

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และความคาดหวัง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตาม การรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางเบื้องต้นในการดูแลต่อเนื่อง ที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

4.1 ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง ที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

4.2 ความคาดหวังในการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองครั้งแรก ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

4.3 แนวทางเบื้องต้นในการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองครั้งแรก

4.1 ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง ที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่ เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมตามการรับรู้ของ ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ โดยมีประเด็นปัญหาและความต้องการ ดังนี้ (ดังตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1

ประเด็นปัญหาในภาพรวมตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

ปัญหา	ประเด็น	ตามการรับรู้ของผู้ป่วย	ตามการรับรู้ของครอบครัว	ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ
ปัญหาของผู้ป่วย	ขาดคนดูแล	มีผู้ดูแลเป็นครั้งคราว	ครอบครัวไม่มีเวลา	ไม่มีผู้ดูแลประจำ
	สิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่เอื้อ	ขึ้นนอนบนบันไดปากเข้าห้องนำลำบาก	-	-
	รายได้ลดลงแต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	ทำงานไม่ได้	ทำงานไม่ได้ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
	ปัญหาการขับถ่าย	ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก	ท้องผูก	-
	ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง...ต้องพึ่งพา	ต้องช่วยอาบน้ำ สระผม ทำไม้ถนัด	ช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน	-
	ปัญหาทางด้านจิตใจ	เครียดกังวล กลัวไม่หาย กลุ้มใจไปไหนไม่ได้ หงุดหงิด ท้อแท้	-	หงุดหงิด ท้อแท้ เป็นภาระให้ผู้อื่น
ปัญหาของครอบครัว	ไม่มั่นใจในการดูแล	-	ไม่เคยทำ กลัวทำไม่ถูกหลัก ไม่ได้ลองลงมือทำ ไม่กล้าทำ...กลัวผู้ป่วยเจ็บ	เป็นการดูแลสิ่งที่ซับซ้อน
	ไม่รู้ว่าจะดูแลอย่างไร	ไม่รู้ว่าควรทานอาหารอะไร	ไม่รู้วิธีการ ออกกำลังกาย	-
	จ้างคนดูแลที่ไม่ได้รับการอบรม	-	-	ใช้แรงงานต่างด้าว เช่น พม่า
	ดูแลไม่ไหว	-	-	เป็นการดูแลที่หนัก มีกิจกรรมหลายอย่าง
	หาซื้ออุปกรณ์ไม่เป็น	-	ไม่รู้แหล่งซื้อ เลือกซื้ออย่างไร	-
	ปัญหาทางด้านจิตใจ	-	ยอมรับเหตุการณ์ไม่ได้ กลัวดูแลไม่ดี	-
ปัญหาของระบบบริการ	ระยะเวลาในการทำกายภาพบำบัดน้อย	-	-	จำนวนเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยไม่สมดุลกัน
	การเตรียมผู้ดูแลไม่เพียงพอ	-	ให้ข้อมูลไม่เพียงพอ ระยะเวลาในการเตรียมน้อย ไม่ค่อยมีเวลามาเรียนรู้	- ขาดระบบการวางแผนการจำหน่าย และผู้รับผิดชอบ - ให้ข้อมูลไม่เข้าใจ - ระยะเวลาเตรียม 1-2 วัน - ไม่เน้นรายละเอียด - ไม่ได้เตรียมเรื่องสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์
	- ครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลขณะอยู่ ร.พ.	-	-	- ไม่ได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
	- ขาดการประสานงาน	-	-	- ไม่มีผู้รับผิดชอบ

ซึ่งจากตารางจะเห็นได้ว่า ประเด็นปัญหาตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่มีประเด็นคล้ายคลึงกันและชัดเจนเฉพาะประเด็นปัญหาของผู้ป่วยในเรื่องขาดคนดูแล และรายได้ลดลงแต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ส่วนประเด็นปัญหาอื่น ๆ พบว่า ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ต่อปัญหาของผู้ป่วยแตกต่างกันโดยไม่สนับสนุนกันทั้ง 3 กลุ่ม แต่มีปัญหาของผู้ป่วยในเรื่องสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่เอื้ออำนวย ที่ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพไม่มีการรับรู้ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ปัญหาของระบบบริการนั้นพบว่า บุคลากรสุขภาพเป็นผู้ที่มองปัญหาได้ดีกว่าผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นว่า การนำเสนอรายละเอียดของประเด็นปัญหาต่าง ๆ เป็นภาพรวมจะช่วยให้ครอบคลุมทุกการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1.1 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัว

เป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

มีประเด็นปัญหาหลักคือ

4.1.1.1 ปัญหาของผู้ป่วย

ประกอบด้วย ขาดคนดูแล สิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่เอื้ออำนวย รายได้ลดลงแต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ปัญหาการขับถ่าย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาทำกิจวัตรประจำวัน และปัญหาทางด้านจิตใจ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขาดคนดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกส่วนใหญ่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วมักขาดคนดูแล ทั้งนี้ก็เนื่องจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ทั้งสถานภาพของผู้ป่วยเอง เช่น เป็น โสดหรือเป็นหม้ายที่ต้องอาศัยอยู่กับญาติหรือลูกที่ยังเล็กอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เต็มที่ มีผู้ดูแลเป็นครั้งคราว บางครอบครัวสมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 มีผู้ดูแลเป็นครั้งคราว

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มีสถานภาพเป็น โสดหรือเป็นหม้ายที่ไม่มีคู่ชีวิตหรือลูกหลานช่วยในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียว น่าจะเป็นปัญหามากที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้เพียงลำพังเช่นเดิมหรือบางครั้งทำได้แต่ไม่ถนัด ซึ่งบางครั้งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้ ผู้ป่วยบางรายต้องรอญาติซึ่งอยู่คนละบ้านมาช่วยดูแล ซึ่งไม่สามารถมาดูแลได้ทุกวัน ผู้ป่วยจึงต้องอาบน้ำ 2-3 วันต่อครั้ง ผู้ป่วยบางคนอาศัยอยู่กับลูกที่ยังเล็ก เรียนหนังสือในชั้นประถมศึกษาไม่สามารถที่จะให้การช่วยเหลือได้จึงเสมือนกับว่าไม่มีใครคอยดูแล บางครั้งเกิดปัญหาในการดูแล

ตนเอง และประสบอุบัติเหตุขณะทำกายภาพด้วยตนเอง ผู้ป่วยรายหนึ่งอยู่บ้านเพียงลำพังมีพี่สาวที่อยู่คนละบ้านมาดูแลเป็นบางวัน กล่าวว่า

“...แต่พี่สาวอยู่คนละบ้านเรียกเขามาได้ ช่วยอาบน้ำ ช่วยสระผม เขาก็มาไม่ทุกวัน โทรไปเรียกเขามา 2-3 วันอาบที่เขาอยู่บ้านของเขา บ้านเขาอยู่ไกลไม่มาทุกวัน”

(สัมภาษณ์วันที่ 9 มิถุนายน 2550) (P04)

1.2 ครอบครัวไม่มีเวลาดูแล

จากการวิจัยพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ต่างเห็นว่าเมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับการที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก ครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนปกติ แต่ด้วยความจำเป็นของแต่ละครอบครัวที่สมาชิกทุกคนมีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เช่น บางคนต้องทำงาน บางคนต้องเรียนหนังสือ จึงไม่สามารถที่จะมาดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา บางครอบครัวจึงต้องปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวในช่วงตอนกลางวัน โดยหาอาหารไว้ข้าง ๆ ตัวผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเอง ซึ่งก็มีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เต็มที่ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไม่ดีพอ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา จากการที่ไม่มีผู้ดูแลหรือในบางครอบครัวใช้วิธีทำงานไปด้วยและเมื่อว่างจากการทำงานก็มาดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เต็มที่ บางช่วงเวลาผู้ป่วยขาดการดูแล แต่ในบางครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีพอ ที่พอจะจ้างคนดูแลมาดูแลผู้ป่วยได้ แต่ก็ยังมีความกังวลว่า คนที่จะจ้างมาดูแลผู้ป่วยนั้นจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีหรือไม่ เพราะการหาคนที่จะมาดูแลผู้ป่วยที่ดูแลได้ดีและถูกใจก็ค่อนข้างหายาก ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“...คือญาติต้องมีเวลาเหมือนว่าไม่ต้องทำอะไร แต่หนูก็ว่ามีน้อยนะที่ญาติ จะไม่มีภาระในตัวเขาเองเลยนะ อย่างหนูเป็นเด็กก็ต้องเรียน ถ้าเป็นผู้ใหญ่ ก็ต้องทำงาน ถ้าเป็นคนแก่ก็ทำไม่ไหว มันเป็นไปได้น้อยที่จะไม่มีภาระเป็น ของตนเองนะ”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“...ก็ทำงานด้วยและดูแลเขาด้วย...ก็ป้อนข้าว อาบน้ำ พอเสร็จก็ไปทำงานต่อ”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...อยู่ที่บ้านก็คงต้องจ้างคนมาดูแลแหละค่ะ ...แต่ก็ไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไรบ้างช่วงแรก หากคนมันก็หาลำบากเหมือนกัน แต่ก็มิแล้วแหละแต่ไม่รู้ว่าแกจะเป็นอย่างไร ”

(สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2550) (F 03)

ในขณะที่บุคคลากรสุขภาพ มองเห็นว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยประจำ ครอบครัว จะช่วยดูแลในกิจกรรมที่จำเป็นก่อนที่จะไปทำงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เต็มที่ เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังคำกล่าวของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกว่า

“คือจากการซักประวัติแล้ว คุณคนไข้ทำไม Poor Hygine จังเลย คือตัวไม่สะอาด ลีซุน ก็เลยเขียนจดหมายส่งไปที่สำนักอนามัยนะคะให้เขาไปดูที่บ้าน พอเขาไปดูก็แจ้งกลับมาว่า เขาเจอว่าคนไข้นอนอยู่คนเดียวจริง ๆ มีข้าวตั้งอยู่อย่างเงี้ย”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 09)

2. สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย

สิ่งแวดล้อมภายในบ้านเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านจึงมีปัญหาที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่เอื้ออำนวย ได้แก่ ขึ้นนอนชั้นบนลำบาก เข้าห้องน้ำลำบาก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ขึ้นนอนชั้นบนลำบาก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมองว่า เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน การเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหว ภายในบ้านจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อความเหมาะสมกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก ผู้ป่วยที่เคยนอนอยู่ชั้นบนก็ต้องมานอนชั้นล่างเพราะผู้ป่วยขึ้น-ลงบันไดไม่สะดวกเหมือนเดิม ทั้ง ๆ ที่การนอนชั้นล่างก็ไม่สะดวกสบายสำหรับผู้ป่วย เพราะการนอนข้างล่างเสียงจะดัง มีคนพูดคุยกัน ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับแต่ก็ต้องอดทน ดังคำกล่าวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกว่า

“เออ...นอนชั้นล่าง ยังไม่ขึ้นชั้น 3 ยังไม่ค่อยแน่ใจเท่าไร ไม่รู้ว่าถึงวันอังคาร มันจะดีแค่ไหนไหม มันจะเดินคล่องจริง แต่คงขึ้นชั้น 3 ไม่ได้”

(สัมภาษณ์วันที่ 9 มิถุนายน 2550) (P 04)

“นอนข้างล่างไม่ค่อยหลับ คนมันคุยกัน ก็ที่นี้คนมันเยอะ เดินคุยกันทั้งคืน”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (P 06)

2.2 เข้าห้องน้ำลำบาก

ห้องน้ำเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เพราะผู้ป่วยจำเป็นจะต้องเข้าไปทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ปัสสาวะ และอุจจาระทุกวัน การที่ผู้ป่วยมีแขนขาอ่อนแรง ทำให้การเคลื่อนไหวและทรงตัวไม่ดีเหมือนเดิม จึงทำให้การเข้าห้องน้ำเป็นสิ่งที่

ลำบากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะโดยส่วนใหญ่ห้องน้ำจะคับแคบและลื่น บางครอบครัวจึงต้องปรับเปลี่ยนหรือทำห้องน้ำใหม่ เช่น จากเดิมที่ไม่มีราวจับก็ต้องทำราวจับให้สำหรับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุ ส้วมจากเดิมที่นั้งยอง ๆ ก็ต้องปรับเปลี่ยนเป็นแบบชักโครก เพราะผู้ป่วยไม่สามารถงอขาหรือนั่งได้นาน ๆ เพราะจะเกิดการปวดขาและไม่ถนัด ดังคำกล่าวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกว่า

“ห้องน้ำซื้อตัวสวมแบบนั้งยอง ๆ มาใส่...เพิ่งซื้อมาเพราะปกติเราไม่จำเป็นต้องใช้ พอมันเกิดเรื่องนี้แล้วใช้ใหม่ ต้องรีบซื้อไว้เพราะจะต้องกลับบ้านแล้ว”

(สัมภาษณ์วันที่ 9 มิถุนายน 2550) (P 04)

“ไม่สะดวก จะต้องจ้างให้เขาทำใหม่แล้ว มันนั่งไม่ได้ มันดำ (นั้งยอง ๆ) เรา นั่งไม่ถนัด นั่งแล้วจะปวดขา นั่งไปนั่งมาแล้วเวียนหัว...กลัวล้มด้วย แล้วในนั้นมันลื่น เลยจะต้องจ้างเขามาทำ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (P 06)

3. รายได้ลดลง แต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

ปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะในช่วงแรกผู้ป่วยยังไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม และจำเป็นต้องมีผู้ดูแลหลัก จึงทำให้ครอบครัวขาดรายได้จากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ประกอบกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่จะต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และผลการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องแสวงหาวิธีการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย จึงทำให้ค่ารักษาและค่าดูแลผู้ป่วยมากขึ้นตามลำดับ

3.1 รายได้ลดลง...เพราะทำงานไม่ได้

เมื่อผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงานป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้เหมือนปกติ เนื่องจากมีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องพักรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายอยู่กับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้จากการประกอบอาชีพที่เคยทำ บางครอบครัวที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยก็ไม่สามารถที่จะหยุดงานได้ เพราะจะทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ก็จำเป็นต้องอดทนทำงานต่อเท่าที่จะพอทำได้ ซึ่งก็ไม่เต็มเหมือนเดิม จึงมีผลทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงจากเดิม ผู้ป่วยบางคนจำเป็นต้องมีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว จึงส่งผลให้ผู้ดูแลหลักต้องหยุดขายของเพื่อมาดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ขาดรายได้และอาจจะไม่มีที่ทำมาหากิน เพราะมีคนอื่นเข้ามาขายของแทนช่วงที่ผู้ดูแลหลักต้องมาดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า

“ มีอาชีพเปิดโต๊ะสนุกต้องมีการบริการลูกค้าโดยจัดเรียงลูกให้ แต่พอป่วยทำได้ไม่นานลูกค้าที่เห็นใจก็บอกว่าไม่ต้องเรียงให้ก็ได้ เพราะทำได้ช้า และก็ต้องบอกลูกค้าว่าขอปิดโต๊ะหนึ่งเพราะเป็นห่วงสุขภาพตัวเอง ซึ่งแต่เดิมเปิดบริการถึงสว่างก็มีถ้ามีลูกค้าก็ทำให้รายได้ลดลงจากเดิม”

(สัมภาษณ์วันที่ 14 กรกฎาคม 2550) (P 05)

ซึ่งมีผู้ดูแลหลักรายหนึ่งกำลังประสบปัญหารายได้ลดลง เพราะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบ้านที่ต้องดูแล จึงไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ ได้กล่าวว่า

“...เนี่ย ป้าทำคนเดียว ทั้งลูกทั้งหลานหากิน พอเป็นอย่างนี้เสียคนก็ขายของไม่ได้... พอลุงเขาไม่สบาย หยุคขายคนอื่นเขาก็มาแทรกที่ขาย ที่นี้เราก็งงไม่รู้เลยว่าจะมีที่ขายหรือเปล่า ยังกลุ่มใจอยู่เนี่ย ”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 05)

3.2 ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมองว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและดูแลที่ยาวนานไม่สามารถจะบอกได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร ซึ่งตลอดระยะเวลาของการรักษาและดูแลจะต้องมีค่าใช้จ่ายทั้งในเรื่องค่ายา ค่าอาหาร ค่าทำกายภาพ ค่ารถไปทำกายภาพ และบางครั้งครอบครัวก็เสาะแสวงหาวิธีการรักษาอื่นที่คาดว่าจะสามารถทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น เช่น ยาหม้อ ยาจิ๊ด ถึงแม้ว่าจะมีราคาสูงก็ตาม และในบางครั้งครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ ก็จำเป็นต้องจ้างคนมาดูแลผู้ป่วยแทน ซึ่งก็เป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นตามมา ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“ค่าใช้จ่ายอะไรมันก็มากขึ้น ไม่สบายที่ค่าใช้จ่ายเยอะมากเลยคะ อ้าว... ไปกายภาพเนี่ยวันหนึ่งก็ 500 บาทค่ากายภาพ อย่างรถเนี่ยให้ลูกไปส่ง ขากลับเราไม่ได้ให้เขา รอ เราก็กลับแท็กซี่ วันหนึ่งก็ตีว่า 600 ค่ากินค่าอยู่ตีเสีย 400 เพราะว่าเราไม่ได้ทำกินเราสั่งเอา จะกินอะไรเราก็จะซื้อเอา มื้อละ 100 สำหรับคนป่วย คัมจีอะอะไรอย่างเงี้ย ก็ตกวันละ 1,000 ค่ายาอีกหละ”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“ที่หมอบอกว่ายาตัวเนี่ยเพิ่งสั่งเข้ามาเข็มละสองพัน ต้องฉีดวันละ 2 เข็ม 7 วัน ก็บอกว่าเอาเลยหมอบอก เข็มเขาก็จะถามเราก่อน...เพราะที่ลองมาทุกอย่าง อาทิตย์ละสี่พันเก้าลองมา 4 อาทิตย์ ค่ายาหม้ออีกต่างหากนะ หม้อละสองพัน ยาละลายเส้นนะเก้าร้อย วันนี่ต้องเอายาหม้อนะสองพันห้า คือเราไปหมคตรงนี้ เดือนละเกือบห้าหมื่น”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

ส่วนบุคลากรสุขภาพมองว่า ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการที่ต้องจ้างคนมาดูแล และ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่าอาหารสายยาง ค่าผ้าอ้อม และเป็นการดูแลที่ยาวนาน ดังคำกล่าวของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในว่า

“ครอบครัวอาจจะต้องจ้างคนมาดูแล หรือคนในครอบครัวจะต้องมาดูแลผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายก็จะเพิ่มขึ้น ในเรื่องการดูแลคนไข้กลุ่มนี้ เพราะเป็น Case Chronic การดูแลนานแล้วก็เรื้อรังไม่มีวันจบ”

(สัมภาษณ์วันที่ 18 สิงหาคม 2550) (H 07)

4. ปัญหาการขับถ่าย

ปัญหาการขับถ่ายเป็นปัญหาหนึ่งที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่พบปัญหาด้านการขับถ่าย พบทั้งในเรื่องปัญหาท้องผูกและปัสสาวะลำบากหรือจะมีอาการปัสสาวะบ่อยกลับไม่ได้นานซึ่งอาจเป็นจากภาวะเดิมของผู้ป่วยอยู่แล้ว เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ประกอบกับความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการจึงทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการขับถ่าย

4.1 ท้องผูก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกส่วนใหญ่มองว่าท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้ในช่วงแรก ๆ ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง หรือมีการเคลื่อนไหวน้อยลงจึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วย จึงต้องหาวิธีการเพื่อแก้ปัญหอาการท้องผูก เช่น รับประทานผักและผลไม้มาก ๆ หรือเวลาอยู่โรงพยาบาลทำให้ระบบการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง ถ่ายอุจจาระไม่ออก ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“ท้องผูกเหมือนกันเมื่อกลับมาอยู่บ้าน คิดว่าจะทานน้ำส้มมะขามช่วย”

(สัมภาษณ์วันที่ 14 กรกฎาคม 2550) (P 05)

“อยู่โรงพยาบาลไม่รู้เป็นเป็นไง มันอึดอัดไปหมด ถ่ายก็ไม่ออก”

(สัมภาษณ์วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2550) (P 01)

ส่วนผู้ดูแลหลักให้ความเห็นว่า อาการท้องผูกเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งที่รับประทานอาหารทุกวันจึงต้องแก้ไขโดยการให้ยาระบาย ดังกล่าวไว้

“ตกลงดี มานี้กินได้ทุกวัน ตั้งแต่ 4 วันแล้วยังไม่ถ่ายเลย ต้องกินยาระบายให้ถ่าย”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (F 02)

4.2 ปัสสาวะไม่ปกติ

อาการปัสสาวะไม่ออกเป็นอีกปัญหาหนึ่งในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองครั้งแรก ซึ่งในช่วงแรกผู้ป่วยบางคนจึงจำเป็นต้องใส่สายปัสสาวะคาไว้ ซึ่งเป็นสิ่งแปลกใหม่สำหรับผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยจะรู้สึกรำคาญต่อการใส่สายปัสสาวะ แต่ผู้ป่วยก็ต้องอดทน เพราะไม่สามารถปัสสาวะออกเองได้ แต่ในบางคนผู้ป่วยกลับปัสสาวะกลั้นไม่อยู่ทำให้ปัสสาวะกระปริบกระปรอย หกเลอะเทอะ ผู้ดูแลหลักจึงต้องมีภาระเพิ่มมากขึ้นจากการทำความสะอาด ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“ปวด แต่กลั้นไม่ออก เบ่งก็เบ่งไม่ออก พยาบาลเขาก็ให้ใส่สายและกด กดอย่างเนี้ย ยังบอกว่าทำไมเยอะอย่างนี้ แล้วทีนี้หมอก็บอกว่าให้ใส่สายยาง... ไม่เจ็บ ธรรมดา แต่ก็รู้สึกเกะกะนิดหน่อยนะ เหมือนรู้สึกว่ามีอะไรอยู่ข้างใน แต่ก็ต้องอดทนนะ เราเป็นอย่างนี้นะ คิกว่านี่ไม่ออก เบ่งทำไหราก็ไม่ออก”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (P 04)

“กลั้นนี่ไม่ค่อยอยู่ ปวดแล้วมันไหลเลย ... นี้อลเลย ก็ Pampers ที่ซื้อมาจาก โรงพยาบาลหมดแล้ว... ที่หลับที่นอนเปื้อนหมด คนซักจะไม่ไหวแล้ว”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (P 06)

5. ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง... ต้องพึ่งพาทำกิจวัตรประจำวัน

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่มากบ้าง น้อยบ้าง ขึ้นกับระดับและปริมาณการสูญเสียการทำงานของสมอง จึงทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ลดน้อยลง หรือบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและช่วยเหลือ โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นการรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว พาเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่าย ทำความสะอาด ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเคี้ยวและกลืนอาหารได้ตามปกติจึงต้องให้อาหารทางสายยาง บางรายต้องเจาะท่อทางเดินหายใจเพื่อช่วยระบายเสมหะเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถขับเสมหะออกเองได้ ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยหญิงที่เป็นโสดจะไม่ให้ผู้ดูแลที่เป็นผู้ชายมาช่วยอาบน้ำให้ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะเป็นพี่น้องกันก็ตาม ผู้ป่วยมองว่าเป็นการไม่เหมาะสม จึงต้องรอพี่สาวที่อยู่คนละบ้านมาอาบน้ำให้ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“...เขาช่วยอาบน้ำ สระผม... อ้าว... ต้องอาบให้ซิไม่อาบได้ไง ก็ต้องให้ผู้หญิงอาบจะให้ผู้ชายอาบได้ไง และก็สระผมด้วยเขาดีมากๆ มีพี่น้องดิ ก็ชื่นใจผู้หญิงอาบให้ผู้หญิงถูกต้องที่สุด... เราเป็นพี่น้องกัน ไม่ใช่พี่ชาย ไซ้ใหม่ พี่ชายก็เรื่องเล็กซิ มีพี่สาวช่วยอาบให้ก็ดีแล้ว ผู้ชายจะอาบได้ไง (หัวเราะ)”

(สัมภาษณ์วันที่ 9 มิถุนายน 2550) (P 04)

“ผู้ป่วยเล่าว่ายังพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ก็ไม่ค่อยถนัดเหมือนเดิม ใส่เสื้อผ้า ทานอาหาร ได้เองแต่เวลาเข้าห้องน้ำทำความสะอาดต้องให้ภรรยาช่วย”

(สัมภาษณ์วันที่ 14 กรกฎาคม 2550) (P 05)

ส่วนครอบครัวต่างมีความเห็นว่า กิจกรรมประจำวันส่วนใหญ่ที่ต้องการความช่วยเหลือ คือ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลเสมหะ เพราะผู้ป่วยยังทำเองได้ไม่ถนัด ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“ที่เค้กกงงานเขาก็จะห้ามเข้าห้องน้ำ โชคดีที่นี้มีเด็ก ๆ เยอะ และเด็กทุกคนก็ดีไม่รังเกียจ เค้าแก่เรียกปุ๊บวิ่งปรี๊ดเลย”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“...แต่ก่อนยาไม่ได้เป็นอย่างนี้ แต่ก่อนกินข้าวทางปาก...เขาก็บอกให้กินอาหารทางสายยางแล้วก็ให้น้ำ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...เขาก็จะบอกว่าเราจะต้องดูแล Suction อย่างเนี่ยนะ เขาคงไม่ตีไปกว่านี้มากนัก”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“...กินข้าวอะไรอย่างเงี้ย เราต้องทำทุกอย่างให้อี อาน้ำเปลี่ยนกางเกงให้อีทำได้ทุกอย่างเพียงแต่ยังไม่ค่อยถนัด ซ้ำ ไปไหนเราก็ต้องตามอีไป”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 06)

6. ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย

ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ส่งผลมาจากร่างกายที่ไม่เหมือนเดิม มีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจึงมีความเครียดกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ กลัวว่าจะไม่หาย กลุ้มใจไปไหนไม่ได้และหงุดหงิดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังมีรายละเอียดดังนี้

6.1 เครียด กังวล กลัวไม่หาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงแรก ๆ ผู้ป่วยต่างยอมรับว่า จะรู้สึกคิดมาก เครียดและวิตกกังวลในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพราะด้วยสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่ไม่เหมือนเดิม ไม่สามารถทำอะไรได้ตามที่ตนเองต้องการเหมือนปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเสมือนว่าตายทั้งเป็น ประกอบกับการรักษาในปัจจุบันยังต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนาน และผลการรักษายังไม่ยืนยันว่าผู้ป่วยจะกลับมาหายเป็นปกติเหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกกังวลกลัวว่าจะไม่หาย ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“...ตอนเป็นใหม่ ๆ คิดมากนะหมอ เครียดเพราะตัวเราทำอะไรไม่ได้ เหมือนตายทั้งเป็น กลัวไม่หาย คิดมาก”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (P 03)

