

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภาคย์ โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ

1.1.2 เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นไปใช้

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากร มีกลุ่มประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 กลุ่มพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนภาคย์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด ผู้รับผิดชอบด้านโภชนาการ เจ้าหน้าที่งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเจ้าหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เกษัตริกร เจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิต และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดทางสมองที่มารับบริการในช่วงเดือน กันยายน 2550 กลุ่ม 2 เป็นกลุ่มประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทั้งที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนภาคย์และนอกโรงพยาบาล

1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงโดยใช้หลักการสนทนากลุ่ม และการจัดการความรู้เป็นกรอบแนวคิดในการคัดเลือก โดยเลือกบุคคลที่มีความรู้ ประสบการณ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 กลุ่มพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนภาคย์ ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน

นักกายภาพบำบัด 1 คน เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ 1 คน เจ้าหน้าที่งานแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือก 1 คน และเจ้าหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน 2 คน เกสัชกร 1 คน
เจ้าหน้าที่งาน สุขภาพจิต 1 คน ซึ่งเป็น ผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ
ในช่วงเดือน กันยายน 2550 จำนวน 6 คน กลุ่ม 2 เป็นกลุ่มประเมินความเหมาะสมในการนำ
รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 15 คน ทั้งที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนภลัยและนอกโรงพยาบาลนภลัย

1.2.3 เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) ที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิด โนนาคะและทาคิวชิ ได้แก่

(1) ประเด็นการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาารูปแบบการ
จัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแล 1 ครั้ง กลุ่มพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
1 ครั้ง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้แบบสนทนาที่สมบูรณ์

(2) แบบบันทึกการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม เครื่องมือที่ใช้ได้ตรวจสอบความ
ตรงตาม เนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองที่สมบูรณ์

1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการสนทนากลุ่ม
โดยทำการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วน
เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนภลัย ซึ่งแต่ละกลุ่ม
มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง และมีการติดตามสนทนาเป็นรายบุคคลใน
กรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิง
คุณภาพ เริ่มตั้งแต่การเตรียมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ ผู้วิจัยเตรียมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทุกครั้ง
หลังการสนทนา โดยทำการถอดบทสนทนา จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา
(Content Analysis) ได้แก่ การให้รหัส การจัดหมวดหมู่ และการนำเสนอประเด็นสำคัญ

1.3 ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการสนทนากลุ่ม และการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ผลการวิจัย ดังนี้

1.3.1 ลักษณะผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผู้เข้าร่วมสนทนาในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) กลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง

1) ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแล มีทั้งหมด 6 คน เป็นเพศชาย 1 ราย เพศหญิง 5 ราย อายุอยู่ในช่วง 34 - 50 ปี นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 5 ราย ระดับมัธยมศึกษา 1 ราย ประสบการณ์ในการดูแล 3 เดือน-3 ปี ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นสามี 1 ราย เป็นภรรยา 1 ราย เป็นผู้รับจ้างดูแล 4 ราย

2) ลักษณะของผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้บริการเข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ทั้งหมด 12 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ เจ้าหน้าที่งาน แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเจ้าหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เกษัชกร เจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิต

3) ลักษณะผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยน เรียนรู้ มีผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย เพศชาย 2 ราย อายุ อายุอยู่ในช่วง 50 ปี - มากกว่า 60 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีสถานะภาพเป็นหม้าย 4 ราย และเป็นโสด 2 ราย สาเหตุการเกิดโรค หลอดเลือดสมองจากเนื้อสมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง 5 ราย และเส้นเลือดสมองแตก 1 ราย ระยะการเจ็บป่วย อยู่ในช่วงตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 4 ราย ลักษณะสุขภาพของผู้ป่วย รู้สึกตัวแต่ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 3 ราย และรู้สึกตัวและช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน 3 ราย

1.3.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภาดลย์

จังหวัดสมุทรสงคราม ได้มาจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มที่มีประสบการณ์การดูแลที่ ดีที่ประสบผลสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรู้ ถึงปัญหา 2) การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขา 3) การเสริมคุณค่าให้ผู้ป่วย 4) การป้องกันภาวะ แทรกซ้อน 5) การเสริมสร้างความรู้ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการ 6) การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา 7) การติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการที่จะไปถึงเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ ได้นั้น ต้องมีการดำเนินการประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการให้การดูแล ซึ่งประกอบด้วย 6 กระบวนการ คือ การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขา

การเสริมคุณค่าให้ผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสริมสร้างความรู้ ทั้งผู้ดูแลและ
ผู้ให้บริการ การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา และ การติดตามดูแลต่อเนื่อง

1.3.3 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความ
เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลภาคย์ และสามารถนำรูปแบบไปใช้ได้จริง มีค่าความเชื่อมั่น
ในภาพรวม 0.85

2. อภิปรายผล

จากการสรุปผลการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง โรงพยาบาลภาคย์ จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยได้อภิปรายผลแยกตามวัตถุประสงค์
และผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้เสนอตามประเด็นสำคัญที่ได้วิเคราะห์ไว้ ดังนี้

