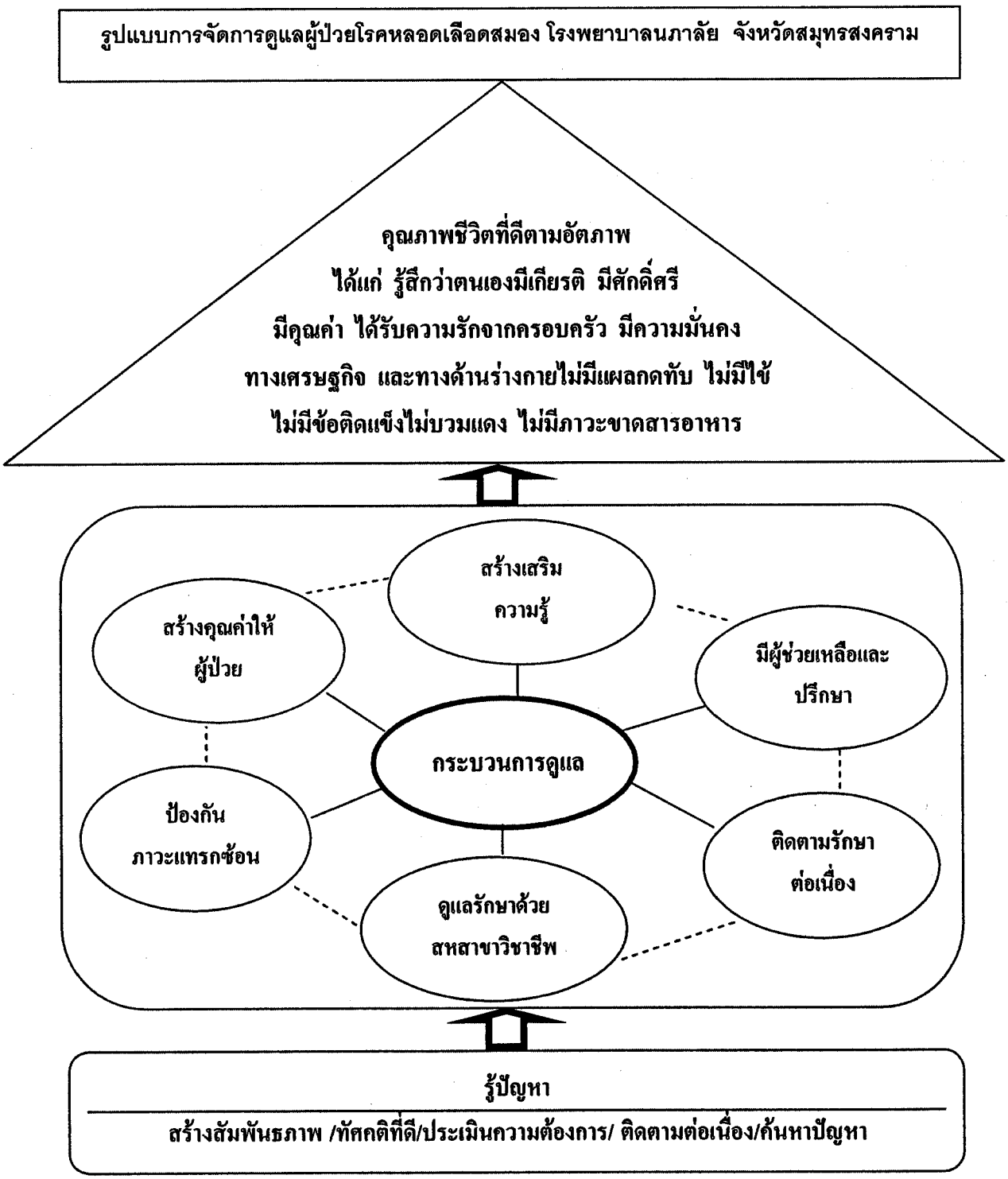
ภาพที่ 4.7 วิธีการจัดการเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง

จากภาพที่ 4.7 แสดงให้เห็นว่าการที่จะจัดการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่องต้อง ประกอบด้วย การประสานเจ้าหน้าที่ชุมชนร่วมวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมเมื่อกลับบ้าน ส่งต่อประวัติผู้ป่วยยังชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการนัดผู้ป่วยมาตรวจเพื่อประเมินอาการต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภาลัย

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิที่มีวงจร 4 ขั้นตอน ที่ผู้เข้าร่วมสนทนาทั้ง 2 กลุ่มได้ใช้กระบวนการจัดการความรู้ที่ครอบคลุมทั้ง 4 ขั้นตอน จนได้ประเด็นความรู้ที่สำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 7 ประการ ซึ่งเป็นความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติที่เป็น best practice ของแต่ละคน ซึ่งรวมทั้งที่เป็นความรู้เดิมและความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนา ผู้วิจัยได้นำความรู้ที่เป็น best practice ทั้งหมดตั้งแต่ประเด็นที่ 3.1 การรู้ถึงปัญหา และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.1 ประเด็นที่ 3.2 การดูแลรักษาด้วย

ทีมสหวิชาชีพ และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.2 ประเด็นที่ 3.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.3 ประเด็นที่ 3.4 การสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.4 ประเด็นที่ 3.5 การเสริมสร้างความรู้แกผู้ดูแลและผู้ให้การดูแล และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.5 ประเด็นที่ 3.6 การช่วยเหลือและให้คำปรึกษา และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.6 จนถึง ประเด็นที่ 3.7 การติดตามดูแลต่อเนื่อง และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.7 มาพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลนภาลัย ดังรูปที่ 4.8 โดยการที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ ต้องประกอบด้วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า ได้รับความรักจากครอบครัว สามารถอยู่ในสังคมได้ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจโดยได้รับความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจตามความเหมาะสม การไม่มีแผลกดทับ ไม่มีข้อติดแข็ง ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งพบว่า ผู้ให้การดูแลแต่ละคนจะมีความรู้และประสบการณ์ที่ดี (best practice) ที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลที่มีความรู้และประสบการณ์ที่ดี (best practice) ที่มากกว่าก็จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพของแต่ละบุคคลได้ แต่ผู้ให้การดูแลบางคนที่มีความรู้ ประสบการณ์ที่ดี ที่น้อยกว่าอาจจะให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพไม่ครบทุกประการ



ภาพที่ 4.8 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

จากภาพที่ 4.8 แสดงรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ โดยการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ จากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทีมผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลนภาลัยได้รับการดูแลอย่างองค์รวม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพของแต่ละบุคคล คือ รู้สึกว่าตนเองมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า ได้รับความรักจากครอบครัว สามารถอยู่ในสังคมได้ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจโดยได้รับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจตามความเหมาะสม ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีไข้ ไม่มีข้อติดแข็งไม่บวมแดง ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรู้ถึงปัญหา 2) การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขา 3) การเสริมคุณค่าให้ผู้ป่วย 4)การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5) การเสริมสร้างความรู้ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการ 6) การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา 7) การติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยองค์ประกอบทั้ง 7 มีการดำเนินการปฏิบัติที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนได้ตามเป้าหมาย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการให้การดูแล ซึ่งประกอบด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขา การเสริมคุณค่าให้ผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสริมสร้างความรู้ ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการ การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา การติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยจากภาพที่ 4.8 แสดงให้เห็นว่า ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา นับเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการจุดเริ่มต้นของการให้การดูแลช่วยเหลือได้ถูกต้องตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อรู้ถึงปัญหาและสิ่งที่ต้องการของผู้ป่วยแล้วจะนำเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 ที่ประกอบด้วย กระบวนการให้การดูแลทั้ง 6 กระบวนการ โดยกระบวนการดูแลที่ 1 ถึง กระบวนการดูแลที่ 6 ที่อยู่เรียงกันเป็นวงกลมในกรอบและมีเส้นเชื่อมโยงซึ่งกันและกันแสดงว่าทุกกระบวนการดูแลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดกระบวนการดูแลใดกระบวนหนึ่งก่อนหรือเกิดขึ้นหลายกระบวนการดูแลพร้อมกันก็ได้ เพื่อการทำให้บรรลุถึงเป้าหมายผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งพบว่ามีผู้ที่ได้ทำตามขั้นตอนดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพได้

ผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียด การดำเนินการปฏิบัติที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา

การรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวนับเป็นพื้นฐานสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้องตรงตามความต้องการ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้การต้อนรับ ทักทาย พูดจาสุภาพ เจ้าหน้าที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย เห็นผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมีความต้องการเหมือนบุคคลทั่วไป เต็มใจให้การดูแล และขั้นตอนการได้มาซึ่งปัญหา มีการประเมินสภาพ ความต้องการ ทั้งจากผู้ป่วย ครอบครัว 4 ระยะ ได้แก่ 1) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยประเมินตั้งแต่แรกรับ 2) ประเมินขณะอยู่ในโรงพยาบาล 3) ประเมินก่อนออกจากโรงพยาบาล 4) ประเมินเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน ต้องรู้และเข้าใจใน พื้นฐานเดิมของผู้ป่วย เกี่ยวกับข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย นิสัยพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย และมีการติดตามค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการให้การดูแล ประกอบด้วย กระบวนการดูแล 6 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการดูแลที่ 2.1 การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทุกส่วน ตั้งแต่ตัวผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ทีมสุขภาพทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล งานกายภาพบำบัด งานโภชนาการ งานเภสัชกร งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานสุขภาพจิต งานด้านสวัสดิการช่วยเหลือทางด้านสังคม วิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขา ประกอบด้วย 1) การประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแล 2) ทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกันโดยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วม 3) มีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับ-จำหน่าย ซึ่งเริ่มในผู้ป่วยรายที่มีปัญหาซับซ้อน 4) การปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพ และ 5) การประเมินผลร่วมกันด้วยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลโดยสนับสนุนให้ผู้ดูแลและญาติได้มีโอกาสได้พบแพทย์โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่แพทย์ตรวจเยี่ยม และให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อการติดต่อ

กระบวนการดูแลที่ 2.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยหลักการจัดการดูแล ได้แก่ 1) การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย โดยต้องดูแลทำความสะอาดร่างกาย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเมื่อร่างกายปนเปื้อนกับสิ่งสกปรก เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และคอยดูแลเปลี่ยนอุปกรณ์ที่ใช้รองรับปัสสาวะ 2) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งมีผลช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับและช่วยในการหายของแผล โดยมีหลักการเตรียมอาหาร การเตรียมส่วนประกอบของการทำอาหารสามารถประยุกต์ ใช้การประมาณสัดส่วนของส่วนประกอบอาหารโดยการเทียบประมาณใกล้เคียง โดยประมาณการใช้การหยิบมือ และการแบ่งอาหารจากจำนวนเต็มแล้วแบ่งอาหารออกเป็นส่วนๆละเท่าๆกัน ทดแทนการใช้เครื่องชั่ง วิธีการให้อาหารด้วยวิธีที่ถูกต้องป้องกันการเกิดการสำลัก มีการคำนึงถึงโรคประจำตัวที่เป็น และพื้นฐานความชอบของผู้ป่วย มีการตั้งเวลาการให้อาหารที่เหมาะสม อย่างน้อย วันละประมาณ 3 - 4 มื้อ การฝึกกลืนจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดีขึ้น ด้วยการนวดลิ้น เพดาน อย่างน้อยวันละครั้ง 3) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีวิธีที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า การตั้งเวลาการพลิกตะแคงตัว เวลาการพลิกตัวต้องใส่ใจในพยาธิสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยกรณีที่ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ในรายที่มีแผลกดทับแล้ว พลิกตะแคงตัวทุก 1 ชั่วโมง ใช้อุปกรณ์ช่วยในการพลิกตะคงตัว เพื่อลดการเสียดสีของผิวหนัง ได้แก่ ผ้าปูที่นอนพับครึ่งแทนการใช้ผ้าขวางเตียง การจัดท่านอนที่เหมาะสม ศีรษะไม่สูงเกิน 30 องศา มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม พร้อมทั้งต้องมีการติดตามกระตุ้นให้มีการพลิกตะแคงตัวอย่างต่อเนื่อง 4) การฟื้นฟูบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการทำกายภาพตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ใช้การละเล่นพื้นบ้าน และการทำกิจกรรมประกอบในการบริหารร่างกาย การเล่าเรื่องโดยการทำท่าทางประกอบ เพื่อผู้ป่วยเกิดความสนุกสนาน การฝึกพูด พัฒนาการสื่อสาร และ5) การพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการจัดหาอุปกรณ์ทดแทน

กระบวนการดูแลที่ 2.3 การสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย

ประเด็นหลักในการที่จะทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกว่าตนเองมียังมีศักดิ์ศรี มีเกียรติ ประกอบด้วย การให้การดูแลด้วยความรัก ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจ การใช้หลักธรรมะในการดูแล สวดมนต์ไหว้พระ จัดเตรียมอาหารมาให้ผู้ป่วยจบอธิฐานแล้วผู้ดูแลนำไปใส่บาตร การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามที่ต้องการ ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย

และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยตึกเรื้อรังจะอนุญาตให้ญาติพาผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านได้ไม่เกิน 1 วัน และการช่วยรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วย โดยขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีการตัดผมให้ผู้ป่วยที่หน่วยงานโดยพยาบาลและช่างตัดผมจากร้านจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี มีความสุข ไม่รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง

กระบวนการดูแลที่ 2.4 การสร้างเสริมความรู้

การเสริมสร้างความรู้จะต้องเสริมสร้างทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการ ซึ่งการสร้างเสริมความรู้จะช่วยให้ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะ ความสามารถ และมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ วิธีการที่จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแล ประกอบด้วย 1) การประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล โดยมีการประเมิน 4 ระยะ ได้แก่ ประเมินตั้งแต่ระยะแรกรับเข้ามาในโรงพยาบาลว่าผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเพียงใด ประเมินขณะอยู่ในโรงพยาบาล หลังจากได้รับการฝึกสอนและแนะนำในแต่ละประเด็นเป็นระยะ ประเมินก่อนจำหน่าย ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านต้องประเมินผู้ดูแลตามประเด็นที่ได้รับการฝึกสอนและแนะนำทุกประเด็น จนเกิดความมั่นใจว่าผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะที่สามารถดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องได้ที่บ้าน ประเมินเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน 2) การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน 3) การสอนและฝึกทักษะโดยผู้ที่มีความชำนาญ เกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทั้งทางปากและทางสายยาง การเตรียมอาหาร การทำแผล การดูดเสมหะ การดูแลด้านการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ การทำกายภาพบำบัด การใช้ยา 3) การเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ โดย จัดให้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ดูแลให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน 4) การให้กำลังใจ ให้คำชมเชย 5) คอยเป็นเพื่อนให้คำปรึกษา และ5) ช่วยเติมพลังยามเหนื่อยแก่ผู้ดูแล จัดกลุ่มสันทนาการสำหรับผู้ดูแล เช่น กลุ่มประกอบอาหาร กลุ่มเสริมรายได้โดยงานประดิษฐ์ต่างๆ ส่วนการสร้างเสริมความรู้แก่ผู้ให้บริการมีวิธีการ ได้แก่ 1) การจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายในโรงพยาบาล หรือจัดส่งไปอบรมภายนอกโรงพยาบาล การสร้างพยาบาลเฉพาะทางสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในขณะปฏิบัติงาน โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล อย่างน้อยเดือนละครั้ง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและในชุมชน อย่างน้อยปีละครั้ง การแนะนำหน้างาน และการจัดทำ conference case

กระบวนการดูแลที่ 2.5 การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา

การให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแนะนำ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการและช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) การช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์ยืมอุปกรณ์ / เครื่องมือ ในโรงพยาบาลและประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อบริการให้ยืมเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ใช้ต่อเนื่องที่บ้าน แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทรศัพท์ 1669 จัดหน่วยงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 2) การช่วยเหลือด้านสวัสดิการ โดยการจัดการดูแลในการขอรับใบรับรองผู้พิการ การทำบัตรทองผู้พิการ การขอรับเงินช่วยเหลือจากแหล่งชุมชน 3) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย โดยการให้บัตรคำปรึกษา ทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน

กระบวนการดูแลที่ 2.6 การติดตามดูแลต่อเนื่อง

การติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต้อง ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ชุมชนร่วมวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมเมื่อกลับบ้าน 2) การส่งต่อประวัติผู้ป่วยยังชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยส่งใบวางแผนจำหน่าย 2 ใบ โดยพิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัย ผลการตรวจ การรักษาที่ได้รับ ยาที่ได้รับกลับบ้าน และ3) มีการนัดผู้ป่วยมาตรวจเพื่อประเมินอาการต่อเนื่อง โดยนัดช่วงเวลา 13.00 น. - 14.30 น. เพื่อการรับบริการที่รวดเร็ว

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้เชี่ยวชาญ 15 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญภายนอกโรงพยาบาล 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภาลัย หัวหน้าพยาบาล แพทย์ 1 คน พยาบาลระดับหัวหน้างาน 4 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน งานโภชนาการ 1 คน งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 1 คน งานสุขภาพจิต 1 คน พบว่า ผู้ประเมินทุกคน (ร้อยละ 100.0) เห็นด้วยกับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นในภาพรวม 0.85 สามารถอธิบายเป็นค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านได้ดังนี้ ด้านขอบเขตและเป้าหมาย มีค่าความเชื่อมั่น 0.85 ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ มีค่าความเชื่อมั่น 0.86 ด้านความแม่นยำของรูปแบบ มีค่าความเชื่อมั่น 0.81 ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ มีค่า

ความเชื่อมั่น 0.87 ด้านอิสระในการให้ข้อมูล มีค่าความ เชื่อมั่น 0.90 ด้านการนำไปใช้ มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 โดยสรุปเห็นว่า มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนภาลัย และสามารถนำรูปแบบไปใช้ได้จริง