“ที่กังวลก็มีอยู่เรื่องเดียวว่ากลัวอำมาไม่หาย แต่หมอจันทน์ก็บอกว่าต้องใช้เวลา เพราะอำมาอายุเยอะ ”

(สัมภาษณ์วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2550) (P 01)

6.2 กลุ้มใจไปไหนไม่ได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลุ้มใจ ที่จากเดิมสามารถเดินไปไหนต่อไหนได้ อยากไปไหนก็สามารถไปได้ แล้วอยู่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถไปไหนได้ตามที่ตนเองต้องการ เนื่องจากแขนขาอ่อนแรงไม่สามารถเดินไปไหนได้สะดวก ต้องนอนอยู่กับบ้าน นอนคูทีวี เพื่อให้เวลาหมดไปวัน ๆ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า

“...ก็กลุ้มใจ เหมือนกันแหละ ปกติเดินทุกวัน เดินไป-กลับราว ๆ 3 กิโลเมตรตรงเสาชิงช้าตรงที่คุกเก่านะ ไปทาง ร.พ.กลาง แล้วเดินตัดไปเลย...เพราะเราผ่านงานมาเยอะเป็นนักข่าว 40 กว่าปีไปไหนมาทั่วประเทศเลย...”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (P 07)

6.3 หงุดหงิด...ท้อแท้ เป็นภาระให้ผู้อื่น

จากเดิมที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ แต่เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก มีอาการแขนขาอ่อนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิมซ้ำยังต้องเป็นภาระให้ผู้อื่นและครอบครัวต้องดูแล ซึ่งผู้ป่วยยอมรับว่ารู้สึกหงุดหงิดที่ต้องตกอยู่ในสภาพแบบนี้ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า

“ คนเราเป็นอย่างนี้มันก็ต้องนิดหน่อยแหละ ใจเผลอว่าไม่หงุดหงิดเลยเป็นไปไม่ได้มันเป็นปกติของมัน คือแขนซ้ายใช้ไม่ได้ ขาซ้ายใช้ไม่ได้เหลือแค่ครึ่งตัวเนี่ย ไม่กระดุกกระเดี่ยอะไรอย่างเนี่ย...มันก็ต้องมีหงุดหงิดหน่อย ”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (P 04)

ส่วนบุคลากรสุขภาพต่างมองเห็นตรงกันว่า สภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมักจะมีอารมณ์หงุดหงิด เพราะรู้สึกว่าตนเองสูญเสียความสามารถ บางรายท้อแท้เพราะคิดว่าเป็นภาระของผู้อื่น ดังคำกล่าวของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในว่า

“คืออารมณ์คนไข้เนี่ย พอเขาเป็นอย่างเนี่ย เขาจะหงุดหงิด แล้วก็พยายาม จะช่วยเหลือตัวเอง จะลุกอะไรอย่างเงี้ยก็จะเกิดอุบัติเหตุล้มนลงไปอย่างเงี้ย พอเราไม่ให้เขาลงมา เขาก็จะรู้สึกสูญเสียความสามารถที่เขาเคยทำได้ เขาก็จะหงุดหงิด แล้วบางคนก็ซึม ๆ เหมือนกัน”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

“ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ทางใจ และผู้ป่วยจะรู้สึกว่าป็นภาระกับผู้อื่น”

(สัมภาษณ์วันที่ 18 สิงหาคม 2550) (H 07)

4.1.1.2 ปัญหาของครอบครัว

ประกอบด้วย ไม่มั่นใจที่จะดูแล ไม่รู้ว่าดูแลอย่างไร จ้างคนดูแลที่ไม่ได้รับการอบรม การดูแลผู้ป่วย ดูแลไม่ไหว หาซื้อเลือกซื้ออุปกรณ์ไม่เป็น และส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ไม่มั่นใจที่จะดูแล

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกกลับมาอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการดูแล และช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งครอบครัวจะต้องรับผิดชอบในการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยเพียงลำพัง โดยปราศจากความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ จึงทำให้ผู้ดูแลหลัก รู้สึกว่าไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพราะสาเหตุดังนี้

1.1 ไม่เคยทำ...ไม่มีประสบการณ์

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมองว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลหลักไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้านนั้น เพราะว่าผู้ดูแลหลักไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน เป็นภาระหน้าที่และบทบาทใหม่ที่จะต้องทำ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยาง หรือการดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอและจำเป็นต้องดูดเสมหะ เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก เมื่อต้องไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ครอบครัวคิดว่าน่าจะมีปัญหาแน่นอน เพราะผู้ดูแลหลักไม่มีประสบการณ์มากพอในการดูแล ดังคำกล่าวของครอบครัวรายหนึ่งว่า

“มันน่าจะมีปัญหา...เราไม่มีประสบการณ์ว่าจะดูแลอย่างไร เราเรียนมาแต่เรื่องดูดเสมหะให้อาหาร ซึ่งอาจอยู่วันหนึ่งสายอาหารอาจจะหลุดจากกระเพาะ เราก็อาจจะไม่รู้ เราก็อ้อ ๆ ไปเราก็อ้อ ๆ”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

1.2 ดูแลสิ่งที่ซับซ้อนเกินไป

ซึ่งบุคลากรสุขภาพต่างมองว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน ที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ต้องใส่สายให้

อาหาร หายใจผ่านทางท่อช่วยหายใจ และต้องดูแลเสมหะเป็นการดูแลที่ซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วย โดยทั่ว ๆ ไป ผู้ดูแลหลักจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลหลักไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อนหรือไม่ใช่บุคลากรสุขภาพก็ค่อนข้างที่จะลำบากในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรสุขภาพได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า

“อย่างถ้าพวกหนัก ๆ เนี่ย ปัญหาของเขาก็คือปัญหาเรื่องการดูแล เพราะว่า มันก็มีหลายอย่าง เช่น NG tube, Suction อะไรอย่างเงี้ย กายภาพก็อะไรอย่างเงี้ย ญาติจะรู้สึกเหมือนหนักใจมากจะทำได้หรืออะไรอย่างเงี้ย”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

1.3 กลัวทำไม่ถูกหลัก... กลัวดูแลไม่เป็น

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกกลับไปอยู่บ้าน ครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ซับซ้อน เพราะผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง และไม่สามารถปัสสาวะเองได้ต้องใส่สายปัสสาวะ ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลหลักไม่เคยทำมาก่อน จึงรู้สึกไม่มั่นใจที่จะดูแล กลัวว่าจะทำไม่ถูกต้อง เพราะเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ผู้ดูแลหลักจึงไม่รู้ว่าทำผิดหรือถูก

1.3.1 กลัว...ไม่รู้ว่าทำผิดหรือถูก

ครอบครัวมองว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลหลักไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน เพราะว่าเมื่อกลับมาอยู่บ้านนั้น ผู้ดูแลหลักทำไม่ได้ ไม่เหมือนกับเวลาที่ผู้ดูแลหลักมาเรียนรู้กับพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ดูแลหลักมาเรียนรู้การทำอาหารสายยาง และวิธีการให้อาหารสายยาง แต่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลหลักทำอาหารสายยางแต่อาหารขึ้นไป ไม่สามารถให้อาหารได้ จึงต้องเติมน้ำและลดจำนวน และขณะที่ให้อาหารผู้ป่วยจะมีอาการสะอึกตลอดจึงทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกกลัวและไม่มั่นใจว่าตนเองทำถูกต้องหรือเปล่า ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“... เราก็เลยบอกว่าเรากลัว เพราะเราไม่รู้ว่าร่างกายเขาจะตอบสนองอย่างไร...กลัวลมเข้ากระเพาะ ให้อาหารที่ไรก็สะอึกตลอดอะไรอย่างเงี้ย... เพราะตามที่เขายกมันขึ้นไปก็เลยเติมน้ำ ลดจำนวน จุดนี้แหละทำให้เราไม่รู้ว่ามันผิดหรือถูก...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

1.3.2 กลัว...เมื่อมีอาการผิดปกติ

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปัสสาวะขุ่นมีตะกอนในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ดูแลหลักเริ่มรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลว่าตนเองทำอะไรไม่ถูกต้อง

หรือเปล่า มีปัสสาวะไหลย้อนเข้าไปหรือเปล่า เพราะผู้ดูแลหลักรับรู้ว่าจะมีการติดเชื้อได้ ถ้ามีปัสสาวะไหลย้อนเข้าไป ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“...ก็เขาบอกว่าถ้ามีน้ำไหลย้อนเข้าไปมันจะติดเชื้อ มีคนบอก หนูชอบถามคนที่เขาเป็นไง เวลาที่หนูไปซื้อกับข้าวที่ตลาด...มาวันที่สองนี่ก็ขุ่นมีตะกอน เราก็คงใจว่ามาอยู่บ้านเอาแล้ว เริ่มเป็นโน้นเป็นนี่ หนูก็เริ่มกลัวแล้ว”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

1.4 ไม่ได้ลองลงมือทำ

การที่ผู้ดูแลหลักไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้านนั้น เพราะผู้ดูแลหลักมองว่าการเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้สอนการบอกและสาธิตให้ผู้ดูแลหลักดู โดยไม่ได้ให้ผู้ดูแลหลักลงมือปฏิบัตินั้น เมื่อกลับมาบ้านผู้ดูแลหลักจะไม่มั่นใจว่าทำถูกต้องหรือไม่ ลองผิดลองถูกเองโดยไม่มีผู้แนะนำ จึงทำให้ผู้ดูแลหลักไม่มั่นใจในการดูแล ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“ก็เหมือนกับว่าเราต้องปฏิบัติกับเขา เขาสอนมา อย่างพยาบาลบางคนสอนจิ้ม ๆ อย่างเงี้ย ที่ตรวจน้ำตาล ใครจะรู้ว่าจิ้มอย่างไร ใช่ไหม...ทุกคนแหละ นอกจากจะแก่ใจเอง จะผิดหรือถูก มันก็เหมือนหนูทดลองอย่างเงี้ย แต่เนี่ยมันไม่ใช่หนูทดลอง ”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...ก็คือตอนเราทำ เขาไม่ได้มาดูไงกะ ต้องดูด้วย จะได้รู้ว่าเราทำได้ไหม ทำผิดตรงไหนจะได้บอกเลย”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

1.5 ไม่กล้าทำ...กลัวผู้ป่วยเจ็บ

ในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน บางกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บโดยการแสดงสีหน้าไม่สุขสบายหรือส่งเสียงร้อง เช่น เมื่อผู้ป่วยท้องผูกแล้วใช้ยาสวนอุจจาระให้ผู้ป่วย แล้วหลังจากนั้นผู้ป่วยก็ถ่ายจนเพื่อยมากทำให้ผู้ดูแลหลักกลัวว่าการสวนอุจจาระจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บและเป็นอันตรายกับผู้ป่วยจึงไม่กล้าทำอีก หรือการดูดเสมหะให้ผู้ป่วยที่เจาะคอ แล้วผู้ป่วยแสดงสีหน้าเหมือนเจ็บปวดและไอขณะที่คุณดูดเสมหะผู้ดูแลหลักก็จะไม่กล้าใส่สายเข้าไปสัก ๆ เพราะกลัวว่าจะทำให้บุคคลอันเป็นที่รักของตนเจ็บปวด ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“ไม่กล้า กลัวเขาเจ็บและไม่เคยทำด้วย ส่วนมากให้เขาถ่ายเอง คือปู่เขาเคยถ่ายไม่ออก พี่สะใภ้เขาเคยสวนให้ปู่สู้อึดบื้อ”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“แรก ๆ ที่ทำแผลแล้วแม่เขาเจ็บ...เราจะกลัวแม่เจ็บเสียมากกว่า อย่างดูคนหะ อย่างเงี้ยก็จะไม่กลัวดูดลิก เพราะกลัวเขาเจ็บ แต่จริง ๆ แล้วเราควรที่จะดูให้หมด แต่ในความเป็นญาติเห็นเขาเจ็บเราก็ไม่กลัวดูแล้ว มันก็ทำให้เกิดเสลด ค้างอยู่อย่างเงี้ย ญาติเนี่ยแหละจะเป็นคนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ถ้าเราจะทำแผลอย่างเงี้ย เราก็ไม่กล้าสอดเข้าไปดลิก ๆ เขาเจ็บปึบเราก็ไม่กล้าทำแล้ว”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

2. ไม่รู้ว่าดูแลอย่างไร

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นหน้าที่ของครอบครัวและผู้ดูแลหลักในการที่จะต้องดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตให้ได้เหมือนเดิม แต่จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวไม่รู้ว่าอาหารอะไรที่ไม่ควรรับประทาน ไม่รู้...วิธีการทำกายภาพบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ไม่รู้ว่า...ควรรับประทานอาหารอย่างไร

ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่โรงพยาบาลต่างให้ความเห็นว่าไม่มีบุคลากรสุขภาพมาแนะนำหรือให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง ซึ่งผู้ป่วยบางคนก็จะรับประทานอาหารตามที่ตนเองต้องการ ในแต่ละวัน 4-5 มื้อ แต่บางคนก็รู้ว่าควรที่จะรับประทานผักและผลไม้ ไม่ควรรับประทานอาหารมันมัน จากการสื่อสารทางวิทยุและโทรทัศน์ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“อยู่โรงพยาบาลก็ไม่มีความหมายเขาก็ไม่ได้สั่ง แบบว่าห้ามทานโน้นห้ามทานนี้ คุณหมอเขาไม่ได้ห้าม...ก็คือเขาไม่ได้สั่ง ผมก็กิน กินอย่างเดียว ก็วันหนึ่งเนี่ย มื้อที่ 4 ที่ 5 ของผมแล้ว”

(สัมภาษณ์วันที่ 9 มีนาคม 2550) (P 02)

“ก็ไม่มีใครบอกว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรบ้าง มีแต่ลูกค้าที่มาเล่นสนุกบอกว่าให้ออกกำลังกายบ่อย ๆ ในเรื่องอาหารก็ไม่มีใครบอก แต่ก็รู้ว่ากินผัก ผลไม้ เยอะ ๆ ไม่กินของมัน ๆ จะดีต่อสุขภาพ รู้ตั้งแต่ก่อนไม่สบายแล้วดูจากทีวีหรือ ฟังวิทยุ”

(สัมภาษณ์วันที่ 14 กรกฎาคม 2550) (P 05)

2.2 ไม่รู้...วิธีการทำกายภาพบำบัด

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกกลับไปอยู่ที่บ้านครอบครัวมองว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัดที่ถูกต้อง ผู้ดูแลหลักก็ได้แต่ยกแขนยกขาขึ้น-ลงให้ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่ได้รับการเรียนรู้วิธีการทำกายภาพบำบัดจากทางโรงพยาบาล ดังคำกล่าวของครอบครัวรายหนึ่งว่า

“ไม่ได้บอก ไม่พูด บอกว่ามาบำบัดที่บ้านดีกว่า อยู่โรงพยาบาลก็จะนอนเฉย ๆ ก็ไม่เคยรักษาโรคแบบนี้ ก็คิดไม่ออกว่าอย่างไร พอมาบ้านก็นึกออกว่ายกแขนงยกขา ก็คิดเอาเอง ว่าต้องจับขาเขายกขึ้นยกลง - ยกขึ้นยกลง ก็ต้องทำให้เขาตลอด เขาไม่ค่อยยอมทำเอง ต้องคอยพูดต้องคอยว่า”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 05)

3. จ้างคนดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย

บุคลากรสุขภาพพอมองว่า ในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และจำเป็นต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วย แต่บางครอบครัวเมื่อไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ก็จำเป็นต้องจ้างคนดูแล ซึ่งการจ้างคนดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยจากศูนย์พยาบาล เช่น แรงงานพม่า ก็จะเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ดูแลจะไม่มีความรู้ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง จนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังคำกล่าวของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกว่า

“ส่วนใหญ่กลับมา FU เนี่ย จะเห็นว่าส่วนใหญ่จะจ้างคนดูแลที่ไม่ได้จากเจ้าหน้าที่ศูนย์ที่ให้การอบรมในเรื่องการพยาบาล บางที่เป็นพวกแรงงานต่างด้าวก็มีเป็นพวกพม่าเยอะ ซึ่งดูแล Health Care ที่บ้านดูแลแล้วคือไม่ดี อย่างเช่นเวลามาเนี่ย อุจจาระหรือปัสสาวะที่ค้างมาที่ Pampers เขาไม่ยอมเปลี่ยน”

(สัมภาษณ์วันที่ 6 กรกฎาคม 2550) (H 05)

4. ดูแลไม่ไหว

บุคลากรสุขภาพต่างมองเห็นตรงกันว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้านนั้น ครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยไม่ไหว ในรายที่ผู้ป่วยต้องใส่สายให้อาหาร ต้องดูดเสมหะ และยังต้องทำกายภาพบำบัด ซึ่งทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ไหว เป็นความรับผิดชอบที่หนักเกินไป บุคลากรสุขภาพบางคนยังมองว่าครอบครัวบางรายขาดประสบการณ์ในการดูแล ไม่มีความพร้อมในการดูแล จึงส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าดูแลไม่ไหว บุคลากรสุขภาพได้กล่าวถึงประเด็นปัญหานี้ว่า

“อย่างถ้าพวกหนัก ๆ เนี่ย ปัญหาของเขาก็คือปัญหาเรื่องการดูแล เพราะว่ามันก็มีหลายอย่าง เช่น NG tube, Suction อะไรอย่างเงี้ย กายภาพอีกอะไรอย่างเงี้ยญาติจะรู้สึกเหมือนหนักใจมากจะทำได้หรืออะไรอย่างเงี้ย”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

“ส่วนใหญ่จะมาจากผู้ดูแลมากกว่า ผู้ดูแลจะขาดประสบการณ์ในการที่จะดูแลในครั้งแรก แล้วจะต้องดูแลอย่างไรอย่างเงี้ยเขาอาจจะไม่มีความพร้อมในเรื่องนี้”

(สัมภาษณ์วันที่ 29 พฤษภาคม 2550) (H 01)

“...เขาก็ไม่มีความมั่นใจว่าเขาจะทำได้อะไรอย่างเงี้ย เขาก็เลยต้องไปจ้างเด็ก
ศูนย์ ส่วนใหญ่ของหนูนะจะเป็นอย่างเงี้ย ยกเว้นที่ไม่ได้อ่อนแรงแมก
อ่อนแรงแค่แขนหรือขานิดหน่อย อันนั้นเขาจะพอดูแลได้ แต่ถ้าหนัก ๆ ไปเลย
เนี่ย ส่วนใหญ่ก็จะต้องมีเด็กศูนย์ทุก Case เลย”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

“...ใช่ เพราะไหนจะต้องเช็คตัว พลิกตัว แล้วคนเดียวจะไม่สามารถทำได้ยิ่งถ้า
คนไข้ตัวใหญ่ด้วยเนี่ย ญาติก็จะรู้สึกว่าการไม่ได้หรือกั้นทำไม่ได้หรือ...
คือหนึ่งญาติจะสอนเขาก่อนว่ามันไม่ได้ยาก...แต่เขาอาจจะหาคนช่วยเขา
เด็กช่วยอะไรอย่างเงี้ย แต่ญาติก็จะสอนเขาก่อน แนะนำเขาก่อนว่าทำอย่างไร
แต่ถ้าเขาบอกว่าทำไม่ได้หรือกั้นก็จะแนะนำให้อ่านคนดูแล...”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

5. หาซื้อเลือกซื้ออุปกรณ์ไม่เป็น

เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน อุปกรณ์ของใช้ที่จะช่วยเหลืออำนวยความสะดวกกับผู้ป่วย
เป็นสิ่งจำเป็น เช่น กระป๋องปัสสาวะ สำหรับรองปัสสาวะในผู้ป่วยชาย หรือเตียงนอน รถเข็นนั่ง
ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย การหาเลือกซื้ออุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ ก็เป็นปัญหาสำหรับ
ผู้ป่วยและครอบครัว เพราะไม่มีความรู้ในเรื่องแหล่งที่ซื้ออุปกรณ์ของใช้ ราคา และการใช้งานที่
เหมาะสม ทำให้บางครั้งครอบครัวต้องไปซื้ออุปกรณ์ของใช้ที่ราคาแพง ๆ ซึ่งความจริงอุปกรณ์ของใช้
บางอย่างไม่จำเป็นต้องใช้ของที่มีราคาแพงมากแค่พอใช้ได้ก็พอ (Urinal มีทั้งแบบที่เป็นสแตนเลส
และพลาสติก) ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“...นี่หนูก็ต้องเตรียมซื้อรถเข็น เตียง Check ราคาแล้วที่ลพบุรี แต่ไม่รู้ว่าราคา
จะถูกหรือเปล่า แล้วปกติเขาจะซื้อของพวกนี้ที่ไหนหรือคะ”

(สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2550) (F 03)

“...ตอนแรกก็จะซื้อแบบนั้น แต่มันแพง ไม่รู้ว่ามันมีแบบพลาสติก (Urinal)
ร้านที่ไปซื้อมันไม่มีที่เป็นพลาสติก...จะเอาแบบพอใช้ได้ไม่มี ไม่เอาก็ไม่รู้จะ
ทำอะไร...”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 05)

6. มีปัญหาทางด้านจิตใจ

ครอบครัวส่วนใหญ่มองว่า ปัญหาทางด้านจิตใจของครอบครัวคือจะมีความเครียด
กังวล กลัวว่าจะดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนจะกังวล
และเป็นห่วงผู้ป่วย และในระยะแรก ๆ ครอบครัวจะยอมรับเหตุการณ์ไม่ค่อยได้ดังรายละเอียดดังนี้

6.1 ขอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้

เมื่อครอบครัวต้องประสบกับการที่มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งต้องเจ็บป่วย โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นเป็นบุคคลอันเป็นที่รักและเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีอาการเตือนมาก่อน และยังมีภาพการหลงเหลืออยู่ จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและยอมรับไม่ค่อยได้ในระยะแรก ๆ ประกอบกับต้องใช้ระยะเวลารักษาที่ยาวนานและผลการรักษาในปัจจุบันก็ยังไม่ได้ยืนยันว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติเหมือนเดิม ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“แรก ๆ ก็กลัวรับไม่ได้ แต่แบบว่าเกิดอย่างนี้ พยาบาล หมอ ก็คือบอกให้ทำใจ ว่ามันจะเหมือนปกติไม่ได้ นะอะไรอย่างเงี้ย... ให้เราแบบทำใจ ทำใจไว้”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“แย่มากเลยนะ แต่ก็เจอที่พ่อแม่ไม่สบายหนัก ๆ มากี่หลายครั้ง แต่ครั้งเนี่ย ไม่คิดว่ามันจะรุนแรงกว่าครั้งที่ผ่านมา”

(สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2550) (F 03)

6.2 กังวล...เพราะเป็นห่วง

ในความรู้สึกของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นบุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัวที่มีความรักความผูกพันกันมานาน เมื่อผู้ป่วยต้องมาเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกกังวลและเป็นห่วงผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อเวลาที่ผู้ดูแลหลักไม่ได้อยู่ดูแลผู้ป่วย จะรู้สึกกังวลและเป็นห่วงผู้ป่วยมาก ถ้าเป็นไปได้ผู้ดูแลหลักก็อยากจะดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองตลอดเวลา ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“ใครดูก็ไม่เหมือนเราดู ที่เหนื่อยนะที่ไปเลยนะ 13-14 สงกรานต์ไปที่สระบุรี เราจะไม่ห่วงเราจะไม่นั่นแล้ว เราเหนื่อยเหลือเกิน พอไปถึงพอนักร้องเขาร้องเพลง สงสารคนที่บ้านจึงเลย อ้อยเราร้องให้ใหญ่เลย (หัวเราะ) จริง ๆ นะอ้อยเขาจะอยู่อย่างไร แขนขาไม่มีแรง จะนอนทับไหม ขนาดตัดใจแล้วนะ ฉันทเหนื่อย ฉันทไม่สนใจแล้ว แล้วลูกเขาก็บอกว่าไปเถอะ แต่พอไปฟังเพลงที่กินใจนะ ร้องให้”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“ไม่ได้มาเฝ้าแล้วรู้สึกเป็นห่วงไง เวลาทำงานแล้วเป็นห่วงไม่ค่อยสบายใจ เพราะเราไม่รู้ว่าพ่อเป็นอย่างไร ไม่รู้ว่าพยาบาลเขาจะดูแลอย่างไร สภาพจิตใจ พ่อเราจะคิดถึงเราอย่างไร ถ้าเขาเจอหน้าเรา เขาจะรู้สึกอบอุ่นไหมคะ”

(สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2550) (F 03)

“...แต่พูดตามหลักทำงานถึงจะหนักก็ยังคงคิดว่าดูแลคนแก่ ก็มันสบายกว่า จะไปไหนต่อไหนก็ได้ นี่มันมีความห่วง มันก็เหมือนเลี้ยงเด็กเหินอะ เด็กยังอุ้ม กระเตง กระเตงไปได้ อันนี้จะไปไหนก็ไปไม่ได้ จะไปไหนก็ห่วง”

(สัมภาษณ์วันที่ 25 เมษายน 2550) (F 02)

6.3 เครียด...กังวล...กลัวดูแลไม่ดี

สำหรับครอบครัวมองว่า ปัญหาที่มีผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของครอบครัว ที่จะทำให้ครอบครัวรู้สึกกังวลและเครียดก็คือ กลัวว่าจะดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดีพอ และเมื่อเวลาผู้ป่วย มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีไข้ จะรู้สึกลำบากใจว่าเป็นเพราะดูแลผู้ป่วยไม่ดีหรือเปล่า แต่ไม่ได้คิดว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้ครอบครัวลำบาก ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“...ก็ตอนที่ผู้ป่วยเป็นโน้นเป็นนี่ ก็จะเครียดเหมือนกัน”

(สัมภาษณ์วันที่ 25 เมษายน 2550) (F 02)

“ก็รู้สึกกังวล กลัวดูแลไม่ดี”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 03)

4.1.1.3 ปัญหาของระบบการบริการ

ประกอบด้วย ระยะเวลาในการทำกายภาพบำบัดน้อย การเตรียมผู้ดูแลหลักยังไม่เพียงพอ ผู้ดูแลหลักไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ขาดการประสานงานการดูแล ต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเวลาในการทำกายภาพบำบัดน้อย