2.1 ลักษณะผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 ลักษณะกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิงถึง ร้อยละ 83.3 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 66.6 และมีความเกี่ยวข้องเป็นผู้รับจ้างดูแล
ร้อยละ 66.6 เนื่องจากวัฒนธรรมไทยผู้หญิงจะมีหน้าที่คอยดูแลพ่อแม่ หรือทำงานบ้าน จึงมอบ
หน้าที่ผู้หญิงเป็นผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชอุณหะ (2541) เนตรลาวัลย์
เกิดหอม (2548) สุวรรณนา จงหว่งกลาง (2548) บุศกร กลิ่นอวล (2545) และนางลักษณ์
เอมประคิษฐ์ (2549) พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ
80 - 89 และผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.6 มีสถานะเป็นผู้รับจ้าง โดยไม่มีความสัมพันธ์ใน
ครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชอุณหะ (2541) และนางลักษณ์
เอมประคิษฐ์ (2549) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและรองลงมา คือ ภรรยา
สาเหตุหนึ่งที่มีผลให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานะเป็นผู้รับจ้างดูแล อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันการ
ดำรงชีวิตของประชาชนในจังหวัดสมุทรสงครามมีการเปลี่ยนจากเดิมประชาชนในพื้นที่จะ
ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม ลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่เลิกจาก
การประกอบอาชีพเกษตรกรรม และออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ลักษณะครอบครัวเปลี่ยนเป็น
ครอบครัวเดี่ยว ซึ่งจากการศึกษาของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) พบว่า ปัจจุบัน
สังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งสมาชิกในบ้านต้องออกไปประกอบ

อาชีพนอกบ้าน มีผลทำให้ขาดผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ อรวรรณ เกตุแก้ว (2548) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งมีโชัญชาติมีถึงร้อยละ 60 ซึ่งสืบเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีภูมิลำเนา อยู่ในเขตเทศบาล

2.1.2 ลักษณะกลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ตัวแทนจากวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล งานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน งานเภสัชกรรม งานสุขภาพจิต งานกายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก งานโภชนาการ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้การดูแลแบบองค์รวม และมีความครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การรักษา การส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ จึงต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับ ไพรวลัย พรหมที (2548) พบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลจิตเวช นักโภชนาการ

2.2 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น มี 7 องค์ประกอบ ซึ่งการที่จะไปถึงเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอรรถภาพของแต่ละบุคคล ได้นั้น จะต้องมีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1) การรู้ถึงปัญหา และขั้นตอนที่ 2) กระบวนการให้การดูแลประกอบด้วย 6 กระบวนการ ที่จะช่วยให้มีการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับปาฐกถา ของ สมจิต หนูเจริญกุล (2550: 11) ที่กล่าวว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพในระยะยาว จะนำไปสู่การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยรูปแบบนี้มีความสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ Wagner และคณะ (2001) ซึ่งประกอบด้วย ชุมชน ระบบสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง การออกแบบระบบให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก ซึ่งรูปแบบการดูแลที่เป็นองค์ประกอบทั้งหมดนี้จะเน้นการยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งเป็นให้การสนับสนุนทั้งในการใช้แหล่งประโยชน์และความชำนาญ กับผู้ป่วยและครอบครัว

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นนี้ได้จากความรู้ประสบการณ์ที่ดี (best practice) ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยทุกกระบวนการจะมีความสำคัญ แต่กระบวนการที่มีความสำคัญมาก และเป็นพื้นฐานในการให้การจัดการดูแลผู้ป่วย คือ การเน้นให้ผู้ให้การดูแลทุกคน ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการต้องรู้ถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและ

ครอบครัวเสียก่อน โดยการสร้างสัมพันธภาพ การใส่ใจดูแล มีเจตคติที่ดี มีการประเมินปัญหา ความต้องการเป็นระยะๆ และต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ครอบคลุม ซึ่งเน้นเชิงรุกโดยมีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การ จัดการดูแลรักษา และการช่วยประคับประคองโดยให้ความรู้ คำปรึกษา ตลอดจนการ เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาศักยภาพในการดูแลและพึ่งพาตนเอง เพื่อ จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2550: 17-18 , Orem 2001: 284)

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ได้มาจากความรู้ ประสบการณ์การดูแลที่ดี ที่ประสบผลความสำเร็จ (best practice) ของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองและผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกระบวนการ จัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ความรู้ ประสบการณ์ที่ดีที่ได้จากการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มีความชัดเจน ตรงตามความต้องการของผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ผู้ดูแล มีความ เฉพาะเจาะจงสำหรับใช้ในการให้บริการดูแลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทของ โรงพยาบาลนภลัย และมีการประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับ ฤทัยรัตน์ ธรรมานา (2546) กล่าวว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นต้องได้รับการตรวจสอบ พิสูจน์ เพื่อยืนยัน ประสิทธิภาพของรูปแบบนั้น ซึ่งจากผลการประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปใช้มีค่าคะแนนความเชื่อมั่นในภาพรวม 0.85 แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติที่ร่วมพัฒนารูปแบบเห็น ด้วกับการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ จันทร์เจษฎา (2547) พบว่า พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต มีความพึงพอใจในการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิก ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจากการได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบมีความอิสระในความคิด

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลนภลัยที่ได้ จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คล้ายรูปแบบบ้าน ที่มีส่วนประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ ฐานบ้าน ตัวบ้าน และ หลังคาบ้าน รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลนภลัยที่พัฒนาขึ้น นี้ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 7 องค์ประกอบ มีการดำเนินการการปฏิบัติที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล จนได้ตามเป้าหมาย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการให้ การดูแลประกอบด้วย 6 กระบวนการ โดยเริ่มที่จุดที่สำคัญ คือ ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา ซึ่งเป็น ฐานบ้านที่สำคัญและต้องมีความมั่นคง และขั้นตอนที่ 2 กระบวนการให้การดูแล เปรียบเสมือน ตัวบ้าน ซึ่งในตัวบ้านจะมีการใช้ชีวิตร่วมกันของคนในบ้าน ซึ่งแต่ละคนต้องมีการปฏิสัมพันธ์ซึ่ง กันและกัน เปรียบกับกระบวนการดูแลทั้ง 6 กระบวนการที่อยู่ในตัวบ้านก็ต้องมีความสัมพันธ์ซึ่ง

กันและกัน ทุกกระบวนการดูแลมีความสำคัญเสมอกัน ซึ่งประกอบด้วย การดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย การสร้างเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลและผู้ให้บริการ การมีผู้ช่วยเหลือและให้คำปรึกษา และการติดตามรักษาต่อเนื่อง ซึ่งในกระบวนการดูแลทั้งหมดนี้สามารถนำไปสู่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเปรียบเสมือนหลังคาบ้านที่เป็นส่วนที่อยู่สูงสุดของบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับ วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร (2550:23) ที่กล่าวว่า การจัดการกับอาการในผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ ต้องการการดูแลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และทีมสหวิชาชีพ มีการค้นหาวิธีการจัดการที่ดีที่สุด ค้นหาหาความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง และมีขั้นตอนที่สำคัญของการจัดการที่มีประสิทธิภาพ คือ การประเมินอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่ดีที่สุด การติดตามประเมินผล และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามความเหมาะสม และจากการศึกษาโสธญา สดสาระ (2547) พบว่า มาตรฐานการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย มาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ได้แก่ มาตรฐานที่ 1 ผู้สูงอายุได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง มาตรฐานที่ 2 ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรค ตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาตรฐานที่ 3 ผู้สูงอายุปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมาตรฐานนี้ประกอบด้วย 3.1 ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับ 3.2 ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ 3.3 ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง 3.4 ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะข้อไหล่ เลื่อนหลุด 3.5 ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการกลับเป็นซ้ำ และมาตรฐานที่ 4 ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุจากโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา พบประเด็นสำคัญที่จะช่วยให้สามารถรู้ถึงปัญหา ปัญหาที่พบได้แก่ ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัญหาต่างๆจะส่งผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว วิธีการได้มาซึ่งการรู้ถึงปัญหา ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้การต้อนรับ ทักทาย พุดจาสุภาพ เจ้าหน้าที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย เห็นผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมีความต้องการเหมือนบุคคลทั่วไป เต็มใจให้การดูแล ขั้นตอนการได้มาซึ่งปัญหา คือ การประเมินสภาพ ความต้องการ ทั้งจากผู้ป่วย ครอบครัว 4 ระยะ ได้แก่ 1) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยประเมินตั้งแต่แรกรับ 2) ประเมินขณะอยู่ในโรงพยาบาล 3) ประเมินก่อนออกจากโรงพยาบาล 4) ประเมินเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน ต้องรู้และเข้าใจใน พื้นฐานเดิมของผู้ป่วย เกี่ยวกับข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้อง

กับการเจ็บป่วย นิสัยพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย มีการติดตามค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง และการนำประวัติผู้ป่วยมาเขียนเป็นเรื่องเล่า

ในประเด็นนี้ความรู้ใหม่ที่ได้เพื่อนำพัฒนาในการช่วยให้สามารถค้นหาและรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วย คือ การนำประวัติผู้ป่วยมาเขียนเป็นเรื่องเล่า และการให้ความสำคัญกับการที่ผู้ให้การดูแลต้องรู้และเข้าใจในพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย เช่น นิสัย ความชอบ ซึ่งจากการประเมินสมรรถนะผู้ป่วยในโรงพยาบาลนภักดีมีการประเมินครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ แต่ยังคงขาดการประเมินถึงนิสัย ความชอบที่เป็นพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลทำให้ค้นหาปัญหาผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และด้วยพันธกิจของโรงพยาบาลนภักดีมีความมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและสามารถตอบสนองได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจากการที่มีผู้ป่วยมีความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองมีผลทำให้มีปัญหาดังกล่าวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ เศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาที่ตามมาอีกมากมาย ผู้ให้การดูแลต้องตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและครอบครัว และปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละรายจะทำให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยและสามารถนำมาตั้งเป้าหมายและวางแผนที่เหมาะสม (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547; 63-64) ซึ่งสอดคล้องกับ ทศพร คำผลศิริ (2548: 72) พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตให้ครบทุกด้านจะสามารถวางแผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุมตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และ นฤมล อนุมาศ (2539: 65) พบว่า การประเมินถึงความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยทำให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยว่ามีความบกพร่องประเภทใดในการพูด เพื่อให้วางแผนการพยาบาลได้ถูกต้อง และจากการศึกษาของ สุวพีร์ จันทระเจษฎา พบว่า การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความไว้วางใจในตัวพยาบาลและกล้าให้ข้อมูล

2.2.2 ขั้นตอนที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย 6 กระบวนการดูแล

1) กระบวนการดูแลที่ 1 การดูแลด้วยทีมสหสาขา พบประเด็นสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมด้วยทีมสหสาขา ประกอบด้วย การประสานงาน ทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแล ทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกันโดยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับ - จำหน่าย การปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพ การประเมินผลร่วมกันด้วยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแล

ในประเด็นนี้ได้ความรู้ใหม่ที่สามารถนำมาพัฒนาต่อยอดให้การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพให้มีความสมบูรณ์ คือ การที่มีการวางแผนร่วมกันเพื่อการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วม ด้วยการเริ่มที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนและมีแบบบันทึกของทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสาร เนื่องจาก การให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนภักดีมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพไม่มีโอกาสพบกันและวางแผนร่วมกัน อาจเนื่องมาจากแต่ละวิชาชีพมีภาระงานที่มาก ไม่มีช่วงเวลาที่ว่างที่จะมาวางแผนร่วมกัน ที่ผ่านมาด้วยเจ้าหน้าที่ตึกสามัญ โรงพยาบาลนภักดีได้เคยมีการจัดให้มีเวทีสำหรับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและญาติผู้ป่วยมาร่วมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นแนวทางเดียวกัน และญาติได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูล ทำให้ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็ว และด้วยโรงพยาบาลนภักดีมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการที่ดี มีคุณภาพตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแล ซึ่งทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร และสามารถช่วยลดความซับซ้อนในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ วรณา ศรีธัญรัตน์ (2550: 21) ที่กล่าวว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ต้องมีการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว และสมจิต หนูเจริญกิจ (2550; 20) กล่าวว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือ การป้องกัน การรักษา ส่งเสริม ฟื้นฟู ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ครอบคลุม ต่อเนื่อง จนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองและเพื่อ ต้องช่วยกันค้นหาวิธีการดูแลที่ดีที่สุด และจากการศึกษาของ ไพรวลัย พรหมที (2548; บทคัดย่อ) ได้มีการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คำแนะนำโดยทีมสหวิชาชีพ และจากการใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการระดับสูง ทีมสหวิชาชีพมีความภูมิใจและพึงพอใจมาก และสอดคล้องกับ อูมา จันทวิเศษ (2543; บทคัดย่อ) ศึกษาผลการใช้โครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า สามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2) ภาระงานการดูแลที่ 2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบประเด็นหลักที่สามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยหลักการจัดการดูแล ได้แก่ 1) การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย โดยต้องดูแลทำความสะอาดร่างกาย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเมื่อร่างกายปนเปื้อนกับสิ่งสกปรก เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และคอยดูแลเปลี่ยนอุปกรณ์ที่ใส่รองรับปัสสาวะ 2) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งมีผลช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับและช่วยในการหายของแผล โดยมีหลักการเตรียมอาหารที่คำนึงถึงโรคเคิมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การเตรียมส่วนประกอบของการทำอาหารสามารถประยุกต์ ใช้การประมาณสัดส่วนของส่วนประกอบอาหารโดยการเทียบประมาณใกล้เคียง โดยประมาณการใช้การหยิบมือ และการแบ่งอาหารจากจำนวนเต็มแล้วแบ่งอาหารออกเป็นส่วนๆ ละครึ่งๆ กัน ทดแทนการใช้เครื่องชั่ง วิธีการให้อาหารด้วยวิธีที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดการสำลัก การคำนึงถึงโรคประจำตัวที่เป็น และพื้นฐานความชอบของผู้ป่วย การตั้งเวลาการให้อาหารที่เหมาะสม 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 ใช้อุปกรณ์ช่วยในการพลิกตะแคงตัว เพื่อลดการเสียดสีของผิวหนัง การจัดท่านอนที่เหมาะสม ศีรษะไม่สูงเกิน 30 องศา มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม พร้อมทั้งต้องมีการติดตามกระตุ้นให้มีการพลิกตะแคงตัวอย่างต่อเนื่อง 4) การฟื้นฟูบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการท่ากายภาพตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ใช้การเล่นประกอบในการบริหารร่างกายเพื่อผู้ป่วยเกิดความสุขสนาน การเล่าเรื่องและทำท่าทางประกอบ และ 5) การพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการจัดหาอุปกรณ์ทดแทน

ในประเด็นนี้ได้ความรู้ใหม่ที่สามารถนำมาพัฒนาการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน คือ การประยุกต์การเทียบสัดส่วนในการเตรียมอาหารแทนการใช้เครื่องชั่ง การเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการ โดยการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า การพลิกตะแคงตัวแบบป้องกัน โดยใช้นาฬิกาพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง และแบบพลิกทุก 1 ชั่วโมง ในรายที่มีแผลกดทับแล้ว การใช้ผ้าปูที่นอนพับครึ่งแทนผ้าขาวแดงทั่วไปช่วยในการพลิกตะแคงตัว การฝึกกลืน โดยการนวดลิ้นและบริเวณกระพุ้งแก้ม

