

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ศึกษาความคาดหวังการบริการที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และสังเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ผลการศึกษาขอแนะนำเสนอ ดังนี้

4.1 ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4.1.1 บริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัว และระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4.1.2 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4.1.3 ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4.2 ความคาดหวังการบริการที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

4.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

4.1 ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผลการศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ศึกษาขอแนะนำเสนอโดยการอธิบายบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพที่ได้รับ เพื่อประกอบการทำความเข้าใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงเสนอประเด็นปัญหาความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ โดยมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวได้นำเสนอรวมกันเนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยประสบปัญหาเรื่องการสื่อสารทำให้ไม่สามารถได้ข้อมูลในมุมมองของผู้ป่วยได้ชัดเจน ซึ่งรายละเอียดของผลการศึกษา มีดังนี้

4.1.1 บริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัว และระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีความพิการทางด้านร่างกายหลงเหลืออยู่ ซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นระยะเวลายาวนาน ครอบครัวต้องจัดการดูแลที่บ้านตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งการดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ติดตัวกลับไปบ้าน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการพามาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการดูแลและเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

โดยสภาพชุมชนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสังคมเมือง สภาพบ้าน มีทั้งบ้านส่วนตัว ตึกแถว บ้านเช่า และแฟลต ฐานะทางเศรษฐกิจมีทั้งยากจนพอกินพอใช้ และฐานะดี ทั้งที่อาศัยอยู่ใจกลางเมืองย่านธุรกิจการค้าอยู่ไม่ห่างไกลจากโรงพยาบาลสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ด้วยรถยนต์ส่วนตัว รถรับจ้าง และใช้บริการรถโรงพยาบาลเมื่อต้องการความสะดวก รวดเร็ว และหลีกเลี่ยงการจราจรที่ติดขัด อีกทั้งลักษณะของครอบครัวที่ศึกษาประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย บางครอบครัวต้องเผชิญกับความยากลำบาก ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแล บางครอบครัวต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมประกอบอาชีพทำมาหากินนอกบ้าน ส่งผลทำให้ต้องทิ้งผู้ป่วยให้อยู่บ้านตามลำพังบางช่วงเวลา บางครอบครัวต้องผลัดเวรกันดูแล บางครอบครัวผู้ดูแลหลักต้องรับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว แทนรับผิดชอบประกอบอาชีพเพื่อนำมาใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เองทั้งหมด จึงต้องจัดหาผู้ดูแลมาทำหน้าที่ดูแลที่บ้านแทน อีกทั้งความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์ร่วมสายโลหิตเดียวกัน เกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยา บุตรหลานหรือญาติพี่น้อง จึงต้องรับผิดชอบในการดูแลและให้ความช่วยเหลือเอาใจใส่ในการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการมีขั้นตอนดังนี้ เมื่อแรกรับผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษากับแพทย์อายุรกรรมเฉพาะทางด้านประสาทวิทยา ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามสภาพปัญหาจนพ้นภาวะวิกฤตจนอาการคงที่ แพทย์เริ่มวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน โดยเตรียมครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในใช้เวลาว่างจากการปฏิบัติงานประจำมาให้คำแนะนำ สอน และฝึกทักษะการดูแลที่บ้าน อีกทั้งทำหน้าที่ประสานงานให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ และฝึกทักษะเฉพาะทางกับ นักโภชนาบำบัด และนักกายภาพบำบัด และนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจรักษาเพื่อติดตามอาการตามแพทย์นัดเป็นระยะที่แผนกอายุรกรรม

กระบวนการรักษา เมื่อมาตามนัดพยาบาลที่แผนกอายุรกรรมทำหน้าที่คอยดูแลจัดลำดับคิว และประสานงานการบริการ เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น หรือส่งต่อการรักษา จึงส่งต่อข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยที่แพทย์ได้ทำการตรวจบันทึก แพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วย การดูแลรักษาทั้งหมดในขณะระหว่างเวลาตรวจรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องเข้ามารับการบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ประจำแผนกผู้ป่วยนอกทำการประเมินสภาพอาการและความรุนแรงของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติรุนแรง วิกฤต จะถูกนำส่งแพทย์ทั่วไปที่แผนกฉุกเฉิน จนผ่านพ้นวิกฤต ถ้าแพทย์ประเมินสภาพอาการของผู้ป่วยและเห็นว่ายังไม่คงที่ จึงรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่ถ้าไม่มีอาการผิดปกติรุนแรงใด ๆ แพทย์พูดคุยและให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงก่อนกลับบ้าน ส่วนพยาบาลที่แผนกฉุกเฉินทำหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษา และให้การพยาบาล เช่น ทำแผล ฉีดยา เปลี่ยนอุปกรณ์และสายต่าง ๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ และการดูแลที่บ้านต้องการคำปรึกษาสามารถโทรศัพท์มาสอบถามได้ที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลแผนกฉุกเฉินรับผิดชอบในการตอบปัญหาสายด่วนและมีบริการดูแลที่บ้านจากหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้บริการที่บ้าน โดยมีค่าบริการตามการบริการที่จัดให้บริการที่บ้าน

ตารางที่ 4.1
ประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
แถมมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว
แถมมุมมองบุคลากรสุขภาพ

สภาพปัญหา			
ผู้ป่วยและครอบครัว		บุคลากรสุขภาพ	
ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง	ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1. ปัญหาด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. คิดเชื่อที่ปอด 2. คิดเชื่อทางเดินปัสสาวะ 3. เป็นแผลกดทับ 4. ได้อาหารไม่เพียงพอ 5. ขาดยาจนโรคกำเริบ 6. กระจกหักจากอุบัติเหตุ 7. ซึมเศร้า 8. ท้อแท้... เบื่อหน่าย 9. หงุดหงิด โมโหง่าย 10. กังวลใจ 	1. ปัญหาด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. คิดเชื่อที่ปอด 2. คิดเชื่อทางเดินปัสสาวะ 3. เป็นแผลกดทับ 4. ได้อาหารไม่เพียงพอ 5. ขาดยาจนโรคกำเริบ 6. กระจกหักจากอุบัติเหตุ 7. ซึมเศร้า
2. ปัญหาด้านครอบครัว	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีผู้ดูแลหลัก 2. ครอบครัวไม่พร้อม <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีความรู้ : คู่มือการไม่เป็น - ไม่รู้วิธีการดูแล - กลัว ... ไม่กล้าปฏิบัติ - หนักใจ ... ไม่มั่นใจในการดูแล 3. มีภาระมากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย - ช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย - จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์การดูแล - ดินร่นหาเงินมารักษา 4. มีปัญหาสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลจนปวดข้อ - เครียด 5. วิถีชีวิตเปลี่ยนไป 	2. ปัญหาด้านครอบครัว	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีผู้ดูแลหลัก 2. ครอบครัวไม่พร้อม <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีความรู้ - กลัวไม่กล้าปฏิบัติ 3. หย่อนการดูแล
3. ปัญหาด้านการบริการสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ข้อมูลความรู้และทักษะไม่เพียงพอ 2. รับบริการไม่สะดวก ลำบาก <ul style="list-style-type: none"> - พามาโรงพยาบาลลำบาก - รอตรวจรักษานาน 3. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลรักษา 	3. ปัญหาด้านการบริการสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรมีความรู้ไม่เพียงพอ 2. ไม่มีแนวทางปฏิบัติ 3. ให้ข้อมูลความรู้และทักษะไม่เพียงพอ <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรไม่ใส่ใจให้ความรู้ - สอนตามโอกาสที่บุคลากรว่าง - ครอบครัวได้แต่มอง ... ไม่ได้ลองทำ 4. ขาดการประสานงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

4.1.2 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบประเด็นปัญหาด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ปัญหาด้านครอบครัว และปัญหาด้านการบริการสุขภาพ ในมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1.2.1 ปัญหาด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่ามีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ คิดเชื่อที่ปอด คิดเชื่อทางเดินปัสสาวะ เป็นแผลกดทับ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ขาดยาจนโรคกำเริบ กระดูกหักจากอุบัติเหตุ ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หงุดหงิด โมโหง่าย และกังวลใจ

1. คิดเชื่อที่ปอด

การคิดเชื่อที่ปอดมักพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนบนเตียงนาน ๆ มีครอบครัวทำหน้าที่ในการจัดหาอาหารหลากหลายรูปแบบ และป้อนอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานทางปาก ผู้ป่วยบางรายไอและสำลักจนเกิดการคิดเชื่อ บางรายกลืนยาเม็ดลำบากจนเกิดอาการ ไอสำลัก และผู้ป่วยบางรายที่เจาะคอมีการหายใจผ่านท่อหลอดลมคอ มีเสมหะมากขึ้น มีไข้สูงขึ้น เมื่อพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจึงทราบจากแพทย์ว่า ผู้ป่วยมีการคิดเชื่อในปอด ดังคำบอกเล่าของครอบครัว

“...คนไข้แกไม่รู้เรื่องอะไร แกก็นอนเฉย ๆ... นอนทั้งวัน... อยู่ (บ้าน) ได้แค่ 20 วัน แกไข้ขึ้นอีก ไข้ขึ้นสูง เสมหะเยอะไม่เปลี่ยนสี มันจะเป็นสีขาวๆ เหมือนกับขาวเยอะ เสียงไอที่ออกมาเยอะแยะเลย... ก็เลยรีบพาไปโรงพยาบาล... หมอบอกว่าคิดเชื่อรุนแรงที่ปอด”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

“... กินได้ประมาณ 3 วัน โจ๊กเหนียว ๆ เขาเอาไปป้อนอีกทีหนึ่งแล้วก็กินขนมกรอก กินน้ำเต้าหู้...ก็กินแล้วก็ไม่สำลักแต่เขาไม่ได้ให้กินเยอะ...พอดกวันที่ 3 รู้สึกแจะสำลักจนแบบ ไอ จนหน้าดำหน้าแดงมากเลย เขาอยากกินน้ำเต้าหู้ ... ไปซื้อน้ำเต้าหู้มาให้ แล้วเขาก็เลยสำลักน้ำเต้าหู้ ก็เลยหยุด... ทีนี้เริ่มคิดเชื่อมาจากทางเดินหายใจ”

(F 07 : สัมภาษณ์วันที่ 8 ธันวาคม 2550)

บุคลากรสุขภาพได้สะท้อนปัญหาการคิดเชื่อที่ปอดเช่นกัน โดยพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากครอบครัว พยายามป้อนอาหารทางปากให้แก่ผู้ป่วย ระหว่างการป้อนอาหารผู้ป่วยเกิดอาการไอ สำลักและมีอาการคิดเชื่อในปอด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามาโรงพยาบาล

“...คนไข้กินเอง อยากให้กินเองตลอดนะ ...เคยกินก่อนเป็น stroke เคยกินเองได้ พอกลับบ้านของกินเองได้นิด ๆ หน่อย ๆ แต่ว่าสำคัญ เราก็มักจะไม่ให้กิน แต่ญาติบางคนต้องการให้คนไข้กลับสภาพเดิมก็ขอให้กินเอง ป้อน ก็ป้อนใหญ่เลย เอาสายออกแล้วป้อนกินเอง แล้วก็สำคัญอะไรมา ปอดบวมมา”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

2. ทิศเชิงทางการเงินปัสสาวะ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าปัญหาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเกิดขึ้นจากการใส่สายสวนปัสสาวะกลับบ้าน หรือผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับสภาพที่ต้องถ่ายปัสสาวะใส่ผ้าอ้อม ครอบครัวพาผู้ป่วยออกไปนอกบ้าน ทำให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไว้นานหรือดื่มน้ำน้อยกว่าปกติ และครอบครัวสังเกตเห็น ปัสสาวะมีกลิ่นฉุน มีไข้ เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ครอบครัว (บุตร/ภรรยา) ของผู้ป่วยรายหนึ่งได้กล่าวถึงการเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยดังนี้

“แกอยู่บ้านแกจะปกติ แกจะฉี่ของแกปกติ แต่พอออกนอกบ้านเหมือนกับแกกลั้น แกไม่ยอมฉี่ เพราะว่าแกอาจจะเหมือนคนปกติ คือแบบว่าออกข้างนอกจะไปฉี่ในที่หรือนั่งฉี่มันน่าเกลียด แกไม่เข้าใจว่าแกใส่ pampers ...แกก็เลยฉี่ฉี่ไว... โห้! ฉี่ได้อย่างไร ไม่รู้ฉี่ได้ทั้งวันเลย แล้วก็เลยทำให้ปัสสาวะมันไม่ออก มันก็เป็นปัสสาวะอักเสบหรือไม่อีกอันหนึ่ง ... แกทานน้ำไม่เยอะ คือออกนอกบ้านจะทานได้น้อย ไม่เหมือนอยู่บ้าน อยู่บ้านจะทานน้ำตลอด... อาจจะเป็นแบบนี้”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะกลับบ้านพบปัญหาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โดยครอบครัวสะท้อนว่า ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไม่รู้วิธีการดูแลและการดูแลไม่สะอาดพอ

“การเที๋ คุณดูแลสาย เราก็ทำบางครั้งเขาก็ทำเอง... เขาไม่ได้แนะนำ เขาบอกว่าเวลามีเย็บ ขึ้นมา ก็เที๋ ทำความสะอาดหน่อยไม่ให้ติดเชื้ออะไรอย่างนี้ เราก็ทำไม่เป็น เวลาแกอาบน้ำ แกก็ราดโครมโครม...เวลาแกนอนเตียงข้างล่างแกก็วางทั่ว วางสกปรกไว้... วางพื้นที่เตียงนอนออกกำลังกาย... ก็เย็บไหลออกมา... ที่บ้านไม่มีที่ห้อย ไม่มีที่แขวน ส่วนมากแกจะนอนที่นอนเดี่ยว”

(F 06 : สัมภาษณ์วันที่ 5 พฤศจิกายน 2550)

ส่วนมุมมองของบุคลากรสุขภาพมองปัญหานี้เหมือนกันว่า การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมักเกิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาเมื่อกลับไปบ้าน เพราะการใส่สายสวนปัสสาวะกลับบ้านเป็นทางเปิดของเชื้อโรคที่จะสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายอีกทั้งในรายผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเกิดปัญหาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบางรายต้องสวนปัสสาวะทิ้งเป็น

ครั้งคราวที่บ้าน (self cath) บางครอบครัวทำไม่สม่ำเสมอทำให้เกิดการติดเชื่อทางเดินปัสสาวะได้ เนื้อเยื่อของผู้ป่วยเองและการดูแลของครอบครัว เนื่องจากระบบประสาทควบคุมปัสสาวะไม่ดี (neurogenic bladder) บางครอบครัวดูแลไม่ดีในด้านความสะอาด ละเลยปล่อยให้ผู้ป่วยนอนผ้าอ้อมที่เปียกปัสสาวะ และอุจจาระนาน ๆ ไม่รีบทำความสะอาดทันที ให้น้ำผู้ป่วยไม่เพียงพอ บางรายให้น้ำน้อยเกินไปก่อให้เกิดสายปัสสาวะอุดตันจากตะกอน ปัสสาวะไม่ออกเกิดการรั่วซึมของปัสสาวะ ทำให้ต้องเพิ่มขนาดของสายปัสสาวะที่ต้องใส่ ทำให้เกิดปัสสาวะล้นค้าง มีไข้ เกิดการติดเชื่อระบบทางเดินปัสสาวะและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ดังเช่น

“การคาสายปัสสาวะนาน ๆ ทุก case มีสิทธิติดเชื่อได้เหมือนกันทุกคน มันอยู่ที่การดูแลด้วย คุณดูแลดีแค่ไหน ต่อให้ดี บางทีก็อย่างไร บางทีก็ติดเชื่ออยู่แล้ว เพราะมันเป็นทางเปิดของเชื้อโรคเข้าไปอยู่แล้ว”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

“เท่าที่เคยเจอนะ (foley's cath) ใส่แล้วลองพยายามเอาออกก็คือจะไม่ void ก็จะต้องนำมาใส่ใหม่ เอ้อ ที่นี้ พอเอามาใส่ใหม่ พอนาน ๆ ก็จะติดเชื่อก็สอนญาติทำ self cath ที่บ้าน พอ self cath ไปญาติก็คือทำบ้างไม่ทำบ้าง ก็คืออยู่โรงพยาบาลเราทำให้ ก็คือ ไม่มีอะไร พอกลับไปปฎิบัติปัญหาแล้ว มีไข้ ติดเชื่อ ฉี่ขุ่น ท้องโป่ง มีฉี่ค้างเยอะละ”