บุคลากรสุขภาพมองว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เพื่อให้สภาพร่างกายกลับมาใช้งานได้เหมือนเดิมมากที่สุด จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายควบคู่กับการรักษา โดยการทำการกายภาพบำบัด ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะเริ่มทำการกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยเมื่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยคงที่แล้ว ซึ่งอาจจะทำบนหอผู้ป่วยก่อนในระยะแรก จนเมื่อนักกายภาพ ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายลงไปที่แผนกกายภาพบำบัดได้แล้วจึงส่งลงไป แต่จากการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพมองว่า ในปัจจุบันระยะเวลาการทำการกายภาพให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เพียงพอ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับการทำการกายภาพกับจำนวนเจ้าหน้าที่ ที่ไม่สมดุลกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการทำการกายภาพอย่างจำกัดและไม่มีเจ้าหน้าที่ กายภาพบำบัดประกบผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“ของเรามีปัญหาก็คือของเราจะให้เวลากับคนไข้ค่อนข้างน้อยในการทำ กายภาพน้อย โดยเฉพาะถ้า Bed Side ถ้าทำ Bed Side จะทำได้แค่ประมาณคน ละ 20 นาที น้อยมากแล้วรีบ ๆ ทำ รีบ ๆ ไป เพราะว่าหนึ่งเนี่ยเขาต้องไปทำอีก

หลายเตียง อันที่สองคือตอนที่ไปทำที่แผนกเขาเองก็มีปัญหาในเรื่องบุคลากรที่จะประกบคนไข้ บางทีคนไข้ก็จะมาบ่นเลยว่าเอาเขาไปนอนนิ่ง ๆ เนี่ยเลย ๆ ครั้งชั่วโมง โดยไม่ทำอะไรเลย พอมาถึงก็ให้ทำนิด ๆ หน่อย ๆ ก็เต็มชั่วโมงพอดี นับตั้งแต่เวลาเขาลงไป ได้ทำแค่ช่วงสั้น ๆ ประมาณแค่ 15 นาที แล้วก็ขึ้นมาแล้วจึงทำให้ไม่ค่อยได้ทำเต็มที่นัก”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

“...อย่างเวลาไปรออนุญาตจะบอกคือเราไม่เห็น โอ้โฮ... ไปตั้งแต่ 9 โมง รอถึง 10 โมง คนก็เยอะยังไม่ได้ทำอะไรเลย ทำแป๊บเดียวขึ้นมาแล้ว ญาติจะพูดอย่างนี้ก็เลยคิดไปว่านักรักษาพยาบาลยังไม่เต็มที่กับคนไข้ CVA”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

“ปัญหาที่เห็นชัดเจนที่สุดก็คือว่าเออ! ...หนึ่งช่วงเวลาในการรักษาสั้น ปริมาณ Case เยอะเช่นมาทำแค่ 10 นาที 20 นาทีแล้วเสร็จ คือเราทำงานเสร็จแต่ว่าปริมาณคนไข้เราเยอะ ซึ่งถ้าเราจะแบ่ง 1 ชั่วโมง 1 คนเนี่ย มันเป็นไปได้เหมือนอย่างที่เราพยาบาลเอกชนทั่วไปเขาทำกัน มันทำไม่ได้เพราะว่าถ้าเราทำอย่างนั้นเนี่ย ปริมาณคนไข้ทั้งวันเนี่ยกับนักรักษาพยาบาลที่มีอยู่มันจะไม่สมดุลกัน”

(สัมภาษณ์วันที่ 19 ตุลาคม 2550) (H 11)

2. การเตรียมผู้ดูแลหลักไม่เพียงพอ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตอาการของผู้ป่วยคงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยก็จะได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลหลักเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม จากความพิการที่หลงเหลืออยู่ ผู้ที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยก็คือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลหลักจำเป็นที่จะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองครั้งแรกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่องความรู้ ทักษะการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการดูแลที่ซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป เช่น การให้อาหารทางสายยางหรือการดูดเสมหะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับเสมหะออกเองได้ ผู้ดูแลหลักจึงต้องเรียนรู้วิธีการดูแลจากบุคลากรสุขภาพเพื่อสามารถไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ แต่จากการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพพบว่า ในปัจจุบันการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลหลักยังไม่เพียงพอ ผู้ดูแลหลักยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งบุคลากรสุขภาพมองว่าสาเหตุที่การเตรียมผู้ดูแลหลักไม่เพียงพอ ผู้ดูแลหลักยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพราะขาดระบบการวางแผนการจำหน่ายและผู้รับผิดชอบ การให้ข้อมูลแล้วผู้ดูแลหลักไม่ค่อยเข้าใจ เวลาในการเตรียมผู้ดูแลหลักน้อย ไม่ได้เน้นรายละเอียด ไม่ได้เตรียมเรื่องสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลที่บ้าน ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ขาดระบบการวางแผนการจำหน่ายและผู้รับผิดชอบ

บุคลากรสุขภาพมองว่า การเตรียมผู้ดูแลหลักเพื่อไปดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้านในปัจจุบัน ยังไม่มีแนวทางการให้ความรู้ คำแนะนำกับผู้ดูแลหลักและครอบครัวอย่างชัดเจน และขาดผู้รับผิดชอบที่แน่นอน การสอนผู้ดูแลหลักเป็นลักษณะต่างคนต่างสอนตามสถานการณ์ของแต่ละหน่วยงาน และขาดการประเมินผลการสอนว่าผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ ดังคำกล่าวของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในว่า

“...คือใครจะสอนอะไรก็สอน เหมือนกับว่ามันไม่มีแนวทางที่แน่นอน”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

“...ยังไม่ค่อยมีใครที่แบบเอาใส่ใจอันนี้จริง ๆ คือเหมือนกับว่าไม่มี Case ที่เป็นแบบเจ้าของไข้ เหมือนกับว่าไม่มีใครรับผิดชอบที่แน่นอน มันไม่มีการประเมินผล”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 03)

“แต่ของเรามันแล้วแต่ Ward ใด Ward มัน บาง Ward งานเยอะก็จะได้สนใจมาก...คือใครขึ้นเวร ใครก็สอน คือใครอยากให้ความรู้อะไรก็ให้... เราก็ไม่ได้ประเมินว่าญาติจะทำได้หรือไม่ได้ เราก็ได้แต่สอน”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

2.2 ให้ข้อมูล...ไม่เพียงพอ...ไม่เข้าใจ

การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในมุมมองของครอบครัวมองว่า ผู้ดูแลหลักและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งนี้ก็เนื่องมาจากการที่ไปรับผู้ป่วยกลับบ้านอย่างกะทันหัน โดยที่ไม่ได้เตรียมล่วงหน้าไว้ก่อน จึงทำให้ได้รับข้อมูลในการดูแลไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“ไม่บอกอะไรเลย คือไปรับกะทันหันแล้วก็กลับมาเลย...พยาบาลไม่ได้บอกนี้ว่าคนที่ดูแลแม่ต้องเรียนรู้การดูแลคนแก่ ถ้าเขาบอกก็จะได้ส่งเขาให้เอาไปดูแลอีก เขาไม่ได้คุยเลย...เหมือนกับว่าเรารับคนไข้มาเหมือนไม่รู้เรื่องอะไรเลย ทางโรงพยาบาลก็ไม่ได้แนะนำอะไรเลย”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...ก็ไม่บอกว่าทำอะไรอย่างนี้เขาต้องบอกคนดูแล เราเป็นคนดูแลใช้เปล่า...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

ในขณะที่บุคลากรสุขภาพมองว่า การให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ครอบครัว บางครั้งผู้ป่วย ครอบครัวไม่เข้าใจ ทั้งนี้ก็อาจเนื่องมาจากการให้ข้อมูลที่รวดเร็ว ข้อมูลที่มากเกินไปในระยะเวลา

ที่จำกัด และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ดูแลหลักไม่ค่อยเข้าใจภาษาในการสื่อสาร ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“...ส่วนมากเนี่ย ญาติก็ยังไม่เข้าใจ...คือ ส่วนหนึ่งก็จะยังไม่เข้าใจ ก่อนข้างจะเจอบ่อย คือไม่รู้ที่เราใส่ Information รวดเดียวเลยไปเปล่า แต่จริง ๆ ถ้าจะพูดก็จะพูดซ้ำ ๆ ไม่พูดเร็วหรือจน...คือมีปัญหาเรื่องการรับรู้ข้อมูลของญาติว่าบอกไปแล้วเขาไม่ค่อยเข้าใจ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

“คนดูแลเนี่ยบางทีจะเป็นพม่า เขาก็จะไม่เข้าใจ บางทีสื่อสารกันไม่ค่อยรู้เรื่องก็เลยต้องเน้นเวลาเขาส่งคนมาเรียน อยากให้เขาส่งคนที่ทำเลนนะกะจะได้เข้าใจถึงตรงนี้พออธิบายได้”

(สัมภาษณ์วันที่ 18 ตุลาคม 2550) (H 10)

2.3 เวลาในการเตรียมน้อย

บุคลากรสุขภาพมองว่า ระยะเวลาในการเตรียมให้ผู้ดูแลหลักมาเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านนั้น ระยะเวลาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ ระยะเวลาในการเรียนรู้แค่ 1-2 วันก่อนกลับบ้านหรือบางรายผู้ดูแลหลักก็ไม่มีเวลาที่จะมาเรียนรู้ที่โรงพยาบาลได้บ่อย เนื่องจากมีภาระอื่นอยู่ที่บ้านก็จะมาเรียนรู้แบบเร่งรีบก่อนกลับบ้านภายในวันเดียวทำให้ผู้ดูแลหลักได้รับการเรียนรู้น้อยเกินไป จึงขาดทักษะ จึงไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้ดูแลหลักสามารถทำได้ถูกต้องหรือไม่ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลหลักไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ดังคำกล่าวของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในว่า

“ไม่พอ เพราะว่าแค่ 2 วันเนี่ย ถ้าจะเตรียมญาติ ญาติไม่กล้าทำหรอกคะ”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

“...หรือบางทีญาติบอกว่าจะกลับวันนี้ละ เราก็เตรียมให้เขาไปเรียนทำอาหารแล้ว พอไปเรียนเสร็จญาติก็ไม่มาเรียนวิธีการ Feed เลื่อนไปเรื่อยเขาเรียนไม่ได้จะให้หลานมาเรียน Feed แต่หลานยังไม่ว่างต้องทำงาน สรุปมาเรียนวันที่จะกลับบ้านเลย เราก็ไม่ได้ประเมินว่าญาติจะทำได้หรือไม่ได้เราก็ได้แต่สอน สอนให้เขาทำตอนนั้นแค่ครั้งเดียวคือตอนเที่ยง แล้วก็กลับบ้านตอนบ่าย อย่างเจ็ยคือมันน้อยไปเวลาที่สอน ญาติก็ไม่พร้อมมาติดอยู่ที่ญาติ ทำให้เราขาดการประเมินเขาไป ”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

“ สมมุติหมอบอกว่า Plan D/C เตรียมสอนญาติมาเรียนทำอาหาร TF ได้มีเวลาแค่วันสองวันจริง ๆ นะ แล้วหมอสั่งกลับเลย ”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 03)

ซึ่งก็สอดคล้องกับผู้ดูแลหลักรายหนึ่งกล่าวว่า ระยะเวลาในการเรียนรู้วิธีการดูแล เพื่อเตรียมดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น ผู้ดูแลหลักสามารถไปเรียนรู้ที่โรงพยาบาลได้เพียง 1-2 ครั้งก่อน การกลับบ้านไม่เกิน 2 วัน

“ไปเรียนแค่ครั้งสองครั้งมั่ง...ไม่ค่อยได้ไป พี่สะใภ้เขาจะให้อยู่กับหมอนาน ๆ อย่างเนี่ย จะรับตัวกลับมาเขาจะบอกก่อนแค่วันเดียวสองวันอย่างเนี่ย พี่สะใภ้เขาจะดูแล ส่วนเราก็ทำงานทางนี้แหละก็ดูแลไป (อาทัง) ด้วยใจ”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

2.4 ไม่ได้เน้นรายละเอียด

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคลากรสุขภาพมองว่า การสอน การให้คำแนะนำ การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้านนั้น พยาบาลจะสอนในเรื่อง การดูแลหลัก ๆ เช่น วิธีการให้อาหารทางสายยาง วิธีการทำอาหารสายยาง แต่ในรายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การเช็ดตัว การสระผม การติดสายให้อาหารกับจมูก การบดยาให้ละเอียดเทคนิคเล็ก ๆ น้อย ๆ อย่างนี้ พยาบาลบางคนมองข้ามไป เพราะบางคนอาจจะไม่เคยประสบ ปัญหาแบบนี้ในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่ได้เน้นในรายละเอียด ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วย ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“...บางครั้งก็มองข้ามเรื่องง่ายเช่นใส่ผ้าอ้อม แต่คือคนที่ไม่เป็นเลยที่เขาสนใจ เขาก็จะถามว่าใส่อย่างไร ทำอย่างไร เราก็จะสอนเขาระยะสั้นไป แบบบางคน เขาสนใจเขาก็จะ Observe เราเวลาเราทำ เวลาเราเปลี่ยน ซึ่ง จริง ๆ เราก็ มองข้ามไปจริง ๆ ใส่อะไรง่าย ๆ เนี่ย...เรื่องยิบ ๆ ย่อย ๆ เราจะไม่ได้สอน”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 03)

“เออ...ใช่ตรงนี้ไม่เคยมองเลยนะ เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อย่างเนี่ย ไม่เคยคิดเลยว่า มันจะเป็นปัญหาสำหรับเขา ไม่เคยสอนมองข้ามไปเลย บอกแต่ว่าถ้าสายหลุด ก็ให้มาเปลี่ยน...อย่าง NG เนี่ยที่คิดนาน ๆ บางทีมันมัน ไม่เคยสอนเขาเปลี่ยน เลย อย่างสระผมก็ไม่เคยสอนเขาเลยนะ”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

“บางทีก็คือเขาก็สอนนะ แต่ที่บอกไป อาจจะไม่ต้องละเอียดลงไม่ลึก เพราะว่า ไม่เจอปัญหาเขาก็คงไม่รู้ใจ แต่ทุกคนพยาบาลเขาก็สอนนะ”

(สัมภาษณ์วันที่ 29 พฤษภาคม 2550) (H 01)

“ใช่...ส่วนใหญ่จะไม่ได้บอก ก็เพราะว่าในบทบาทพยาบาลก็คิดว่าสอนแต่ เรื่องทั่วไปนะคะ เรื่องการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การปฏิบัติใน ชีวิตประจำวัน แต่ในเรื่องรายละเอียดอย่างเนี่ย เล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่ค่อยได้บอก”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

2.5 ไม่ได้เตรียมเรื่องสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลที่บ้าน

การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วย แต่ในปัจจุบันบุคลากรสุขภาพยังไม่ได้ให้ข้อมูลในการเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านกับผู้ป่วยและครอบครัวเท่าที่ควร ทั้งในเรื่องที่จะต้องเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย มีการระบายอากาศที่ดี มีอุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ ที่เหมาะสม บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่เห็นว่าคำแนะนำที่ให้จะเน้นที่การดูแลผู้ป่วยเสียมากกว่ารายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“ไม่ค่อยได้ให้ ในเรื่องของการเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ส่วนใหญ่จะเน้นที่ตัวคนไข้”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

“...เราได้แต่พูดในเรื่องของสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องอุปกรณ์ของใช้ที่ต้องเตรียม เช่น สาย Suction ออกซิเจน เตียงนอน เราพูดแต่สิ่งแวดล้อมที่คนไข้ต้องมีแต่เราไม่ได้พูดถึงอากาศ...ห้องต้องไม่อับ คนไข้ที่มีเหงื่อออกจะต้องใส่เสื้อผ้าบาง ๆ ให้มันระบายอากาศ ถึงได้บอกว่ามันเป็นรายละเอียดเล็ก ๆ นะ ถ้าเราแนะนำได้ถึงขนาดนั้นมันก็จะ OK ไข่เปล่า...”

(สัมภาษณ์วันที่ 18 สิงหาคม 2550) (H 07)

3. ผู้ดูแลหลักไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลขณะที่อยู่โรงพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน ผู้ดูแลหลักจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วย ซึ่งบทบาทของบุคลากรสุขภาพมีความสำคัญในการที่จะให้ความรู้กับผู้ดูแลหลัก และในการที่จะทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้และเกิดทักษะได้ดั่งนั้น ผู้ดูแลหลักจะต้องมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแล เช่น เช็ดตัว สระผมหรือการให้อาหารสายยาง แต่จากการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพมองว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลหลักขาดทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลหลักขาดการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในการดูแล ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลหลักบางคนไม่มีเวลา มาเรียนรู้ เพราะต้องทำงาน จะมาได้ในช่วงเวลาว่างคืน จึงได้เรียนรู้อย่างจำกัดเท่าที่ทำได้ และบุคลากรสุขภาพบางคนไม่เห็นความสำคัญในการที่จะให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เพื่อเป็นการฝึกฝนและฝึกทักษะ เพราะคิดว่าอยู่โรงพยาบาลเป็นหน้าที่ของพยาบาล ดังคำกล่าวของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในว่า

“...แต่เขาไม่ได้คิดอย่างนั้น เขาบอกว่าอยู่โรงพยาบาลเป็นหน้าที่ของเราจะให้เขามาเช็ดตัวได้ยังไง แต่เขาไม่ได้มองว่ามันเป็นการฝึกเขาอะ”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

“ ก็ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยได้ให้ทำเนื่องจากอย่างที่บอกว่า สังคมคนเมืองนะ มา กลางคืนอย่างเนี่ย แต่เราก็จะสอนได้เท่าที่สอน ก็คือให้ช่วยพลิกตะแคงตัว ช่วยเคาะปอด หรือบางช่วงเขามาในช่วง Feed อาหาร เราก็จะให้เขาลองถือ หรือดู Content ดูหรืออะไรอย่างเนี่ยเท่าที่ทำได้”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

“ รู้สึกว่ายังไม่ค่อยนะคะ ส่วนมากเราจะทำเอง มักจะสอนญาติเป็นวิธี แต่ ใน การปฏิบัติจริงยังไม่ค่อยจะให้ทำ ทำตอนกลับทีเดียว...เพราะเรากลัว ความเสี่ยง...ก็เหมือนกับว่าเราต้องมากอยุ่คุม ต้องใช้เวลาก็เลยตัดปัญหา ทำเองดีกว่า แล้วค่อยมาสอนเขาตอนกลับ”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 03)

4. ขาดการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก และครอบครัวที่จะต้องดูแลผู้ป่วย ซึ่ง บุคลากรสุขภาพจะต้องมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ดูแลหลักและครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ อย่างต่อเนื่อง โดยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจะต้องมีบทบาทในการเตรียม ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการประสานงานกับสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้เรียนรู้วิธีการดูแลและ การฟื้นฟูสภาพ และมีการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งบุคลากร สุขภาพมองว่า ณ ปัจจุบันการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกยังขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากขาดการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพและไม่มีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่จำเป็น ที่ต้องดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

“...Ward จะต้องเป็นคนประเมินแล้ว โทรแจ้ง คือถ้ามี Case อย่างเนี่ย เริ่มต้น พวกพี่ก็ต่อได้นะ มันขาดตรงไหนรู้เปล่า มันขาดตรงที่ว่ามันไม่มีใครเริ่มตรงนี้ ึ่งที่เขาบอกว่าสำคัญที่ Co-Ordinator โรงพยาบาลจะต้องมี Co สำหรับคนไข้ Stroke ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 09)

“...คือคุณให้ความรู้อะไรกับคนไข้บ้าง มันมีอะไรสื่อถึงกันใหม่ว่า Case นี้ได้ ให้ความรู้เรื่องนี้ เรื่องนี้แล้วจะให้ OPD ช่วยดูเรื่องอะไรต่อกี่มา ก็จะ ช่วยให้...หรือว่าเตรียมเสร็จแล้วมีการโทรกลับไปถามเขาใหม่ว่า OK เป็นอย่างไร ซึ่งตรงนี้ก็ยังไม่มีการคุยไปเปล่า”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 08)

4.1.2 ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัว เป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

ประเด็นความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการของผู้ป่วย 2) ความต้องการของครอบครัว 3) ความต้องการต่อระบบบริการสุขภาพ โดยการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพมีความต้องการที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในความต้องการต่อระบบบริการสุขภาพพบว่า บุคลากรสุขภาพเห็นประเด็นความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยและครอบครัว แต่ก็สอดคล้องกับปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีรายละเอียดดังนี้ (ดังตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2

ประเด็นความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัว เป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

ความต้องการ	ประเด็น	ตามการรับรู้ ของผู้ป่วย	ตามการรับรู้ ของครอบครัว	ตามการรับรู้ ของบุคลากรสุขภาพ
1. ความต้องการ ของผู้ป่วย	หาย...สามารถกลับมา ใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม	อยากหายไว ๆ...ถ้าเดิน ได้ก็ถือว่าโชคดี	-	จริง ๆ แล้วทุกคนก็อยาก หาย
	กำลังใจ...สำคัญที่สุด	เพราะถ้าทางบ้านให้ กำลังใจทุกอย่างก็จบ	-	ต้องการกำลังใจเป็น พิเศษในการที่จะทำให้ คนใช้ร่วมมือ
	ข้อมูลความรู้ใน การดูแลตนเอง	อยากรู้เกี่ยวกับอาหาร	-	-
2. ความต้องการ ของครอบครัว	ข้อมูล...เพื่อเตรียม ดูแล	-	ถ้ามีการบอกข้อมูล ทุกระยะก็ดี ทำให้เรา สามารถวางแผนได้	-
	เรียนรู้เพื่อการดูแล	-	- เรียนรู้ด้านอาหาร - เรียนรู้การอาบน้ำ สระผมและเปลี่ยน ผ้าปูที่นอน - เรียนรู้การดูแลด้าน การขยับถ่าย - เรียนรู้การทำ กายภาพ - เรียนรู้การประเมิน ภาวะแทรกซ้อน	-
	เรียนรู้ทำจริง...ลงมือ ปฏิบัติ	-	...ก็เหมือนว่าเราต้อง ปฏิบัติกับเขา เขาสอน มา	ญาติจะต้องมีส่วนร่วม
	ความช่วยเหลือจาก ครอบครัว	-	...ก็อยากให้มีคนมา เปลี่ยนเรบ้าง	-
	ให้ผู้ป่วยร่วมมือใน การดูแล	-	คนดูแลจะเหนื่อย ถ้าคนไข้ไม่ให้ความ ร่วมมือ	-
	สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ	-	ไปปฏิบัติธรรมมีช่วย ให้จิตใจที่สงบ และ สามารถดูแลพี่เขาได้	-
	พยาบาล...บริการ ที่บ้าน	-	อย่างมาแนะนำที่บ้าน ซักเดือนหนึ่งในช่วงนี้ เพราะอย่างไรจะได้ เรียนรู้	-

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ความต้องการ	ประเด็น	ตามการรับรู้ของผู้ป่วย	ตามการรับรู้ของครอบครัว	ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ
3. ความต้องการของระบบบริการสุขภาพ	การส่งต่อข้อมูล	-	-	คืออยากให้ทีมสุขภาพช่วยคิดว่า ถ้ามีคนไข้คนหนึ่งเข้ามาเนี่ย ต้องให้ไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านไหม
	มีทีมประสานงานการดูแลต่อเนื่อง	-	-	ร.พ.จะต้องมี Co-Ordinator สำหรับคนไข้ Stroke
	รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนกลับบ้าน	-	-	คือว่าต้องเตรียมญาติแน่นอน ๆ เลย คือคิดโปรแกรมขึ้นมาเลย

จากประเด็นความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ พบว่า

4.1.2.1 ความต้องการของผู้ป่วย

สิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต้องการคือ การหายจากการเจ็บป่วย แล้วกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม กำลังใจจากครอบครัว และข้อมูลความรู้ในการในการดูแลตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. หาย...สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดก็คือ การหายเป็นปกติกลับ สามารถมาใช้ชีวิตได้ดังเดิม ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า

“...อยากหายไว ๆ เท่านั้นเอง ความรู้แหละถ้าเกิดได้มา แล้วสุขภาพไม่ดีก็แค่นั้นแหละ มีเงินทองเป็นภูเขาสุขภาพไม่ดีก็แค่นั้นแหละ ...ถ้าหากเดินได้ก็ถือว่าโชคดีแล้ว ยิ่งกว่าถูกถอดเตอริรวางวัลที่ 1 แล้วใช้ใหม่”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (P 04)

ซึ่งบุคลากรสุขภาพมองเห็นตรงกันว่า ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ก็เหมือนกับผู้ป่วยโดยทั่ว ๆ ไปที่ทุกคนก็ต้องการที่จะหาย มีสุขภาพดี ไม่มีความทุกข์ทรมาน แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังและยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนปกติ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะครอบครัว ผู้ป่วยที่มีครอบครัวจะมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคู่ชีวิตหรือบุตรหลาน แต่สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวเป็นโสดหรือเป็นหม้าย ไม่มีใครดูแล การหายเป็นปกติเหมือนเดิม สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดเหนือสิ่งอื่นใด แต่ถึงกระนั้นก็ไม่มีการอยากเป็นภาระให้ผู้อื่น การหายจากความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนพึงปรารถนาเป็นที่สุด ซึ่งบุคลากรสุขภาพได้กล่าวถึงประเด็นความต้องการของผู้ป่วยว่า

“จริง ๆ แล้วทุกคนก็อยากหาย อยากหายให้เป็นปกติ...แต่อย่างไรก็ต้องอธิบายว่าอย่างไรคุณก็ไม่กลับมาหาย 100% ...ญาติมักจะถามว่าหายหรือเปล่า ทุกคราวอยากรู้ว่าหายหรือไม่หาย แล้วก็ต้องอธิบายให้เขาฟัง”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

“ต้องการหาย ต้องการกลับมาใช้ชีวิตประจำวันนะ ทำอะไรได้เองเหมือนปกติ นะคะ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

2. กำลังใจ...สำคัญที่สุด

เมื่อการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับใครก็ตามย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีในช่วงแรก ๆ ของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องการกำลังใจจากญาติและครอบครัวมากที่สุด ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง ยอมรับและต่อสู้กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ บทบาทของครอบครัวจึงมีความสำคัญที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ การที่ครอบครัวเอาใจใส่มาดูแล ช่วยเหลือทำกายภาพบำบัด เข้มเขียนสอบถามอาการด้วยความเป็นห่วง หรือช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต้องการมากที่สุด ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“...ครอบครัวเข้าใจ ให้กำลังใจ และก็ให้ท่านยาดตรงเวลา แฟนเขาดี แฟนเขาจะจัดยาให้ ยาก่อนอาหาร ยาหลังอาหาร เขาทำให้ทุกอย่าง”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (P 03)

“...เพราะถ้าที่บ้านให้กำลังใจทุกอย่างก็จบ ถ้าพี่น้องไม่ให้กำลังใจก็สมควรตาย อยู่ก็เปลืองใช้เปล่าแต่เนี่ยเขาไม่พูดคำนั้น พี่น้องทุกคนก็บอกว่าลือรักษาเท่าไรถึงไม่ได้ทำประกันสังคมก็ต้องเอาเงินมารักษา พี่น้องผมดีครับ”