ด้วยน้ำเย็น อย่างน้อยวันละครั้ง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดีขึ้น ด้วยบริบทของโรงพยาบาลนภลัย ทุกหน่วยงานจะมีแนวทางการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการประกันคุณภาพ และการปฏิบัติตามแนวทาง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และจากการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับบริการในโรงพยาบาลทั้งส่วนที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษาและเกิดขึ้นขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การเกิดข้อติด ซึ่งทางโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยังพบว่า การประเมินด้านภาวะโภชนาการ การประเมิน เกี่ยวกับยาที่มีผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ยังไม่มีรูปแบบการประเมินที่ชัดเจน และจากการที่เจ้าหน้าที่ศึกษาผู้ป่วยใน ได้เริ่มมีการประเมินภาวะโภชนาการและยาที่ผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งสืบเนื่องจากการศึกษาของรอยและแอนดรูว์ (Roy & Andrew, 1999) พบว่า ภาวะทุพโภชนาการ มีผลกระทบโดยตรงต่อความสมบูรณ์ของผิวหนัง มีผลทำให้เกิดแผลกดทับ ได้สูงกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ และยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้ามีผลต่อการเกิดแผลกดทับและระดับความรุนแรงของแผลกดทับ (ช่อผกา สุทธิพงศ์, 2549: 64) ซึ่งภาวะซึมเศร้าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้หลายอย่าง เช่น ปัญหาด้านความคิดปกติกด้านการสื่อสาร (Parkin, 1990) และการใช้ยาบางชนิด ซึ่งกมลทิพย์ หาญผดุงกิจ (2547; 59) กล่าวว่า จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน ส่งผลให้ ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงมีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ (2543; บทคัดย่อ) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และ ช่อผกา สุทธิพงศ์ (2549; บทคัดย่อ) พบว่า ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง รับประทานอาหารได้น้อยและเกิดภาวะทุพโภชนาการทำให้แผลกดทับมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายและเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ผู้ป่วยวันละ 1 - 2 ครั้ง เนื่องจากไม่มีเวลาและค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความชื้นของผิวหนังตลอดเวลา ร้อยละ 40 ซึ่งผิวหนังที่มีความชื้นสูงมีโอกาสดเกิดแผลกดทับได้มากกว่าผิวหนังที่แห้งถึง 5 เท่า และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยไม่ถูกวิธีทำให้เกิดการเสียดสีของ ผิวหนังทำให้มีผลต่อการเกิดแผลกดทับได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี งามประเสริฐ และอารี นุรณกุล (2545: อ้างในช่อผกา สุทธิพงศ์) พบว่า การเพิ่มของแรงเสียดทานและแรงเฉือนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำนายการเกิดแผลกดทับ

ได้สูง และการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น รวมถึงการตัดแปลงสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์
เครื่องใช้สามารถทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (กิงแก้ว ปาจริย์, 2547: 247) สามารถช่วย
ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นกัน

3) *กระบวนการดูแลที่ 3 การสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย* พบประเด็นหลักในการ
ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า รู้สึกว่าตนเองมีศักดิ์ศรี มีเกียรติ ประกอบด้วย การให้
การดูแลด้วยความรัก ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจ การใช้หลักธรรมในการดูแล สวดมนต์
ไหว้พระ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามที่ต้องการ ผู้ดูแลมีการปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย และ
สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และการช่วยรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วย
จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี มีความสุข ไม่รู้สึกท้อแท้ หดห้วง

ในประเด็นนี้ได้ความรู้ใหม่ที่สามารถนำมาพัฒนาเพื่อช่วยเสริมสร้าง
คุณค่าให้ผู้ป่วย คือ การให้การดูแลด้วยความรัก ให้กำลังใจ ซึ่งนับว่าเป็นหัวใจสำคัญของผู้ให้การ
ดูแลที่ต้องมีเพื่อเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การให้การดูแลที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี มีความสุข
(เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544: 5) ซึ่งบรอนสไตน์ (Bronstein, 1991) รายงานว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองมักมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายและก้าวร้าว ขาดความ
อดทน และจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพา
ผู้อื่น (Sacco et al. 1997) ทำให้มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า (Ellis - Hill &
Horn, 2000 และ Feibel & Springer, 1982) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (ทศพร คำศิริ, 2548:
บทคัดย่อ) ภารกิจของผู้ดูแลต้องช่วยทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย ความรู้สึก
มีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมของผู้ป่วย (Reinhard, 1994) ซึ่งมีผู้วิจัยหลายท่านได้ศึกษา
เกี่ยวกับการมีคุณค่าในผู้ป่วย ได้แก่ สุนิตรา จตุรพรพัฒน์ (2543: บทคัดย่อ) พบว่า การพึ่งพา
มีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอัตมโนทัศน์
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) เนตรลาวัลย์
เกิดหอม พบว่า การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำให้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
รู้สึกมีคุณค่าและความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น สุทธิณี พัลวิไล (2545, บทคัดย่อ) พบว่า
การส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้ผู้ป่วยรู้สึก
มีคุณค่าในตนเอง และ มณีรัตน์ สมปอง (2547, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเด็กวัย โรงเรียนโรชธาลัสซีเมีย จะเน้นให้ความสำคัญของการ
ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเด็กโรชธาลัสซีเมียเพื่อสร้างความมั่นใจในตนเอง

4) *กระบวนการดูแลที่ 4 การสร้างเสริมความรู้* การเสริมสร้างความรู้
จะต้องเสริมสร้างทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