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

3. เป็นแผลกดทับ

แผลกดทับที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมักพบกับผู้ป่วยในรายที่ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ผู้ป่วยรายหนึ่งเกิดแผลกดทับที่สะโพก เนื่องจากครอบครัวจัดท่านอนตะแคงตัว ไปในท่าที่ผู้ป่วยสบาย ไม่อึดอัด หลับสบาย จึงกดทับสะโพกข้างที่ถูกกดทับนานและบ่อยจนเกิดเป็นแผลกดทับ

“หนูเคยอ่าน... เวลานอนข้างขวามันจะเป็นท่าที่สบายที่สุดอะไรเส้นเลือดมันก็จะหมุนเวียนไม่กดทับหัวใจ... ถ้าเขานอนข้างขวานะเขาหลับเลย ถ้านอน แบบนี้แกก็จะแบบนี้ (หลับ)”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

ส่วนมุมมองของบุคลากรสุขภาพ มองเห็นว่าแผลกดทับเป็นปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อกลับไปบ้านแล้วระยะเวลาหนึ่ง และส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นตามมา เช่น มีไข้ ติดเชื่อในร่างกาย จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

“... สาเหตุที่คนไข้กลับมา admit หลังจากที่บ้านไปแล้ว มีหลายปัญหาด้วยกันนะที่ ... คนไข้ stroke อันดับแรกก็คือ... มีปัญหาเรื่องแผล bed sore อันนี้น่าจะเป็นปัญหาอันดับแรก แล้วปัญหาอื่นตามมา มีไข้ มีการติดเชื้อ”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

4. ได้อาหารไม่เพียงพอ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวในการจัดเตรียมอาหารและดูแลให้อาหารอย่างถูกวิธี ซึ่งผู้ป่วยบางรายต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากได้อาหารไม่เพียงพอเพราะผู้ป่วยอ่อนเพลียลุกขึ้นรับประทานอาหารไม่ไหว เบื่ออาหารไม่รับประทานที่ครอบครัวเตรียมไว้ให้ และครอบครัวไม่ได้จัดการการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอได้ ผู้ป่วยบางรายต้องให้อาหารทางสายยาง หลังจากดูแลที่บ้านระยะหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยผอมลงโดยครอบครัวไม่กล้าให้อาหารตามปริมาณที่แพทย์กำหนดเนื่องจากกลัวอาหารจะล้น

“ห้องนอนเขาอยู่ชั้น 3 ตอนนั้นคล้าย ๆ กับว่าเราไม่ได้คิดว่า เขาเดินได้จริง แต่เขาเดินได้ในทางที่ราบแต่ทางขึ้นลงบันได อาจจะเดินลำบาก เขาเลยไม่ลงมาเลย ช่วงนั้นเขาก็มีอาการเบื่ออาหาร เอาข้าวไปให้กินเขาก็ไม่ค่อยกินเลย กิน 2-3 คำ แล้วก็พอ ผมก็เลยให้เขากินแค่นม น้ำ... แล้วก็กินยาปล่อยทิ้งไว้ประมาณ 2-3 อาทิตย์เลย เขาก็เกิดอาการลุกไม่ขึ้นเลย เอาแต่นอนอย่างเดียว ขยับตัวไม่ได้ เรียกรถพยาบาลมารับ แล้วก็นอน ICU”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

“หมอเขาบอกคราวที่ไปตรวจคราวนี้หมอบอกว่า ผอมลงไปนิดนึงนะเขาให้เพิ่มเป็น 350 ซีซี ... ยัง (ไม่เพิ่มเลย) กลัวล้น”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

ส่วนบุคลากรสุขภาพมองเห็นว่า ปัญหาการกินอาหารไม่ได้จนขาดสารอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อกลับไปบ้านเกิดจากครอบครัวไม่ป้อน ไม่มีเวลาเนื่องจากบางรายสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน รับประทานอาหารทางปาก ครอบครัวจึงทำหน้าที่เพียงแต่จะจัดอาหารเตรียมไว้ให้ผู้ป่วยรับประทานเองตามเวลา บางรายไม่มีครอบครัวคอยดูแล ต้องอยู่บ้านตามลำพัง มีเพียงคนจัดหาอาหารมาตั้งทิ้งไว้ตั้งแต่เช้าจนถึงเที่ยง ปล่อยให้ผู้ป่วยรับประทานเอง ซึ่งผู้ป่วยบางรายอยู่บ้านตามลำพังและไม่ยอมรับประทาน จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเกิดภาวะขาดสารอาหาร จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บางรายแม้กลืนอาหารได้ แต่จะรับประทานได้น้อยมากและไอหรือสำลักง่าย แพทย์เห็นว่าควรใส่สายให้อาหารยังมีสภาพที่ยังไม่พร้อมจะรับประทานอาหารทางปาก จำเป็นต้องใส่สายให้อาหารเนื่องจาก

มีปัญหาการเคี้ยว การกลืน มักมีอาการไอสำลักง่าย แต่ครอบครัวต้องการป้อนอาหารทางปากให้ผู้ป่วยรับประทาน จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเกิดภาวะขาดสารอาหาร ดังเช่น

“... มักเกิดจากไม่มีคนดูแลเขาดูดและ ... บางคนพาคนไข้กลับไปทิ้งไว้
ทั้งวันเลย แล้วตั้งข้าวทิ้งไว้เช้า เทียง ก็คือต้องกินข้าวเช้าข้าวเที่ยงเอง”

(H 07 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

“ผู้ป่วย stroke ... บางคนญาติไม่ค่อยมีเวลาดูแล คนไข้ก็จะได้รับสารอาหาร
ไม่เพียงพออาจจะมีภาวะขาดสารอาหารก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มา
โรงพยาบาลส่วนหนึ่งก็คือ เขากินได้ กินได้มันเพียงพอไหม ... ญาติมักจะ
ป้อนเขา กลืนได้กินได้ สำลักนิดหน่อย ... ทุกมื้อกินได้ 5 คำ กินไม่ได้... ก็จะ
ป้อน ไม่ยอมใส่สาย คุณลองกินข้าว 5 คำ ทุกมื้อ คุณจะอยู่ไหวไหม”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

5. ขาดยาจนโรคกำเริบ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปบ้านบางรายหลงลืมรับประทานยาบางชนิดบางมื้อ ไม่ครบและขาดยาจนเกิดอาการของโรคกำเริบขึ้น บางครอบครัวต้องประกอบอาชีพนอกบ้านจึงมีหน้าที่แค่จัดหามาให้ตามแพทย์สั่ง แต่ไม่ได้คอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ ขาดยาได้ อีกทั้งบางครอบครัวทำหน้าที่จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานเป็นมือ ๆ ตามเวลา แต่มีปัญหาทางโรงพยาบาลจัดยาบางตัวมาให้รับประทานไม่ครบตามแพทย์นัด ซึ่งบางครอบครัวคิดว่าแพทย์อาจจะปรับยาโดยการลดยาบางตัวลงไปก่อน เพราะผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยขาดยาบางตัวไประยะเวลาหนึ่ง จนเกิดอาการของโรคกำเริบ แขนขาไม่มีแรง ล้ม ลุกเดินไม่ไหว พามาโรงพยาบาลแพทย์บอกว่า ความดันโลหิตสูงเพราะขาดยาลดความดันโลหิตในช่วงหนึ่ง จึงทำให้อาการของโรคกำเริบได้

“... กินยา กลับมาหาหมอทุกเดือน ขาดยาอยู่เป็นช่วง ๆ อยู่บ้างโดยมากจะทาน
นะ แต่ว่ามีก่อนเข้ามานี้แหละคิดว่าไม่แน่ใจจากการขาดยา ความดันมันจะ
เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือเปล่า ไม่แน่ใจ แต่ก่อนหน้าที่เข้ามา
สัก 2 เดือนนี้แหละก็มีขาดยา...ผมไม่ทันสังเกต คือผมจะให้เขาเขาไปกินมี
ปัญหาเขาก็กินบ้างไม่กินบ้าง บางทีเขาก็ลืมไม่รู้ว่าเอายาไปไว้ไหน ผมก็ไม่ทัน
สังเกตผมก็แค่ซื้อยาแล้วก็เอาไปให้เขา”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

“...เทียวนี่นะ (เข้าโรงพยาบาล) เพราะว่า หมอข้างล่างเขาให้ยาความดัน
ไม่ครบ... ทุกทีกินถึง 2 เดือน 2 เดือนก็มาเอายา คราวนี้เขาให้ยากินไม่ครบ 2
เดือน แล้วเราก็ไม่รู้ คิดว่า เอ! ทำไมยาหมดเร็ว ทุกทีมันก็ต้องพอดิใช่ไหม

ทำไมอันนี้ (ยาความดัน) หหมดแล้ว อันอื่นยังมีเหลือ แล้วยังไม่ครบเดือน
ใช้ใหม่ ยังไม่ครบ 2 เดือนอะ ก็เลยคิดว่า สงสัยแก่น่ากลัวเป็นน้อยแล้ว หมอ
อาจจะให้น้อยลงเข้าใจอย่างนี้ แล้ววันนั้นล้มแล้วหมอบอกว่าความดันสูงถึงจะ
ทำให้ล้ม...ไม่มียากินครึ่งเดือนกว่า”

(F 05 : สัมภาษณ์วันที่ 20 ตุลาคม 2550)

ในมุมมองของบุคลากรสุขภาพ ยังพบปัญหาว่า ผู้ป่วยบางรายต้องอยู่บ้านคนเดียว
ตามลำพังจึงต้องจัดยารับประทานเอง ทำให้ลืมกินยาได้ บางครอบครัวดูแลจัดยาให้ แต่ครอบครัว
เกิดลืมจัดยาให้จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ หรือให้ยาไม่ตรงเวลา ส่งผลทำให้ผู้ป่วย
เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แขน-ขาอ่อนแรงมากขึ้น ความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์
ปกติ อีกทั้งบางครอบครัวไม่มีความรู้เรื่องของยาที่ได้รับก่อนกลับ เช่น ผลข้างเคียงของยาที่ต้อง
ระวัง ต้องสังเกตหรือบุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้ยาผู้ป่วยก่อนกลับบ้านไม่ได้ให้ความรู้เรื่องยา
แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา และอาการ
ผิดปกติจากการขาดยาและได้ยาไม่ครบ จึงทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังเช่น

“ยา ก็คือ เกี่ยวกับเวลานั้นแหละ คนดูแล บางทีไม่มีคนดูแลที่แบบจริงจัง
การให้ยาตรงตามเวลา เหมือนกับนอน โรงพยาบาลก็อาจจะไม่ตรงเวลา บางที
เขาก็อาจจะลืมมือนั้นไปเลยก็ได้ คนไข้ ก็อาจจะไม่ได้รับยาครบ ตามที่แพทย์
สั่งไป ก็อาจทำให้เกิดอาการแยะ แขน-ขาอ่อนแรงมากขึ้น BP สูง”

(H 04 : สัมภาษณ์วันที่ 4 กรกฎาคม 2550)

“...stroke ที่เจอ ... ส่วนใหญ่กินยาเอง จัดยาเอง หรือญาติจัดไว้ให้กินเอง บาง
ทีจะลืมกินยาบ้าง บางคนจะอยู่บ้านคนเดียว บางคนก็อยู่กับผู้ดูแล ส่วนใหญ่
จะโดนทิ้งให้อยู่บ้านคนเดียว”

(H 05 : สัมภาษณ์วันที่ 6 กรกฎาคม 2550)

“เรื่องของยา (พยาบาล) ... ส่วนมากมักจะไม่ค่อยได้รู้ยาตรงนี้ ผลจะทำให้
เลือดออกง่ายต้องระวังอะไร ตรงนี้ยอมรับว่า ... ไม่ได้ให้ความรู้เรื่องยา”

(H 04 : สัมภาษณ์วันที่ 4 กรกฎาคม 2550)

6. กระตุกหักจากอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับบ้านบางรายมีสภาพความพิการ แขน-ขา ซีกหนึ่ง
ซีกใดอ่อนแรง ยังสามารถลุกเดินช่วยเหลือตนเองได้ แต่ลักษณะการเดินไม่เป็นปกติ จึงจำเป็นต้อง
มีครอบครัวช่วยเหลือในการพาลุกเดินหรือทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย และป้องกัน
อุบัติเหตุต่าง ๆ บางรายลุกเดินเอง แต่ด้วยสภาพความพิการของร่างกายจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุหกล้ม
กระตุกส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหัก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายที่

ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ครอบครัวได้ช่วยเหลือทำกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ และพบว่าเกิดอุบัติเหตุ กระดูกส่วนที่ทำกายภาพบำบัดหัก จึงต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

“ตอนแรกเป็นอัมพฤกษ์ เมื่อ 8 ปีที่แล้ว...รักษาหายมีจุดที่สมองนิดเดียว รักษาอยู่ที่นี้(โรงพยาบาล) เดือนหนึ่งก็หายลุกขึ้นมาเดินได้ พอเดินได้แต่เดินไม่สวย เดินแบบเปาะแปะ ก็เดินได้ ช่วยเหลือตัวเองได้อะไรทุกอย่างแล้วต่อมา ก็ประมาณ 5 ปีได้ แก่หกล้มเองก็เลยขาหักตรงขาซ้าย”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

“ที่มาครั้งนี้เพราะว่ากระดูกตรงนี้ (กระดูกต้นขาซ้ายหัก)...จังหวัดที่เราทำกายภาพแล้วแกเป็นโรคกระดูกพรุนที่นี้เราไม่รู้ว่าจะแกว่งมากถึงขนาดนี้แล้วเราแบบจังหวัดเราทำของเราทุกวันทำมานานแล้ว 8 ปี... ทำกายภาพเสร็จแล้วเราก็ดัดหลัง แล้วน้องอีกคนก็จะจับขาแกไว้ เพื่อให้แกนั่งสบาย ๆ ที่นี้อยู่นั่งดังๆ ! เราก็อธิบายเสียงที่ดังมันคืออะไร เพราะว่าอยู่บนเตียงแกมีพลาสติกในกะ มันจะดังอย่างนี้อยู่เรื่อย แต่เราเป็นคนสังเกตเพราะอยู่กับแกมานาน เวลาทำกายภาพแก แกจะมีแรงดันในกะ แกจะถีบถีบแรงมาก... พอแรงดันอันนี้หายไปเราก็อธิบายแม่ (ผู้ป่วย) ลองดึงขาเข้าซิ เขาก็ดึงไม่ได้ มันห้อยเลย แม่ถีบขาเขาไม่ทำ...แน่นอนแล้วกระดูกหัก เรามั่นใจมากเรารีบส่งโรงพยาบาลก่อนเลยโดยที่เราต้องรีบซื้อทั้งตัวเลย เพื่อไม่ให้มันเคลื่อนในกะ”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

โดยในมุมมองของบุคลากรสุขภาพ สะท้อนว่าถ้าครอบครัวไม่คอยช่วยเหลือดูแลระหว่างผู้ป่วยฝึกเดินหรือปล่อยให้ผู้ป่วยเดินเองตามลำพัง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุหกล้มส่งผลทำให้เกิดกระดูกหักตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าครอบครัวไม่ระมัดระวังในการบริหารร่างกายให้ผู้ป่วย ก็อาจทำให้เกิดปัญหาข้อเคลื่อน ข้อหลุด เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

“... คนไข้ที่แบบ weak แค่นอนหรือขาข้างหนึ่ง ... กลับไปบ้านจะเดินเอง กลับมาด้วย ล้ม fracture เยอะเหมือนกัน

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“ถ้าทำไหนที่เป็นท่าเสี่ยง เราก็จะบอกกับญาติ นอกจาก fracture แล้วยังมีไหล่หลุดด้วย ซึ่งภาวะพวกเนี่ยเป็นสิ่งสำคัญมาก ... ในกรณีที่เป็นว่าคนไข้เป็น hemi แบบเนี่ย แล้วล้มลงสะโพกหัก แต่เขาคิดว่าคนไข้อ่อนแรงอย่างเดียวแล้วไป passive ตลอด ก็ยิ่งทำให้ข้อหัก...ทำให้ทรุดลง...แต่ที่ว่า passive มากเกินไปก็ทำให้ข้อยิ่งหลุดหรือไม่มีข้อเคลื่อนก็ทำให้ไม่ดีกับคนไข้”

(H 10 : สัมภาษณ์วันที่ 19 ตุลาคม 2550)

7. ซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นครั้งแรกจากเดิมที่เคยช่วยเหลือตนเองได้ มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว กลับมามีสภาพความพิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ประกอบการทำงานไม่ได้ ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือและทำกิจกรรมต่าง ๆ มักจะเกิดภาวะซึมเศร้าลูกสาวของผู้ป่วยวัย 65 ปี ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของพ่อเมื่อป่วยและช่วยตนเองไม่ได้

“เห็นแก่ทำอะไรไม่ได้แล้ว แล้วแก็นเป็นพ่อเรานะแต่ก่อนหน้านี้ แก็นเดินได้ว่า ไน่นว่านี่ อะ ไรอย่างนี้ ตอนนั้นแก็นดูแลตัวเองได้ พอตั้งแต่ตอนนั้นไปกว่าที่ แก็นไม่รู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้... (ครั้งแรก) แก็นซึมเศร้ามากกว่าหงุดหงิด ไม่ค่อยมี”

(F 01 : สัมภาษณ์วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2550)

ถ้าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและเป็นตัวหลักของครอบครัวจะมีภาวะเครียด รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อีกทั้ง ถ้าครอบครัวไม่ให้ความสำคัญ ไม่เอาใจใส่ ไม่มีเวลา ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวเป็นบางเวลาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะปฏิเสธการดูแล การฟื้นฟูสภาพจากครอบครัว ส่งผลทำให้เกิดอาการของโรคทรูคองแกนขาอ่อนแรง เกร็งมากขึ้น จากเคยเดินได้อาจเปลี่ยนแปลงจนเดินไม่ได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อ แผลกดทับ อุบัติเหตุ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

“... คนไข้ถ้าอายุน้อยมักจะรับไม่ค่อยได้ โดยเฉพาะเป็นปัญหาเป็นตัวหลักของครอบครัวแล้ว ถ้ามีปัญหาดังนี้ เรื่องความเครียดเรื่อง depression เรื่องซึมเศร้าก็ตามมา...เขารู้สึกว่าตัวเองไม่ใช่ไร้ค่า เช่น คนไข้อาจช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติก็ต้องช่วยดูแลตรงจุดนี้ ไม่ใช่ปล่อยให้คนไข้... (ญาติ) ไม่สามารถดูแลคนไข้ได้เต็มที่... เหมือนกับปล่อยให้คนไข้อยู่คนเดียว คนไข้บางคนก็มีเรื่อง depress เรื่องอะไรก็ตามมาก็เลยไม่ยอมทำอะไรเลยกายภาพก็ไม่ยอมทำ ทำให้มีปัญหา complication จาก stroke มากขึ้น การเกร็ง ขน ขามากขึ้น แทนที่จะเดินได้ก็กลายมาเดินไม่ได้ ช่วยตัวเองได้มากก็กลายเป็นช่วยไม่ได้ก็เลยทำให้เกิด complication ติดเชื้ออะไรตามมา แผลกดทับตามมากการล้ม”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

“... ถ้าคนไข้ที่เป็นมาก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มันจะมีปัญหาเยอะ เช่น คนเคยช่วยเหลือตนเองได้กลายเป็นคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ขึ้นมาก็มีปัญหาทางด้านจิตใจมากบ้าง น้อยบ้าง ต้องมีแน่นอนโดยเฉพาะระยะยาว...เรื่องอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดภายหลัง stroke...เนื่องจากตัวเองนี่จะรู้ว่าตัวเองพิการ... ซึ่งคนไข้กลุ่มนี้ก็ต้องการความช่วยเหลือ กำลังใจพอควร ซึ่งมันมีผลต่อการดูแลที่บ้านระยะยาวเหมือนกัน ที่คนไข้ทำกายภาพด้วย เพราะคนไข้บางคนด้าน มี

อารมณ์ซึมเศร้า ด้านที่จะทำกายภาพทั้ง ๆ ที่ตัวเองเริ่มเดินดีแล้ว พอกลับมาอีก
ที่ไม่ยอมเดินเลย”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

8. ท้อแท้...เบื่อหน่าย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเมื่อต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพร่างกายที่พิการ ต้องฝึกทำ
กายภาพบำบัดทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน โดยมีครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือและ
กำกับการทำกายภาพบำบัดอย่างใกล้ชิด เอาใจใส่อย่างจริงจัง จะพบว่าบางช่วงผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่
เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ท้อแท้ เบื่อ อยากรอนอย่างเดียว อยากรู้อยู่แต่ในห้อง ไม่อยากทำอะไรเลย
บางครั้งมีพฤติกรรมเหมือนเด็กต่อต้าน ไม่ยอมทำกายภาพบำบัด ซึ่งครอบครัวต้องคอยดูแลและ
กระตุ้นผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและให้ความร่วมมือ

“คนเป็นโรคนี้นั้น เหมือนกับว่าเขาขี้เกียจ คือเราต้องบีบบังคับเขา ... บางทีเขาก็
ไม่ให้ความร่วมมือ แก่เบื้อ แก่นั่น เราก็ต้องเข้าใจเขาด้วย เพราะเขาแก่แล้ว
เขาเบื่อ ไม่ยอมทำ เขาทิ้งตัวเอง อันนี้ต้องระวัง คือเหมือนเขาไม่อยากทำแล้ว
เราก็ต้องพูดให้เขาเข้าใจ แล้วเขาก็จะมีแรงกระตุ้นขึ้นมาใหม่ คือคนที่
โรคนี้นั้นเขาจะท้อแท้ อยากรอนอย่างเดียว ...ฉันอยากจะอยู่โลกของฉัน
ไม่อยากทำอะไรเลย กายภาพก็ไม่อยากทำ ขี้โกงด้วย... เราปล่อยให้เขาถีบ
จักรยานเองข้างขวาที่ถนัดนับ 30 ที ด้วยนะ ...แล้ว แอบยืนดูอยู่ตรงประตู
แก่นับแต่ปาก แก่ไม่ยอมทำแกเป็นอย่างนี้จริง ๆ แก่นับแต่ปาก เราบอกว่า
ขี้โกง เขาบอกอ้าวทำแล้ว ทำแล้วเขานับข้ามไปเรื่อย ๆ แป๊บเดียว 30...เขาโกง
ตลอด คือเขาไม่อยากทำไง เขาเป็นโรคขี้เกียจ...บางทีเขาเหมือนเด็ก เขาทำ
อะไรเหมือนเด็กเล็ก ๆ บางทีเขาต่อต้านเรา เขาไม่ตามใจเรา หรือช่วยเราตลอด
บางทีเราให้เขาทำบางครั้งเขาก็ไม่ยอมทำ เป็นเหมือนกัน”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

9. หงุดหงิด โมโหง่าย

บางครอบครัวสังเกตพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่ออยู่บ้านมักมีอาการหงุดหงิด
โมโหง่าย และไว้วายเมื่อเคลื่อนไหวไม่สะดวก เดินลำบาก สะดุด ทำให้เจ็บปวดตามร่างกายหรือ
บางครั้งครอบครัวทำอะไรไม่ถูกใจ หรือขัดใจก็จะหงุดหงิดและไว้วาย

“...เดินลำบาก พอไปสะดุดกับอะไร แก่ก็รู้สึกเจ็บ แก่ก็ชอบไว้วาย แก่เครียด
แก่ก็ไว้วาย...เขาโมโห เขาก็ไว้วาย ขัดใจเขาไม่ได้...เขาไว้วายเรื่องเกี่ยวกับ
อยู่ตายแล้ว นี่ก็ตก นั่นก็ตกทำอะไรไม่ถูกแก่ก็บ่น”

(F 06 : สัมภาษณ์วันที่ 5 พฤศจิกายน 2550)

10. กังวลใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับบ้านต้องพึ่งพาครอบครัวและต้องรักษาอย่างต่อเนื่องระยะยาว ในรายที่มีฐานะปานกลางมีแหล่งสนับสนุนการรักษาพยาบาล เช่น บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่ทราบถึงสิทธิประโยชน์ของบัตร ยังมีความกังวลใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่เพียงพอ กังวลใจเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วย รักษาไม่หาย ประกอบอาชีพไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และเป็นภาระของครอบครัวผู้ป่วยได้สะท้อนความกังวลใจดังนี้

“เรื่องเงินไม่พอใช้...ค่ายา หาทอมอ...เรื่องค่าใช้จ่ายมันไม่พอ...เรื่องที่จะช่วยตนเองไม่ได้ กังวลใจ...มันไม่หาย ช่วยทำงานไม่ได้...เมื่อก่อนทำงานพอใช้พอกิน”

(P 01 : สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2550)

4.1.2.2 ปัญหาด้านครอบครัว

ในมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ พบว่าประเด็นปัญหาด้านครอบครัวมี 6 ประเด็น ได้แก่ ไม่มีผู้ดูแลหลัก ครอบครัวไม่พร้อม มีภาระมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพ วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง หย่อนการดูแล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ไม่มีผู้ดูแลหลัก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านบางรายไม่มีผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่เฉพาะในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา มีคนในครอบครัวช่วยดูแลเป็นบางช่วงเวลาหรือผลัดกันมาช่วยดูแล เนื่องจากต้องประกอบอาชีพและมีบางช่วงเวลาที่ต้องปล่อยทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวดังคำบอกกล่าวของครอบครัว

“กลางวันจะมีเด็กเอาข้าวมาส่งบ้าง ส่วนบ่ายจะมีลูกที่ลูกน้องที่อยู่เขาจะเรียกให้ช่วย ... โดยมากวันเสาร์ผมจะทำเอง ... ผมจะเข้าไปเช็ดตัว และเปลี่ยนให้เขาทุกเช้าก่อนไปทำงาน”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

ผู้ป่วยบางรายอาศัยอยู่กับบุตรหลานหลายคน แต่ละคนก็มีภาระหน้าที่ที่ต้องทำงานนอกบ้าน เรียนหนังสือ ประกอบอาชีพ ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขายอยู่ใกล้ ๆ บ้านมีเวลาดูแลมากกว่า โดยผลัดเวรกันดูแลเป็นช่วงเวลา

“(คนดูแลจริง ๆ) มี 3 คน คือหนูตัวอื่นหน่อย รอบเช้าพี่สาวจะปั่นนมรอบเช้าของเขา พอสายก็เป็นอาหารของหนูเลย...ส่วนคนนี้เขาก็ได้แต่นอนเฝ้า”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

เมื่อครอบครัวไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาและต่อเนื่องจึงจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยจ้างทีมมาดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ทีมที่จ้างมาดูแลจะผลัดเวรกันมาดูแลทั้งหมด 5 คน ส่วนผู้ดูแลหลักจะมาช่วยดูแลเมื่อมีเวลาว่างจากการทำการค้าใกล้บ้าน และสามารถเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยต้องการให้หา ดังนั้นการจัดทีมการดูแลผลัดเวรกันมาดูแลหลายคนมีผลต่อการดูแลที่บ้านได้

“ที่ทำงานก็เลยไม่มีเวลาดูแลเขา เขาก็ต้องทำงาน 7 โมงเช้า ถึง 4 ครั้ง ที่ก็ต้องอยู่หน้าร้าน...คนดูแลชดกลางวัน(หัวหน้าทีม) เขาจะเป็นคนดูแล พวกคนอื่นจัดสลับกันมา...พี่ก็มี (ดูแล)...วิ่งเข้าวิ่งออก คือ ดูแลตอนเช้าพี่ก็จะต้มอาหาร เอาส่งไปให้พยาบาลปั่น แล้วก็พี่พ่วงพี่ก็จะเข้าไปดูเขา ไปเยี่ยมไปจับโน่น จับนั่น จับมือเขา อะไรแบบนี้”

(F 07 : สัมภาษณ์วันที่ 8 ธันวาคม 2550)

ในมุมมองของบุคลากรสุขภาพเห็นเช่นเดียวกันว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เมื่อกลับบ้านแล้ว มักจะมีปัญหาไม่มีผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ดูแลหลักไม่มีเวลาต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัวพร้อมกับทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก บางเวลาต้องปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติ เจ็บป่วย ไม่มีผู้ดูแลหลักที่จะคอยสังเกตอาการผิดปกติหรือคอยช่วยเหลือเบื้องต้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้น

“... มีคนหนึ่งมาถึงก็มีไข้ขึ้นมาตั้งหลายวัน ญาติไม่มีใครดูแลว่าจะรู้ก็คือ 3 วันแล้วมั้ง ...คนไข้มีประวัติเป็น แล้วก็ เป็น CVA ด้วย stroke อยู่แล้ว แล้วก็ ญาติไม่ค่อยมีใครดูแลคือว่าจะไปดูพบคนไข้เป็น 3 วันแล้ว รู้สึกว่าคนไข้ BP drop แล้ว อะไรสักอย่าง admit ICU

(H 07 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

“ที่กลับมาอีกที...มีคนไข้คนหนึ่งที่เป็น UTI มั้ง ที่มีปัญหาเรื่องปัสสาวะ ปัสสาวะขุ่นมาเลยอะไรอย่างนี้ สายปัสสาวะหลุดประจำเลยหรือสาย NG tube หลุดประจำเลย แต่สังเกตจากที่ซัก (ประวัติ) มันเกิดจากไม่มีคนดูแลเขาตลอด”

(H 07 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

2. ครอบครัวไม่พร้อม

ครอบครัวมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่องระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวไม่พร้อมเนื่องจากไม่มีความรู้ กลัว... ไม่กล้าปฏิบัติ หนักใจ... ไม่มั่นใจ ...ในการดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ไม่มีความรู้

ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีผลต่อคุณภาพการดูแลที่บ้าน ครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ก็อาจส่งผลทำให้ครอบครัวไม่สามารถจัดการกับการดูแลและปัญหาที่เกิดขึ้นที่บ้านได้ ผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งครอบครัวมองประเด็นเหล่านี้ คือ คุณากรไม่เป็น ไม่รู้วิธีการดูแล ดังเช่น

1) คุณากรไม่เป็น

ครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านบางราย ไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับโรค อาการและการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของภรรยาผู้ป่วยวัย 59 ปี ไม่เคยเรียนหนังสือ กล่าวสะท้อนความไม่รู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของสามีเธอว่า

“ ป้าก็ไม่รู้เหมือนกันว่าแกเป็นอะไร...เวลาแกเป็นขึ้นมาแกจะอึดอัด หายใจแรง (ทำท่าทางหายใจแรง ๆ ให้ดู) ป้าก็ดูแลไม่เป็น อยากให้แกอยู่ที่นี่ (โรงพยาบาล) สะอาด ให้หายดีกว่า ”

(F 06 : สัมภาษณ์วันที่ 5 พฤศจิกายน 2550)

บางครั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่ครอบครัวสังเกต ไข้ ไอ จำนวนเสมหะมากขึ้น ปัสสาวะขุ่น แต่ครอบครัวไม่ทราบที่เกิดจากสาเหตุใด หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ระบบใด ครอบครัวส่วนใหญ่จะให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นตามประสบการณ์ที่มีอยู่ เช่น การให้ยาลดไข้ เช็ดตัวลดไข้ ซึ่งถ้าดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจพาไปโรงพยาบาล ยกเว้นในรายที่มีอาการผิดปกติรุนแรงเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเกินอันตราย เช่น อาการซึมลง ครอบครัวก็จะรีบพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที

“ อยู่ (บ้าน) ได้แค่ 20 วัน แกไข้ขึ้นอีก... ไข้ขึ้นสูง เสมหะก็เยอะ ไม่เปลี่ยนสี มันจะเป็นสีขาว ๆ เหมือนกับกาวเยอะ เตี้ย ไอที่ออกมาเยอะแยะเลย...ก็เช็ดให้แกขึ้นมาดูแลเสมหะให้แก เวลาเป็นมาก ๆ อย่างนี้ละ...เช็ดตัว ให้ยาลดไข้... อันนี้ไม่ทราบ (สาเหตุ) ... แกไข้ขึ้นสูง ตั้ง 100 กว่า 38 กว่า ก็เลยรีบพาไปโรงพยาบาลดีกว่า...(มาโรงพยาบาล) แพทย์บอกว่าคิดเชื้อรุนแรงที่ปอด ”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