(สัมภาษณ์วันที่ 9 มีนาคม 2550) (P 02)

“อ้าว...ก็ต้องดีสิ มีญาติดีกว่าไม่มี เราก็อุ่นใจว่าเรามีญาติมาเยี่ยม คนอื่นเขายังมีคนมาเยี่ยมเยียน เราก็ต้องมีคนมาเยี่ยมเยียนซิใช่ไหม อุ่นใจ เป็นคนต้องมีญาติ ต้องมีเพื่อนใช่ไหม”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (P 04)

ซึ่งในความเห็นของบุคลากรสุขภาพ มองว่ากำลังใจมีความสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฉะนั้นคนไข้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะต้องการกำลังใจเป็นพิเศษในการที่จะทำให้คนไข้ร่วมมือในการทำกายภาพหรือฟื้นฟูตนเอง ยอมช่วยเหลือตัวเองให้สู้ นะ... จุดเนี่ย โอกาสที่คืนกลับแย่งจะต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจ เพราะโอกาสที่ผู้ป่วยจะดีขึ้นในช่วงนี้ ถ้าไม่ทำอะไรเลยก็จะได้ไม่ได้ อะไรเลยเรื่องกำลังใจหรือการช่วยเหลือตนเองเนี่ย”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

“ผู้ป่วยในช่วงแรก ๆ เขาก็ยังคงรับตัวเองไม่ได้ในกรณีที่อยู่ตัว แต่ถ้าเกิดเขาได้กำลังใจจากญาติก็อาจจะทำให้ลดลง ถ้าญาติดูแลดีเปิดใจยอมรับด้วย ก็ต้องเปิดใจเข้าหากันเนอะ ก็ต้องยอมรับซึ่งกันและกันก่อน”

(สัมภาษณ์วันที่ 18 สิงหาคม 2550) (H 07)

3. ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเอง

ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนต้องการ ยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาและดูแลที่ยาวนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแลและการปฏิบัติตัวทั้งทางด้านอาหาร การฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับจากบุคลากรสุขภาพ เพื่อสามารถนำมาปฏิบัติได้เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“ก็อยากรู้ว่าเกี่ยวกับคำแนะนำ ก็เกี่ยวกับอาหารตัวเนี่ย ตัวเนี่ย อะไรทานได้ อะไรทานไม่ได้ นี่เขาไม่บอกผม ผมก็ทานวันแต่ที่เรารู้อย่างขาหมูเนี่ยเราไม่เอา”

(สัมภาษณ์วันที่ 9 มีนาคม 2550) (P 02)

4.1.2.2 ความต้องการของครอบครัว

ความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านคือ ข้อมูล...เพื่อเตรียมดูแล เรียนรู้เพื่อการดูแล เรียนรู้ทำจริง...ลงมือปฏิบัติ ความช่วยเหลือจากครอบครัว ให้ผู้ป่วยร่วมมือและมีกำลังใจในการดูแล มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และพยาบาล...บริการที่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูล...เพื่อเตรียมดูแล

ครอบครัวมองเห็นตรงกันว่า เมื่อในครอบครัวมีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกที่เหลือในครอบครัวว่าจะจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างไร ทั้งในเรื่องของตัวผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และวิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

ครอบครัวจึงต้องการข้อมูลและคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพที่จะช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“...ถ้ามีการบอกข้อมูลทุกระยะก็ดี มันทำให้เรามีการเตรียมตัว เหมือนทำใจไว้บ้าง ทำให้เราสามารถวางแผนได้ เช่น การเตรียมที่อยู่ เพราะว่ามันเตรียมยากกว่าจะจัดการแต่ละอย่างอะไรอย่างเงี้ย บอกให้ญาติรีบทราบ ให้รู้และบอกว่าจะต้องทำอะไร เตรียมอะไรบ้าง เพราะหมอก่อนจะรู้แล้วเพราะคุณไข่วันต่อวันเป็นอย่างไง แล้วบอกให้ญาติรู้จะได้เตรียมตัว”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“พยาบาลต้องบอก ถึงเขาไม่สนใจก็ต้องบอก เราทำหน้าที่ของเราแล้ว เหมือนว่าครูสอนนักเรียนเด็กจะทำได้แค่นั้นก็แล้วแต่ ถ้าเราแนะนำแล้วเขาไม่สนใจจะไปเข้าซีเขาก็ไม่ได้ บางที่เขาใช้สมองเยอะไม่สนใจในจุดนี้ อย่างที่นี้ถามว่าสนใจไหม พี่ถามเลย พยาบาลคะอย่างจี้คืออะไร ถ้าไม่สนใจก็จะทำไม่ได้หรอก...”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

2. เรียนรู้เพื่อการดูแล

ครอบครัวส่วนใหญ่มองเห็นว่า การเรียนรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ควรเรียนรู้ในเรื่องอาหาร การอาบน้ำ สระผม เปลี่ยนผ้าปูที่นอน การจับถ่าย การทำกายภาพบำบัด และการประเมินภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้จากการสังเกตเทคนิคการปฏิบัติของพยาบาล ระหว่างที่ครอบครัวมาเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ดังคำกล่าวของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยว่า

“...ก็จะดูจากพยาบาล พยาบาลเขาทำอะไรเราจะดูเขาไว้ ก็ดูสังเกตเอาได้ เยอะเลยแหละ ปกติไม่เคยทำก็ต้องทำได้...อย่างพี่เนี่ย พี่เตรียมพร้อมที่จะมาดูแลเขา พี่ต้องถามว่าพยาบาล เขามีการพลิกตัว มีเทคนิคของเขาไม่ใช่อยู่มากกระซาง การที่จะเอาคนไข้ไปหัวเตียง ต้องเอาหัวเตียงลงต่ำ เราก็ดูเขาว่าเขาทำอะไร...”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“...แต่ช่วงนี้ก็ออกมาเฝ้าพ่อแบบว่าเกือบจะเต็มวันนะพี่ ก็รู้ว่าเออเนี่ย ...ผ้าขวางเนี่ยมันมีส่วนนะช่วยยกตัวอะไรอย่างเนี่ย...ก็พอจะรู้คร่าว ๆ จากการที่ดูจากพยาบาล”

(สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2550) (F 03)

ซึ่งมีรายละเอียดของประเด็นความต้องการการเรียนรู้ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 เรียนรู้ด้านอาหาร

อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลหลักต้องการที่จะเรียนรู้ เพื่อที่จะได้นำมาประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง ผู้ดูแลหลักจึงต้องการเรียนรู้ว่าอาหารอะไรที่ผู้ป่วยรับประทานได้ อาหารอะไรที่ควรหลีกเลี่ยง ปริมาณอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลหลักต้องการเรียนรู้ถึงการเตรียมอาหารสายยาง วิธีทำอาหาร ตลอดจนการทำความสะอาดภาชนะที่จะต้องใช้อประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“ ก่อนกลับบ้านหรือค่ะ ก็ต้องการเรียนรู้หลาย ๆ อย่าง ไม่ว่าจะเป็นด้านอาหาร การดูแลคนไข้อย่างถูกวิธี”

(สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2550) (F 03)

“พยาบาลต้องสอนทุกอย่าง อาหารทำอะไร กระทั่งเตรียมอาหารทำอะไร จะต้องให้เขาไปทำด้วย ล้างถ้วยล้างชามยังต้องบอกด้วยว่าทำอะไรถึงจะสะอาด”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“ที่โรงพยาบาลเขาสอนมา เขาก็มีแผนกโภชนามาสอนเลย เขาจะให้กระดาษมาเลย เราก็มาอ่านเอา เราควรที่จะกินแค่ไหน อะไรมีประโยชน์แค่ไหน แป้งไว้ข้างฝาเลย แล้วเราก็จะดู...อาหารก็ต้องระวังไม่ใช่ให้เขากินเนื้อมัน ๆ ตามใจปากไม่ได้ เราต้องควบคุมด้วยว่าเขาควรกินอะไร ไม่ใช่ขนมมันหวานมากแล้วอยากกิน ไม่ได้ที่จะคุมเลย”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

2.2 เรียนรู้การอาบน้ำ สระผมและเปลี่ยนผ้าปูที่นอน

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา ผู้ดูแลหลักจะต้องเช็ดตัวให้ผู้ป่วยที่เตียง ผู้ดูแลหลักจึงต้องการที่จะเรียนรู้วิธีการเช็ดตัวให้ผู้ป่วยที่เตียง การพาผู้ป่วยไปอาบน้ำที่ห้องน้ำในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใส่สายปัสสาวะไว้ ผู้ดูแลหลักไม่กล้าที่จะพาผู้ป่วยไปอาบน้ำเพราะกลัวว่าสายปัสสาวะจะหลุด การสระผมและการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนก็เช่นเดียวกัน ถ้าทำให้ในขณะที่มีผู้ป่วยนอนอยู่ที่เตียงนอน ผู้ดูแลหลักมองว่าเป็นปัญหาและยุ่งยากสำหรับตน เพราะไม่เคยทำมาก่อน จึงต้องการที่จะเรียนรู้เทคนิคในการทำกิจกรรมในด้านนี้ ดังคำกล่าวของผู้ดูแลหลักว่า

“...อยากมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนแก่...นี่ตั้งแต่มายังไม่ได้อาบน้ำเลย
ทุลักทุเลมากเลยเวลาไปอาบน้ำ ยังมีสายยางนี้ด้วย กลัวไปกระชากแล้วหลุด...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...จะถามอยู่พอดีว่าส่วนใหญ่เขาสระผมทุกเท่าไร’ และจะสระอย่างไร
ไม่รู้เลยไม่ได้สระมา 4-5 วัน แล้ว มันมีที่นอนมันไม่ได้เหมือนโรงพยาบาล
ที่มีที่กว้าง ๆ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...งั้นพี่ (ผู้วิจัย) สอนหน่อยซิ มีปัญหาอีกก็ตอนจะเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ก็จะต้อง
มีคนมาช่วยจะไปไหว้วานเขาทุกวันได้อย่างไรละ เขาก็ทำงานกันทุกคน
หนูกะว่าจะเปลี่ยนลงมาทีละครั้ง ทีละครั้งได้ลงมาถ้าเปลี่ยนคนเดียว
เอาของใหม่ลงและเอาของเก่าออก”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

2.3 เรียนรู้การดูแลด้านการขับถ่าย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีปัญหาด้านการขับถ่าย เมื่อผู้ป่วยกลับไป
บ้านจะมีอาการท้องผูก ผู้ดูแลหลักจะแก้ปัญหาอาการท้องผูก โดยหาอาหารที่คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วย
สามารถถ่ายอุจจาระได้ให้ผู้ป่วยรับประทาน แต่บางครั้งก็ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จึงต้องการที่จะ
เรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาอาการท้องผูก ผู้ป่วยบางรายปัสสาวะลำบากจึงต้องใส่สายปัสสาวะกลับไปบ้าน
ด้วย ผู้ดูแลหลักจึงต้องการที่จะเรียนรู้วิธีการดูแลและทำความสะอาดผู้ป่วยที่ใส่สายปัสสาวะเพื่อ
ป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“... ตอนนี้ก็สงสัยว่าทำไมถึงยังไม่ถ่ายมาตั้งแต่วันอังคาร 7 วันแล้ว ...งั้นหนู
ถามว่ายาคลุกกับนมสดอันไหนกินแล้วถ่าย...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...มาวันแรกยังไม่ได้ออกสบู่ตรงที्่लीเลย ก็ไม่รู้กลัวแสบเจ็บ มาวันที่สองก็ขุ่น
มีตะกอนและมีเมือก ๆ เราก็ตกใจว่ามาอยู่บ้านเขาแล้ว เริ่มเป็น โน้นเป็นนี่แล้ว
หนูก็เริ่มกลัวแล้ว พอดีพี่ (ผู้วิจัย) โทรมาถามพี่ว่าจะทำอะไร ที่บอกว่าให้
ทำความสะอาดและให้กินน้ำเยอะ ๆ ก็ดีขึ้น ก็สบายใจขึ้น”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

2.4 เรียนรู้การทำกายภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เมื่อผู้ป่วยกลับมาบ้าน ผู้ดูแลหลักจะต้องทำ
กายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ดังเดิม ผู้ดูแลหลัก
จึงต้องช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย ซึ่งการทำกายภาพบำบัด ผู้ดูแลหลักจะต้องเรียนรู้กับ

นักกายภาพที่โรงพยาบาลเพื่อที่จะได้มีความรู้ในการทำกายภาพบำบัดว่าจะต้องจับผู้ป่วยอย่างไร ยกอย่างไร ทำนี้มีประโยชน์อย่างไรบ้าง ครอบครัววางรายต้องการวิดีโอการทำกายภาพบำบัดเพื่อช่วยในการเรียนรู้ในการทำกายภาพให้ผู้ป่วยที่บ้าน ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“...กายภาพที่โรงพยาบาลเขาจะสอนเราหมดเลย เราไปทุกวันนะ เราก็ไปจำ เขามาว่าทำนี่จะมีประโยชน์อย่างนี้ ยกกันแบบนี้มันจะช่วยสะโพกให้แข็งแรง เราก็จะจำมา เราไม่ได้ไปเราก็มามาที่บ้าน...”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“...แต่ถ้าให้ตีกายภาพน่าจะเป็นวิดีโอ ว่าจับแขนยังไงอย่างนี้ ทำที่ 1 ทำที่ 2 เป็นอย่างนี้ เพราะญาติถ้าทำทำอยู่ผู้ป่วยเกร็งก็กลัวว่ากระดูกจะหักหรือเปลา ก็ควรจะบอกจะสอนด้วย เพราะช่วงแรก ๆ แม่เขาจะเกร็ง ก็ไม่รู้ว่าแม่ซื้อคิดหรือเกร็งซื้อคิดเป็นอย่างไร ถ้าทำแรงไปเราจะไม่กล้าทำ”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“...ก็ต้องการรู้การทำกายภาพอย่างเดียว เพราะว่าเขาทำเองเขาไม่ค่อยทำ กลัวว่าถ้าไปออกไปขายของจะยิ่งหนัก...”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 05)

2.5 เรียนรู้การประเมินภาวะแทรกซ้อน

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงมาก่อน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ดูแลหลักจึงต้องการที่จะมีความรู้ในการประเมินความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ ความดันโลหิตที่ผิดปกติ ภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกาย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ด้วยตนเองและรวดเร็วก่อนที่จะนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“เราอยากรู้ว่าทำไมจะรู้ว่าน้ำตาลเขาจะต่ำ เพราะตอนนี้ให้เขากินกล้วยวันละ 1 มื้อและกินข้าว 3 ถ้วยและก็ไม่มียอะไรและก็ให้กินรังนก ตอนเช้ากินข้าวกับน้ำปายก็กินข้าวกับกล้วย 1 ลูกบางวันก็เป็นลม และจะรู้ได้ไงว่าน้ำตาลเขาต่ำหรือไม่ต่ำ จุดนี้แหละที่กำลังสงสัย”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...อย่างหนูยังอยากรู้เลย แม้กระทั่งความดันเป็นอย่างไร เพราะถ้ากลับไปอยู่บ้านเนี่ย อย่างวันเนี่ยแม่เขาออกซิเจนน้อย อย่างหนูยังอยากซื้อเครื่องวัดออกซิเจนไว้เลย เตรียมสายออกซิเจนเตรียมไว้เพราะวันหนึ่งกลับไปเราอาจจะทำอะไรผิด คืออยากรู้พื้นฐานเท่ากับที่ดูแลที่โรงพยาบาล...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

3. เรียนรู้ทำจริง...ลงมือปฏิบัติ

ครอบครัวมีความเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักจะต้องมีการเรียนรู้วิธีการดูแลและการฟื้นฟูสภาพจากบุคลากรสุขภาพก่อนที่จะกลับไปบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้านได้ ซึ่งวิธีการเรียนรู้เป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลได้ และเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“ คือพี่ไปเนี่ย นกกายภาพคนหนึ่ง ที่ก็ร่วมด้วยคนหนึ่ง พี่ขอเลย เอาด้วยร่วมด้วยพี่ยอมเหนื่อย พี่ช่วยเขาด้วยแต่ที่เอาวิชาประมาณนั้นเลย เหมือนกับเราเรียนด้วยแล้วเราจะรู้จังหวะเขาเดินแคไหน นกเขาแคไหน ทรงตัวได้มากน้อยแคไหนแล้วเราจะรู้ ถ้าเราลงมือด้วยเนี่ยเราก็จะเป็นด้วย แล้วพอกลับมาบ้านเราก็จะรู้สึกว่ามันใจว่าทำได้ ก็เพราะเราลงมือปฏิบัติแล้วนะ ถ้าไม่ได้ลงมือเธอจะไม่รู้หรอก”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“...ก็เหมือนว่าเราต้องปฏิบัติกับเขา เขาสอนมา อย่างพยาบาลบางคนสอนจิ้ม ๆ อย่างที่ที่ตรวจน้ำตาล ใครจะไปรู้ว่าจิ้มอย่างไร ไซ้ใหม่...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...ก็เหมือนกับว่าพยาบาลต้องมาอยู่ดูแล บอกว่าทำอะไร แล้วดูให้ญาติทำทำผิดอย่างไรก็บอกเลย...คือต้องให้คนดูแลเป็นจริง ๆ นะเพราะถ้าคนเราไม่เป็นจริง ๆ นะไม่กล้าทำ...ไซ้ต้องลงมือปฏิบัติจริง ๆ ต้องดูว่าเขาทำถูกต้องหรือเปล่า ให้ทำบ่อย ๆ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

ซึ่งบุคลากรสุขภาพมองว่าการที่ได้เรียนรู้วิธีการดูแล โดยการลงมือร่วมปฏิบัติจริงกับบุคลากรสุขภาพ จะทำให้ผู้ดูแลหลักเรียนรู้ได้ดีกว่าการเรียนรู้โดยการบอกกล่าวด้วยวาจาให้สังเกตดูหรืออ่านเอกสารโดยไม่ลงมือปฏิบัติ เพราะการลงมือร่วมปฏิบัติกับบุคลากรสุขภาพ จะทำให้ผู้ดูแลหลักได้รับรู้ถึงวิธีการ และได้กระทำการกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง เรียนรู้ปัญหาและแก้ปัญหา เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรง ซึ่งมีผู้สอน (บุคลากรสุขภาพ) เป็นผู้ประเมินว่าทำได้ถูกหรือผิด ถ้าไม่ถูกจะได้แก้ไขให้ถูกต้อง จนทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกมั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ เกิดการยอมรับที่จะนำผู้ป่วยกลับบ้าน เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“ญาติต้องมีส่วนร่วมมาก เพราะว่าถ้าญาติไม่สนใจ หรือไม่มีส่วนร่วมในบทบาทตรงนี้นะ เขาก็จะไม่อยากเอาคนไข้กลับบ้าน ไม่อยากจะดูแลอะไรอย่างเนี่ยคะ แต่ถ้าเราให้ความรู้ได้ดี ญาติสามารถทำได้”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

“น่าจะเป็นพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำแล้วก็ต้องให้เขาเห็นด้วย เห็นภาพนะที่
อย่างเวลา Feed อาหารอย่างไร Test อย่างไร Content คุยอย่างไร ซึ่งบางที่เราให้
เอกสารไปอ่านเขาอาจจะนึกภาพไม่ออก แล้วไม่เข้าใจ แต่ถ้าเราให้คำแนะนำ
ด้วยตัวเองและให้เขาลงมือปฏิบัติด้วย ให้เขาทำให้เราดูด้วยว่าเขาทำถูกหรือ
เปล่า”

(สัมภาษณ์วันที่ 6 กรกฎาคม 2550) (H 05)

4. ความช่วยเหลือจากครอบครัว

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมองว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองครั้งแรกที่บ้าน เป็นการดูแลที่หนักทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยิ่งในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือ
ตนเองไม่ได้เลย ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีภาระที่มากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับ
โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ผู้ดูแลหลัก
จึงต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยใน
ทุก ๆ ด้าน ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในบางกิจกรรมที่หนัก
ที่ไม่สามารถทำคนเดียวได้ หรือบางครั้งก็ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวมาผลัดเปลี่ยนช่วยดูแล
ผู้ป่วยบ้าง เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้มีเวลาพักผ่อนและมีเวลาเป็นส่วนตัวบ้าง ดังของคำกล่าวของ
ผู้ดูแลหลักว่า

“...ที่สะใ้ช่วย แต่ก่อนวันอาทิตย์เขาจะตื่นสาย เคี้ยวนี้พอวันอาทิตย์เขาจะ
ลงมาว่าจะพาอามาไปอาบน้ำใหม่ เขาจะลงมาช่วย ส่วนมากก็เลยได้สระผม
ให้อาม่าวันอาทิตย์นะ...ก็ดีมีคนช่วย แต่ส่วนมากก็จะทำเอง เขาปล่อยให้
ทำเอง...”

(สัมภาษณ์วันที่ 25 เมษายน 2550) (F 02)

“แหม!..ก็อยากให้มีคนมาเปลี่ยนเราบ้าง ต้องการให้ลูกคนโน้นคนนี้มาช่วย
แต่เขาไม่ช่วยมันก็ยังกระตุ้นว่าไม่ช่วยก็ไม่เป็นไร เราทำได้ ทีแรกก็คนโน้นจะ
มาช่วยใหม่ คนนี้จะมาดูแลใหม่ จะมาช่วยเปลี่ยนเราบ้างใหม่ แต่คิดได้ เมื่อ
เขาไม่มาช่วยจะมีประโยชน์อะไรถ้ามันแต่นั่งคิด”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“คือทุกคนในครอบครัวต้องเข้าใจว่าตอนนี้มันเกิดอะไรขึ้น ตอนนี้จะต้อง
ทำอย่างไร ทุกคนก็ต้องดูแลตัวเอง เหมือนกับว่าต้องมาช่วยกัน ถึงแม้ว่าจะ
ไม่ได้มาดูแลมากก็ต้องดูแลตนเอง...ค่าใช้จ่ายก็มาจากของแม่เองและก็
มาจากของญาติ ๆ ช่วยกัน”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

5. ให้ผู้ป่วยร่วมมือ...และมีกำลังในการดูแล

ความร่วมมือและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลหลักต้องการจากผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็งที่จะต่อสู้ดูแลรักษา ให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด เพราะผู้ดูแลหลักมีภาระในการทำงานบ้านควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเหนื่อยล้า ถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ท้อแท้ ยิ่งทำให้ผู้ดูแลหลักไม่มีกำลังใจในการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้ดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ดูแลหลักว่า

“...ต้องบอก ต้องพากย์เวลาทำกายภาพไม่ค่อยยอมทำ บางครั้งมันก็เลย หงุดหงิดนะ มันเหนื่อยเพราะมันต้องทำทุกอย่าง หุงข้าว หุงปลา บ้านช่อง ทำทุกอย่าง ทำคนเดียวทุกอย่าง...คนนี่เขาไม่เข้มแข็ง ไม่ตั้งใจ ก็ไม่ยอมทำ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 05)

“คนดูแลจะเหนื่อยถ้าคนไข้ไม่ให้ความร่วมมือ คนดูแลก็ไม่มีกำลังใจ ต้องสอน ให้เขาร่วมมือกับเราด้วย ต้องเข้าใจด้วยมันเป็นได้มันก็ต้องหายได้ ต้องใช้เวลา ถ้าเขาไม่มีกำลังใจ ก็ไม่มีประโยชน์ในการดูแล อ้าว...จริงไหมตัวเขาต้องช่วยด้วย ทุกอย่างต่างฝ่ายต่างต้องร่วมมือกัน”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“...เราต้องใช้จิตวิทยากับเขา ให้เขารู้จักสติตัวเขาเอง ถ้าเราทำให้เขาตลอด เขาจะไม่ค่อยช่วยเหลือตนเอง ต้องฝึกเขาให้ช่วยเหลือตนเอง ถ้าไม่ฝึกเข้าเนี่ย เขาจะไม่เป็น...เวลาออกกำลังกายก็ทำกับเขาด้วย บางทีพี่ทำ 20 ครั้ง พี่เขาได้ 10 ครั้งก็นับให้แก 20 พี่เขาจะได้ชื่นใจ (หัวเราะ) เขายังบอกว่าทำไมไหลจะเขายังไม่เห็น้อยเลยที่แกเขานะ 10 เรานะ 20 มันอยู่ที่ใจนะถ้าเขามั่นใจเขาจะสดชื่น”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

6. สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ตามความคิดเห็นของครอบครัว ต้องการหาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อช่วยให้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกให้ดีขึ้น โดยสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจคือ คำสอนของพระพุทธศาสนา การดูแลพระในบ้าน การฝึกปฏิบัติธรรม ความเชื่อในเรื่องกรรมและการกระทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวปรับความคิดในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“...บางทีก็คิดน้อยใจเหมือนกัน แต่ก็คิดว่า พระเขาบอกว่าให้ดูแลพระในบ้าน ให้ดีที่สุด วัตรก็ไม่ค่อยได้ไป แต่ก่อนยังได้ไป”

(สัมภาษณ์วันที่ 25 เมษายน 2550) (F 02)

“...ไปปฏิบัติธรรมช่วยได้ เวลาที่ทุกข์เนี่ย เราจะสงบลง ทุกคนมีกรรมเป็นของตนเอง เราต้องทำชาติเนี่ยให้ดีที่สุด ชาติหน้าเราจะได้ไม่ลำบาก มีส่วนช่วยให้จิตใจที่สงบลงและสามารถดูแลที่เขาได้ ถ้าไม่มันที่เป็นคนใจร้อน พอไปปฏิบัติเนี่ยที่เย็นลง และก็พาให้เราหยุดยังคิด ทำที่บ้านให้ดีที่สุด”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“คือบ้านหนูจะเป็นแบบยอมรับกันได้ คือไม่ยึดติดอะไร ไม่รู้ชินะหนูไม่ค่อยยึดติดอะไรบ้านหนูก็เพิ่งถูกไฟไหม้ไป เหมือนกับว่าเรื่องมันผ่านไปแล้วก็ให้ผ่านไป เรามาอยู่ตรงเนี่ย ทำตรงเนี่ยให้ดีที่สุดดีกว่า พอแม่เป็นอย่างเงี้ย เออ... ถ้าแม่จะหายจริง ๆ ก็หาย ก็คือทำตรงเนี่ยให้ดี ถ้าไม่หายก็ต้องดูแลเขาไป”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