(1) การเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ดูแล พบประเด็นหลัก ที่สามารถทำให้ผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างความรู้จนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยมีวิธีการดังนี้ เริ่มจากขั้นตอนที่จะทำให้รู้ถึงปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล คือ การประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล โดยมีการประเมิน 4 ระยะ คือ ประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ก่อนกลับบ้าน และประเมินเมื่ออยู่บ้านต่อด้วย การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การดำเนินการของโรค การสอนและฝึกทักษะโดยผู้ที่มีความชำนาญ เกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทั้งทางปากและทางสายยาง การเตรียมอาหารการทำแผล การดูดเสมหะ การดูแลด้านการขับถ่ายอุจจาระ - ปัสสาวะ การทำกายภาพบำบัด การใช้ยา จัดให้มีการเรียนรู้จากผู้ที่ม่ประสบการณ์ การให้กำลังใจ ให้คำชมเชย คอยเป็นเพื่อนให้คำปรึกษา และช่วยเติมพลังยามเหนื่อยแก่ผู้ดูแล โดยการสร้างผู้ดูแลเพิ่มเพื่อผลัดเปลี่ยน การสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ร่วมกิจกรรม สันทนาการ

ในประเด็นนี้ได้ความรู้ใหม่ที่สามารถนำมาพัฒนาเพื่อการเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ดูแล คือ การเสริมสร้างความรู้ด้วยวิธีการเรียนรู้จากผู้ที่ม่ประสบการณ์ โดยการจัดกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้ให้บริการมักให้ความรู้ ข้อมูลต่างๆแก่ผู้ดูแล โดยไม่มีการประเมินถึงความต้องการของผู้ดูแลก่อนว่ามีปัญหาและความต้องการเป็นอย่างไร ทำให้มีผลทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับสิ่งที่ตรงกับความต้องการ และปัจจุบันการให้ความรู้มักมุ่งเน้นการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ดูแลไม่กล้าถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์จะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสดำแสดงความคิด ประสบการณ์ของตน ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลว่า " การที่ได้มานั่งคุยกันและได้เห็นว่ามีปัญหาอย่างไรทำให้มีความรู้และเข้าใจขึ้น และได้ผ่อนคลายความเครียดได้ "และการช่วยเติมพลังยามเหนื่อยแก่ผู้ดูแล โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ เช่น กลุ่มทำอาหาร กลุ่มเสริมสร้างรายได้ การจัดมุมออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งพบว่าการที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีจะมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ ความสามารถ (Ellis & Nowlis, 1994) และสภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ดูแล (Gaynor , 1991) และการจัดการดูแลผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวในการจัดการดูแลและพึ่งพาตนเองและช่วยหรือประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตลอดจนเสริมสร้างพลังอำนาจให้ ผู้ดูแลและครอบครัวมีความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อพัฒนาและใช้ศักยภาพในการดูแลและพึ่งพาตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยในทุกด้าน (สมจิต หนูเจริญกิจ, 2550: 20) จากการที่ผู้ป่วยมีความพิการ

ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ญาติต้องเผชิญกับความเครียด ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกาย อารมณ์ของผู้ป่วย และต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลและฟื้นฟูสภาพ ถ้าญาติ/ผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอ หรือขาดทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (อูมา จันทวิเศษ, 2543: บทคัดย่อ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรศิลปี ชื่นกุล (2542: บทคัดย่อ) พบว่า ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีเมื่อผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลที่ดี และจากการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญชณหะ (2541: 129-134) พบว่า การส่งเสริมผู้ดูแล โดยมีการให้ข้อมูลและความรู้ ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยและสามารถปรับบทบาทเป็นผู้ดูแลได้ การสอนและฝึกทักษะ เพื่อให้ผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพระดับสูงสุดตามศักยภาพของผู้ป่วย มีการสนับสนุนและชมเชยผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และการนำครอบครัวและญาติพี่น้องมามีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมกับผู้ดูแลซึ่งสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลได้ พร้อมทั้งมีการให้กำลังใจและคำปรึกษา และจากการศึกษาของ สุวพีร์ จันทระเจษฎา (2547) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ภายหลังได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลลดลง

(2) การสร้างเสริมความรู้แก่ผู้ให้บริการ พบประเด็นหลักที่สามารถช่วยให้ ผู้ให้บริการได้รับการเสริมสร้างความรู้ ประกอบด้วย จัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสร้างพยาบาลเฉพาะทางสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทำ conference case และการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย

ในประเด็นนี้ความรู้ใหม่ที่สามารถนำมาพัฒนาเพื่อการเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ให้การดูแล คือ สร้างพยาบาลเฉพาะทางสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล อย่างน้อยเดือนละครั้ง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและในชุมชน อย่างน้อยปีละครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของ โรงพยาบาลนภักดีเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนมีอายุราชการมากกว่า 5 ปี แต่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่างกัน และจากการรวบรวมประวัติการอบรมของ พยาบาลวิชาชีพ / พยาบาลเทคนิค พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ยังไม่เคยได้รับการ อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 10 ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติงานจะอาศัยประสบการณ์ ความเคยชิน ในการปฏิบัติงานของแต่ละคน จะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กันในขณะปฏิบัติในหน่วยงานอย่างไม่เป็นทางการ และปัจจุบันทาง

โรงพยาบาลนภลัยได้เริ่มพัฒนางานโดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เข้ามาเป็นเครื่องมือในการพัฒนางานในงานต่างๆ และจากพันธกิจของโรงพยาบาลนภลัยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กร โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการที่ดี มีคุณภาพ ต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 :21) ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้แบบปฏิบัติ เพราะการปฏิบัติคนเราจะมีประสบการณ์ไม่เหมือนกันเมื่อนำมาแลกเปลี่ยนกันมากๆ ทำให้ยกระดับความรู้ ความเข้าใจขึ้นไปอีก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถ พัฒนา ศักยภาพบุคลากรได้ โดยทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และความสำเร็จ (best practice) ของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดเป็นความรู้ใหม่ ซึ่งเครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดตาก ซึ่งประกอบด้วย 8 หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) 8 โรงพยาบาล ได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ความสำเร็จ ซึ่งกันและกันทำให้เกิดเป็นคลังความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งจังหวัด ปัจจุบันได้มีการนำวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ลงสู่ชุมชนและสถานอนามัย โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ ประสบการณ์การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเกือบทุกคน

5) กระบวนการดูแลที่ 5 การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา พบประเด็นหลัก ดังนี้ การช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ จัดตั้งศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์ / เครื่องมือ โรงพยาบาลนภลัย สถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล ในผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ต่อเนื่องที่บ้าน แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทรศัพท์ 1669 การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หลังจำหน่าย และการช่วยเหลือด้านสวัสดิการ โดยการจัดการดูแลในการขอรับใบรับรองผู้พิการ การทำบัตรทองผู้พิการ การขอรับเงินช่วยเหลือจากแหล่งชุมชน

ในประเด็นนี้ความรู้ใหม่ ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือและปรึกษา คือ จัดตั้งศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์ / เครื่องมือ โรงพยาบาลนภลัย การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย การจัดการดูแลในการขอรับใบรับรองผู้พิการ การทำบัตรทองผู้พิการ การขอรับเงินช่วยเหลือจากแหล่งชุมชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทำให้มีผลต่อเศรษฐกิจในครอบครัว และภาระของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อผู้ดูแลต้องรับภาระเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลจะรู้สึกขาดความมั่นใจ ถึงแม้ว่าขณะอยู่ในโรงพยาบาลจะได้รับการฝึกสอนและแนะนำจนเข้าใจ แต่เมื่ออยู่บ้านต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่บ้าน และด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

ง่าย ซึ่งยามเจ็บป่วยผู้ดูแลมีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ การมีแหล่งคอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา จะสามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ ดังที่ผู้ดูแลเล่าว่า " เวลา กลับไปอยู่บ้านก็ทำอะไรไม่ค่อยถูก ทั้งๆที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลตอนอยู่โรงพยาบาลแล้ว รู้สึกว่าขาดความมั่นใจ " ดังที่ผู้ดูแลเล่าว่า " ไม่มีเงินที่จะซื้อเตียง และอุปกรณ์ต่างๆ เพราะ ไม่มี รายได้ " ซึ่ง ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์ (2547: 292) กล่าวว่า การที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาลเพื่อกลับไปอยู่บ้านเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวถือว่าเป็นการก้าวไปข้างหน้าครั้ง สำคัญ เนื่องจากต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมให้ได้ การให้คำปรึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาได้อย่างราบรื่นและประสบ ผลสำเร็จ และการมีที่ปรึกษาทำให้มีการตัดสินใจที่ดีและสะดวก และช่วงที่อยู่บ้านผู้ดูแลจะเกิด ความกังวลมากขึ้น เนื่องจากต้องเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยคนเดียว ผู้ดูแลจะขาดความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองถูกตัดขาดจากสังคม ไม่มีผู้ช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี อ่อน ชื่นจิตร และ ฤทัยพร ตริตรอง (2544: 76) ผู้ดูแลจะเกิดความเครียดและขาดความมั่นใจ เมื่ออยู่บ้าน เนื่องด้วยสภาพแวดล้อมที่แตกต่างทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ระหว่างอยู่ใน โรงพยาบาล และอยู่บ้าน และจากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญหุณะ (2541: 159) พบว่า ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ต่อครอบครัวมีผลทำให้ขาดรายได้ จึงมีผลต่อการจัดซื้ออุปกรณ์ เครื่องมือในการดูแล และการศึกษา ของ ปริญญาภรณ์ พุ่มเจริญ (2550: บทคัดย่อ) พบว่า ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง คือ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุหนึ่งมาจากปัญหา ทางด้านเศรษฐกิจและที่อยู่อาศัย

6) กระบวนการดูแลที่ 6 การติดตามดูแลต่อเนื่อง พบประเด็นหลักที่จะช่วยให้สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยมีวิธีการ ได้แก่ มีการประสานเจ้าหน้าที่ ชุมชนร่วมวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนถึงก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล เพื่อวางแผนการ ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อประวัติผู้ป่วยยังชุมชนเมื่อผู้ป่วย กลับบ้าน มีการนัดผู้ป่วยมาตรวจเพื่อประเมินอาการต่อเนื่อง ซึ่งมีการจัดช่องทางลัด โดยนัด ช่วงเวลา 13.00 - 15.00 น. การประสานเจ้าหน้าที่ชุมชน ในรายที่ด้อยเงาะเลือดก่อนพบแพทย์ เพื่อ เงาะเลือดและนำส่งเลือดมาตรวจในช่วงเช้าและส่ง ผู้ป่วยมาตรวจช่วงบ่าย

ในประเด็นนี้ความรู้ใหม่ที่สามารถนำมาพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง คือ การจัดช่องทางลัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการนัดมา ตรวจในช่วงเวลา 13.00 น - 15.00 น และการประสานเจ้าหน้าที่ชุมชนเงาะเลือดและนำเลือดส่ง ตรวจในช่วงเช้าและส่งผู้ป่วยมาตรวจในช่วง 13.00 น - 15.00 น. ทั้งนี้เนื่องมาจาก นโยบายของ กระทรวงสาธารณสุขเน้นให้ทุกโรงพยาบาลมีการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุและ

ผู้พิการ แต่เนื่องจากผู้ใช้บริการที่มารับบริการแผนกงานผู้ป่วยร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการจัดทางทางด่วนในช่วงเวลาเช้าจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากในช่วงเช้าจะมีผู้มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก และแพทย์ที่ตรวจรักษามีจำนวนน้อย เพียง 2 ท่าน มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน และทำให้ไม่พาส่งผู้ป่วยมาตรวจรักษา ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการบอกเล่าของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนภักดิ์ เล่าว่า ที่ผ่านมามีผู้ใช้วิธีการนัดผู้ป่วยมาตรวจในช่วงบ่าย ส่วนผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการรักษาให้เจาะเลือดจะมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่งานเวชกรรมครอบครัวและชุมชนให้เจาะเลือดและนำเลือดมาส่งตรวจในช่วงเช้า โดยมีการกำหนดขั้นตอนในการนำส่งตรวจ และนำผู้ป่วยมาตรวจในช่วงบ่าย ซึ่งสามารถช่วยลดปัญหาผู้ป่วยรอนานได้ และมีผลทางอ้อมช่วยให้ผู้ป่วยไม่ขาดการรักษา แต่พบว่ายังขาดการประสานงานแก่หน่วยงานอื่นทราบเพื่อปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งจะสามารถช่วยลดปัญหาการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง และลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน และด้วยกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2545: 5) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่ม ผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องมีการติดตามอาการและดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการขาดการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลขาดความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญาภรณ์ พุ่มเจริญ (2550: บทคัดย่อ) พบว่า ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้และญาติผู้ดูแลทอดทิ้งไม่ต้องการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากผู้ดูแลขาดความรู้ และผู้ให้บริการขาดการวางแผนจำหน่ายที่ดี และระบบการ ส่งต่อยังมีปัญหา ผู้ให้บริการส่วนมากต้องการให้มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จากการศึกษาของ อรวรรณ เกตุแก้ว (2548: 122) พบว่า การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีผลดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสุขภาพ คือ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้ถูกต้อง มีความมั่นใจจากการได้รับคำแนะนำ การที่ผู้ป่วยได้อยู่บ้านทำให้รู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว และทีมสุขภาพได้รับทราบปัญหาของท้องถิ่นมากขึ้น สามารถนำมาวางแผนร่วมกับประชาชนได้มากขึ้นพร้อมทั้งยังเป็นทีไว้วางใจของประชาชนในชุมชน และการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชุนหะ (2541: 155) ยังพบว่า การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้เกิดความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้องและครอบครัว และสามารถลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ประเมินทุกคน (ร้อยละ 100.0) เห็นด้วยกับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น โดยเห็นว่า มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนภักดิ์ และ

สามารถนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ได้จริง มีค่าความเชื่อมั่นในภาพรวม 0.85 ทั้งนี้ เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลนภลัย ได้มาจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละบุคคล รวมถึง ผู้ดูแลและผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เจ้าหน้าที่งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้รับผิดชอบงานด้านโภชนาการ ซึ่งการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้มีการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ของตนออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผย มีการรวบรวมความรู้ ประสบการณ์ของแต่ละคนออกมาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รวมถึงที่ผ่านการปฏิบัติกันแล้วจนเกิดเป็นความภาคภูมิใจและสิ่งที่ยังไม่เคยปฏิบัติในโรงพยาบาลนภลัย แต่เคยปฏิบัติจากบุคคลที่เข้าร่วมสนทนาจากการปฏิบัติในโรงพยาบาลที่อื่นมาแล้วจนเกิดความสำเร็จ ในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทุกคนจะมีส่วนร่วม มีความอิสระในความคิด ซึ่งในปัจจุบันมีหลายองค์กรที่ได้มีการนำการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ อาทิ สถาบันบาราศนราดูร ก็เป็นองค์กรที่มีการนำการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือ ในการพัฒนาองค์กร ในหลายหน่วยงาน ได้แก่ ห้องผ่าตัด หน่วยจุลชีพวิทยากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกระบวนการทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ทำให้ได้นวัตกรรมที่เป็นยอมรับของเจ้าหน้าที่ทุกคน (อัจฉรา เชาวะวณิช อ่างใน วรรณภา เลิศวิจิตรจรัส, อรุณพิณ ชูเกาะทวด, 2549 : 125) พร้อมกับ โรงพยาบาลนภลัยอยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพด้วยทีมสหสาขา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจึงเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากเป็นกระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพงาน

3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พบประเด็นข้อเสนอแนะ
 2 ประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ดูแลและผู้ให้บริการและมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ แต่ควรมีการนำสู่การทดลองปฏิบัติและมีการประเมินผลเป็นระยะพร้อมทั้งนำผลที่ได้มาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.1.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรูปแบบที่ต้องอาศัยการปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพจึงต้องมีการสื่อสารให้บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบเพื่อนำสู่การปฏิบัติ ที่เกิดประโยชน์สูงสุด

3.1.3 ผลการศึกษาที่ได้ คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม หากโรงพยาบาลอื่นนำไปใช้ต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมกับบริบท

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ศึกษาผลของการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ไปใช้

3.2.2 นำวิธีการวิจัยที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป เพื่อเป็นการสนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