“ มีไข้มา 5 วัน คือ 2 วันแรกกินยา ไข้ลง ... ให้กินยาพารา ก่อนก็หาย แล้วก็ขึ้นมาอีก... ก็รู้สึกมีอาการซึม ๆ หน่อย ... รู้สึกแสบหนาว วันหนึ่งแสบหนาวจนแกห่มผ้า ห่มอะไรแล้วเรตกใจเพิ่งกลับมาจากขายของเห็นแกนอน ลึนอยู่เลยส่งเข้าโรงพยาบาลเลย ... หมอบอกว่าแกมีไข้แล้วมีความดันด้วย ”

(F 01 : สัมภาษณ์วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2550)

ส่วนมุมมองของบุคลากรสุขภาพเห็นปัญหาครอบครัวไม่พร้อมเช่นกันว่า ครอบครัวไม่มีความรู้ รู้ไม่จริงเกี่ยวกับอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ไม่มีความรู้ ดูแลสุขภาพไม่เป็น โดยครอบครัวไม่ทราบสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เหล่านั้นว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ระบบใด แต่ส่วนมากครอบครัวจะให้การดูแลช่วยเหลือ เบื้องต้นก่อนที่จะพามาโรงพยาบาล หากอาการไม่ดีขึ้นจึงจะพามาโรงพยาบาล ซึ่งครอบครัวจะทราบอาการผิดปกติหลังจากที่แพทย์ได้ทำการตรวจรักษาแล้ว ดังเช่น

“ไม่รู้ คือ เขามาแต่ไข้อย่างเดียว ก็คือเขาพาคนไข้มาก็เพราะว่ามีไข้ แต่เขาไม่รู้ ว่าทำไมจึงเป็นไข้... แต่พอมา admit บน ward เก็บ UA ก็รู้ทันทีว่าเป็น UTI พบ WBC มากกว่า 100”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“สังเกตนะ เพราะเวลาเราซักประวัติจากคนที่เขาดูแลเขาจะบอกได้ว่ามันมีส่วนผิดปกติอะไร กับคนไข้ในการมา admit ครั้งนี้”

(H 04 : สัมภาษณ์วันที่ 4 กรกฎาคม 2550)

2) ไม่รู้วิธีการดูแล

กิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วยกลับบ้าน บางครอบครัวไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อนจึงไม่รู้วิธีการดูแล และไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นที่บ้าน เช่น ให้อาหารทางสายยางไม่ลง สายยางให้อาหารอุดตัน ต้องลองฝึกลองดู แก้ปัญหาได้บ้างไม่ได้บ้าง บางครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องใส่สายสวนปัสสาวะกลับบ้านก็ไม่ได้ดูแล ความสะอาด เพราะคิดว่าหลังการใส่สายสวนปัสสาวะไม่ต้องดูแลอะไรเป็นพิเศษ บางรายวางถุงปัสสาวะนอนกับพื้น ทำให้ปัสสาวะไหลรดพื้น บางรายที่มีท่อหลอดลมกลับบ้าน ไม่รู้ว่าจะใส่สายดูแลหะได้ลึกแค่ไหน ดังคำกล่าวของครอบครัว

“มีฝึบบ้างถูกบ้าง...คือตอนแรกมันขึ้นไป ตอนหลังมันก็เหลวไป กว่าจะได้ น้ำ มากน้ำน้อย พอตอนหลังก็ทำน้ำน้อยไว้ก่อน แล้วเดี๋ยวมาเติมน้ำที่หลัง...ก็คือ มันหยอดไม่ลง”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

“บางครั้งมัน feed แต่ feed ไม่ลง มันเกิดจากอะไรแต่เราก็ใช้ syringe ดึงออก ก็โทรไปถามเขาก็ให้ใช้ syringe ดูดเสดออก บางครั้งก็มีบางครั้งก็ไม่มี”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

“เขาไม่แนะนำเขาบอกว่าเวลามีเย็บขึ้นมาก็เททิ้ง ทำความสะอาดหน่อย ไม่ให้ติดเชื้ออะไรอย่างนี้ เราก็ทำไม่เป็นเวลาแกอาบน้ำแกก็รด โครม โครม... ก็คือคิดว่าไม่ต้องทำอะไรใส่ (สายปัสสาวะ) ไว้แบบนี้...คิดว่าแกหาย เย็บ ไหลดีก็ดีแล้ว... ไม่ได้ดูแล”

(F 06 : สัมภาษณ์วันที่ 5 พฤศจิกายน 2550)

ส่วนมุมมองของบุคลากรสุขภาพยังพบปัญหาอีกว่าครอบครัวมีความรู้ไม่เพียงพอ ดูแลไม่เป็น ไม่ดูแลทำความสะอาด ปล่อยให้ผู้ป่วยนอนและผ้าอ้อมที่เปียกนาน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและแผลกดทับ ไม่รู้วิธีการดูแลเรื่องการควบคุมอาหารมัน บางรายยังรับประทานอาหารมัน ๆ จนทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หรือพบปัญหา สายยางให้อาหารหลุดออกจากรอบคอ ขาดความรู้ไม่ละเอียด ความเข้มข้นของอาหารปั่นมากเกินไป ไม่ทำตามสูตร ปริมาณของน้ำที่ให้หลังให้อาหารไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน บางครอบครัวก็แค่โทรศัพท์มาสอบถาม หรือบางครอบครัวก็ใช้บริการของหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลไปดูแลแก้ปัญหาให้ หรือบางครอบครัวก็ต้องพาผู้ป่วยมารับบริการใส่สายยางให้อาหารใหม่อีกครั้งที่โรงพยาบาล พยาบาลได้เล่าปัญหาที่พบขณะไปเยี่ยมบ้าน ดังนี้

“... บางทีเขาจะกลับมา ก็คือการได้รับความรู้จากโรงพยาบาลไปแบบไม่เพียงพอเพราะเขาอาจจะรู้อะไรที่เขาไม่เคยรู้มาก่อน ... บางทีไปเปลี่ยนสาย (กลับบ้าน) ไปให้อาหารอย่างงี้ อ้าว ดันขึ้นมาทำอะไร อาจจะรู้อะไรที่ดันไปเพราะเขาแบบว่ามันบด ไม่ละเอียดแล้วทำให้สายตันได้ แล้วบางทีอาหารมันข้นเกินไป แล้วเขาอาจจะรู้ว่ากินยาเสร็จแล้วเอาน้ำตามนี้ แล้วบางคนอาจไม่ทราบว่าใส่น้ำไปอีก เขาอาจจะไม่กล้าอย่างนี้ กลัวจะได้น้ำเยอะไป ก็เลยทำให้ยามันไปตันขึ้นมาได้...”

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

2.2 กลัว... ไม่กล้าปฏิบัติ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว เช่น ใส่ท่อหลอดลมและต้องดูดเสมหะ บางครอบครัวรู้สึกกลัว ไม่กล้าปฏิบัติ เพราะกลัวอันตราย กลัวปฏิบัติไม่ถูกหลัก และกลัวผู้ป่วยเจ็บ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมและต้องดูดเสมหะ ครอบครัวไม่เคยเรียนรู้ขาดประสบการณ์ และไม่เคยปฏิบัติมาก่อนทำให้ครอบครัวกลัวเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย กลัวทำไม่ถูกหลัก และบางครั้งระหว่างการดูดเสมหะ ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทำให้ครอบครัวกลัวมากยิ่งขึ้น

“(ใส่สายดูดเสมหะ) เข้าไปคนไข้จะหน้าแดงอะไรอย่างนี้ เหมือนกับกระดูก กระตุก อะไรอย่างนี้ ก็กลัวเหมือนกันนะ”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

“...เรากลัว กลัวว่าเราจะดึงขึ้นมาหรือว่าอะไร ดึงขึ้นมาแล้วเราเคยเห็นในเขาเคยหลุดออกมาหมดเลยแล้ว เคียวเราจะใส่อย่างไร คือจริงอยู่เราก็อาจเข้าโรงพยาบาลแล้วก็ใส่ได้...แต่ความกลัวคือว่าถ้าเกิดใส่ซ้ำ มาซ้ำเขาเกิดเป็นอะไรไป ก็เหมือนกับเราไปดึงเอาออกมาอย่างนี้”

(F 07 : สัมภาษณ์วันที่ 8 ธันวาคม 2550)

“ที่ทำได้ ที่ไม่กล้า...คือไม่กล้าที่จะดูดเสมหะหรือว่าถอด tube ออกมา ล้าง ที่ไม่กล้าทำตรงนี้...อีกใจหนึ่งก็กลัวเราทำไม่ถูก กลัวเชื้อโรคจะเข้าไป เพราะเราอาจจะไม่สามารถพอที่เหมือนกับพวกพยาบาลเขาทำ”

(F 07 : สัมภาษณ์วันที่ 8 ธันวาคม 2550)

บางครอบครัวกลัวกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้อง สอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในตัวผู้ป่วย กลัวทำไม่ถูก แล้วส่งผลทำให้ผู้ป่วยเจ็บ

“(หมอ) เขาให้ใส่สายยาง...กลัวทำไม่ได้ กลัวคนไข้เจ็บ...ตอนใส่สายยาง เขา ร้อง...หมอบอกว่าก็ต้องเจ็บอยู่แล้ว เขาก็ไม่ยอม เขาก็บอกว่าจะอย่างไรคุณก็ต้อง ใส่สายยางนะเพราะว่าแกไม่กลืน”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

2.3 หนักใจ...ไม่มั่นใจในการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อต้องกลับไปบ้านในสภาพที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับไปบ้าน จะก่อให้เกิดความหนักใจ... ไม่มั่นใจในการดูแล ของครอบครัว ดังคำกล่าวของบุตรสาวที่ต้องดูแลมารดา

“ก็หนักใจ เพราะไม่เคยทำ หนักใจเหมือนกันว่า ถ้าเราเอากลับบ้านนี้จะทำได้ หรือ...ให้อาหาร ใส่ pampers อะไรอย่างนี้ ก็หนักใจ การดูแลแกเหมือนกัน เพราะปกติแกช่วยตนเองได้”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

3. มีภาระมากขึ้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แต่ละรายมีสภาพร่างกายความพิการแตกต่างกัน ออกไปบางรายอาจจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ติดตัวไปบ้าน การดูแลที่บ้านจึงจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัว ในการดูแล ช่วยเหลือ และฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลซ้ำ ดังนั้นแต่ละครอบครัวจึงต้องรับภาระในการดูแลแตกต่างออกไปตามสภาพ ความพิการของร่างกายและความต้องการของผู้ป่วย ทำให้มีประเด็นปัญหาดังนี้ คุณแลกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ช่วยทำกายภาพให้ผู้ป่วย จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์การดูแล และคั่นรณหาเงินมารักษา ดังรายละเอียดดังนี้

3.1 คุณแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

กิจวัตรประจำวันที่ครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลือและจัดการให้ผู้ป่วย บางราย ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน บางรายต้องรับผิดชอบงานของตนเอง แล้วยังต้องรับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วย ที่บ้านเป็นหน้าที่หลักอีกด้วย จากการศึกษาพบว่าบางครอบครัวถ้าผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือ

ตนเองได้ ผู้ป่วยอาจจะต้องทำอะไรบางอย่าง เช่น อาบน้ำเอง รับประทานอาหารเอง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามครอบครัวก็ยังจำเป็นต้องดูแลช่วยเหลือในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ทุกอย่าง เช่น จัดหาซื้ออาหารมาเตรียมไว้รอให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเอง ดูแลเรื่องทำความสะอาดของเสื้อผ้า ที่นอน เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยบางรายที่ลุกเดินไม่ได้ ช่วยตนเองไม่ได้ ครอบครัวก็จะต้องคอยดูแลช่วยเหลือและจัดการให้ผู้ป่วยทุกเรื่อง ซึ่งครอบครัวไม่เคยปฏิบัติมาก่อน เช่น การชำระทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การเทอุจจาระ เทปัสสาวะ เป็นต้น

“...แรก ๆ เขาล้ม ขาหักนี่อะ มันต้องไปหิวถึงจีให้เขาแล้วก็ต้องขึ้นบันไดลงบันได วันหนึ่งมันบางที่ถ่าย 3-4 ครั้ง เราไปเห็นในห้องมันเหม็น เราก็ต้องเดินลงมาเทให้แล้วก็เอาขึ้นไป วันหนึ่งไปเทขี้ เทเยี่ยว ทั้งจีทั้งเหยี่ยวอยู่ในถังเลย แล้วก็วันหนึ่ง ขึ้นลง ขึ้นลง หัวเข่าเราก็ไม่ดี”

(F 05 : สัมภาษณ์วันที่ 20 ตุลาคม 2550)

“บางครั้งก็บังคับให้เขาเดินเข้าห้องน้ำ เพราะห้องน้ำอยู่ไม่ไกลให้เขาอาบน้ำ ในนั้น ตอนหลังก็ซื้อที่นั่งถ่ายให้เขาในห้อง ส่วนผมจะเข้าไปเช็ดตัว และเปลี่ยน (เสื้อผ้า, เทถ่าย) ให้เค้าทุกเช้าก่อนไปทำงาน”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

3.2 ช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย

จากการศึกษา พบว่าบางครอบครัวต้องช่วยทำกายภาพบำบัดที่บ้านให้กับผู้ป่วย นอกเหนือจากการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันแล้ว โดยการบริหารส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้กับผู้ป่วย หลังจากที่ต้องไปฝึกเรียนรู้จากนักกายภาพบำบัด ต้องคอยกระตุ้นและฝึกให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเองพาผู้ป่วยเดิน ซึ่งกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายดังกล่าวย่อมส่งผลทำให้ครอบครัวมีภาระมากขึ้นจากเดิม บางรายต้องเหน็ดเหนื่อยมากขึ้น

“(กายภาพ) ต้องทำทุกวัน ทำตลอด คือวันหนึ่งอย่างน้อยเราว่าต้องมี 2 รอบ เช้า – เย็นนี้ควรทำ 2 รอบ แต่บางรายเขาอาจจะไม่มีเวลาขนาดนี้ อาจจะมีวันละรอบแต่ควรทำทุกวัน”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

3.3 จัดเตรียมสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์การดูแล

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ครอบครัวจะต้องจัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น และสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น ห้องนอน เตียงนอน แผงก้อออกซิเจน สายยางให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาการเคลื่อนไหวขึ้นลงบันไดลำบาก ครอบครัวอาจต้องจัด

ห้องนอนใหม่ให้ผู้ป่วยลงมาอยู่ชั้นล่างแทนเพื่อความสะดวกในการดูแลและการเคลื่อนย้าย อีกทั้งยังจัดหาอุปกรณ์มาเสริมให้ผู้ป่วย บางรายยังมีปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว และสภาพบ้านเป็นบ้านเช่า อาจจะเปลี่ยนแปลงไม่ได้ แต่ถ้าเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยก็พยายามจัดหาเตรียมมาให้กับผู้ป่วยให้เหมาะสม ดูแลจัดสิ่งแวดล้อม ความสะอาดต่าง ๆ ให้ดี ดังนั้นการดูแลสิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น

“...ตอนหลังก็ซื้อที่นั้งถ้ายให้เขาในห้อง ... กั้นห้องนอนให้ใหม่ ย้ายห้องนอน
เขาลงมาข้างล่าง ...ซื้อ walkeraid มาให้เขาฝึกเดิน”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

3.4 ดิ้นรนหาเงินมารักษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน บางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้อีก บางรายต้องดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน บางรายต้องกลับเข้ารับรักษาโรงพยาบาลซ้ำบ่อย ๆ ด้วยปัญหาเดิม เช่น ปัญหาการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ขาดสารอาหาร แขนขาอ่อนแรง หรือโรคกำเริบมากขึ้น เป็นต้น ส่งผลทำให้ครอบครัวต้องรับภาระหนักในด้านค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยบางครอบครัวต้องเสียดำยานพาหนะไปโรงพยาบาล ต้องจัดหาคนมาช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งบางครอบครัวก็มีฐานะปานกลาง บางรายมีรายได้น้อย หรือถ้ามีฐานะแต่ถ้าต้องเสียดำรักษาระยะเวลายาวนาน ย่อมเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัว

“คือเปลี่ยนไปเยอะ ยอมรับเปลี่ยน คือต้องคืน ต้องคืน หาเงิน เพื่อที่จะเอามา
ดูแลตรงนี้ แต่ถ้าขาดที่ เพราะว่าลูกก็ได้แยกกันไปแล้ว เราให้เขาไปคนละส่วน
แล้ว เขาก็มีครอบครัว แต่เราก็ต้องคืน เพื่อว่ายังมีลูกอีก 2 คนเรียนก็ต้องคืน
ค่าใช้จ่ายตรงนี้ด้วย”