7. พยาบาล...บริการที่บ้าน

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีความต้องการการบริการที่บ้าน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับไปอยู่ที่บ้านได้ สมาชิกคนใดคนหนึ่งในการครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยปราศจากความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งในระยะแรก ๆ ของการกลับมาอยู่ที่บ้านย่อมมีปัญหาแน่นอนในเรื่องการดูแล จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรคที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ยิ่งผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ครอบครัวมองว่าการที่มีพยาบาลไปที่บ้านในระยะแรกเพื่อไปสอน ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเป็นสิ่งที่ดี และครอบครัวต้องการ เพราะผู้ดูแลหลักบางรายก็ไม่สามารถไปเรียนรู้ที่โรงพยาบาลได้เนื่องจากติดธุระ บางรายก็ไม่กล้าซักถามขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล การมีพยาบาลไปที่บ้านทำให้ผู้ดูแลหลักกล้าซักถามปัญหา เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“เออ! อย่างมาแนะนำที่บ้านอย่างเงี้ย ชักเดือนหนึ่งในช่วงนี้ เพราะอย่างเงี้ยมันต้องเรียนรู้ เพราะถ้ามีปัญหาอย่างไรก็จะได้ถามได้”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“จันทน์ (ผู้วิจัย) สอนหน่อยซิ...ก็ไม่มีเวลาไปเรียนรู้ที่โรงพยาบาล ต้องดูแลผู้ป่วยที่สอนที่นี้ซิ”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“พี่มาที่บ้านมาช่วยแนะนำว่าเป็นอย่างนี้จะทำอย่างไร และก็เรียนรู้เรื่อย ๆ ก็ทำได้”

(สัมภาษณ์วันที่ 25 เมษายน 2550) (F 02)

“พยาบาลมาเยี่ยมบ้านก็ดี สบายใจ ก็แบบว่ามาแนะนำอย่างโน้นอย่างนี้ เราถามได้ ปรีกษาได้ อยู่โรงพยาบาลไม่กล้าถามเกรงใจเขา กลัวเขาว่าเป็น บั๊ตรทองแล้วยังมาจู้จี้ ถ้าไม่อี๊ดอี๊ดตันใจจริง ๆ ก็จะไม่ถาม บางอย่างอี๊ดอี๊ด มาก ๆ ถึงจะถาม กลัวหมอเขาว่า บางครั้งใจอยากจะถามแต่ก็ไม่กล้าถาม”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 05)

4.1.2.3 ความต้องการของระบบบริการสุขภาพ

ส่วนใหญ่บุคลากรสุขภาพต้องการให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการดูแลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยไปอยู่ที่บ้าน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ก็จะต้องมีการส่งต่อข้อมูลที่ดี มีทีมผู้ประสานงานในการดูแล และมีรูปแบบการเตรียมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนกลับบ้าน ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. การส่งต่อข้อมูล

บุคลากรสุขภาพมองว่า ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่บ้านนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องการให้มีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องประเมินผู้ป่วยถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทุกราย ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างละเอียด และมีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลต่อที่บ้าน เพื่อผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“คือคนไข้แต่ละคนก่อนที่จะกลับบ้าน น่าจะมีข้อมูลของคนไข้บอกพยาบาล Home Health Care มีการส่งต่อรายละเอียดของข้อมูลว่าผู้ป่วยคนนี้จะต้องระวังอะไร และจะทำอะไรให้สามารถฟื้นฟูได้บ้าง เราจะได้รู้และจะได้ไปแนะนำเขาให้ต่อ”

(สัมภาษณ์วันที่ 29 พฤษภาคม 2550) (H 01)

“คืออยากให้ทีมสุขภาพช่วยกันคิดว่า ถ้ามีคนไข้คนหนึ่งเข้ามาเนี่ยต้องให้ไปดูแลต่อเนืองที่บ้านไหม เพราะสำนักอนามัยเขาแจ้งมาแล้วว่าเขายินดีที่จะไปเยี่ยมทุก Case ที่เราส่งเรื่องมา แต่ปัจจุบันเนี่ยยังไม่ค่อยเขียนใบส่งต่อมา มันก็ส่งไปสำนักอนามัยไม่ได้”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 09)

2. มีทีมประสานงานการดูแลต่อเนื่อง

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกบุคลากรมองว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องนั้นจำเป็นต้องมีทีมประสานงานและรับผิดชอบผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ซึ่งจะต้องรับผิดชอบตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาลและจนกระทั่ง

ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยทำหน้าที่ประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนการให้การบริการตั้งแต่การให้ความรู้การสอน แนะนำ และสาธิตการดูแลให้ครอบครัวสามารถไปดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ และเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจนกระทั่งกลับไปบ้าน มีการประเมินผลการดูแล ติดตามและส่งต่อข้อมูล เมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“โรงพยาบาลจะต้องมี *Co-Ordinater* สำหรับคนไข้ *Stroke* สมมุติว่ามีคนไข้ *Stroke* มาเข้า *Co* ก็จะไปดูคนไข้แล้วไปประเมินร่วมกับ *Ward* ไข้ใหม่แล้วตัว *Co* ก็เป็นคนประสานงานทำงานไป *Co-Ordinater* น่าจะเป็นทีมก็ได้ หรือเป็นหัวหน้าไม่มีทีมก็ได้ แต่ต้องเฉพาะขึ้นมาทำเรื่องนี้โดยเฉพาะ *Co* ในเรื่องที่จะเยี่ยมบ้านคนไข้หรือเรื่องที่จะต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องมันต้องแยกออกมา”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 09)

“ก็คือ *Discharge Plan* เหมามาว่าใครไข้เปล่า จุดนี้แล้วจะโยงให้ใคร จะให้ *Home Health Care* โทรเยี่ยมก็ได้ แต่ว่ามันจะต้องมีเจ้าภาพเสีย 1 คนแหละ จะให้เขาโทรเยี่ยมเรื่องอะไร แล้วจะส่งต่อเรื่องไหนหรือเวลา *FU* ที่ *OPD* จะให้ช่วยดูแลเรื่องอะไรอย่างเนี่ยมันจะ *OK* บ้าง”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 08)

“คือใจจริงแล้วอยากให้มีทีมเหมือนเป็น *Health Promotion* สำหรับคนไข้ หลอดเลือดสมอง พอคนไข้หลอดเลือดสมองครั้งแรกมา *Admit* ปูบต้องแจ้งทีมเนี่ย ทีมเนี่ยจะต้องมาประเมินคนไข้ตั้งแต่แรกเลย และมาให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

“อยากให้มีหน่วยงานที่ดูแลคนไข้หลอดเลือดสมองไปเลย เช่น ศูนย์สมอง อะไรอย่างเนี่ย จะดูแลตั้งแต่แรกเลย จนถึงคนไข้เตรียมพร้อมกลับบ้านเลย อยากให้มีแบบนั้นตั้งแต่ *Stroke* ใหม่ ๆ ว่าจะต้องดูแลอย่างไรเป็น *Unit* ไปเลยจนถึงกลับบ้าน”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

3. รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนกลับบ้าน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้านนั้น บุคลากรสุขภาพมองว่าควรที่จะมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยให้ความรู้ แนะนำ และฝึกทักษะแก่ครอบครัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน จนครอบครัวเกิดความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้โดยลำพัง ซึ่งควรมีโปรแกรม

สำหรับเตรียมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนกลับบ้าน โดยเฉพาะ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล มีการสอน สาธิต ฝึกทักษะในช่วงเวลาและระยะเวลาที่เหมาะสม คำนึงถึงความต้องการของบุคลากรสุขภาพว่า

“เราควรเตรียมอย่างต่อเนื่อง ช่วงแรกอาจจะรับไม่ได้ทั้งคนไข้และญาติที่ เว้นไปก่อนสักพักหนึ่ง พอให้ญาติจะคุ้นเคยกับสภาพคนไข้แบบนี้ก่อน แล้ว หลังจากนั้นก็เริ่มสอนทีละนิด ทีละนิด”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

“คือว่า ต้องเตรียมญาติแต่เนิ่น ๆ เลย คือคิดโปรแกรมขึ้นมาเลย เขาเรียกว่า อะไรในรูปแบบการดูแลคนไข้ ต้องเน้นที่เรื่องญาติเข้ามาดูแลนะ ก็คือ ต้องให้ญาติได้เรียนรู้ ได้ฝึกในระยะเวลาที่สมควร ในแต่ละเวรในแต่ละวัน”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 03)

“ก็จริง ๆ แล้วคนไข้ Stroke เนี่ยเป็นคนไข้เรื้อรัง มันต้องมีการเตรียมล่วงหน้า ตั้งแต่คนไข้ Admit ขึ้นไปเนี่ย มันก็ต้องมี Plan แล้วว่ากลับไปบ้านเนี่ยจะต้อง อย่งไรบ้าง ก็คือเราก็ต้องดูสภาพที่บ้านเขาว่ามีคนดูแลไหม บ้านเขาเป็น อย่งไร อยู่คนเดียวหรือเปล่าเพราะว่าเวลาเราให้ความรู้ เราก็ต้องเตรียมคนที่ จะดูแลใช้ไหมคะ ต้องดูว่าเป็นใครแล้วเราก็ให้ความรู้เขา และต้องบอกเขาว่า จะต้องทำอะไรบ้าง จะต้องระวังอะไรบ้าง”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 08)

4.2 ความคาดหวังในการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

ความคาดหวังในการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผู้วิจัยขอนำเสนอในภาพรวมในการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ โดยมี 3 ประเด็นคือ 1) ความคาดหวังที่ทำให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยประกอบด้วย การดูแลรักษาที่ดีจนหาย เป็นปกติ 2) ความคาดหวังที่ทำให้เกิดขึ้นกับครอบครัวประกอบด้วย เอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลจนกลับบ้าน ดูแลประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นพื้นฐานได้ มีส่วนร่วมดูแลและลงมือปฏิบัติจริง สื่อสาร เข้าใจตรงประเด็น 3) ความคาดหวังที่ทำให้เกิดขึ้นกับระบบบริการประกอบด้วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน ผู้ประสานงานดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง (ดังตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3

ประเด็นความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง
ที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของ
ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

ความคาดหวัง	ประเด็น	ตามการรับรู้ ของผู้ป่วย	ตามการรับรู้ ของครอบครัว	ตามการรับรู้ ของบุคลากรสุขภาพ	
1. ความคาดหวัง ที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย	การดูแลรักษาที่ ดีจนหายเป็น ปกติ	ผสมผสานแพทย์ ทางเลือก	ผสมผสานแพทย์ ทางเลือก	ถ้าไม่ขัดกับโรค ไม่อันตราย ก็มักจะ ไม่ห้าม เพราะเป็น ทางเลือกของเขา	
		สอนการทำ กายภาพบำบัด	สอนการทำ กายภาพบำบัด มี VDO วิธีการสอนการทำ กายภาพบำบัด	ได้แพทย์เฉพาะทางดูแล มักจะบอกญาติว่าให้ไป เรียนกายภาพ	
			อยากได้ยาดี ๆ		
			อยากมีความรู้เกี่ยวกับ การดูแลคนแก่ น่าจะเปิด เป็น Course ไป	มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย	
2. ความคาดหวัง ที่เกิดขึ้น กับครอบครัว	เอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแล จนกลับบ้าน	ครอบครัวเข้าใจ ให้กำลังใจและ ก็ให้ทานยา ตรงเวลา	มีคนช่วยก็ดี แต่ส่วนมาก ก็จะทำเอง	ผู้ป่วยช่วงแรก ๆ รับ ไม่ได้ ต้องการกำลังใจ จากญาติ	
		ดูแลประเมิน สภาพผู้ป่วยขั้น พื้นฐานได้	-	เราอยากรู้ว่า ทำไมจะรู้ว่า น้ำตาลเขาจะต่ำ	จะบอกญาติให้สังเกตสี ปัสสาวะ มีตะกอนสีเข้ม ไหม
		มีส่วนร่วมดูแล และลงมือปฏิบัติ จริง	-	คือที่ไปเนี่ย นักกายภาพ คนหนึ่ง ที่มาร่วมด้วย คนหนึ่ง พี่ขอเลย	ญาติต้องมีส่วนร่วมมาก เพราะถ้าญาติไม่สนใจ บทบาทตรงนี้ เขาก็ ไม่อยากเอาคนไข้ กลับบ้าน
		สื่อสารเข้าใจตรง ประเด็น	-	พยาบาลต้องบอกถึงเขา ไม่สนใจก็ต้องบอก	พยาบาลเจอกับคนไข้ เป็นคนแรกมีการบอก ข้อมูลสั้น ๆ
3. ความคาดหวัง ที่เกิดขึ้น กับระบบ บริการ	พยาบาลเยี่ยม บ้าน	ถ้ามีพยาบาล มาเยี่ยม (ฟรี) ดีเสียอีกมีคน ห่วงเรา	...แต่พูดถึงมาแนะนำ ที่บ้านมีไหม	เขาก็ต้องการให้ พยาบาลไปที่บ้านนะ เพื่อความอุ่นใจ	
		ผู้ประสานงาน การดูแลอย่าง ต่อเนื่อง	-	-	ที่เขาบอกว่าสำคัญที่ Co-Ordinator ร.พ.จะต้อง มีสำหรับคนไข้ Stroke
		การส่งต่อข้อมูล เพื่อการดูแลเพื่อ การดูแลต่อเนื่อง	-	-	คือคนไข้แต่ละคนก่อน กลับบ้านน่าจะมีข้อมูล บอกพยาบาล Home Health Care

ซึ่งมีรายละเอียดของประเด็นความคาดหวังในการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ดังนี้

4.2.1 ความคาดหวังที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

4.2.1.1 การดูแลรักษาที่ตึงหนายเป็นปกติ

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ตึงหนายเป็นปกติ จึงมีความคาดหวังให้มีผสมผสานแพทย์ทางเลือก ได้แพทย์เฉพาะทางดูแล สอนให้ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ยาดีมีคุณภาพ และมีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ผสมผสานแพทย์ทางเลือก

แพทย์ทางเลือกเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวคาดหวังว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิมมากที่สุด นอกเหนือจากการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งก็มีการรักษาที่หลากหลาย เช่น การรักษาแพทย์แผนจีน โดยการฝังเข็ม การนวดหรือการจับเส้น ทางไสยศาสตร์ก็โดยการอาบน้ำมันต์ สะเดาะเคราะห์ ซึ่งผู้ป่วยบางรายจะสวดมนต์ไหว้พระขอพรเพื่อหวังให้ความดีที่เคยกระทำส่งผลให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“อามาไปสวดมนต์ไหว้พระบอกว่าถ้าอามามีปัญหา就给ให้หาย”

(สัมภาษณ์วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2550) (P 01)

“ไปนวด ไปเสกเอาเลือดปลาไหลทาตัวทำหมด อาบน้ำมนต์สะเดาะเคราะห์อันไหนใครว่าดีไปหมด ก็ความอยากหายนะ คนเรา”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (P 03)

ส่วนครอบครัวมักจะได้รับข้อมูลคำแนะนำจากบุคคลอื่นที่รู้จักที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวจึงคิดว่าน่าจะลองทำดูดีก็จะปล่อยไปเรื่อย ๆ เพราะไม่เสียหายอะไร เพื่อว่าโชคดีก็อาจทำให้ผู้ป่วยหายได้ ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“ก็คืออย่างไรหละ มีลูกพี่ลูกน้องนะ เขาเป็นอย่างนี้แขนขาอ่อนแรง แต่เขาไปตามหมอกันนี้มาจับเส้น ได้เร็ว ทุกวันนี้เขาสามารถเดินได้ เข้าห้องน้ำเองได้ ทำไมหนูเชื่อเพราะเราเห็นกับตาว่าญาติของเราคนเนี่ยเป็นแต่ทำไมเขาเดินได้ ลูกได้ วังได้เราก็ตกใจคิดว่าเราน่าจะลองดู”

(สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2550) (F 03)

“คือพี่คนเก่าที่เคยดูแลเขาบอกว่าฟังเข็มตี ก็คิดว่าหรือจะฟังเข็มตีเพราะหมอก็คแค่บอกว่าให้ดูแลไปเรื่อย ๆ ก็คิดว่าแทนที่เราจะปล่อยไปเรื่อย ๆ สู้มาคิดหาวิธีอื่น ๆ คือไม่อยู่เลย ๆ นะหาวิธีอื่น ๆ ไปเรื่อย ๆ เพราะเราไม่มีอะไรจะเสียแล้ว”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“ก็วันที่ออกมาจากโรงพยาบาล คนเข็นรถนะ เขาบอกว่าเป็นอย่างนี้ พ่อเขาเป็นฟังเข็มแล้วดิเขาแนะนำที่หัวเขี้ยวนั่นแหละ”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 05)

ส่วนในมุมมองของบุคลากรสุขภาพมองว่าถ้าการกระทำนั้นไม่ขัดกับการรักษาและไม่เกิดผลเสียหายเป็นอันตรายกับตัวผู้ป่วย ทางแพทย์แผนปัจจุบันก็ยินดีที่จะให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษา ดังคำกล่าวของแพทย์อายุรศาสตร์ประสาทวิทยาว่า

“ซึ่งในความเห็นส่วนตัวคิดว่า ถ้ามันไม่ขัดกับโรคของคนไข้ก็คงจะไม่ห้าม ถ้าไม่ทำให้คนไข้มีอันตราย เราก็จะไม่ห้ามเพราะว่าเป็นทางเลือกของเขา ซึ่งอย่างที่บอกว่าทุกคนแหละเวลาเจ็บป่วยก็อยากจะหาย ถ้าอยากจะหายเร็วเนี่ย ก็ต้องการไขว่คว้า โดยเฉพาะถ้าเราบอกว่าโรคเขาไม่หาย”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

2. ได้แพทย์เฉพาะทางดูแล

ในมุมมองของบุคลากรสุขภาพ การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกให้ได้ผลการรักษาที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติได้มากที่สุดและรวดเร็วมองว่าการวินิจฉัยได้ถูกต้องรวดเร็วและรักษาผู้ป่วย โดยทีมแพทย์ พยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับผลการรักษาที่ดี ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“แต่ถ้าเรา *Early Detect* ได้เร็ว เราก็จะได้ *Refer* ไปเลยเพื่อไปให้ยา *Thrombolytic* ถ้าใกล้ ๆ ที่นี้ก็มีที่รามา เขามีทีมพร้อมอยู่แล้ว”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

“ส่วนมากที่มา เท่าที่มีให้เห็นนะก็จะมาพร้อมญาติ แล้วอยากให้เราให้พบได้ตรวจกับแพทย์เฉพาะทางจะได้ดูแลคนไข้ให้ตรง”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 09)

“...พี่ว่าถ้าหมอเฉพาะทางทำจะ OK คือหมายถึงว่าถ้าหมอพี่(แพทย์แผนก 30 บาท) เห็นอาการคนไข้เสร็จแล้วใน *Case Stroke* ครั้งแรกส่ง *Consult Neuro Med* เลย”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 09)

3. สอนให้ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการทำกายภาพบำบัด ซึ่งจะได้ผลดีในช่วง 6 เดือนแรกของการเจ็บป่วย ฉะนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นที่จะได้รับการสอนทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“...เวลาเดินก็ค่อย ๆ เดินเหมือนเด็กหัดเดิน ขาช้ายไปเรื่อย ๆ ยกได้คล่องขึ้น ดีกว่าเมื่อก่อน เมื่อก่อนเดินไม่ได้ เขาต้องเอาขาเตะไปข้างหน้า วันนี้เขาไม่ต้องเตะแล้ว...เพราะกายภาพไงเล่า (หัวเราะ) เพราะทำกายภาพ เพราะถ้าฝึกทุก ๆ วันก็จะดีขึ้น...”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (P 04)

ซึ่งในมุมมองของครอบครัวและบุคลากรสุขภาพมีความคาดหวังที่ตรงกันว่า การทำกายภาพบำบัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น แขนขามีแรงมากขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และการทำกายภาพจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ครอบครัวจะเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำกายภาพให้ผู้ป่วย ซึ่งคาดหวังที่จะได้รับการสอน การฝึกทำกายภาพให้ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนสามารถมาทำให้ผู้ป่วยได้ บางรายคาดหวังให้มี VDO วิธีการสอนทำกายภาพให้ผู้ป่วยที่บ้าน ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“แต่ถ้าให้ตีกายภาพน่าจะเป็นวิธีโอว่จ๊อบแขนยี่ด้อย่างนี้ ทำที่ 1 ทำที่ 2 เป็นอย่างนี้ เพราะญาติถ้าทำ ๆ อยู่ผู้ป่วยเกร็งก็กลัวว่ากระดูกจะหักหรือเป่ล่า ก็ควรจะบอกและสอนด้วย เพราะช่วงแรก ๆ แม่เขาเกร็ง ก็ไม่รู้ว่าแม่ข้อติดหรือเกร็ง ข้อติดเป็นอย่างไร ถ้าทำแรงไปเราจะไม่กล้าทำ”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“ก็คือหลังจากกลับบ้านมาได้อาทิตย์หนึ่งเราก็ไปทุกวัน ไปกายภาพบำบัดอย่างไม่ได้ไปจริง ๆ ก็อาทิตย์ละ 4 วัน เขาก็จะสอนว่าทำต่าง ๆ มาทำที่บ้าน ไม่จำเป็นต้องมาตลอดเพราะค่าใช้จ่ายมันก็เยอะ หัวหน้าเขาดินะ เขาจะสอนหมดจะบอกเราหมดเขาไม่หวงวิชา”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“ก็ต้องการกายภาพอย่างเดียวเพราะว่าเขาทำเองเขาไม่ค่อยทำ หมอเขาก็บอกว่าให้มาบำบัดเองที่บ้าน แต่หมอเขาก็ไม่ได้สอนว่าให้มาบำบัดอย่างไร ให้ทำอย่างไร ให้ยกอย่างไรเขาก็ไม่ได้สอน”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 05)

“...มักจะบอกญาติว่าให้ไปเรียนกายภาพ ซึ่งมักจะไม่นบอกแค่คนเดียวคือส่วนมากจะให้ญาติมาควิธีการทำกายภาพหลาย ๆ คนเพราะเรารู้ว่าการดูแลคนไข้กลุ่มเนี่ยคนเดียวไม่ไหว และมักจะบอกให้เขาทำคือช่วยทำระหว่างอยู่โรงพยาบาลด้วย เพราะปกติเราทำกายภาพวันละครั้งมันไม่ค่อยพอมากเท่าไร ก็จะให้ญาติไปเรียนรู้ก่อนที่จะกลับบ้าน...จะบอกเขาว่าภายใน 6 เดือนเนี่ยคุณมีโอกาสดีขึ้น แต่ว่าดีขึ้นมากน้อยขนาดไหนบางที่จะต้องย้ำว่าคุณต้องทำกายภาพ ถ้าไม่ทำเลยก็เท่านั้น”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

“...บางคนเขาก็ต้องการให้กายภาพไปทำที่บ้าน และเขาก็สอนญาตินะ แต่ญาติบางคนเขาก็ต้องการให้ไปทำให้”

(สัมภาษณ์วันที่ 29 พฤษภาคม 2550) (H 01)

4. ยาคีมีคุณภาพ

ในมุมมองของครอบครัวคาดหวังว่าการได้รับการรักษาที่ดี คือการได้รับยาที่ดีมีคุณภาพ แล้วจะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ยิ่งในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีความเชื่อในเรื่องของการใช้ยาที่ไม่เท่าเทียมกันกับผู้ป่วยที่ชำระเงินเอง กล่าวว่าคุณเองจะได้รับยาที่ไม่มีคุณภาพแล้วจะทำให้ผู้ป่วยไม่หาย ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“...ยังบอกเลยว่าพี่เขาโชคดีที่ยามาครั้งแรก ที่หมอเขาบอกว่ายาตัวเนี่ยเพิ่งสั่งเข้ามาเข็มละสองพัน ต้องฉีดวันละสองเข็ม เจ็ดวัน ก็บอกว่าเอาเลยหมอมอเขาก็ถามเราก่อน เราก็บอกว่าเอา พอฉีดกลับดีขึ้นมันใจ เพราะว่าเราไปลองมาเยอะแล้ว จะลองอีกซักครั้งจะเป็นไร”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“...ก็อยากได้ยาคี ๆ มันฝังอยู่ในหัวใจ แบบว่าคนเขาพูดว่าทำไมถึงใช้บัตรทองเห็นเขาพูดกันหลายคนแล้ว ว่าใช้บัตรทองแล้วยาอ่อน ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 05)

5. มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกพ้นระยะวิกฤตอาการของผู้ป่วยคงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม เช่น บางรายไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง บางรายต้องเจาะคอเพื่อระบายเสมหะ ต้องทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพเนื่องจากมีแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ครอบครัวจึงจะต้องช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ครอบครัวจึงคาดหวังที่จะให้ผู้ดูแลหลักมาเรียนรู้วิธีการดูแลจากบุคลากรสุขภาพที่โรงพยาบาล ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“...พยาบาลต้องบอก ถึงเขาไม่สนใจก็ต้องบอก เราทำหน้าที่ของเราแล้ว เหมือนว่าครูสอนนักเรียนนะ เด็กจะทำได้แค่ไหนก็แล้วแต่ ถ้าเราแนะนำแล้ว เขาไม่สนใจจะไปเข้าซีเขาก็ไม่ได้...”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“ก็อยากรู้เกี่ยวกับคำแนะนำ ก็เกี่ยวกับอาหารตัวเนี่ย ตัวเนี่ย อะไรทานได้ อะไรทานไม่ได้”

(สัมภาษณ์วันที่ 27 มีนาคม 2550) (F 03)

“ก็คือพยาบาลต้องสอนหมดทุกอย่าง ยิ่งคนที่ไม่สามารถจะจ้างคนดูแล ต้องสอนทุกอย่าง อาน้ำทำอย่างไร อาหารทำอย่างไร...แม้กระทั่งความดัน เป็นอย่างไร ก็อยากรู้พื้นฐานเท่ากับที่ดูแลที่โรงพยาบาล”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“อยากมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนแก่ น่าจะเปิดเป็น Course ไป เช่น การดูแล คนไข้ที่ใส่สายปัสสาวะเดือนละครั้ง แล้วบังคับญาติให้ไปเรียนรู้เลย”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

ซึ่งบุคลากรสุขภาพมีความคาดหวังว่า การที่จะให้ครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน ได้นั้น จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ และ สาธิตในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเช่นกัน ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“...แต่ถ้าเราถึงนะ OK นะวันนี้จะเป็นการให้ความรู้ญาตินะ อาจจะ เข้าไป 2 คน ถ้าคนเดียวเขาจะเฉย ๆ คุณมาคนเดียว เหมือนมันไม่ Stroung นะ ถ้ามาเป็นทีม มา 2 คนนะ เขาจะเห็นว่ามาเนี่ยต้องมีอะไรพูดแน่ ๆ เลยเขาจะฟัง แต่ถ้ามาคนเดียวก็เหมือนกับว่าคุณมาทำหัตถการให้คนไข้เขาก็จะฟังไปเฉย ๆ ไม่ Get...คือว่าคนไข้เนี่ยจะต้องพูดอะไรบ้าง เรื่อง NG เรื่องอะไรก็ว่าไปแล้ว แต่ว่าแต่ละคนจะต้องการข้อมูลอะไร คือเหมือนกับว่าฉันดูแลคนไข้อย่างเนี่ย แต่ถ้ากลับบ้านคุณก็ต้องดูแลแบบเนี่ย”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

4.2.2 ความคาดหวังที่เกิดขึ้นกับครอบครัว

4.2.2.1 เอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลจนกลับบ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานกว่า โรคกลุ่มอื่น ๆ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เหมือนเดิม จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจตามมา เช่น มีความรู้สึก ท้อแท้และสิ้นหวัง ที่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ครอบครัวจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยให้

ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตการเจ็บป่วยที่มีผลต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วย หลอดเลือดสมองครั้งแรกคาดหวังจะได้รับ โดยเฉพาะจากครอบครัวของผู้ป่วยคือ การดูแลเอาใจใส่ ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลโดยการมาเยี่ยมเยียน พุดคุยให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจและมี กำลังใจที่จะต่อสู้รักษาตัวเอง ทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่ บ้านครอบครัวและผู้ดูแลหลักจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และ การฟื้นฟูสภาพ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“...คิดว่าเรามาที่บ้านดีกว่า มาฟื้นฟูเอาที่บ้าน แล้วอีกอย่างเกี่ยวกับว่าพวก ที่น้องผมให้ความร่วมมือ แม่ก็ให้กำลังใจ เขาบอกว่ารักษาไป เรื่องค่าใช้จ่าย ไม่ต้องห่วง...”