(F 07 : สัมภาษณ์วันที่ 8 ธันวาคม 2550)

“...แค่ 2 รอบ ก็หมดไป 90,000 แล้ว ก็ยอมรับว่าหนัก ก่อนข้างหนัก ถึงหนัก
มากก็ได้บริษัทช่วยได้แค่ครั้ง 40,000 – 50,000 ก็ถือว่าเขาลงไปเยอะ”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

4. มีปัญหาสุขภาพ

สุขภาพของคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ถ้าครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ไม่มีโรคประจำตัว ส่งผลให้ครอบครัวมีความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่บ้านมีปัญหาสุขภาพรายละเอียดดังนี้

4.1 ดูแลจนปวดข้อ

ครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อาจเกิดปัญหาสุขภาพในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ปวดหลัง ปวดข้อมือขณะทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งครอบครัวถ้ามีปัญหาด้านสุขภาพทางด้านร่างกายเจ็บป่วยย่อมเป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกิดความไม่พร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วย จนบางครั้งความสามารถในการดูแลน้อยลง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาการดูแลที่บ้านได้

“... เคยปวดหลังมากเลย คือแบบเหมือนเดินไม่ได้ เพราะเราต้องทำกายภาพคนเดียวทำมานานมากเราปวดปลั่งต้องไปรักษา ไปฉีดยา แม้กระทั่งแขน (แขนขวาเป็นก้อนขนาด 1X1 cm) เป็นแบบเส้นเอ็นมันขึ้นจากมือเรา ออกแรงมากเกินไป เราฉีดยารักษาที่นี้ 2 ครั้ง คือแบบเราใช้แรงเยอะเกินไป เพราะเราทำอย่างนี้เขาด้านแรงเราไงคะ แล้วมันออกแรงสู้กับเขาอะ ก็เลยปวดมาก”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

“แรก ๆ เรามีปัญหาที่เรื่องเท้า...มันก็คล้าย ๆ กับว่าเราขึ้น ๆ ลง ๆ มันปวดเข่าอะ เราต้องขึ้นลง”

(F 05 : สัมภาษณ์วันที่ 20 ตุลาคม 2550)

4.2 เครียด

ครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มักมีภาวะเครียดที่ต้องคอยดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยที่พึ่งพาตนเองได้น้อยลง หรือพึ่งพาตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยมีอุปนิสัยเอาแต่ใจ โมโหร้าย ชอบด่าว่าเวลาดูแลไม่ถูกใจ หรือผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลตลอดเวลา ทั้งกลางวัน กลางคืน อีกทั้งมีอุปสรรคที่ต้องคิดตัวกลับไปดูแลที่บ้านส่งผลทำให้ครอบครัวที่บ้านเกิดความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแล พักผ่อนน้อยลง รวมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วยกลับบ้านเป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวเกิดความกลัวเวลาที่ต้องปฏิบัติให้ผู้ป่วย ไม่กล้าปฏิบัติส่งผลทำให้คุณภาพการดูแลที่บ้านไม่ดี เกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนจนต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เช่น

“เดิมเขาโมโหร้ายตั้งแต่ไหนแต่ไรแล้ว พูดยาเสียงดังกับเราอยู่แล้ว...(ตอนนี้ป่วย) ก็รู้สึกเปลี่ยนไป ถ้าเริ่มมีแรงก็เริ่มมีเสียงอีก...ก็พาไปอยู่ที่บ้าน มีคนคุ้นเคย เวลามีคนคุ้นเคยเขาก็แสดงออกอย่างเดิม ...ก็ยอมรับว่าบางครั้งเราก็เหนื่อยพอแล้วมาเจอแบบนี้บางครั้งให้ขยับก็ไม่ขยับไม่ช่วยตนเองยังไม่พอ ยังมีสร้างปัญหาพุดจากกวนโมโหอีก ผมก็รู้สึกหงุดหงิดเหมือนกัน แต่ว่าบางครั้งอะไรก็ทำใจ เขาก็ตะโกนด่าเหมือนเดิม”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

“เค้าบอกว่าลูกไม่ขึ้นใช้วิธีตะ โคน เรียกทั้งคืน ทำให้เราหลับลำบาก ทั้ง ๆ แ่อยู่ข้างเตียงเอง”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

“ป่าสังเกตไม่ค่อยเป็น แต่เวลาเขาอี๊ดออกมาป่าก็ใจไม่ดี”

(F 06 : สัมภาษณ์วันที่ 5 พฤศจิกายน 2550)

5. วิถีชีวิตเปลี่ยนไป

จากการศึกษาพบว่า บางครอบครัวต้องรับผิดชอบงานประจำของตนเองแล้วยังต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นหน้าที่หลักอีก ดังนั้นกิจกรรมการดูแลจึงต้องจัดให้ทุกช่วงเวลา ที่ว่างจากงาน เช่น ช่วงเช้าก่อนไปทำงาน ช่วงเย็นหลังกลับจากทำงาน ช่วงกลางคืนต้องนอนอยู่ใกล้ ๆ และช่วงวันหยุดจากงาน เป็นต้น บางครอบครัวต้องจัดเวลามาทำการดูแลเป็นช่วง ๆ ทั้งนี้เพราะต้องประกอบอาชีพค้าขายอยู่ใกล้ ๆ บ้าน บางครอบครัวดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ก็ต้องทำหน้าที่เป็นแม่บ้านดูแลงานภายในบ้าน ส่งผลทำให้ครอบครัวมีเวลาพักผ่อนน้อยลง เพราะต้องใช้เวลาตนเองทั้งหมดไปกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บางครอบครัวไม่มีเวลาออกสังคม บางครอบครัวต้องเสียนงานเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติต้องพาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บางครอบครัวต้องทำงานหารายได้มากขึ้นเพื่อมาเป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลายาวนาน

“ ... ช่วงนี้เราไม่ได้ไปไหนเลย ก็ต้องมาอยู่ร่วมกับแก ... ธรรมดาที่จะพาแกไปไหว้พระ ก็ต้องพาแม่ไปไหว้พระก็จะไปโน้น ไปนี้ก็จะพาแกไปกินข้าวข้างนอกอย่างนี้ละ ก็ไม่ได้ไปแล้ว”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

“ผมต้องดูแลเขาทุกเช้าก่อนไปทำงาน ... กลางคืนก็อยู่ข้างเตียงเขา ... ตอนนี้นำเข้าโรงพยาบาลผมก็ต้องแวะเข้ามาดูแลแกบ่อย ๆ มันก็มีผลต่องานผมเหมือนกัน ... ก็ได้บอกหัวหน้าไว้แล้วละ”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

“ช่วงเช้าตื่นมาก็ออกไปซื้อ โจ๊กมาปรุงให้เขากิน พอว่างก็เตรียมของขายประมาณ 10 โมงได้ก็ออกไปขายของ ... ช่วงเที่ยงก็เอาอาหารมาป้อนให้เขากิน แล้วออกไปขายของจนเย็น เข้ามาอีกครั้งช่วง 5 โมงเย็นมาป้อนอาหารให้เขา แล้วไปขายของจนประมาณ 2 – 3 ทุ่มก็กลับบ้านอยู่ดูแลเขา... นอนข้างเตียงเขาทุกวันแหละ”

(F 01 : สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2550)

6. หย่อนการดูแล

ปัญหาด้านครอบครัวประเด็นนี้เป็นมุมมองของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมองว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน บางรายช่วงแรกที่รับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านจะสามารถให้การดูแลช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลได้สอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติได้ แต่พอช่วงระยะเวลาผ่านไปการดูแลอาจจะเริ่มบกพร่อง บางครอบครัวสอนแล้วทำบ้างไม่ทำบ้าง หรือบางครอบครัวอาจมีอาการหลงลืมที่จะปฏิบัติให้กับผู้ป่วย จึงก่อให้เกิดปัญหาให้กับผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อน และต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ดังคำกล่าวของพยาบาลคนหนึ่งที่พบเหตุการณ์เมื่อครอบครัวพาผู้ป่วยเข้ามาตรวจรักษาหรือเปลี่ยนอุปกรณ์ที่โรงพยาบาล ที่พบเห็นผู้ป่วยนอนแฉะผ้าอ้อมที่เปื้อนสกปรกมาจากบ้าน

“บางทีการดูแลของญาติจะหย่อน... ดูแรก ๆ ไปใหม่ ๆ ก็ดี หลัง ๆ ไปก็จะหย่อนการดูแลเขาก็จะหย่อน”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

“...สอนญาติทำ self cath ที่บ้าน พอ self cath ไป ญาติก็คือทำบ้างไม่ทำบ้าง ก็คืออยู่โรงพยาบาลเราทำให้ก็คือไม่มีอะไรพอกลับไป มีปัญหาแล้ว มีใช้ติดเชื้อ ฉีษุน ท้องโป่ง มีลิ้นข้างเยอะเลย”

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“พอเราอธิบายแนะนำอย่างคิดดี แล้วญาติก็รับปากกลับไป ส่วนมาก...มันยังไม่ค่อยได้ผลเท่าไร ก็อาจจะกลับมาด้วยเรื่องแทรกซ้อนบ่อยครั้ง การติดเชื้อ bed sore อย่างเช่น คนไข้ที่มีเรื่อง bed sore ทำแผลอยู่โรงพยาบาล ก็คือสอนอย่างดีทำแผลแต่พอกลับ... ไข้! slough คำกว้างกลับมาเลย”

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

4.1.2.3 ปัญหาด้านการบริการสุขภาพ

ลักษณะของปัญหาด้านระบบบริการมี 6 ลักษณะ ได้แก่ บุคลากรมีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่มีแนวทาง ให้ข้อมูลความรู้และทักษะไม่เพียงพอ รับบริการไม่สะดวกลำบาก ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล การดูแลรักษา ขาดการประสานงานการดูแลต่อเนื่องจากที่บ้านมีรายละเอียด ดังนี้

1. บุคลากรมีความรู้ไม่เพียงพอ

จากการศึกษา พบว่าบุคลากรให้ความรู้แก่ (ผู้ป่วย) และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลที่บ้านยังไม่เพียงพอ เนื่องจากบุคลากรสุขภาพแต่ละคนมีระดับความรู้ ความสามารถและประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน ดังนั้นบุคลากรแต่ละคนจึงให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวทุกรายได้ไม่เท่ากัน บุคลากรบางคนขาดความรู้เรื่องการดูแลที่บ้าน ขาดความรู้เรื่องยา จึงให้ความรู้

ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลที่บ้าน และใช้ยารักษาโรคที่ได้รับจากโรงพยาบาลไม่ถูกต้อง รับประทานยาไม่ตรงต่อเวลา ไม่สม่ำเสมอ ไม่ต่อเนื่อง เกิดปัญหาการขาดยาอีกทั้งไม่มีความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันอาการข้างเคียงของยาได้ เกิดอาการผื่นผดคันหลังใช้ยา ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

“พยาบาลก็ยังขาดความรู้ที่จะให้เขา โดยที่ไม่ได้ใส่ใจคนไข้ ในบางคนก็มีนะค่ะ ไม่ได้ใส่ใจว่า เวลาจะกลับจะต้องไปสอนเรื่องอะไรบ้างนะ”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“ส่วนมากมักจะไม่ค่อยได้รู้ ยาตัวนี้มีผลจะทำให้เลือดออกง่าย ต้องระวังอะไร ต้องสังเกตอะไร ตรงนี้ยอมรับว่าไม่ค่อยมีไม่ได้ให้ความรู้เรื่องยา”

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

2. ไม่มีแนวทางปฏิบัติ

ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับบ้าน ทางโรงพยาบาลมีแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั่วไปเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อกลับไปบ้าน แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต้องการดูแลต่อเนื่องระยะยาว การดูแลจึงมีความยุ่งยากและซับซ้อนตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายที่ปฏิบัติกันอยู่ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น ไม่กำหนดหัวข้อและรายละเอียดของเนื้อหาที่จะสอนแล้วแต่ผู้สอนจะสอน เวลาที่ใช้สอนก็ใช้เวลาว่างจากการปฏิบัติงานซึ่งไม่แน่นอน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้านแล้วก็ยังไม่มีบริการของโรงพยาบาลที่จัดขึ้นเพื่อไปติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลการดูแลที่บ้านของครอบครัวอย่างต่อเนื่องรวมถึงเมื่อครอบครัวผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดก็ยังขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการติดตามผลการดูแลของครอบครัวส่งผลทำให้เกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน

“ใครจะสอนก็สอน เหมือนมันไม่มีแนวทางแน่นอน”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“แนะนำไปตามนั้นค่ะ ไม่ได้ติดตามตอนหลังที่กลับมาอีกรอบหนึ่งว่าเขาดีขึ้นไหม อะไรไหม”

(H 07 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

“เขาดีขึ้นไหม คืออาจจะไม่ได้ประเมินชัดเพราะว่า case ทุก case ถ้าเกิดกลับมา คนไข้ไม่มี complain สมมุติว่ามาอีกรอบหนึ่งเขาไม่ได้บอกว่าเขาเป็นอะไร เขาตรวจธรรมดามารับยาปกติ เราก็ไม่ได้แนะนำแล้ว ก็เท่ากับว่าเราไม่ได้ประเมินเขาใช่ไหม”

(H 07 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

3. ให้ข้อมูลความรู้และทักษะไม่เพียงพอ

ข้อมูลและทักษะในการดูแลที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากการศึกษาพบว่าบางครอบครัวยังได้รับข้อมูลความรู้และทักษะไม่เพียงพอเนื่องจากบุคลากรไม่ใส่ใจให้ความรู้ สอนตามโอกาสที่บุคลากรว่าง ครอบครัวได้แต่มอง...ไม่ได้ลงทำ

3.1 บุคลากรไม่ใส่ใจให้ความรู้

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องกลับไปพักฟื้นที่บ้าน บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกคนควรตระหนัก เอาใจใส่ และให้ความสำคัญต่อเรื่องที่จะสอน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลที่บ้านทุกเรื่องตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมและเพียงพอ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพให้แก่ครอบครัวจนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติและจัดการการดูแลที่บ้านได้ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วย ส่งเสริมการดูแลที่บ้าน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับ เข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษพบว่าบุคลากรบางคนไม่ใส่ใจต่อเรื่องที่จะสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับ ขาดการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษา การให้ยา เพียงแค่ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านจะได้รับความรู้ไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุม บางเรื่องได้แนะนำจุดใหญ่ที่สำคัญ ส่วนรายละเอียดปลีกย่อยอาจจะพลาดการแนะนำไปส่งผลทำให้เกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน

“พยาบาลก็ยังขาดความรู้ที่จะให้เขา โดยที่ไม่ได้ใส่ใจคนไข้ ในบางคนก็มีนะค่ะ ไม่ได้ใส่ใจว่า เวลาจะกลับจะต้องไปสอนเรื่องอะไรบ้างนะ”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“เรื่องของยาที่แค่บอกว่ารับประทานยาให้ตรงเวลา อย่าขาดยาแต่ลืมเรื่องว่ายาตัวนี้มีผลอย่างไร ระวังอะไร”

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

3.2 สอนตามโอกาสที่บุคลากรว่าง

จากการศึกษาพบว่า ในโรงพยาบาลยังไม่มีบุคลากรในแผนกใดหรือหน่วยงานใดที่รับผิดชอบงานสอนและให้ความรู้ผู้ป่วยโดยตรง ผู้ที่ทำหน้าที่สอน ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว มักจะต้องใช้เวลาว่างจากการปฏิบัติงานในแต่ละวัน อาจจะสอนหรือไม่สอนก็แล้วแต่เหตุการณ์ บางครั้งระหว่างการสอนอาจต้องหยุดเป็นช่วง ๆ ถ้ามีงานบริการอื่น ๆ หรือถ้าผู้ป่วยรายอื่นต้องการความช่วยเหลือ ระยะเวลาที่ให้ก็ไม่กำหนดแน่นอน อีกทั้งเมื่อสอนให้ความรู้ในแต่ละครั้งเรียบร้อยแล้วก็ไม่มีการประเมิน ติดตาม หรือส่งต่อปัญหาที่จำเป็นต้องให้ความรู้ หรือต้องฝึกทักษะเพิ่ม ส่งผลทำให้การสอนการให้ความรู้ไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวอาจได้รับความรู้และมีศักยภาพ

ในการดูแลต่อเรื่องที่บ้านไม่เพียงพอ แก้ปัญหาและจัดการกับปัญหาเมื่อต้องกลับไปดูแลที่บ้านไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ จากการสอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล และการพยาบาลที่จำเป็นต้องนำไปปฏิบัติต่อเรื่องที่บ้าน จะสอนตามโอกาสที่ว่างมักจะใช้เวลาว่างจากการปฏิบัติงานเสร็จเรียบร้อยแล้วมาสอนผู้ป่วยและบางครอบครัวไม่เคยมาเรียนก่อนก็จะสอนวันที่รับกลับบ้าน ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดของเวลาที่สอนและให้ความรู้การเรียนรู้และรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวอาจไม่พร้อม

“ใน ward ... ไม่มี (ใครที่ต้องมีหน้าที่สอน) ... จะเป็นตอนส่งเวรว่า case นี้จะกลับบ้านแล้วนะก็ถ้าอย่างไรพอจะมีเวลาว่างก็ไม่ได้ว่างตรงกันหมด...ถ้าทำงานเสร็จก็คือว่า ถ้าว่างๆก็ค่อยไปสอนญาติก็ได้... เราจะกลับบ้านแล้วมี plan ไว้แล้ว”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“ก็คือช่วงเวลาที่เหมาะ มันก็หลายอย่าง อย่างเช่นการ feed อาหารคนไข้มันก็จะเวลาเช้า กลางวัน เย็น ไข้ไหม มีก่อนนอน เขาก็จะว่างหรือว่าบางคนเลิกงานมา อะ ใช้อย่างนี้ มี 21 น. แต่ส่วนมากก็จะให้มาช่วงเย็น ส่วนเรื่องการทำแผลที่จริงก็ทำช่วงเย็นได้นะ วันละครึ่งหรือว่า เช้า เย็น แล้วแต่กรณีของคน ของบาดแผล หนูว่าช่วงเย็นที่น่าจะเหมาะ ในกรณีที่จะให้ความรู้ แต่มันก็จะมีปัญหาก็คือ บุคลากรที่จะมาให้ความรู้ เช่น นักโภชนา นักกายภาพ เขาเลิกงานกันแล้ว ถ้าเป็นเช่นนั้น ก็ให้คนที่ทำงาน เสาร์ อาทิตย์หยุดก็น่าจะเหมาะ ช่วงเวลานี้น่าจะดี”

(H 04 : สัมภาษณ์วันที่ 4 กรกฎาคม 2550)

“... แต่สำหรับคนที่เอาใจใส่คนไข้...คนไข้ดูแลคืออยากจะบอกกับญาติแต่วันนี้ไม่ได้ขึ้นเวร ญาติมาต้องกลับไปสวนกันแบบนี้”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

3.3 ครอบครัวได้แต่มอง...ไม่ได้ลงทำ

กิจกรรมการดูแลที่บ้านบางอย่าง เช่น การดูแลอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ติดตัวผู้ป่วยกลับบ้าน การฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น บางครอบครัวไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน และทางโรงพยาบาลไม่มีการให้ครอบครัวลงฝึกปฏิบัติร่วมไปด้วยทุกกิจกรรม ส่วนมากจะเป็นการให้คำแนะนำ สอน อธิบายให้ครอบครัวรับรู้ หรือเรียนรู้จากการมองดูหรือสังเกตวิธีการเอง เช่น การเรียนทำสูตรอาหารทางสายยาง จะมีนักโภชนาบำบัดสอนและแนะนำวิธีการทำอย่างละเอียดตามรายการ หรือตามสูตรอาหารที่คำนวณไว้ตามสภาพความเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยครอบครัวไม่ได้ลงฝึกปั่นอาหาร หรือลงทำอาหารเองที่โรงพยาบาลได้แค่มองดูผ่านตู้กระจกเข้าไปอีกห้องหนึ่งที่เป็นห้องปลอดเชื้อที่มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลขึ้น

กำลังทำอาหารป็นสายยางอยู่ด้านใน ดังนั้นเมื่อกลับไปบ้านก็อาจจะส่งผลทำให้ครอบครัวประสบปัญหาการทำอาหารสายยางขึ้นเกินไป ให้อาหารไม่ได้เกิดการอุดตันระหว่างการทำอาหารผู้ป่วย ก่อให้เกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน และต้องกลับเข้ามาโรงพยาบาลซ้ำ

“ ... ไม่ได้ให้ลองทำคือเราจะอธิบายขั้นตอนวิธีการทำแล้วของที่ต้องใช้ทั้งหมด ให้เขาเข้าใจ เสร็จแล้วเราก็จะให้เขาอธิบายให้เราฟังว่าเขาเรียนรู้ไปนี้จะให้เขาลองทวนมาว่าขั้นตอนที่เขาได้รับทราบไปนั้น ให้เขาลองทวนฟัง เขาสามารถทำได้ไหม คือ บอกขั้นตอนวิธี การทำได้ถูกต้องไหมส่วนมากจะกลับไปทำได้นะ ไม่มีปัญหา แต่มีบางรายที่อาจจะทำไปสุดฤทธิ์ บางทีเขาทำเขาจะดวงแบบว่ามันจะมากไป น้อยไป มันจะขึ้น หรืออะไรอย่างนี้ เขาจะโทรกลับมาถามเรา เราก็จะอธิบายให้เขาฟัง แล้วเขาก็จะทำได้ แล้วก็ไม่มี การโทร นอกจากคนที่แบบว่า... ชี้กั้ว ชี้กั้วชะหน่อย เขาจะมีความรู้สึก ว่า โทรมาบ่อย เขาจะกังวลเราก็จะพยายามอธิบายให้เขาฟัง เขาก็จะเข้าใจ แล้วก็ จะหายไป อาจจะเป็นบางคนช่วงแรก ๆ แต่จะน้อย จะไม่ค่อยมีที่จะ โทรกลับมาถาม ”

(H 09 : สัมภาษณ์วันที่ 18 ตุลาคม 2550)

ในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว ได้สะท้อนว่า การเรียนรู้การดูแลเกิดจาก การสังเกตการทำงานของพยาบาลโดยไม่ได้ลองปฏิบัติเอง

“เวลามาโรงพยาบาลก็มองพยาบาลทำแล้วก็กลับไปทำ...มองเรื่องการดูแล การเช็ดตัว ทายา เปลี่ยน pampers คอยสังเกตเขา... (พยาบาล) เขาก็เปลี่ยนอยู่ ละเราก็มองอยู่”

(F 01 : สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2550)

“เขาบอกให้พลิกตัวไปมา แล้วต้องตบหลังใหม่...เห็นเขาทำที่โรงพยาบาล เขาทาบแบบนี้ (ญาติทำท่าเคาะปอดให้ดู)...ตบที่ไหนนะ กลางหลังเลยหรือ... (เคาะตำแหน่งปอด)ไม่รู้อยู่ตรงไหนอะ”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

4. รับบริการไม่สะดวก ลำบาก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการมีปัญหากลืนอาหารเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองไม่ได้จึงส่งผลทำให้ครอบครัวพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลลำบากและต้องรอดูรักษาานาน

4.1 พาไปโรงพยาบาลลำบาก

จากสภาพความพิการผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีปัญหากลืนอาหารของร่างกายลำบาก หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ น้ำหนักตัวมาก สภาพบ้านอยู่ห่างไกลจากถนนใหญ่ ตั้งอยู่ในซอยลึกที่รถไม่สามารถเข้าไปจอดได้ เป็นบ้านเช่าแคบ หรือ

เป็นแพลตฟอร์ม จากการศึกษาพบว่าบางครอบครัวไม่สามารถพาผู้ป่วยมาตรวจรักษาได้ทันทีที่พบอาการผิดปกติ ทำให้ต้องเสียเวลารอคอยคนอื่นมาช่วยเหลือถึงจะพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ ซึ่งพี่สาววัย 73 ปี ของผู้ป่วยรายหนึ่งได้สะท้อนถึง ความยากลำบากในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลว่า

“ล้มแล้วลุกไม่ได้เลย... ป้าต้องตั้งแล้วก็มีมือซ้ายเขาช่วย ช่วยดึง เอาเขาขึ้นนอนบนเตียง... ตอนตี 4 เพราะว่าเราไม่มีใครช่วย แก่ก็ร้อง โอ๊ย ๆ! เร็ว ๆ ไป ไปโรงพยาบาล เขาอยากให้เราไปโรงพยาบาล ถ้าอยู่ข้างล่างก็เรียกแท็กซี่มาได้ นี้อยู่ข้างบน อ้าวบอกว่า อ้าวจะเอาลื้อลงไปได้อย่างไร แฟนฉันก็พอมไม่มีเรี่ยวไม่มีแรง บอกเดี๋ยวก่อนอาทิตย์ข้างบนเขา เขาเช่าอยู่ข้างบนใหม่ แล้วเราก็บอกเดี๋ยวก่อน เพราะพอดีตรงกับวันอาทิตย์ เขาพัก เขานอนตื่นสาย ก็เลยพอดีเมียเขาลงมาซื้อกับข้าว เราก็เลยบอกช่วยบอกแฟนหน่อยนะ บอกว่ามาช่วยยกน้องชายไปโรงพยาบาล เพราะว่า แก่ล้ม แก่เดินไม่ได้เลย แล้วก็ต้องรอเขาตื่นขึ้นมา อาบน้ำ แปรงฟัน เสร็จแล้วก็พาเข้าไป 8 โมง ะไรอย่างนี้อะ แล้วก็ต้องไปเรียกข้างบ้าน 2 คน มาช่วย 3 คน ถึงจะเอาลงมาจากชั้น 2... สถานที่มันคับแคบ แล้วตัวแกหนัก แล้วมันทำให้เคลื่อนย้ายลำบาก ... (ทาง) แคบเคลื่อนย้ายลำบาก แล้วทางที่จะเดินเข้าไปนี่นึกเดียว สวนกันไม่ได้... ทางขึ้นจะเข้าห้องอะ ขึ้นบันไดแล้วแต่จะเข้าห้อง หลานเขาเอาของวางเต็มไปหมด”

(F 05 : สัมภาษณ์วันที่ 20 ตุลาคม 2550)

ลูกชายวัย 27 ปี ของผู้ป่วยรายหนึ่งได้สะท้อนความลำบากของการเดินทางมาโรงพยาบาล จากสภาพที่ผู้ป่วยตัวใหญ่ น้ำหนักมากและสภาพบ้านอยู่ในซอยว่า

“ที่แรกก็คือเขาเดินไปเรียกแท็กซี่เอง มีปัญหาแค่ตอนเขารอแท็กซี่ แต่ตอนนี้มีปัญหาเดินออกมาเข้าแท็กซี่ ก็มีปัญหา...(บ้าน) อยู่ในซอยแต่ไม่ลึกมาก... (เรียก)แท็กซี่เข้าได้ แต่จะเดินมาเรียกข้างนอกให้เข้ามา”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

4.2 รอคอยรักษานาน

บางครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่วนใหญ่ต้องรับผิดชอบในการพาผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามแพทย์นัด เนื่องจากสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น เป็นโรคที่เรื้อรัง ต้องดูแลรักษาต่อเนื่องระยะยาว ดังนั้นเมื่อครบกำหนดแพทย์นัดตรวจก็ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องใช้เวลาการรอตรวจรักษานาน ซึ่งบางครอบครัวต้องทำมาหากินส่งผลทำให้ครอบครัวไม่ว่างพาผู้ป่วยมาตรวจเอง รวมถึงการใช้เวลาตรวจนานมากจะส่งผลทำให้เกิดปัญหาความไม่สุขสบายของผู้ป่วย เช่น อาการเจ็บก้นเป็นแผล ดังผู้ป่วยรายหนึ่งมีรูปร่างผอมและต้องนั่งรถรอตรวจนานเกิน 2-3 ชั่วโมงสะท้อนว่า

“มันต้องมาตรวจเช้า ๆ พอคนเยอะ แล้วมันรอรับยาที่จะช้า ... รอยา รอตรวจ ด้วยที่ช้า...ก็ซั่มอง สองซั่มอง...ถ้าบางครั้งเราไม่เจาะเลือดก็จะไว แต่ บางครั้งถ้าเราได้เจาะเลือดมันก็จะนาน 3 ชั่วโมงได้มั่ง แต่ทั่วไปซั่มองก็ถือว่า นานแล้ว...(ผู้ป่วย) แกเคยบ่น.. บ่นว่า รอานจัง หมอมาเพราะบางที่แกมา รอ นั่มง แกยังบ่นเลยเนอะบ่นว่าอะไรนะกินเจ็บ กั่มเจ็บ นั่มนาน แต่หายแล้ว มี พักหนึ่ง กั่มจะเน่าแล้วนั่มมาก ไม่ยอมนอนจับทายาตอนนี้หายแล้ว”

(F 01 : สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2551)

5. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลรักษา

บางครอบครัวซึ่งรับรู้เข้าใจอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและปัญหาการดูแลที่บ้าน เป็นอย่างดี ไม่สามารถพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเองตามนัดตรวจ ทั้งนี้เพราะครอบครัวต้อง ประกอบอาชีพไม่มีเวลาพามา ดังนั้นแพทย์ที่ทำการตรวจรักษาจะไม่ได้พบครอบครัว จึงทำให้ แพทย์อาจได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ละเอียด ไม่ครอบคลุม และอาจจะไม่ตรงกับ อาการเจ็บป่วยที่แท้จริง อีกทั้งครอบครัวก็ไม่ได้รับข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาจาก แพทย์โดยตรง ต้องผ่านคนพาผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลทำให้ขาดการเชื่อมต่อข้อมูลการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยระหว่างครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ

“ ... เราต้องเผ้าราน (เวลาหมอนัด) เราก็โทรไปเรียกหลานให้หลานเป็นคน พาไป ... ทุกครั้งหลานก็พาไปแล้วก็อุ้มยกกลับมาไว้เหมือนเดิม โดยที่ไม่มี อะไรร่างนี้ ... เราไม่ยอมไป... ก็เราไม่เคยไป นอกจากไปฉุกเฉินอย่างนี้ เขา ก็จะรับไปเลย แล้วเราก็จะถามอาการเขาที่หลังอย่างนี้ ไปฉุกเฉินแล้วก็ไปนั่ม รอ...(ไม่ยอมไป) เขาให้เดินไปโน้นเดินไปนี้ เดินไปตรงนี้ เดินไม่เป็น (กลัว ทำไม่เป็น) ”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

6. ขาดการประสานงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ระบบการประสานงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลรวมถึงผู้รับผิดชอบ ในการดำเนินการประสานงานมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อต้องกลับไปดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้เพราะบางรายยังมีสภาพปัญหาที่ต้องเผ้ารังติดตามอาการ หรือเผ้ารังติดตาม การดูแลที่บ้านของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่บ้าน ป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเข้าในโรงพยาบาลซ้ำ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อต้อง กลับไปพักที่บ้านยังขาดผู้รับผิดชอบในการประสานงานการดูแลต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอก เช่น ปัญหาการประสานงานภายในจะพบว่าผู้ป่วยบางรายยังต้องติดตามอาการและส่งต่อใน บางกิจกรรมปัญหาที่ยังต้องดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับเข้ามาตรวจรักษาติดตามอาการ

เมื่อครบกำหนดที่แพทย์นัด ตามแผนกผู้ป่วยนอกต่าง ๆ ก็ไม่มีการส่งต่อปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องการความช่วยเหลือ ตามแผนกผู้ป่วยนอกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมาตรวจรับบริการก็ไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงที่ยังต้องติดตามความช่วยเหลือ หรือต้องจัดบริการให้อีกทั้งในหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลก็จะจัดให้บริการเฉพาะบริการที่ผู้รับบริการต้องการที่บ้าน โดยมีการคิดค่าใช้จ่ายในการบริการแต่ละครั้งด้วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกไปอยู่บ้านก็ยังไม่มีความงานใดที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการไปประเมินติดตามการดูแลที่บ้านของครอบครัวเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าจะให้หน่วยเยี่ยมบ้านไปบริการติดตามอาการผู้ป่วยที่มีปัญหาที่บ้านโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจะต้องใช้เป็นระบบฝาก และเป็นพื้นที่ใกล้ ๆ ที่หน่วยเยี่ยมบ้านจะออกไปให้บริการอยู่แล้ว จึงจะช่วยแะไปดูแลให้ นอกจากนี้ระบบประสานงานภายนอกโรงพยาบาล เช่น การประสานงานส่งต่อสถานีนามัยใกล้บ้าน ในรายที่ยังต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากยังมีปัญหาสุขภาพที่ยังต้องดูแลแต่ขาดการส่งต่อการดูแล หรือไม่มีคนดูแลรับกลับบ้านไปดูแลมีปัญหาคาดการเดินทางมาโรงพยาบาลก็ไม่มีคนรับผิดชอบขาดรายงานการส่งต่อปัญหาจากแผนกผู้ป่วยในถึงหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบประสานงานภายนอก จึงส่งผลทำให้ขาดการส่งต่อปัญหาการดูแลภายนอกโรงพยาบาล ผลที่ตามมาบางรายต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น หรือเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วก็จะเกิดปัญหาการดูแลที่บ้านต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