(สัมภาษณ์วันที่ 9 มิถุนายน 2550) (P 02)

“...อ้าว...ก็ต้องดีสิ มีญาติดีกว่าไม่มี เราก็อุ่นใจว่าเรามีญาติมาเยี่ยม คนอื่นเขายัง มีคนมาเยี่ยม เราก็ต้องมีคนมาเยี่ยมเยียนซิใช่ไหม อบอุ่นใจ เป็นคนต้องมีญาติ ต้อง มีเพื่อนใช่ไหม...เขาช่วยอาบน้ำ สระผมนี่เขาซื้อแชมพูมาแล้ว มีพี่น้องดี ก็ชื่นใจ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (P 04)

“...ครอบครัวเข้าใจ ให้กำลังใจและก็ให้ทานยาตรงเวลา แพนเขาดี แพนเขาจะ จัดยาให้ ยาก่อนอาหารหลังอาหาร เขาทำให้ทุกอย่าง”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (P 03)

ส่วนมุมมองของบุคลากรสุขภาพคาดหวังว่า การให้กำลังใจ เอาใจใส่เปิดใจในการดูแล ขอมรับกันจากครอบครัว ย่อมทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้ง่ายขึ้น ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“จะนั่นคนไข้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะต้องการกำลังใจเป็นพิเศษในการที่จะ ทำให้คนไข้ร่วมมือในการทำกายภาพหรือฟื้นฟูตนเอง ขอมช่วยเหลือตัวเอง ให้สู้ นะ...จุดเนี่ย โอกาสที่ดีขึ้นกลับแย่งลงจะต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและ ให้กำลังใจ เพราะ โอกาสที่ผู้ป่วยจะดีขึ้นอยู่ในช่วงนี้ ถ้าไม่ทำอะไรเลย ก็จะไม่ได้อะไรเลยเรื่องกำลังใจหรือการช่วยเหลือตนเองเนี่ย”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

“ผู้ป่วยในช่วงแรก ๆ เขาก็ยังคงรับตัวเองไม่ได้ในกรณีที่อยู่ตัว แต่ถ้าเกิดเขาได้ กำลังใจจากญาติก็อาจจะทำให้ลดลง ถ้าญาติดูแลดีเปิดใจยอมรับด้วย ก็ต้องเปิดใจเข้าหากันเนอะ ก็ต้องยอมรับซึ่งกันและกันก่อน”

(สัมภาษณ์วันที่ 18 สิงหาคม 2550) (H 07)

แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีความคาดหวังให้ สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วย เพราะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นการดูแลที่ค่อนข้างหนัก และไม่สามารถบอกได้ว่าการดูแลจะสิ้นสุดเมื่อไร ดังคำกล่าวของผู้ดูแลหลักว่า

“... พี่สะใภ้ช่วย แต่ก่อนวันอาทิตย์เขาจะตื่นสาย เดี่ยวนี้พอวันอาทิตย์เขาจะลงมามีพามาไปอาบน้ำใหม่ เขาจะลงมาช่วย ส่วนมากก็เลยได้สระผมให้อามาวันอาทิตย์นะ... ก็คือมีคนช่วย แต่ส่วนมากก็จะทำเอง เขาปล่อยให้ทำเอง...”

(สัมภาษณ์วันที่ 25 เมษายน 2550) (F 02)

“แหม!.. ก็อยากให้มีคนมาเปลี่ยนเราบ้าง ต้องการให้ลูกคนโน้นคนนี่มาช่วย แต่เขาไม่ช่วยมันก็ยังกระตุ้นว่าไม่ช่วยก็ไม่เป็นไร เราทำได้ ที่แรกก็คนโน้นจะมาช่วยไหม คนนี้จะมาดูแลไหม จะมาช่วยเปลี่ยนเราบ้างไหม แต่คิดได้เมื่อเขาไม่มาช่วยจะมีประโยชน์อะไรถ้ามันแว่แต่นั่งคิด”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

4.2.2.2 ดูแลประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นพื้นฐานได้

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้านนั้น ในมุมมองของครอบครัวคาดหวังว่าผู้ดูแลหลักควรที่จะมีความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันเวลาในภาวะที่ผู้ป่วยมีสัญญาณความผิดปกติ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ความดันโลหิตที่ผิดปกติ ภาวะออกซิเจนในร่างกายต่ำ อาการที่ผู้ป่วยซึมลง ที่จำเป็นต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฟื้นจิตอันตราย ดังคำกล่าวของครอบครัวว่า

“เราอยากรู้ว่า ทำไมจะรู้ว่าน้ำตาลเขาจะต่ำ เพราะตอนนี้ให้เขากินกล้วยวันละ 1 มื้อและกินข้าว 3 ถ้วย และก็ไม่มีอะไรและก็ให้กินธัญพืช ตอนเช้ากินข้าวกับน้ำบាយก็กินข้าวกับกล้วย 1 ลูก บางวันก็เป็นส้ม และจะรู้ได้ไงว่าน้ำตาลเขาต่ำหรือไม่ต่ำ จุดนี้แหละที่กำลังสงสัย”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...อย่างหนูยังอยากรู้เลย แม้กระทั่งความดันเป็นอย่างไร เพราะถ้ากลับไปอยู่บ้านเนี่ย อย่างวันเนี่ยแม่เขาออกซิเจนน้อย อย่างหนูยังอยากซื้อเครื่องวัดออกซิเจนไว้เลย เตรียมสายออกซิเจนเตรียมไว้เพราะวันหนึ่งกลับไปเราอาจจะทำอะไรผิด คืออยากรู้พื้นฐานเท่ากับที่ดูแลที่โรงพยาบาล...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“...บังคับสอนเลย ไม่งั้นกลับมาตายลูกเดียว อันนี้ไม่ได้แข่งนะ ญาติบางคนถ้าเป็นมากก็ปล่อยเลยไม่ส่งโรงพยาบาล แต่บางคนส่งแต่เช้า รู้ก็จะส่งโรงพยาบาลเร็ว แต่ที่อยู่ที่ยังใจเขาด้วย...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

ซึ่งในมุมมองของบุคลากรสุขภาพคาดหวังให้ผู้ดูแลหลัก สามารถประเมินอาการ ภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายปัสสาวะค้างไว้หรือภาวะ ปอดอักเสบจากการนอนนาน ๆ ได้เช่นกัน ดังคำกล่าวของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในว่า

“...ก็จะบอกญาติว่าให้สังเกตดู ส่วนใหญ่ในรายที่มี *Foley's cath* ใหม่ๆใหม่ก็จะบอกเขาว่าให้สังเกตสีปัสสาวะ มีตะกอน สีเข้มไหม มีตะกอนเยอะไหม คนไข้รู้สึกมีอาการหนาวสั่นหรือเปล่า และก็บอกจะมีภาวะ *Pneumonia* ได้ เพราะนอนนานๆก็จะให้เขาสังเกตภาวะไข้ ไอ หอบเหนื่อย ”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

4.2.2.3 มีส่วนร่วมดูแลและลงมือปฏิบัติจริง

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้านนั้น ในมุมมองของครอบครัว คาดหวังว่า การที่ให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติจริงในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ร่วมกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีประสบการณ์ในการทำ เรียนรู้เทคนิคต่าง ๆ และเผชิญกับปัญหาและ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เกิดการยอมรับ ที่จะพาผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง เช่น ต้องมีส่วนร่วมในการ ทำกายภาพบำบัดกับนักกายภาพเพื่อที่จะได้เรียนรู้วิธีการ จังหวะและการทำกายภาพได้อย่าง ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วโดยลงมือปฏิบัติจริง การเรียนรู้ การให้อาหารสายยางโดยลงมือทำจริงและมีบุคลากรสุขภาพเป็นผู้คอยแนะนำ ดังคำกล่าวของ ครอบครัวว่า

“คือพี่ไปเนี่ย นักกายภาพคนหนึ่ง พี่ก็ร่วมด้วยคนหนึ่ง พี่ขอเลย เอาด้วย ร่วมด้วยที่ขอมเหนื่อย พี่ช่วยเขาด้วยแต่พี่เอาวิชาประมาณนั้นเลย เหมือนกับ เราเรียนด้วยแล้วเราจะรู้จังหวะเขาเดินแคไหน หนักเบาแคไหน ทรงตัวได้ มากน้อยแคไหนแล้วเราจะรู้ ถ้าเราลงมือด้วยเนี่ยเราก็จะเป็นด้วย แล้วพอ กลับมาบ้านเราก็จะรู้สึกว่ามันมั่นใจว่าทำได้ ก็เพราะเราลงมือปฏิบัติแล้วนะ ถ้าไม่ได้ลงมือเธอจะไม่รู้หรอก”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

“...ก็เหมือนว่าเราต้องปฏิบัติกับเขา เขาสอนมาอย่างพยาบาลบางคนสอนจิ้ม ๆ อย่างนี้ที่ตรวจน้ำตาล ใครจะไปรู้ว่าจิ้มอย่างไร ใหม่ๆ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...ก็เหมือนกับว่าพยาบาลต้องมาอยู่ดูแล บอกว่าทำอะไร แล้วดูให้ญาติทำ ทำผิดอย่างไรก็บอกเลย...คือต้องให้คนดูแลเป็นจริง ๆ นะเพราะถ้าคนเรา ไม่เป็นจริง ๆ นะไม่กล้าทำ... ไข้ต้องลงมือปฏิบัติจริง ๆ ต้องดูว่าเขาทำถูกต้อง หรือเปล่า ให้ทำบ่อย ๆ...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

ส่วนมุมมองของบุคลากรสุขภาพต่างเห็นด้วยและคาดหวังให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการดูแล เห็นภาพจริงในการให้อาหารทางสายยางและให้ลงมือทำจริง จะช่วยประเมินขั้นพื้นฐานในการดูแลได้ ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“ญาติต้องมีส่วนร่วมมาก เพราะว่าถ้าญาติไม่สนใจหรือไม่มีส่วนร่วมในบทบาทตรงนี้นะ เขาก็จะไม่อยากเอาคนไข้กลับบ้าน ไม่อยากจะดูแลอะไรอย่างเนี่ยค่ะ แต่ถ้าเราให้ความรู้ได้ดี ญาติสามารถทำได้”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

“น่าจะเป็นพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำแล้วก็ต้องให้เขาเห็นด้วย เห็นภาพนะที่อย่างเวลา Feed อาหารอย่างไร Test อย่างไร Content คุยอย่างไร ซึ่งบางที่เราให้อเอกสารไปอ่านเขาอาจจะนึกภาพไม่ออก แล้วไม่เข้าใจ แต่ถ้าเราให้คำแนะนำด้วยตัวเองและให้เขาลงมือปฏิบัติด้วย ให้เขาทำให้เราดูด้วยว่าเขาทำถูกหรือเปล่า”

(สัมภาษณ์วันที่ 6 กรกฎาคม 2550) (H 05)

4.2.2.4 สื่อสารเข้าใจตรงประเด็น

การสื่อสารที่มีความเข้าใจและตรงประเด็นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เป็นสิ่งที่ครอบคลุมความคาดหวังให้มีการพูดคุยกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในทุกประเด็น ทั้งในเรื่องของโรค ความรุนแรงของโรค และแนวทางการรักษา เพื่อที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับทราบทุกระยะ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อที่จะได้วางแผน เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังเช่น

“แรก ๆ ก็กลัวรับไม่ได้ แต่แบบว่าเกิดอย่างเนี่ย พยาบาล หมอ ก็คือบอกให้ทำใจว่ามันจะเหมือนปกติไม่ได้เนอะ ไรอย่างเงี้ย ให้เราทำใจ ทำใจไว้...บอกก็คิดว่าดีนะ เพราะถ้าไม่บอกญาติก็จะตั้งความหวังไว้สูงไง”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“...ถ้ามีการบอกข้อมูลทุกระยะก็ดี มันทำให้เรามีการเตรียมตัว เหมือนทำใจไว้บ้าง ทำให้เราสามารถวางแผนได้ เช่น การเตรียมที่อยู่ เพราะว่ามันเตรียมยากนะกว่าจะจัดการแต่ละอย่างอะไรอย่างเงี้ย บอกให้ญาติรับทราบ ให้รู้ และบอกว่าจะต้องทำอะไร เตรียมอะไรบ้าง เพราะหมอก่อนจะรู้แล้วเพราะคุณไข้วันต่อวันเป็นอย่างไร แล้วบอกให้ญาติรู้จะได้เตรียมตัว”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 สิงหาคม 2550) (F 07)

“พยาบาลต้องบอก ถึงเขาไม่สนใจก็ต้องบอก เราทำหน้าที่ของเราแล้ว เหมือนว่าครูสอนนักเรียนนะเด็กจะทำได้แค่ไหนก็แล้วแต่ ถ้าเราแนะนำแล้วเขาไม่สนใจจะไปเข้าชี้เขาก็ไม่ได้ บางที่เขาใช้สมองเยอะไม่สนใจในจุดนี้

อย่างพื้่นี่ถามว่าสนใจไหม พื้ถามเลย พยาบาลคะอย่างงี้คืออะไร ถ้าไม่สนใจ
ก็จะทำไม่ได้หรอก...”

(สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2550) (F 04)

ซึ่งในมุมมองของบุคลากรสุขภาพมองว่า พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัว
มากที่สุด ควรที่จะเป็นผู้สื่อสารให้ข้อมูลต่าง ๆ กับผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ เพื่อความเข้าใจ
ที่ถูกต้อง ดังคำกล่าวของแพทยศาสตรศาสตราจารย์ว่า

“อีกอันหนึ่งก็คือที่จะให้คนไข้ได้ก็คือคนที่เผชิญหน้าคนไข้คือพยาบาลจะเจอ
กับคนไข้เป็นคนแรกเนี่ยอาจจะมีการสรุปสั้น ๆ ซึ่งบางคนที่เห็นเขาก็สรุปได้
ดีว่าคนไข้เป็นอะไร บอกญาติสั้น ๆ อย่างเงี้ยเคยได้ยินมา OK คนไข้เป็น
อัมพาต เป็นความดัน เบาหวานอะไรอย่างเงี้ย หรือบางทีก็บอกสาเหตุกับญาติ
ไปเออ...บางทีญาติฟังแล้วเข้าใจก็ไม่ต้องคุยกับหมอต่อก็เคยเห็นนะ”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

4.2.3 ความคาดหวังให้เกิดขึ้นกับระบบบริการ

4.2.3.1 พยาบาลเยี่ยมบ้าน

พยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการให้การบริการสุขภาพเชิงรุกอีกรูปแบบหนึ่งที่ผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและครอบครัวคาดหวัง และต้องการรับบริการเมื่อผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกกลับไปอยู่ที่บ้าน การมีพยาบาลไปเยี่ยมบ้านจะทำให้ผู้ป่วย
รู้สึกดีเหมือนมีคนห่วงใย แต่ต้องไม่เสียค่าใช้จ่าย ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า

“ถ้ามีพยาบาลมาเยี่ยม (ฟรี) ดีเสียอีกมีคนมาห่วงเรา เพราะเราไม่มีเงินจ่ายเขา
ถ้าเขาเต็มใจเราก็ขอบคุณ”

(สัมภาษณ์วันที่ 9 มีนาคม 2550) (P 02)

ส่วนครอบครัวมองว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเมื่อกลับไปบ้านในช่วงแรก ๆ
ครอบครัวจะมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นบทบาทใหม่ของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย
เพียงลำพังโดยไม่มีที่ปรึกษาที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ
การดูแลที่ซับซ้อน การมีพยาบาลไปเยี่ยมบ้านจะทำให้ครอบครัวรู้สึกอุ่นใจ สบายใจ เพราะว่าเมื่อมี
ปัญหาหรือข้อสงสัยจะได้ซักถาม ปรึกษา ขอคำแนะนำ และเรียนรู้ ซึ่งบางครั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่
โรงพยาบาลผู้ดูแลหลักไม่สามารถไปเรียนรู้ที่โรงพยาบาลเนื่องจากติดธุระ หรือบางรายก็ไม่กล้า
ที่จะซักถามเพราะกลัวว่าตนเองใช้สิทธิบัตรทอง ถ้าถามมากกลัวเจ้าหน้าที่จะไม่พอใจ ดังคำกล่าว
ของครอบครัวว่า

“...แต่ถ้าพูดถึงมาแนะนำที่บ้านมีไหม เออ! อย่างมาแนะนำที่บ้านอย่างเงี้ยซักเดือนหนึ่งในช่วงนี้ เพราะอย่างเงี้ยมันต้องเรียนรู้ เพราะถ้ามีปัญหาอย่างไรก็จะได้อาถามได้...”

(สัมภาษณ์วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550) (F 02)

“...ก็แบบว่ามาแนะนำอย่างโน้นอย่างนี้เราถามได้ ปรึกษาได้ อยู่โรงพยาบาลไม่ค่อยถาม เกรงใจเขา กลัวเขาว่าเป็นบัตรทอง แล้วยังมาจู้จี้ ไม่กล้าถ้าไม่อัคอันต้นใจจริง ๆ ก็จะไม่ถาม บางอย่างอึดอัดมาก ๆ ถึงจะถาม กลัวหมอเขาว่าบางครั้งใจอยากจะถามแต่ก็ไม่กล้าถาม”

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550) (F 05)

ซึ่งในมุมมองของบุคลากรสุขภาพคาดหวังว่า การมีการบริการพยาบาลเยี่ยมบ้านก็เพื่อที่จะไปประเมินการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างที่ดูแลอยู่ที่บ้าน ซึ่งก็เป็นสิ่งที่ดีเพื่อจะได้ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาการดูแล อีกทั้งยังลดการมาอนโรงพยาบาล แต่ก็ต้องคำนึงถึงเรื่องค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นว่ารูปแบบการบริการพยาบาลเยี่ยมบ้านจะเป็นในลักษณะใด ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“เขาก็ต้องการให้พยาบาลไปที่บ้านนะ เพื่อความอบอุ่น สบายใจ เห็นพยาบาลไปที่บ้านมีปัญหาอะไรพยาบาลก็ช่วย บางคนเขาก็ต้องการนะ แต่ถ้าพูดถึงคิดเรื่องค่าใช้จ่ายเขาก็ไม่นั่นนะ เขาโทรมาถามดีกว่าเวลามีปัญหา”

(สัมภาษณ์วันที่ 29 พฤษภาคม 2550) (H 01)

“คืออย่างคนไข้ Bed Sore ทำแผล อยู่โรงพยาบาลก็สอนอย่างดี ทำแผลอย่างนี้ แต่พอกลับมาบ้าน โอ้โฮ Slough ค้างกว้างมาเลยแสดงว่าที่บ้านเขายังดูแลไม่ได้ดี Home Health Care ต้องไปเยี่ยมบ้านและให้ความรู้มากกว่านี้...ญาติก็จะบอกว่าทำให้ ทำตลอด ทำเหมือนที่เราสอนทุกอย่าง แต่เราไม่เห็นว่าเขาทำได้อย่างที่เราสอนหรือเปล่า ซึ่งจริง ๆ ตรงนี้น่าจะมีทีมที่ไปเยี่ยมบ้าน”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 03)

“แล้วอย่าง Home Health Care ของเราเนี่ยจริง ๆ แล้วเนี่ยเขาแค่ไปเปลี่ยนสายอะไรอย่างเงี้ยซะใหม่เวลาที่เขาเรียก มันน่าจะไปเยี่ยมหรือถามสารทุกข์สุกดิบมั้งนะ อย่างวันเนี่ยมีตารางว่าไปดู Case นี้ให้หน่อยมันน่าจะตรงนี้นะพี่”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

“...ถ้าทำคือมันต้องมีหน่วยงานไปเยี่ยมบ้าน ต้องมีทีมในแง่ที่ว่าเออ...อาจจะ Early detect คนไข้ได้ หรืออาจทำให้เขาดูแลคนไข้ได้ง่ายขึ้นซึ่งมันก็จะช่วย Prevent Compication ตามมาได้...การไปเยี่ยมที่เราไปทำได้ก็เพื่อไปประเมินการดูแลทางด้าน Nursing Care...แต่ว่าถ้าจริง ๆ ถ้าทำได้เนี่ยก็ดีในแง่ที่ป้องกัน Compication ที่จะมา Admit บ่อย ๆ ได้ แต่ของเรามีปัญหาอีกอย่างหนึ่งคือ

ของเราเป็นโรงพยาบาลเอกชน มันจะยากในแง่ที่เราจะทำคุณ Charge หรือเปล่าถ้าเป็นรัฐบาลนะหมดปัญหาเพราะมันเป็นหน้าที่ แต่ถ้าโรงพยาบาลของเราทำจะเป็นลักษณะไหนจะทำแบบของโรงพยาบาล หรือคือไปเยี่ยมบ้านฟรี ๆ แต่ถ้ามีค่าใช้จ่ายจะเกิดปัญหาคือส่วนมากถ้าฟรีเมื่อไหร่ใคร ๆ ก็เอานะใคร ๆ ก็ขอแต่งงานอย่างเนี่ยจะหนัก แต่ถ้ามีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมบางทีญาติเขาก็รับไหวถ้ามองในแง่ผลที่ได้เนี่ย มันก็จะดีในแง่บางรายที่ไม่ต้องกลับมา Admit ใหม่ด้วยเรื่อง *Compication*”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

4.2.3.2 ผู้ประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในมุมมองของบุคลากรสุขภาพคาดหวังว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ควรที่จะมีผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำหน้าที่เป็นผู้สอน ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลหลักและครอบครัว ติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งลักษณะของผู้ประสานงานอาจจะตั้งเป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบโดยตรง หรือเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก็ได้ ดังคำกล่าวของบุคลากรว่า

“ที่เขาบอกว่าสำคัญที่ *Co-Ordinator* โรงพยาบาลจะต้องมี *Co* สำหรับคนไข้ *Stroke* สมมุติว่ามีคนไข้ *Stroke* มาปั๊บ *Co* ก็จะไปดูคนไข้แล้วไปประเมินร่วมกับ *Ward* ไข้ไหม แล้วตัว *Co* ก็เป็นคนประสานงานทำงานไป...น่าจะเป็นทีมก็ได้ หรือเป็นหัวหน้าไม่มีทีมก็ได้ แต่ต้องเฉพาะขึ้นมาทำเรื่องนี้โดยเฉพาะ *Co* ในเรื่องที่จะไปเยี่ยมบ้านคนไข้ หรือเรื่องที่จะต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 09)

“คือหนุว่านะ จัดหาคนที่รับผิดชอบประจำ *Ward* แล้วส่งไปอบรมดูแลคนไข้ *Stroke* แล้วคนเนี่ยก็จะทำในเรื่องนี้ไปเลย เหมือน *DM* ประจำ *Ward* เพราะคนไข้กลุ่มเนี่ยมันอยู่นานอยู่แล้ว ใ้คนเนี่ยเชี่ยวชาญไปเลยไปอบรมมา”

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550) (H 06)

“คือใจจริงแล้วอยากให้มีกลุ่มเหมือนเป็น *Health Promotion* สำหรับคนไข้ *CVA* เพราะว่ามันเยอะไข้ไหมคะกลุ่มหนึ่งเลยในโรงพยาบาล อ้าว...พอ *Case* ไหนจะกลับปั๊บ จะเป็นกลุ่มเนี่ย กลุ่มเนี่ยจะต้องมีความรู้แน่นและก็อธิบายให้ญาติเข้าใจได้ดี เป็นกลุ่มเนี่ยเข้ามาให้ความรู้...ควรจะมาอย่างต่อเนื่องคะ ก็คือ

ตั้งแต่คนไข้เข้ามาปั๊บเนี่ย ทีมเนี่ยต้องมีบทบาทแล้วว่าเขาจะต้องดูแลอย่างไร พอคนไข้เป็นครั้งแรกปั๊บต้องรู้ปัญหา เหมือนว่าเขาจะต้องสนใจด้วยค่ะ ไม่งั้นเขาจะไม่รู้ปัญหาคนไข้หรอก พอหาปัญหาเสร็จแล้ว เขาก็ต้องหาแนวทางคือเหมือน Consult ในทีมกันเอง เพื่อที่จะทำอะไรต่อเพื่อที่จะว่าญาติจะได้ดูแลผู้ป่วยต่อได้”

(สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550) (H 04)

“ซึ่งเคยคิดนะพี่ทำไมไม่เปิดเป็น Uni แลเลย เปลี่ยน NG Foly:s cath โดยตรงเลย ก็คือแผนกเนี่ยไม่ทำอะไร รับทำอันเนี่ยอย่างเดียวเลย ถ้าอย่างนั้นเนี่ยเขาจะมีเวลาเต็มที่ แล้วเขาจะได้อธิบายได้สอนได้เต็มที่”

(สัมภาษณ์วันที่ 6 กรกฎาคม 2550) (H 05)

“แต่ถามว่าถ้ามีทีมที่จะช่วยประเมินตั้งแต่แรกเนี่ย ถ้ามีได้มันก็ดี เป็นการสร้างทีมขึ้นมา ก็อาจจะไม่ต้องอะไรมาก ก็พยาบาลที่อยู่ใน Ward นี้แหละเพราะเราดูแลคนไข้อยู่...แต่สมมุติว่าเราทำเป็นทีม อาจจะไม่ใช่คนเดียว อาจเข้าไป 2 คน เขาจะได้รู้ว่าไม่ได้มาพูดเฉย ๆ นะแต่มาในลักษณะของหน่วยงานนะ ผมไป 2 คนคือตั้งใจเลยว่าจะไปพูดเรื่องนี้ไม่ได้มาทำอะไรให้คนไข้ มาหาญาติโดยตรงเนี่ย เขาค่อนข้างจะฟัง”

(สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550) (H 02)

4.2.3.3 การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

ในมุมมองของบุคลากรสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่บ้านนั้นคาดหวังว่าจะต้องมีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้มีการติดตามประเมินผลการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วน ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพว่า

“และที่คาดหวังอีกอย่างหนึ่งคืออยากให้มีหมอหรือนurses หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลก็ได้ช่วยกันคิดว่า ถ้ามีคนไข้คนหนึ่งเข้ามาเนี่ยต้องให้ไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านไหม เพราะสำนักอนามัยเขาจะแจ้งมาแล้วว่าเขาในคดีที่จะไปเยี่ยมทุก Case ที่เราส่งเรื่องมา”

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 09)

“คือคนไข้แต่ละคนก่อนที่จะกลับบ้านน่าจะมีข้อมูลของคนไข้บอกพยาบาล Home Health Care มีการส่งต่อรายละเอียดของข้อมูลว่าผู้ป่วยโรคนี้จะต้องระวังอะไร...ก็ควรที่จะมีการส่งต่อรายละเอียด ว่าคนไข้เนี่ยจะอย่างไรให้สามารถฟื้นฟูอะไรได้บ้างอย่างเงี้ย เราจะได้รู้และจะได้ไปแนะนำเขาให้ต่อว่าจะฟื้นฟูทางร่างกายได้ตรงไหนบ้างจะช่วยเขาให้มีกำลังใจ”

(สัมภาษณ์วันที่ 29 พฤษภาคม 2550) (H 01)

“คือมันต้องประเมินก่อนว่าเขา Need ถ้าNeedจริงเราจะให้อะไรเพื่อให้ตรงกับเขา เสร็จแล้วเราจะเชื่อมตรงนี้อย่างไรหรือว่าเขาจะโทรไปเยี่ยมหรือจะให้เขาโทรกลับมา แล้วตรงไหนจะรับตรงจุดนี้เพื่อที่จะได้รู้ประวัติคนไข้ และข้อมูลตรงเนี่ยของคุณมีไหม คุณมีแล้วสามารถให้คำแนะนำได้หรือส่งเวรกันไว้ว่า Case นี้อย่างงี้ อย่างงี้ ให้โทรเยี่ยมเรื่องนี้ เรื่องนี้ แล้วให้ถามปัญหาว่ามีอะไร แล้วปรึกษากันมันจะได้ครบวงจร แล้วเขียนบันทึกในใบเยี่ยมอะไรก็ได้ เพื่อจะได้รู้ว่าเป็นอย่างไร แล้วจะมาถึง OPD มีอะไรบ้างจะให้เพิ่มจุดไหน จะต้องไปคุยกับโภชนาหรือว่าจะต้องส่งไปกายภาพเรื่องอะไร คือหมอเขาก็จะให้เห็นข้อมูลว่าอยู่บ้านเป็นอย่างไร มีปัญหาอย่างไร”

สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550) (H 08)

4.3 แนวทางการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำให้ทราบถึง ปัญหา ความต้องการและความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ซึ่งนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสังเคราะห์แนวทางเบื้องต้นในการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์จากผลการศึกษาและเปรียบเทียบกับกรอบทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแนวทางเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่วิเคราะห์ได้ประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการส่งต่อ ซึ่งแต่ละระยะมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 การวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย เป็นระยะที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก สามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1.1 ปรับวิธีคิดเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการยอมรับต่อการเจ็บป่วยและการดูแลตามหลักคำสอนของศาสนา

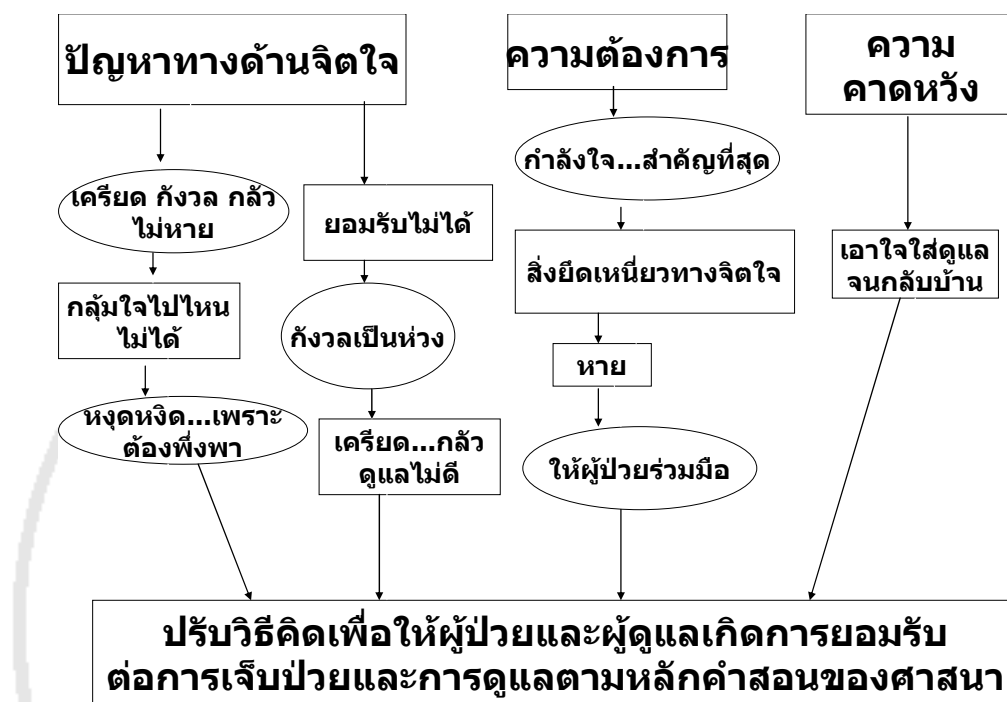
จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงแรกจะมีความเครียดกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น กลัวว่าจะไม่หาย ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม กลุ้มใจไปไหนไม่ได้และหงุดหงิด เพราะว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกนี้จะมีผลกระทบต่อ

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและหมดกำลังใจในการที่จะดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป ไม่ยอมรับการรักษาและไม่ร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพร่างกายเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเกิดการยอมรับและปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย กำลั้งใจ ความช่วยเหลือ ความเข้าใจเห็นใจและยอมรับผู้ป่วยจากครอบครัว โดยการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่ที่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นน้ำหล่อเลี้ยงให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งที่จะต่อสู้กับอุปสรรคทั้งปวง และนอกจากกำลั้งใจจากครอบครัวแล้วที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับการเจ็บป่วย ตัวผู้ป่วยเองก็จะต้องทำใจยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นให้ได้เช่นกัน ซึ่งการนำแนวทางคำสอนของพระพุทธศาสนามาปฏิบัติเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก นำมาช่วยยึดถือให้ตนเองผ่านพ้นภาวะวิกฤตยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและการรักษา ผู้ป่วยบางรายมองว่าที่ตนเองต้องป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพราะผลจากเวรกรรมที่ตนเองได้เคยทำไว้ หลีกหนีไม่พ้น จึงต้องยอมรับกรรมที่เกิดขึ้น บางรายสวดมนต์ไหว้พระ ไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ จึงทำให้จิตใจสงบลง และสบายใจขึ้น

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเป็นโรคที่เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีอาการเตือนมาก่อน ครอบครัวไม่ได้คาดคิดและไม่ได้เตรียมรับมือกับเหตุการณ์นี้มาก่อน ครอบครัวจะกังวลและเป็นห่วงผู้ป่วยทั้งในเรื่องอาการและการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะผู้ที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก เพราะเป็นผู้ที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา คอยดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย บางกิจกรรมยังเป็นบทบาทใหม่ที่ผู้ดูแลหลักไม่เคยทำมาก่อน ผู้ดูแลหลักและครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิม ซึ่งบางครั้งส่งผลให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกเครียด กังวล กลัวว่าจะดูแลผู้ป่วยไม่ได้ กลัวดูแลไม่ถูกต้อง และบางครั้งยังต้องอดทนรองรับอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วยให้ได้ ฉะนั้นเมื่อในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักจึงต้องหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ยึดหลักธรรม คำสอนของพระพุทธศาสนาช่วยในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี ใจเย็นไม่หงุดหงิด ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลหลักรายหนึ่งกล่าวว่า การไปปฏิบัติธรรมช่วยให้ตนเองใจเย็นขึ้นแล้วสามารถกลับมาดูแลสามีที่เป็นอัมพาตได้ ส่วนผู้ดูแลหลักที่เป็นลูกสาวรายหนึ่งกล่าวว่าบางครั้งก็คิดน้อยใจที่ดูแลอยู่คนเดียวไปไหนก็ไม่ได้ แต่ก็คิดได้ว่าพระท่านสอนไว้ว่าเราควรที่จะดูแลพระในบ้านให้ดีที่สุด จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีขึ้น เห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วย การปรับตัวของผู้ดูแลหลักและครอบครัวจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลหลักที่มีการปรับตัวที่ดีจะมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ (ดังแผนภูมิที่ 4.1)

แผนภูมิที่ 4.1

การวิเคราะห์แนวทางการวางแผนจำหน่ายโดยการปรับวิธีคิดเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล
เกิดการยอมรับต่อการเจ็บป่วย



ดังนั้นการนำแนวคิดตามหลักพระพุทธศาสนามาช่วยปรับความคิดเพื่อให้เกิดการยอมรับต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ทั้งตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผู้ดูแลหลักและครอบครัว สามารถเผชิญกับปัญหาได้ เกิดการยอมรับและเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหา และเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการปรับวิธีคิดของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจึงรายละเอียดดังนี้

1. หาข้อมูลโดยประเมินสภาวะจิตใจและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและการปรับตัวของผู้ดูแลหลัก เพื่อเป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อปรับวิธีคิดในการยอมรับการเจ็บป่วย โดย

1.1 พุดคุย สอบถามการรับรู้ และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ว่าผู้ป่วยมีความเครียด กังวล หงุดหงิด กลัว กลุ้มใจในการเจ็บป่วยครั้งนี้อย่างไร และมีวิธีการจัดการกับความรู้สึก เครียด กังวล หงุดหงิด กลัว กลุ้มใจได้หรือไม่

1.2 จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในด้านความเครียด กังวล กลัวว่าจะดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี ไม่รู้ว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร เพราะเป็นการดูแลที่หนักและซับซ้อน กังวลเพราะเป็นห่วงผู้ป่วย ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้และการปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วย

2. ค้นหาต้นแบบของผู้ป่วย ครอบครัวที่ประสบปัญหาและสามารถปรับวิธีคิดได้เพื่อเป็นการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลง แล้วสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ และคลายความวิตกกังวล

2.1 ผู้ป่วยเน้นการตระหนักในคุณค่าของตนเอง การให้ความรู้ด้วยนวัตกรรมกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.2 ผู้ดูแลหลักเน้นการสาธิตย้อนกลับในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อผู้ดูแลหลักจะได้ไม่เครียด ไม่กังวลและเกิดการยอมรับต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

3. ประสานงานและจัดกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง โดย

3.1 นำผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเหมือนกันที่สามารถปรับตัวได้ดีมาพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นหลักการในการพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมองเห็นคุณค่าในตนเอง

3.2 จัดกลุ่มสนับสนุนพูดคุยให้กำลังใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอื่นที่สามารถปรับตัวได้ดี

3.4 จัดหาสิ่งสนับสนุนที่เป็นเรื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ดูแลหลักและครอบครัว คลายความวิตกกังวล เช่น ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ หาหนังสือ หรือเทพธรรมะให้ผู้ป่วยอ่านหรือฟัง ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามหาเทปคำสั่งสอนของพระอัลเลาะห์ให้ฟัง จัดหาสถานที่ให้ผู้ป่วยได้สวดมนต์หรือประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบและเกิดการยอมรับต่อการเจ็บป่วย

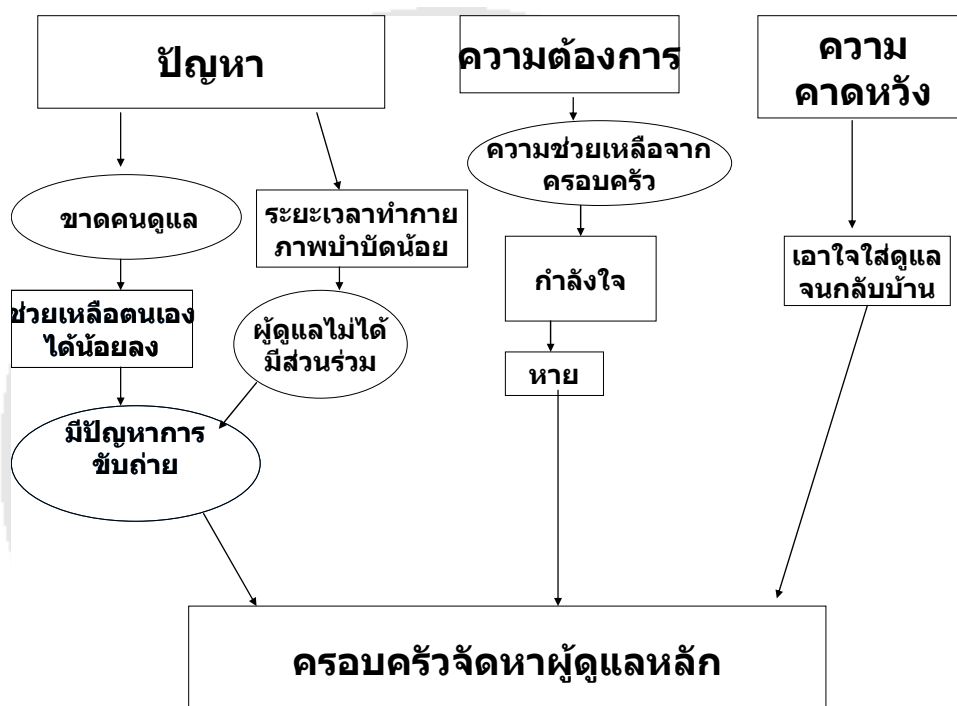
4.3.1.2 ครอบครัวจัดหาผู้ดูแลหลัก

ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผู้ป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง มีปัญหาการขับถ่าย และต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง จึงต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวในการเอาใจใส่ดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิมมากที่สุด ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังขาดคนดูแลจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องสร้างความตระหนักในครอบครัวถึงความจำเป็นที่จะต้องจัดหาผู้ดูแลที่รับบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่

ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้มาเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลหลักนี้ ซึ่งมีแนวทางให้ครอบครัวจัดหาผู้ดูแลหลัก (ดังแผนภูมิที่ 4.2)

แผนภูมิที่ 4.2

การวิเคราะห์แนวทางการวางแผนจำหน่ายโดยครอบครัวจัดหาผู้ดูแลหลัก



ดังนั้น แนวทางการวางแผนจำหน่ายโดยครอบครัวจัดหาผู้ดูแลหลักคือ

1. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และปัญหาความต้องการในการดูแลที่ซับซ้อน และความจำเป็นที่จะต้องมีผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ประกอบกับการประเมินความพร้อมของครอบครัวโดยแบ่งระดับของการจัดหาผู้ดูแลหลักในครอบครัว
2. ให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ในเรื่องการหาผู้ดูแลหลักเพื่อมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการหาผู้ดูแลหลักมาดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวเพื่อช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว เพราะเชื่อว่าถ้าเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย

3. จัดกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีพระคุณกับผู้ดูแลหลักและครอบครัว เช่น เป็น บิดา มารดา และตระหนักในการดูแลผู้ป่วย มองเห็นคุณค่าของการดูแลที่ตนเองกระทำอยู่ว่าเป็นสิ่งถูกต้องดีงาม

4. แนะนำหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับครอบครัว ในการหาผู้ดูแลหลักมาดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ เช่นแนะนำศูนย์บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือสถานที่ที่รับดูแลผู้ป่วย หาสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่มีญาติ เช่น สถานสงเคราะห์ต่าง ๆ

4.3.1.3 การเตรียมผู้ดูแลหลักเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

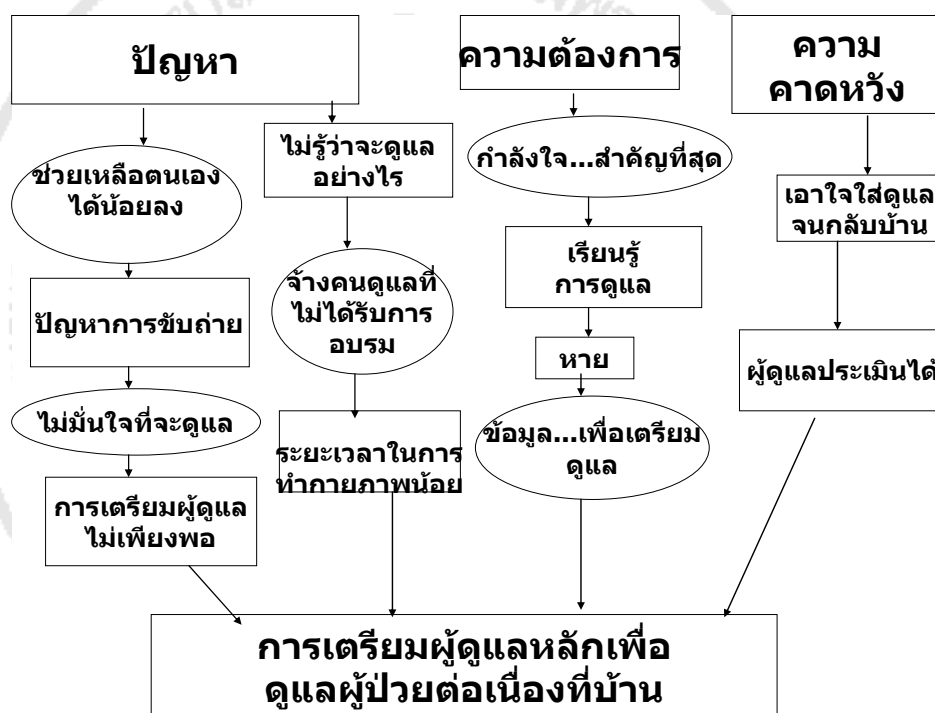
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตอาการของผู้ป่วยคงที่แล้ว แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปบ้าน แต่ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดหรือความผิดปกติทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ ความผิดปกติทางความคิด สติปัญญาและการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือรับผิดชอบตนเองได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคลากรสุขภาพเพื่อทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการสนับสนุนให้กำลังใจ ซึ่งผู้ที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยก็คือสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ แต่จากการวิจัยพบว่าปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน ครอบครัวยังไม่มั่นใจในการดูแล ไม่รู้ว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร บางรายก็จ้างคนดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ก็เนื่องมาจากระบบบริการยังเตรียมครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ และจากการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าครอบครัวเองก็ต้องการข้อมูลเพื่อเตรียมดูแลผู้ป่วย ต้องการเรียนรู้วิธีการดูแลและคาดหวังที่จะดูแล ประเมินผู้ป่วยขั้นฐานได้ ซึ่งการเตรียมครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจจากการเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัว

อย่างไรก็ตามสิ่งที่ครอบครัวต้องการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านนั้น ครอบครัวจะต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยตามปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่ว ๆ ไปครอบครัวจะต้องได้รับการเรียนรู้ 1) เรียนรู้การดูแลกิจวัตรประจำวันที่เป็นในการดำรงชีวิตมนุษย์ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แปรงฟัน สระผม แต่งตัว การเคลื่อนไหวน การขับถ่าย และการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ 2) เรียนรู้การดูแลตามแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสุขภาพผู้ป่วย และการบันทึกภาวะสุขภาพผู้ป่วย การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ของผู้ป่วย 3) เรียนรู้การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลดังกล่าวมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจึงควรต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญและจำเป็นของการดูแล รวมทั้งต้องมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จึงจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จึงควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางการเตรียมผู้ดูแลหลักเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (ดังแผนภูมิที่ 4.3)

แผนภูมิที่ 4.3

การวิเคราะห์แนวทางการวางแผนจำหน่ายเตรียมผู้ดูแลหลักเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



ดังนั้นแนวทางการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมผู้ดูแลหลักเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านคือ

1. ประเมินศักยภาพของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันที่บ้านในการดำรงชีวิตมนุษย์ของผู้ดูแลหลัก ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาน้ำ แปรงฟัน สระผม แต่งตัว การเคลื่อนไหวน การขับถ่าย การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น หรือ
2. ประเมินความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการเคารพซึ่งกันและกันของคนในครอบครัว การสื่อสาร ความต้องการข้อมูลต่าง ของครอบครัว ความร่วมมือ และแหล่งที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวเพื่อประสานงานในการให้การดูแลตามความต้องการ

3. เตรียมความพร้อมในการทำความเข้าใจสภาพจิตใจของผู้ป่วยและการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ตลอดจนเตรียมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ให้มีการเปิดใจและร่วมกันหาทางเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

4. เตรียมประสานงานในการสร้างทักษะการทำกายภาพบำบัดอย่างง่ายที่บ้าน โดยเน้นให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสุขภาพผู้ป่วยและการบันทึกภาวะสุขภาพผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเร็วขึ้น

5. เตรียมให้ข้อมูลกับครอบครัว ถึงการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักและครอบครัวควรได้ออกแบบกิจกรรมการดูแลที่บ้านร่วมกับพยาบาลก่อนการจำหน่าย เพื่อให้ได้การวางแผน และการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

6. จัดเตรียมข้อมูลและวางแผนแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่พยาบาลก่อนการวางแผนจำหน่ายโดย

6.1 สร้างแผนการสอนเป็นการสอนรายบุคคลหรือรายกลุ่มตามความเหมาะสมแล้วแต่สถานการณ์ แผนการสอนเรื่องการทำกายภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้อาหารสายยาง การดูดเสมหะ เป็นต้น

6.2 สร้างคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ในรูปของสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ VCD

7. เตรียมวางแผนการบริการเยี่ยมบ้านโดยคิดรูปแบบการติดตาม ดูแล ประเมินผลการดูแลช่วยเหลือ แนะนำและสอนวิธีการการดูแลกับผู้ดูแลหลักที่บ้าน กรณีที่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถไปเรียนรู้ที่โรงพยาบาล เช่น การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

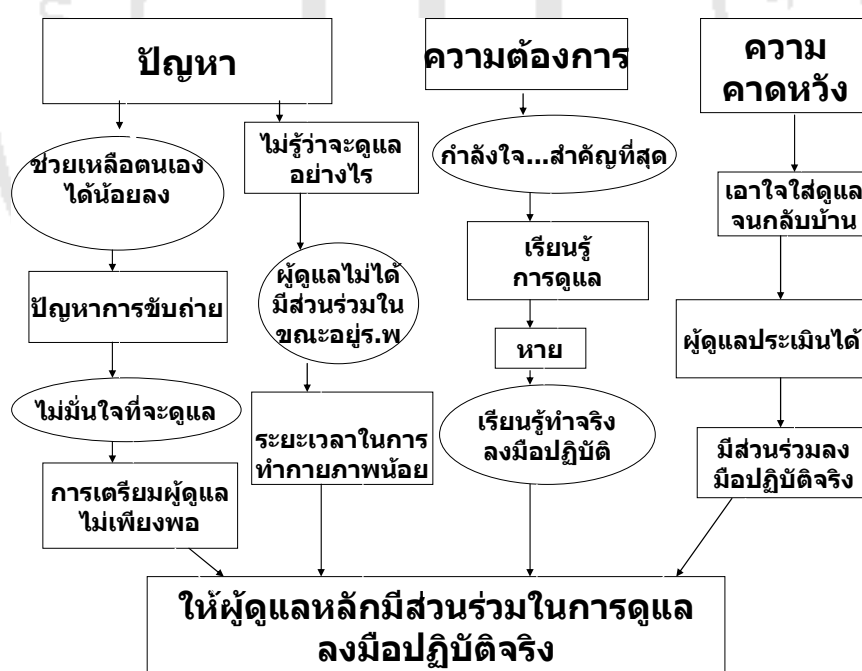
4.3.1.4 ให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการดูแล...ลงมือปฏิบัติจริง

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่มีความซับซ้อนและยุ่งยากกว่าการดูแลโดยทั่วไป ผู้ดูแลหลักจึงต้องมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย เช่น วิธีการทำอาหารสายยาง และการให้อาหารสายยางในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ วิธีการดูดเสมหะในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเจาะคอ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลหลักไม่เคยทำมาก่อนและยังต้องอาศัยเทคนิคความชำนาญในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ฉะนั้นผู้ดูแลหลักจึงต้องมีการเรียนรู้วิธีการและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนที่จะนำผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งวิธีการเรียนรู้เป็นหัวใจสำคัญที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ การส่งเสริมให้ครอบครัว ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เป็นวิธีการเรียนรู้วิธีหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลหลักมี

ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพราะจะได้ลงมือปฏิบัติจริงในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ร่วมกับบุคลากรสุขภาพ เรียนรู้และแก้ไขปัญหาโดยตรงเพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้มีประสบการณ์ในการดูแล และเกิดความมั่นใจเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

ดังนั้นการจัดระบบบริการพยาบาลที่เน้นให้ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยการลงมือปฏิบัติจริง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวมีความรู้ในการดูแล และสามารถประเมินผู้ป่วยขั้นพื้นฐานได้ เกิดการยอมรับในการดูแลผู้ป่วยเมื่อนำผู้ป่วยกลับบ้าน (ดังแผนภูมิที่ 4.4)

แผนภูมิที่ 4.4
การวิเคราะห์แนวทางการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม
ในการดูแล...ลงมือปฏิบัติจริง



ดังนั้นแนวทางการจำหน่ายเพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการดูแล...ลงมือปฏิบัติจริงคือ

1. ประเมินความพร้อมในการดูแล และศักยภาพของผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อที่จะได้นำผู้ดูแลหลักมาเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต่อเนื่องที่บ้าน

2. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เพื่อที่จะได้เรียนรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยรวมลงมือปฏิบัติจริงในกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและความชำนาญในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เช่น การทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยร่วมกับ นักกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล การพลิกตัว ยกตัวผู้ป่วยขึ้น-ลง การเช็ดตัว สระผมให้ผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียง เป็นต้น เปิดสอนกิจกรรมการดูแลที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน โดยมีการสอน สาธิต และร่วมลงมือปฏิบัติจริง และมีการประเมินผลจนกระทั่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การทำอาหารสายยาง โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติตั้งแต่การเตรียมวัตถุดิบในการทำอาหาร การทำความสะอาด การต้ม การตวง ปั่น และกรองอาหารด้วยตนเอง ฝึกรวีกาให้อาหารสายยางผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ให้อาหารสายยางด้วยตนเอง การดูแลแก้ไขปัญหาเรื่องการขับถ่าย และมีพยาบาลเป็นผู้คอยแนะนำจนกระทั่งผู้ดูแลสามารถทำได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