“ส่วนมากจะแค่ที่มีปัญหา ถ้า case ที่ดูแลแล้วญาติดูแลอยู่แล้วหรือกลับมาแล้ว ไม่มีอะไร ก็คือ CVA ธรรมดาที่รักษาธรรมดาไม่ได้ส่งต่อ”

(H 07 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

“(การเยี่ยมบ้าน) จะ Co เป็น case (ที่มีปัญหา)... โรงพยาบาลมีทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแพทย์ กายภาพ มีโภชนาบำบัดมาคุยกัน โดยมี (หัวหน้า PCU) เป็นเจ้าของ case ขึ้น ไปดูที่ ward กับหมอแล้วก็ตาม (หัวหน้าหน่วยเยี่ยมบ้าน) ขึ้นไป... เราไม่มี(หน่วยเยี่ยมบ้าน) เราก็ใช้วิธีประสานงานแบบผ่านข้างล่างกับหัวหน้า... ถ้าจะรบกวนให้ไปเยี่ยมคนไข้ ... แต่ต้องดูเขาว่า เขาไปเยี่ยมคนไข้ใกล้ ๆ กันอยู่แถวนั้นหรือเปล่าเพื่อไม่ให้เสียเงิน คือหมายถึง เขาจะไปเยี่ยมเสียเงินอยู่แล้วก็ตามให้เราหน่อย”

(H 07 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

ตารางที่ 4.2

ประเด็นความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แยกมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว และมุมมองบุคลากรสุขภาพ

ความต้องการ			
ผู้ป่วยและครอบครัว		บุคลากรสุขภาพ	
ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง	ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแล		1. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแล	1. รู้ทุกเรื่อง 2. รู้ตั้งแต่แรกเริ่มป่วย 3. ใช้กลวิธีที่เข้าถึง เข้าใจง่าย
2. เรียนรู้การปฏิบัติการดูแล	1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน 2. การให้อาหารทางสายยาง - การทำอาหารปั่นทางสายยาง - วิธีการให้อาหารทางสายยาง 3. การดูดเสมหะ 4. การทำกายภาพบำบัด 5. การสังเกตอาการผิดปกติ		
3. เตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน		3. เตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน	1. เตรียมผู้ป่วย 2. เตรียมครอบครัว - มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม - เรียนรู้จากสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทาง - ยึดหยุ่นเวลาการสอน - เน้นปฏิบัติได้ 3. เตรียมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่จำเป็น
4. การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลที่บ้าน	1. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกัน 2. ที่ปรึกษาปัญหาการดูแล 3. บริการเยี่ยมบ้าน		

4.1.3 ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบประเด็นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เรียนรู้การปฏิบัติการดูแล เตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลที่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1.3.1 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแล

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านทุกรายที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มักต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแล สาเหตุของอาการผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ รวมถึงข้อมูลเหตุผลของการดูแลรักษา ยาที่ได้รับ และแนวทางการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ โดยครอบครัวต้องการข้อมูลการเจ็บป่วย อาการผิดปกติ การรักษาจากแพทย์โดยตรง

“อยากรู้ว่าอาการเป็นอย่างไรบ้าง ดีขึ้น เลวลง ผอมม้วย อะไรอย่างนี้ (คนพาไปโรงพยาบาล) มันก็ไม่พูดอะไร มันก็อึด (พ่อ) มาตั้งไว้เหมือนเดิมแล้วก็ไป”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

“ต้องช่วยแนะนำ...อย่างเช่นทำไมไข้ขึ้นบ่อย ๆ เพราะอะไร คิดเชื่อ คิดเชื่อ เพราะอะไร ก็เราดูแลอย่างดีแล้วทำไมยังคิดเชื่ออีก”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

บุคลากรสุขภาพมองประเด็นความต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องรู้ทุกเรื่องและรู้ตั้งแต่แรกเริ่มป่วย

1. รู้ทุกเรื่อง

บุคลากรสุขภาพมีความเห็นว่า ควรจะให้ข้อมูล ความรู้ ฝึกทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้กับครอบครัวในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่บ้าน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ

“ครอบครัวก็ต้องรู้ทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่บ้าน...จะดูแลยังไง ให้อาหาร การพลิกตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน”

(H 04 : สัมภาษณ์วันที่ 4 กรกฎาคม 2550)

2. รู้ตั้งแต่แรกเริ่มป่วย

ข้อมูลความรู้ที่บุคลากรสุขภาพควรจะตระหนักและให้ความสำคัญ และจำเป็นจะต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้ตั้งแต่แรกเริ่มป่วยคือ โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (recurrent stroke) และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทุกเรื่องเพราะสิ่งเหล่านี้มันไม่ได้เกิดเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านแต่จะเกิดตั้งแต่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะถ้าผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติไปจากเดิม แยกไปจากเดิมมักจะเกิดความรุนแรง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียด ไม่มั่นใจในการรักษา อาจมองว่าเป็นความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล และยากที่จะอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจได้

“... คนไข้เป็นปู่ก็ต้องบอกญาติไว้ก่อนเลยว่าแต่แรก ๆ มีโอกาสเป็นซ้ำได้นะ นับอยู่ในโรงพยาบาลด้วย ถ้าเกิดรักษาไปพอเกิดทรุดลงปู่ เขาก็หาว่ามีปัญหาอะไรหรือเปล่า เรายังรักษาพลาดตรงไหนหรือเปล่า ก็ต้องอธิบายด้วยเหมือนกัน เรื่อง dynamic ของโรค stroke ซึ่งเจอได้บ่อยว่ามันเป็น progressive stroke ในวันแรกที่ admit รุ่งขึ้นแยเลย เราจะเจออยู่ไม่ค่อยจะบ่อยมาก ที่เราเจออยู่เรื่อย ๆ ซึ่งบางทีเราหยุดมันไม่อยู่นะ แม้กระทั่งจะให้ยาอะไร แล้วก็ early detect ด้วย”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

3. ใช้กลวิธีที่เข้าถึง เข้าใจง่าย

แต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของระดับความรู้รวมถึงความรู้เดิม ประสบการณ์ในเรื่องของการเจ็บป่วยและเรื่องโรคต่าง ๆ ส่งผลทำให้ครอบครัวเกิดความตระหนัก และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคที่ต้องเผชิญอยู่แตกต่างกันด้วย จากการศึกษาพบว่าเมื่อบุคลากรสุขภาพให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเรื่องโรคแก่ครอบครัวแล้ว บางรายเมื่อฟังเสร็จก็ยังไม่รับรู้หรือไม่เข้าใจ บางรายรับรู้ว่าเป็นโรคแต่เพราะสภาพของโรคไม่แสดงอาการ อีกทั้งมีความคิดว่าพอเริ่มมีอาการแล้วมารักษายังทัน ซึ่งถ้าเป็นการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่สมองแล้วจะไม่สามารถรักษาให้หายกลับมาปกติเหมือนเดิมทั้งหมด ดังนั้นการให้ข้อมูลความรู้เรื่องการเจ็บป่วย เรื่องโรค และการดูแลที่บ้าน จึงต้องมีกลวิธีในการถ่ายทอดความรู้ให้ครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจชัดเจนมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ สามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ กลวิธีหนึ่งในการให้ความรู้คือการพูดอธิบายเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วยให้ครอบครัวเห็นภาพ โดยการเปรียบเทียบร่างกายกับเครื่องยนต์ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีรายละเอียดค่อนข้างมาก แม้ผู้ป่วยและครอบครัวจะเข้าใจ แต่ก็ยากแก่การจดจำได้ การมีเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วยและคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและจัดการกับอาการที่ผิดปกติก็เป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่จะควรจัดบริการให้ครอบครัวตลอด โดยเน้นจุดที่วางใจให้กระจาย หยิบได้สะดวกมีหลากหลายเรื่องที่นำรู้ และมีอย่างเพียงพอ เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ของครอบครัวที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวได้เรียนรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคได้มากขึ้น

“...อธิบายให้เขาเห็นสภาพไปเลย เพราะบางคนรู้เรื่องวัตถุเป็นอย่างดี เช่น รถยนต์ คุณมีรถ ถามเขาตรง ๆ เขามีแล้วเขาทำอะไรกับรถมัน เช็ครถทุกเดือน ทุกหมื่นกิโลหรือเปล่า ตัวคุณมาเช็คบ้างหรือเปล่า ทำไมคุณไม่เช็ค ให้เขารู้ว่าทำไมถึงเอารถไปเช็คให้เขาจินตนาการกับตัวเอง แล้วทำไมตัวเองไม่เช็ค ซึ่งคุณใช้รถอยู่ทุกวัน คุณเอาไปใช้ คุณกลัวรถตาย ตายกลางทาง ทำไมคุณยังกลัว แล้วถ้าคุณทำไมไม่กลัวจะมีเส้นเลือดอุดตันเมื่อไร เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตเมื่อไร

เป็นปีทำงานไม่ได้คุณไม่กลัวหรือ แล้วมาบอกว่ารถมันซ่อมได้ ยิ่งใจซ่อมให้หายเกือบ 100% ได้แต่ร่างกายคุณนะมีขึ้นเดียวนะ มันไม่มีอะไหล่เปลี่ยน บางที่ต้องอธิบายในแง่ความเสื่อม แล้วชี้ให้เห็นว่าไม่มีอะไหล่เปลี่ยนให้เขาฟังด้วย ให้เขาเข้าใจว่า เมื่อมันเกิดความเสื่อมแล้ว ไม่สามารถกลับมาได้รถยนต์คุณยังรู้เลยว่า คุณยังซ่อมได้แต่มันเก่าอยู่ดีถึงจุดหนึ่ง คุณก็ต้องทิ้งเปลี่ยนคันใหม่ เพราะซ่อมไม่ไหว ไซ้ใหม่ แต่ร่างกายคนเราไม่มีทางซ่อมแล้ว เป็นแล้วเป็นเลย ส่วนมากเป็นแล้วก็จะเสียหายไปเลย โอกาสที่จะซ่อมกลับมา มันยากแล้วเราก็แก่ลงทุกปีทุกปี”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

“การทำแผ่นพับเรื่องโรคต่าง ๆ มันก็มี แต่มันกระจาย ซึ่งมันควรจะต้องมีจุดวาง ให้แผ่นพับความรู้นี้ให้คนไข้หยิบไปได้เรื่อย ๆ แล้วเราก็พิมพ์มาใหม่เรื่อย ๆ น่าจะช่วยในระดับหนึ่ง เพราะว่าสมมุติว่าคนไข้เป็น stroke บางทีนะ แผ่นพับอย่างนี้เวลาจะหยิบให้คนไข้ ให้ญาติไปอ่านดูหรือความดันสูง ก็ให้เขาไปอ่านดูว่าความดันสูงทำให้เกิดอะไรได้บ้าง ทำให้เกิดเป็นอัมพาตก็ได้ ส่วนหนึ่ง บางทีเขาถามเราอาจจะไม่ค่อยเข้าใจ แผ่นพับพวกนี้ก็จะช่วยถ้าคนไข้อ่านพวกนี้แล้ว ถ้าเขาอ่านไปเรื่อย ๆ เขาก็อาจจะเข้าใจว่า โรคพวกนี้ทำให้เกิดโรคนี้นะ ข้อมูลตรงนี้ ถ้าไม่มีญาติหรือไม่มีอะไรที่เขาต้องขวนขวายหามา เขาอาจจะเอาไปอ่านแล้วก็ลืม มันไกลตัว ถ้าเกิดใกล้ตัวเมื่อไร เช่นเมื่อมีญาติเป็นเมื่อไร เขาหายทุกข์แล้ววันหลังเขาอาจจะมีสมาธิในการเก็บข้อมูลเอง มันต้องเป็นความรู้ที่ต้องให้ตลอด”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

“ถ้าเราแนะนำไปญาติเขาอาจจะจำได้ไม่หมด เราก็อาจจะมีคู่มือหรือว่าหนังสือการปฏิบัติตน เอาไปดูแลคนไข้ อาจจะเป็นความรู้ของโรคที่คนไข้เป็นอยู่หรืออาการของโรคนั้นจะมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง แล้วก็จะมีการที่ควรจะมาโรงพยาบาล ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

4.1.3.2 เรียนรู้การปฏิบัติการดูแล

ครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องการการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อจะได้ปฏิบัติการดูแลที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่บ้าน ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ การเรียนรู้การปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ครอบครัวต้องการเรียนรู้ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำกายภาพบำบัด การสังเกตอาการผิดปกติ

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแต่ละรายมีสภาพความพิการของร่างกายและความต้องการแตกต่างกันออกไป จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีสภาพความพิการเพียงเล็กน้อยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ด้านกิจวัตรประจำวันยังสามารถจัดการดูแลตนเองได้จะไม่มีปัญหาในการดูแลของครอบครัวมากเท่าไร แต่ถ้าผู้ป่วยมีสภาพร่างกายพิการมากมีปัญหาคือเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการจัดการการดูแลช่วยเหลือบางส่วนหรือช่วยเหลือทั้งหมด ย่อมก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวในการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันให้ ซึ่งครอบครัวต้องทำหน้าที่พาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ ดูแลจัดหาอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวก หรือปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย อีกทั้งถ้าครอบครัวไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ครอบครัวไม่รู้วิธีการดูแลที่ถูกต้อง อาจจะปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพราะได้แค่การสังเกตจากพยาบาลปฏิบัติให้ผู้ป่วยในขณะที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและลองกลับไปปฏิบัติเองที่บ้านจึงเกิดปัญหาในระหว่างการดูแลที่บ้าน ซึ่งครอบครัวมีความสนใจอยากเรียนรู้และมีส่วนร่วมในขณะที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเพื่อจะได้เรียนรู้ เข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องต่อเนืองที่บ้าน เช่น การดูแลเรื่องการทำความสะอาดปากฟันบางรายลิ้นเป็นฝ้าขาว ดูแลไม่ถูกไม่รู้วิธีการจัดการอย่างไร การปิดถุงรองปัสสาวะในรายที่ผู้ป่วยเพศชายซึ่งครอบครัวไม่เคยเรียนรู้และไม่เคยปฏิบัติเองมาก่อน ได้แต่สังเกตเห็นที่โรงพยาบาลตอนแกะพยาบาลแกะถุงออก เมื่อลองปฏิบัติเองที่บ้านก็เกิดปัญหาปัสสาวะไหลย้อนเข้าหาตัวผู้ป่วยหกรดที่นอน ทำให้ต้องกลับมาใช้ผ้าอ้อม ลิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น บางรายเห็นการเคาะปอดจัดทำนอน การใช้หมอนสอดระหว่างแขน ขา มาจากโรงพยาบาล ก็อยากปฏิบัติตามแต่ไม่ทราบว่าปฏิบัติอย่างนั้นเพื่อประโยชน์อะไร ปฏิบัติได้ถูกต้องไหม

“คูพวกที่พยาบาล...ทำได้ ทำตามเขาทุกอย่างเลย ทำเองได้หมดเลย แม้กระทั่งผ้ายกตัวยังเลียนแบบหมดเลย คือไปซื้อผ้ามา แล้วก็มาทำแบบว่าเลียนแบบเขา คือคนหนึ่งอยู่ฝั่งนั้น เราอยู่ฝั่งนี้ แล้วก็ช่วยกันยกขึ้นหมอน ช่วยกันทำเหมือนทุกอย่างเลย แม้กระทั่งเปลี่ยน panpers ต้องตะแคงรอดไปข้างหนึ่งอะไรอย่างนี้ ทำเหมือนหมดเลย เช็ดตัว เช็ดอะไร”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

2. การให้อาหารทางสายยาง

ครอบครัวที่มีผู้ป่วยที่ต้องใส่สายยางให้อาหารกลับบ้านจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการให้อาหารปั่นทางสายยางและวิธีการให้อาหารทางสายยางดังรายละเอียดนี้