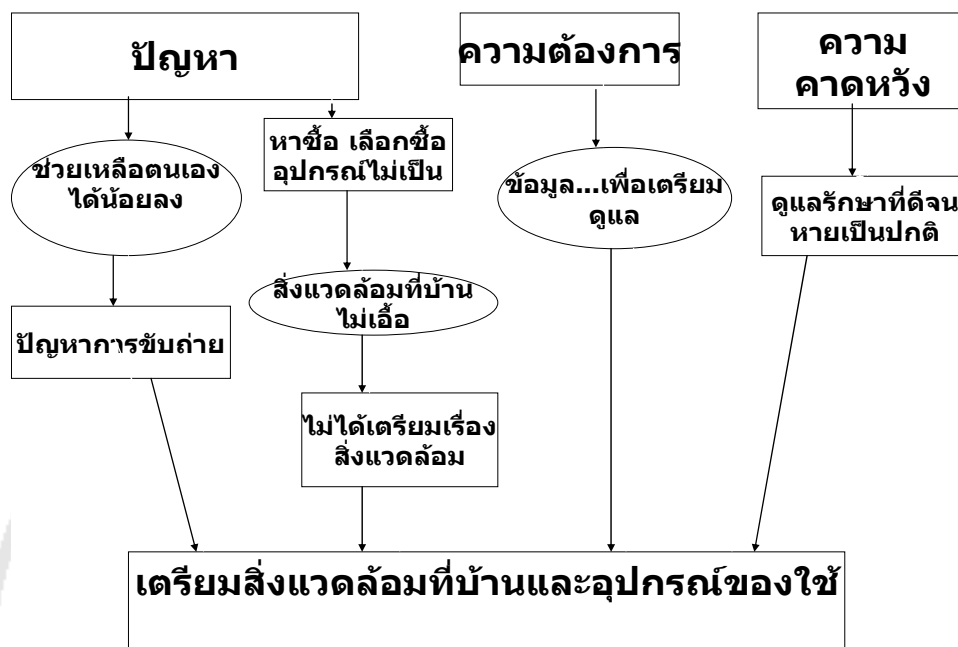
3. มีการประเมินผลการลงมือปฏิบัติของผู้ดูแลพร้อมให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และให้ข้อเสนอแนะพร้อมให้ฝึกทักษะในเรื่องต่าง ๆ ให้คล่องจนจนสามารถปฏิบัติได้ด้วย ความมั่นใจจึงวางแผนการจำหน่าย

4.3.1.5 เตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านและอุปกรณ์ของใช้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครึ่งแรกส่วนใหญ่เมื่อพ้นระยะวิกฤตแพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับมาอยู่บ้าน เพราะด้วยสภาพร่างกายที่ไม่เหมือนเดิมมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ลำบาก การเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและอุปกรณ์ของใช้ที่เอื้อต่อการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็น เช่น การปรับเปลี่ยนสภาพห้องน้ำให้มีราวจับ ไม่ลื่น หรือพื้นเรียบ ไม่มีธรณีประตูสามารถเข็นรถเข้าห้องน้ำได้สะดวก หรือเปลี่ยนจากส้วมนั่งของ ๆ เป็นชักโครก แต่จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคลากรสุขภาพไม่ได้ให้ข้อมูลในเรื่องการเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การเลือกซื้ออุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวรายหนึ่งกล่าวว่า การเตรียมของใช้ในการดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการเตรียมแต่ละอย่าง บางรายเลือกซื้อไม่เป็นและไม่รู้ว่าจะซื้อได้ที่ไหน บางครอบครัวต้องเผชิญปัญหาและเรียนรู้การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่บ้านด้วยตนเอง บางครั้งอาจเกิดความล่าช้าและความยุ่งยากสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวเองก็ต้องการข้อมูลตรงจุดนี้เพื่อเตรียมดูแลบทบาทของพยาบาลมีส่วนสำคัญในการที่จะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านและการเลือกหาซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีแนวทางการเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านและอุปกรณ์ของใช้ (ดังแผนภูมิที่ 4.5)

แผนภูมิที่ 4.5

การวิเคราะห์แนวทางการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ของใช้



ดังนั้น แนวทางการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ของใช้ คือ

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลหลักและครอบครัวในการจัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้

1.1 ห้องนอนของผู้ป่วยควรที่จะอยู่ชั้นล่างสุดและอยู่ใกล้ห้องน้ำ บริเวณโดยรอบ ๆ ถ้ามีพื้นที่ไม่ควรวางของเกะกะควรจัดให้โล่งเพื่อความสะดวกสบายในการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เพราะถ้าผู้ป่วยต้องขึ้นบันไดหรือมีของวางเกะกะ อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีแขนขาอ่อนแรง ภายในห้องควรที่จะมีอากาศถ่ายเทสะดวก

1.2 ห้องน้ำควรที่จะมีราวจับและพื้นห้องน้ำไม่ลื่น ประตูห้องน้ำไม่ควรที่จะมีธรณีประตู เพื่อที่จะได้สามารถเข็นรถเข็นเข้าห้องน้ำได้สะดวก ส้วมควรที่จะเป็นแบบชักโครกแทนการนั่งของ ๆ

1.3 ในผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารสายยาง ถ้าเตียงไม่สามารถปรับระดับศีรษะสูง-ต่ำได้ให้ใช้หมอนรองหลาย ๆ ชั้นเพื่อให้ศีรษะให้สูงขึ้น

1.4 ผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารสายยางดูดเสมหะ จะมีอุปกรณ์ที่ต้องใช้มาก อุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ ควรที่จะจัดวางให้เป็นระเบียบและสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก

1.5 เติงนอนครวที่จะมีราวจับข้าง ๆ เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถพยุงตัวขึ้นได้ด้วยตนเองด้วยแขน-ขาข้างที่มีแรง

2. ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย โดยการสอบถามผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักหรือไปดูที่บ้านผู้ป่วย เพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเท่าที่ความสามารถของครอบครัวจะปรับเปลี่ยนได้

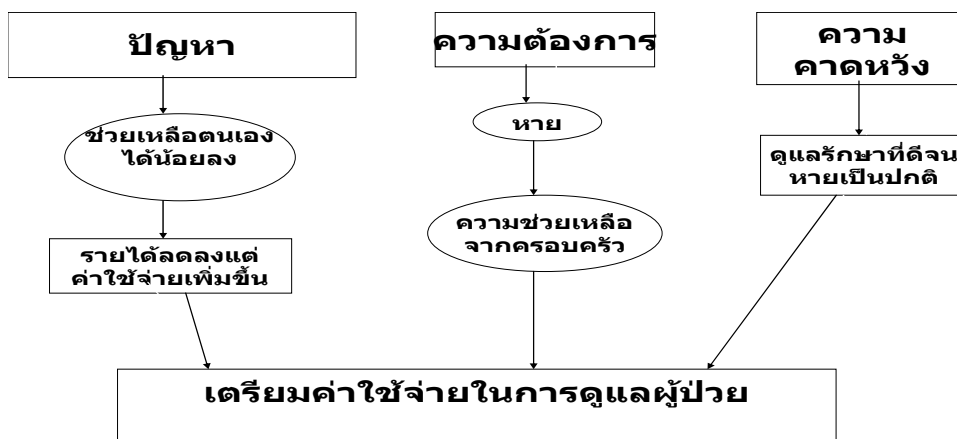
3. แนะนำแหล่งซื้ออุปกรณ์ของใช้ให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่น Walker Aid ไม้เท้า เพื่อช่วยในการพยุงเดิน ที่รองปัสสาวะในผู้ป่วยชาย หมอนนอนถ่ายอุจจาระ ผ้าอ้อม ผ้ารองซับกันเปื้อน เติงนอนที่สามารถปรับระดับได้ รถเข็นนั่ง

4.3.1.6 เตรียมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ไม่สามารถกำหนดได้ว่าการดูแลรักษาจะสิ้นสุดเมื่อไร ส่งผลให้ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่ค่อนข้างมาก ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยพึงมีที่จะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระค่ารักษาได้ส่วนหนึ่งก็ตาม แต่ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องมีผู้ดูแลหลักซึ่งส่วนใหญ่ก็จะเป็นคนในครอบครัวของผู้ป่วยเองทำให้ครอบครัวขาดรายได้จากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รายได้ในครอบครัวลดลง ในขณะที่เดียวกันค่าใช้จ่ายในครอบครัวก็เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ก็จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจ้างคนมาดูแล รวมทั้งอุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ยิ่งในผู้ป่วยที่มีอาการหนักจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ซับซ้อน อุปกรณ์ของใช้ในการดูแลผู้ป่วยก็จะมากตามมา เช่น ในผู้ป่วยที่ต้องเจาะคอเพื่อระบายเสมหะผู้ป่วยไม่สามารถขับเสมหะออกเองได้ ต้องดูดเสมหะจึงจำเป็นต้องซื้อเครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ ถุงมือสะอาด น้ำยาฆ่าเชื้อ อุปกรณ์ทำความสะอาดรอบคอ สิ่งเหล่านี้เป็นค่าใช้จ่ายที่ต้องเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัญหาการเตรียมค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับเศรษฐฐานะของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพราะถ้าผู้ป่วยและครอบครัวมีฐานะการเงินที่ดีก็สามารถหาซื้ออุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย มีผู้ดูแลหลักที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลาโดยที่ไม่ต้องกังวลในเรื่องการประกอบอาชีพหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ซึ่งมีแนวทางการเตรียมค่าใช้จ่ายมีดังนี้

แผนภูมิที่ 4.6

การวิเคราะห์แนวทางการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย



ดังนั้น แนวทางการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยคือ

1. ประเมินสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านค่าใช้จ่าย ในด้านสิทธิการรักษาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ หรือแหล่งประโยชน์ในครอบครัว
2. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเรียนรู้ที่จะประยุกต์ใช้ สิ่งของที่มีอยู่ในบ้านมาดัดแปลงใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดค่าใช้จ่าย เช่น ทำเก้าอี้นั่งถ่ายอุจจาระโดยนำเก้าอี้พลาสติกเจาะรูตรงกลางแล้วหาถังมารองรับ ทำราวจับเพื่อให้ผู้ป่วยหัดฝึกเดินหรือทำกายภาพบำบัดที่บ้าน
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้พอควร ได้มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับศักยภาพในสถานประกอบการ
4. จัดทำโครงการการยืมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องปั่นอาหารสายยางกับครอบครัวผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย
5. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลหลัก เพื่อที่ผู้ดูแลหลักจะได้จัดสรรเวลาที่จะสามารถประกอบอาชีพร่วมกับดูแลผู้ป่วยได้ เช่นขายของบางช่วงเวลาที่ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน

4.3.2 การดูแลที่บ้าน

การดูแลที่บ้านเป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการ เพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลหลักและครอบครัว โดยมีพยาบาลให้การดูแลที่บ้าน และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางในการดูแลดังนี้

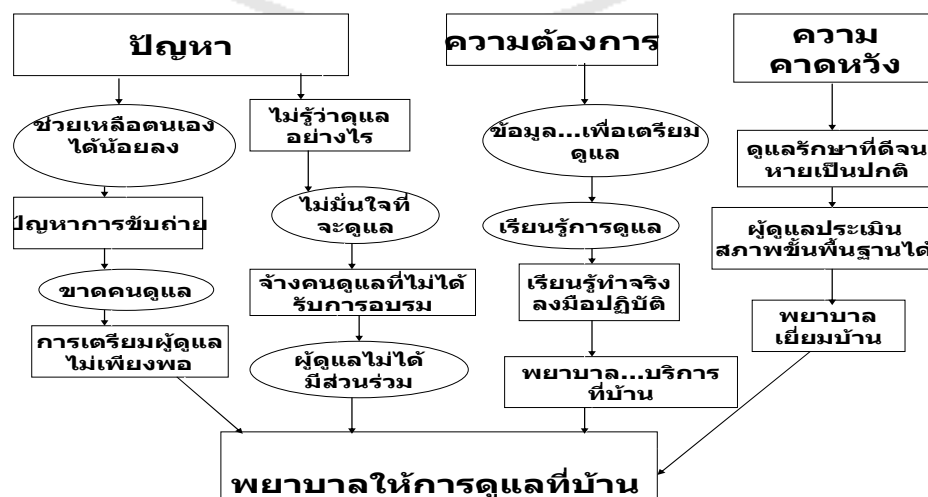
4.3.2.1 พยาบาลให้การดูแลที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เช่น การดูแลเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายปัสสาวะ ซึ่งการดูแลเหล่านี้เป็นบทบาทและหน้าที่ที่ผู้ดูแลหลักไม่เคยทำมาก่อน จึงทำให้เมื่อผู้ดูแลหลักมาดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังที่บ้านแล้วเกิดปัญหาคือ ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย บางรายกลับมาบ้านก็ไม่รู้ว่าจะดูแลอย่างไร จากการที่ผู้ดูแลหลักไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เนื่องจากมีภารกิจอื่นที่ต้องทำนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยจึงไม่สามารถไปเรียนรู้การดูแลที่โรงพยาบาลได้ ทำให้ผู้ดูแลหลักขาดประสบการณ์การเรียนรู้จากบุคคลากรสุขภาพ บางครอบครัวจ้างคนดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย และทางโรงพยาบาลยังขาดระบบการเตรียมครอบครัวเพื่อดูแลที่เพียงพอ จากปัญหาดังกล่าวนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนตามมา แล้วต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและทรพยากรบุคคล

การมีพยาบาลไปให้บริการที่บ้านจะเป็นการช่วยแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวที่เกิดขึ้นที่บ้าน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยพยาบาลจะได้ช่วยแนะนำ ชี้แนะ และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยให้ผู้ดูแลหลักได้เกิดการเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และจากการวิจัยในครั้งนี้ยังพบว่าการมีพยาบาลบริการที่บ้านจะสร้างความคุ้นเคยเป็นกันเอง รู้สึกอบอุ่นใจ ทำให้ผู้ดูแลหลักกล้าที่จะซักถามปัญหา ข้อสงสัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับข้อมูลการดูแลที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งเสริมทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน (ผังแผนภูมิที่ 4.7)

แผนภูมิที่ 4.7

การวิเคราะห์แนวทางการดูแลที่บ้านโดยมีพยาบาลให้การดูแลที่บ้าน



ซึ่งมีแนวทางการดูแลที่บ้านโดยมีพยาบาลให้การดูแลที่บ้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเมินปัญหา ความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้เทคนิคการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงโดยบูรณาการศาสตร์เฉพาะสาขาศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งค้นคว้าผลการวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์มาเป็นแนวทางในประเมินสภาพแบบองค์รวม

2. พยาบาลให้บริการที่บ้านจะต้องบูรณาการความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาที่ทันสมัยในการออกแบบระบบการเยี่ยมบ้าน

3. ออกแบบระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับครอบครัวโดยใช้ข้อมูลปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังเป็นฐานในการดูแล เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ป้องกันการหกล้มสนับสนุนครอบครัวทางด้านจิตใจ ค่าใช้จ่าย การลดภาวะเครียด

4. พยาบาลสามารถวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคได้

5. สอบถามความต้องการ พยาบาลให้การดูแลที่บ้านแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการดูแล เพื่อจะได้จัดบริการพยาบาลได้ตรงตามความต้องการและสภาพปัญหา ให้การดูแลที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม

6. กำหนดให้มีพยาบาลผู้รับผิดชอบให้การดูแลที่บ้านหลังผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งในช่วงสัปดาห์แรกเฉลี่ย 2-3 ครั้ง ต่อมาระยะเฉลี่ยสัปดาห์ 1-2 ครั้ง และเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลเองได้ การเยี่ยมจะห่างเฉลี่ยเดือนละ 1-2 ครั้ง หรือตามความเหมาะสมของสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

7. รูปแบบการให้บริการพยาบาลที่บ้านแบบยืดหยุ่นในช่วงแรก que ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและการตัดสินใจเลือกหรือปรับวิธีการดูแลตามความเชื่อที่อาจแตกต่างจากศาสตร์ทางวิชาชีพการพยาบาล พยาบาลที่บ้านจะต้องผสมผสานความเชื่อการดูแลเพื่อให้อาชีพการดูแลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจน เพื่อพัฒนาความสามารถพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยและศักยภาพการดูแลของครอบครัวอย่างยั่งยืน ซึ่งรูปแบบการดูแลที่บ้านจะประกอบด้วย

7.1 เตรียมพยาบาลให้มีทักษะการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิสภาพการรักษาและโอกาสหายจากโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจและเกิดการยอมรับต่อการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

7.2 สอนและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยที่บ้าน

7.3 ประสานงานขอความช่วยเหลือ สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกพร้อมกับผู้ดูแลหลัก

7.4 สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ โดยให้กำลังใจผู้ป่วยในการรักษาและฟื้นฟูสภาพมองเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในอันที่ในอันที่จะกระทำให้บรรลุเป้าหมาย สร้างเสริมพลังความสามารถการดูแลของครอบครัว โดยการยกย่องชมเชยในวิธีการดูแลของครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแล เกิดความภาคภูมิใจและเกิดพลังที่จะใช้ความสามารถอย่างเต็มที่

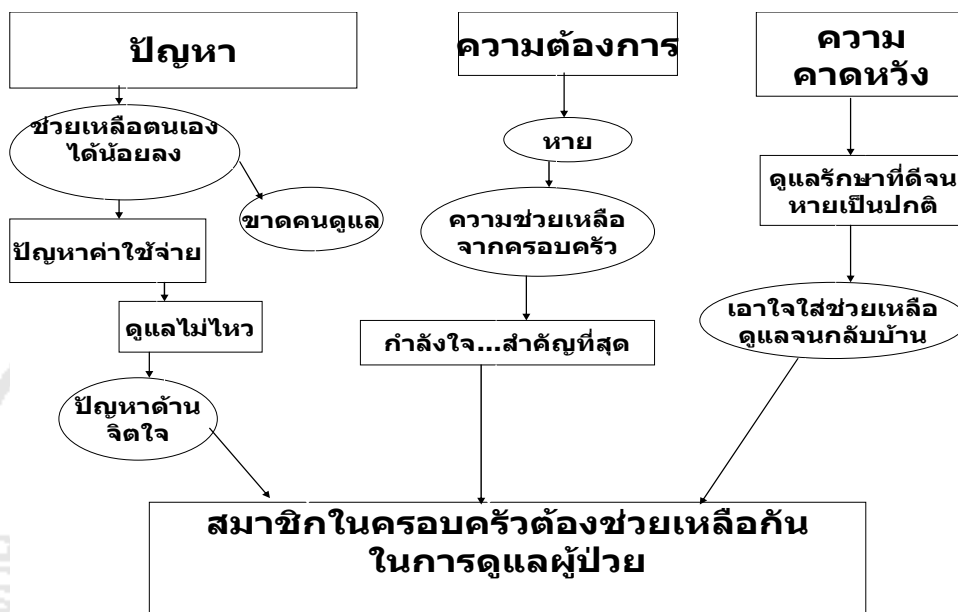
7.5 หาแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ เมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลและต้องการความช่วยเหลือให้คำปรึกษา คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา การหาแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการแก้ไขและฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมจากแพทย์หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการตรวจดูความผิดปกติและประเมินความสามารถในการฟื้นฟู

7.6 ประเมินผลร่วมกัน การประเมินผลร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ครอบครัวมีความรู้และทักษะการวิเคราะห์การแก้ปัญหา อีกทั้งทำให้ครอบครัวประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วย และความสามารถการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว

4.3.2.2 สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นระยะเวลายาวนาน และการดูแลก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลหลักเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ที่จำเป็นต้องมีกิจกรรมการดูแลหลายอย่าง กิจกรรมการดูแลมีความซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยโดยทั่ว ๆ ไป และจากการวิจัยพบว่าผู้ดูแลหลักจะดูแลไม่ไหวเป็นการดูแลที่หนักเกินไป จึงต้องการความช่วยเหลือในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งในเรื่องการพลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือจนกระทั่งกลับมาอยู่บ้าน (ดังแผนภูมิที่ 4.8)

แผนภูมิที่ 4.8
การวิเคราะห์แนวทางการดูแลที่บ้านให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกัน
ในการดูแลผู้ป่วย



ซึ่งแนวทางการดูแลที่บ้านให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยมีรายละเอียดดังนี้

1. หาแหล่งสนับสนุนในครอบครัวเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยการให้ข้อมูล ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวนอกเหนือจากผู้ดูแลหลัก เช่น ให้สมาชิกในครอบครัวเรียนรู้การทำกายภาพให้ผู้ป่วย การให้อาหารสายยาง เพื่อที่สมาชิกในครอบครัวจะ ได้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลัก

2. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักและรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลหลัก เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันโดยการบอกเล่าหรือให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแล เพื่อที่สมาชิกในครอบครัวจะได้รับรู้ถึงภาระหน้าที่ของการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นการดูแลที่หนักและซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ

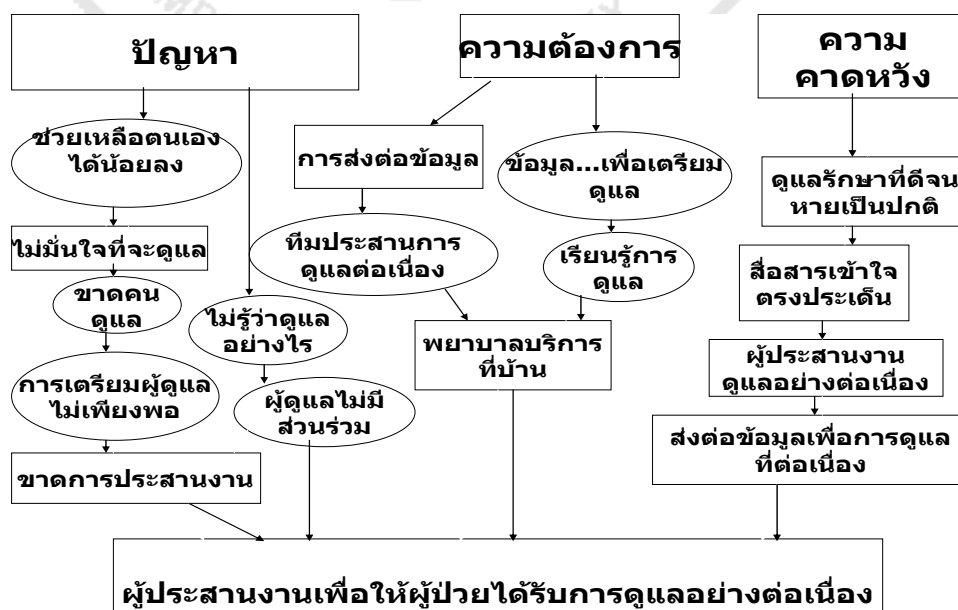
3. ให้กำลังใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน โดยกล่าวยกย่อง ชมเชย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีกำลังใจมองเห็นคุณค่าของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4.3.3 การส่งต่อผู้ป่วย

การส่งต่อผู้ป่วย เป็นระยะที่มีการส่งต่อข้อมูลปัญหา ความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็น โรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข ภายใต้การเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลหลัก และครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษายังพบอีกว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ณ ปัจจุบันยังไม่มีอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวและผู้ดูแลหลักยังไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล บางครั้งไม่รู้ว่าจะดูแลอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และระบบการบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในปัจจุบัน ยังไม่มีรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายที่ชัดเจน คือเป็นลักษณะใครจะสอนอะไรก็สอน ไม่มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน ไม่มีการประเมินผลการสอนว่าผู้ดูแลหลักและครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องหรือไม่ ไม่มีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ไม่มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยให้หน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งหมดนี้เพราะขาดผู้ประสานงานในการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ดังแผนภูมิที่ 4.9)

แผนภูมิที่ 4.9

วิเคราะห์แนวทางการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง



จึงทำให้วิเคราะห์แนวทางการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านว่า พยาบาลเป็นผู้เตรียมข้อมูลปัญหา ความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ระยะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระยะการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ซึ่งแนวทางของกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มีดังนี้

1. ระยะก่อนการวางแผนจำหน่าย เน้นการส่งต่อข้อมูล โดย 1) ค้นหาสภาพปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพจากสหสาขาวิชาชีพ 2) ลงข้อมูลที่เกี่ยวข้องในฐานข้อมูลตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนการจัดบริการ ต่อเนื่องที่บ้าน 3) ประเมินผลการเตรียมข้อมูลที่เหมาะสมสภาพผู้ป่วยที่บ้าน ภายในระยะเวลาทุก 1 เดือน เนื่องจากระยะเปลี่ยนผ่านใน 1 เดือนเป็นระยะวิกฤตในการดูแลเพื่อนำข้อมูลส่งต่อให้ หน่วยงานที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไปวางแผนการออกแบบระบบบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4) ประสานงานกับพยาบาลเจ้าของใช้สหสาขาวิชาชีพในการหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลมีทิศทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

2. ระยะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการบันทึกข้อมูลในแฟ้มครอบครัว และประสานงาน ให้เป็นไปตามความคาดหวังและใช้ฐานข้อมูลที่มี โดย 1) พัฒนาให้พยาบาลคิดวิธีการส่งเสริม กระบวนการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติจริงของผู้ป่วยและครอบครัว แก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการใน การเยี่ยมบ้าน เช่น วิธีการสอนแบบมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติจริงก่อนการวางแผน จำหน่าย ค้นหาวิธีการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแลหลักให้ได้โอกาส ในการแสดงศักยภาพในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ประคับประคองจิตใจผู้ป่วย วิธีการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในเรื่องการดูแลตนเอง การให้กำลังใจตนเอง 2) ประสานงานตามความคาดหวังในการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เช่น การให้ข้อมูลการแพทย์ทางเลือก การทำกายภาพบำบัด ประเมินสภาพพื้นฐาน การจัดหาผู้ดูแล การเอื้ออำนวยสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย การบริหารจัดการค่าใช้จ่าย ความเข้าใจเรื่องภาวะท้องผูก การปรับสภาพด้านจิตใจและการจัดการ กับความเครียดด้วยความยืดหยุ่นตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ระยะการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล เน้นการรวบรวมข้อมูลและจัดการวิเคราะห์ผลของแฟ้มครอบครัวในการประสานงานกับ ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลในการรับการรักษา ทั้งนี้พยาบาลต้องประเมินภาวะสุขภาพ ตัดสินใจให้การวินิจฉัยโรคพร้อมให้การรักษาเบื้องต้นก่อนการส่งต่อ