2.1 การทำอาหารปั่นทางสายยาง

ครอบครัวต้องการเรียนทำอาหารปั่นทางสายยางกับนักโภชนบำบัด นอกจากนี้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ของใช้ สูตรอาหารปั่นทางสายยางแล้ว ต้องการเรียนรู้ขั้นตอนพร้อมปฏิบัติได้ ทั้งนี้เพราะครอบครัวเมื่อกลับไปบ้านประกอบอาหารปั่นเอง มักจะพบปัญหาอาหารข้นหรืออาหารเหลวไป ต้องลองถูกลงผัดเองหลายครั้งจนเกิดการเรียนรู้และปฏิบัติได้ไม่เกิดปัญหา

“(ทางโรงพยาบาล) ก็ให้ไปเรียน ให้ไปดูอย่างนี้ ก็ไปนั่งดูกับเขาอีกครั้งวันอย่างนี้...ก็มีเครื่องบด มีน้ำ มีเครื่องกรองที่กรองไว้ น้ำตาลเจ็ดช้อนครึ่ง ไข่ไก่ใบหนึ่ง ผักอย่างละนิด คือเขาบอกสูตร บอกว่าทำอย่างนี้ อย่างนี้...(ไม่ได้ลงมือทำ) เขาบอกเลย ๆ (กลับมาทำที่บ้าน) มีผัดบ้างถูกบ้าง คือตอนแรกมันข้นไป ตอนหลังมันก็เหลวไป กว่าจำได้น้ำมากน้ำน้อย พอตอนหลังก็ทำน้ำน้อยไว้ก่อนแล้วค่อยมาเติมน้ำที่หลัง”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

“(อาหารสายยาง) ลงไปเรียนครั้งวัน(กลับมาบ้าน) ทำเลย (ไม่ได้ต้องทำก่อน)...เพราะลงมาช่วงนั้นเป็นช่วงทำพอดีเลย เป็นช่วงจะเก็บช่วงจะล้างของพอดี แล้วเราไปยืนรอตั้งนาน จนเขาต้องยกของออกมาใส่ที่นี่เท่านั้นละ ใส่ปั่น ๆ แล้วเขาก็จะจดให้แล้วเราก็ลงมือทำเองกลับมาทำที่บ้านเลย”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

2.2 วิธีการให้อาหารทางสายยาง

ครอบครัวต้องการเรียนรู้วิธีการให้อาหารสายยางก่อนรับผู้ป่วยกลับบ้านไปดูแลต่อเอง ทั้งนี้เพราะไม่เคยมีประสบการณ์การให้อาหารสายยางมาก่อน ซึ่งต้องการได้รับการเรียนรู้พร้อมกับมีการฝึกทักษะปฏิบัติบ่อย ๆ

“เขาบอกให้ลองจับซิ จับได้ไหม เวลาจับให้จับอย่างนี้ แล้วเอานิ้วอีกอัน คอยจับสายยางปิดไว้ก่อน แล้วเวลาหยอดอาหารก็ปล่อยให้ไหลออกไป ก้นสำลัก (ที่โรงพยาบาลชั้นที่อยู่สอน) สอนครั้งเดียว ก็กลับบ้านแล้วก็ให้กลับบ้านเลย”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

“ก็ต้องแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแก้ว การให้อาหารอย่างไร การใช้สายพวกนี้ใช้อย่างไร อะไรอย่างนี้...ก็อยากเรียนรู้ เพราะเราก็ไม่รู้เรื่องอะไรกันทั้งนั้น”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

“มีการสอนก่อนที่จะกลับ หมอเขาแจ้งทางนี้ ทางนี้ก็จะให้นางพยาบาลสอนว่า จะให้ feed อาหารอย่างไร”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

3. การดูแลตนเอง

ครอบครัวต้องการเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ดูแลตนเอง ตำแหน่งที่ใส่สายดูแลตนเองก่อน-หลัง ความลึกของสายที่หยั่งลงในหลอดคอ หรือทางปาก ทางจมูก เป็นต้น โดยมีการสอนพร้อมกับจับมือปฏิบัติจริง เพื่อลดความกลัว ไม่กล้าจนเกิดความคุ้นเคยกับอาการแสดงสีหน้าท่าทางที่เกิดขึ้น ขณะดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและเกิดความมั่นใจปฏิบัติได้

“เอามาฝึก ฝึกบ่อย ๆ นะ เพราะว่าเขาไม่มีความรู้ทางด้านนี้ เพราะทางเราไม่ได้เรียนทางด้านนี้มาก็ไม่รู้ แหย่ลึกแค่ไหน ตื้นแค่ไหนอะไรอย่างนี้”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

“(การดูแลตนเอง) ดูแลก่อนนานเท่าไร แล้วเวลา (ใส่สาย) ลึกแค่ไหนใส่เข้าไปแค่ไหน...แล้วเวลาคุณนั้นะบางทีก็เห็นเขาดูดปาก แล้วก็ดูดจมูก แล้วก็เขาก็ดูดปาก หรือ ไปดูดที่ไหนก่อน ... แล้วที่ปากต้องจำเป็นต้องไปตรงที่คอมบี้ หรือ แคล่ตรงนี้”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

4. การทำกายภาพบำบัด

สภาพความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือและจัดกิจกรรม การฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากข้อยึดติดแข็งเกร็ง ไม่เกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งครอบครัวต้องการได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากนักกายภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด อีกทั้งต้องได้รับการเรียนรู้โปรแกรมทำกายภาพบำบัดพร้อมฝึกทำกับนักกายภาพบำบัดจนเกิดทักษะความชำนาญในการไปฝึกต่อเนื่องที่บ้านได้เอง

“พี่อยากจะมาเรียนรู้ เรียนรู้ว่าเขาทำอะไรบ้าง ปฏิบัติอย่างไรเขามีการทำกายภาพบำบัดอย่างไรมีกายภาพบำบัดนะ มีทำอะไรบ้าง ทำอย่างไรบ้าง ถ้าเราอยู่บ้าน เราสามารถทำได้ เราก็ทำไปก็พยายามมาดูแลทุกวัน”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

5. การสังเกตอาการผิดปกติ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านบางรายเมื่อกลับไปบ้านแล้วมักจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยเองที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ อีกทั้งความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลของครอบครัวที่บ้านย่อมมีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนที่บ้านได้ง่าย ซึ่ง

ครอบครัวต้องการข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเฝ้าสังเกต การดูแลที่ถูกต้อง จากแพทย์ และพยาบาลเพื่อจะได้จัดการการดูแลที่บ้านได้เอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและ ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

“ต้องช่วยแนะนำ...อย่างเช่นทำไม ไข้ขึ้นบ่อย ๆ เพราะอะไร คิดเชื้อ คิดเชื้อ เพราะอะไรที่เราดูแลอย่างดีแล้วทำไมยังคิดเชื้ออีก”

(F 08 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

“ทางโรงพยาบาล (พยาบาล) เขาจะพูดให้เราฟังคือเราก็จะเริ่มรู้ ไม่มีแผลเลย ค่ะ แก่ไม่มีแผลเลย ตั้งแต่เลี้ยงดูแลแกมา ไม่มีแผลเลย”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

4.1.3.3 เตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไปพักฟื้นที่บ้าน บางรายมีสภาพร่างกายที่พิการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดตัวกลับไปบ้าน จำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน จึงต้องได้รับการเตรียมผู้ป่วย เตรียมครอบครัว เตรียมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่จำเป็นดังนี้

1. เตรียมผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีสภาพความพิการที่หลงเหลืออยู่ บางรายมีสภาพความพิการน้อยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ต้องมีอุปกรณ์ที่ต้องติดตัวกลับบ้าน บางรายมีสภาพความพิการมากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อีกทั้งยังจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ที่ต้องติดตัวกลับไปดูแลที่บ้าน บางรายเจ็บป่วยครั้งแรก มีอายุน้อย มีบทบาทสำคัญในครอบครัว อาจทำให้เกิดสภาพปัญหาทางด้านจิตใจ เกิดการปฏิเสธการรักษา ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยไม่ได้ เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้าตามมา บางรายมีสภาพของโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน จากสภาพปัญหาดังกล่าวมักก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลที่บ้าน ดังนั้น บุคลากรสุขภาพจึงได้ตระหนักถึงปัญหาของการดูแลที่บ้านในระยะยาว จำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในทุกด้าน โดยมีการประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน มีการจัดการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่เป็น เช่น การประเมินความจำเป็นที่ต้องใส่สายยางให้อาหาร การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อหลอดลม การฟื้นฟูสภาพร่างกายที่อ่อนแรง โดยการฝึกทำกายภาพบำบัด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับของไขมันในเลือดสูง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม อีกทั้งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และ

การดูแลต่อเนื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ

“... ถ้าคนไข้ไม่มีปัญหาอะไรมาเลย คนไข้กินเองได้ เดินได้เองอ่อนแรง นิดหน่อย เดินเองได้โดยไม่ต้องพึ่งอะไร กินไม่ลำบากอะไรเลย เรา (เตรียมผู้ป่วย) แค่ control ในปัจจัยที่เราคิดว่าเขา stable แล้ว เช่นความดันสูง อะไรสูง เบาหวานสูง control ปัจจัยเสี่ยงพวกนี้ จนดีขึ้นแล้ว คนไข้เตรียมกลับบ้าน ได้เลย คนไข้พวกนี้กลับบ้านได้เร็ว ถ้าคนไข้ที่อาการน้อยมาก หมายถึงว่า ไม่ต้องใส่ NG tube ช่วยเหลือตนเองได้ดีเลย ดักข้าวกินเองได้ เดินได้เองด้วย เดินต้องพุง ไม่ต้องมีอะไรเลย foley's cath ไม่มี suction ไม่มี เจาะคอไม่มี พวกนี้เราก็มักไม่ค่อยเตรียมอะไรมา”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

2. เตรียมครอบครัว

ครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่บ้านให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมให้ครอบครัวมีทักษะความสามารถในการปฏิบัติได้อย่างเพียงพอ โดยเน้นวิธีให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เรียนรู้จากสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทาง ยืดหยุ่นเวลาการสอน เน้นปฏิบัติได้

2.1 มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม

บุคลากรสุขภาพควรรีความสำคัญต่อครอบครัวโดยเน้นให้ครอบครัวที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยในขณะที่ยังนอนพักอยู่ในโรงพยาบาลก่อนวางแผนจำหน่ายกลับบ้านอีกทั้งบุคลากรสุขภาพต้องมีการประเมินครอบครัวในช่วงที่ให้คำแนะนำ ความรู้ สอนและฝึกทักษะในทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ เพิ่มทักษะ ความชำนาญ จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

“หนูว่า ญาติต้องมีส่วนร่วมในการดูแลทุกเรื่องเลยก็เวลาที่เรทำการพยาบาล คนไข้ เราก็ควรจะให้ญาติมาร่วมทำกับเราด้วย การช่วยคนไข้ออกกำลังกาย เช็ดตัว พลิกตัวคนไข้ที่มีบาดแผลก็สอนญาติทำแผล ทำแผลที่ถูกเทคนิค เราก็พยายามให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม... อย่างเช่น ทำแผลเขาก็จะไปพร้อมกับเรา เราก็ประเมินเขาตอนนั้นเลยว่า เขาทำได้ไหม เขาทำผิดหรือทำถูก เราก็จะ‘ได้รู้’ไปเลย”

(H 04 : สัมภาษณ์วันที่ 4 กรกฎาคม 2550)

ครอบครัวควรจะมีความพร้อมดูแลที่บ้าน โดยบุคลากรสุขภาพต้องนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยเตรียมการดูแลที่บ้านให้พร้อมจนสามารถปฏิบัติได้ เพื่อจะได้รับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล และครอบครัวสามารถจัดการปัญหาการดูแลที่บ้านได้

“ญาติต้องมีส่วนร่วมอย่างมากเลย ถ้าคิดว่าญาติไม่สนใจหรือไม่เข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทตรงนี้นะคะ เขาก็ไม่อยากจะกลับบ้านไม่อยากจะเอาคนไข้กลับบ้าน ไม่อยากจะดูแลอย่างนี้ละคะ ถ้าเราให้ความรู้ได้ดี ญาติสามารถที่จะทำได้ เขาก็จะอยู่คนไข้ด้วย เป็นการลดค่าใช้จ่ายก็อาจจะแบ่งเบาภาระตรงนี้ได้”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

2.2 เรียนรู้จากสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทาง

ครอบครัวควรได้รับความรู้ การสอน และการฝึกทักษะ ความชำนาญจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (สหสาขาวิชาชีพ) ที่เกี่ยวข้องตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อจะได้รับข้อมูลความรู้ที่ละเอียดครอบคลุมเหมาะสมถูกต้องและปฏิบัติได้จริง

“... ติดต่อนักกายภาพบำบัดให้มาดูแลช่วยเหลือสอนญาติในการทำกายภาพบำบัด สำหรับ case ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยนะค่ะ แล้วก็มีการให้นักโภชนาการให้ไปเรียนเรื่องทำอาหาร tube feed อย่างนี้ละค่ะ แล้วก็แนะนำในส่วนบทบาทของพยาบาลเองก็ดูแลในเรื่องของการ turn position การเช็ดตัว หรือการสังเกตภาวะแทรกซ้อน เรื่องไข้ ไอ หอบ เหนื่อย จากภาวะ pneumonia หรืออะไรอย่างนี้นะค่ะ”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

2.3 ยืดหยุ่นเวลาการสอน

การสอนให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน ซึ่งมีหลากหลายกิจกรรมการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายที่ต้องการเรียนรู้ และฝึกทักษะเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับครอบครัวให้สามารถปฏิบัติได้และนำกลับไปใช้เป็นพื้นฐานในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรมีการนัดครอบครัวให้มาเรียนในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับการทำกิจกรรมของบุคลากรสุขภาพที่เขาให้บริการได้สะดวก นัดให้เหมาะสมถ้ามีปัญหาหรืออุปสรรคในการเรียนรู้จากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องปรับช่วงเวลานัดให้สอดคล้องกันทั้ง 2 ฝ่าย (ผู้เรียน-ผู้สอน) หรือใช้หลักยืดหยุ่นเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีโอกาสมาเรียนรู้ครบทุกกิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้

“ช่วงเวลาที่เหมาะ มันก็มีหลายอย่าง อย่างเช่น การ feed อาหารคนไข้ มันก็จะเป็นเวลาเช้า กลางวัน เย็น ไข้ไหม มีก่อนนอน เขาก็จะว่างหรือว่าบางคนเลิกงานมา แต่ส่วนมากก็จะให้ช่วงเย็น ส่วนเรื่องการทำแผลที่จริงก็ทำช่วงเย็นได้

นะ วันละครั้งหรือว่า เช้า เย็น แล้วแต่กรณีของคนของบาดแผล หนูว่าช่วงเย็น เป็นช่วงที่น่าจะเหมาะ ในการที่จะให้ญาติเขามาเรียนรู้ แต่มันก็จะมีปัญหา ก็คือ บุคลากรที่จะมาให้ความรู้ เช่น นักโภชนา นักกายภาพ เขาเลิกงานกันแล้ว ถ้า เป็นอย่างนั้นก็ในคนที่เขาทำงาน เสาร์ อาทิตย์หยุด ก็น่าจะให้เขามาช่วงเวลานี้ ก็น่าจะดี ก็คือพยายามให้มาตามเวลามื้ออาหาร หนูว่าก็นัดให้สอดคล้องกัน คือ ทางเราก็สะดวก ทางญาติก็สะดวกถ้ามันสามารถไปด้วยกันได้นะ มันก็ยืดหยุ่น ได้ในบางเรื่องนะ หนูว่า อย่างเรื่องของอาหารมันยืดหยุ่นได้ วันหนึ่งมัน ได้ทั้ง 3-4 มื้อใช้ไหม ก็น่าจะยืดเวลาให้เขาได้ แล้วก็เรื่องทำแผลก็ ทุ่ม 2 ทุ่ม ก็น่าจะทำได้นะ”

(H 04 : สัมภาษณ์วันที่ 4 กรกฎาคม 2550)

2.4 เน้นปฏิบัติได้

บุคลากรสุขภาพที่มีหน้าที่สอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลที่บ้านให้แก่ ครอบครัว จำเป็นต้องเน้นให้ครอบครัวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยบุคลากรต้องมีการประเมินผล หลังการสอนทุกครั้ง เพื่อครอบครัวจะได้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

“ในการให้ความรู้ เมื่อให้เสร็จ ต้องให้เขาปฏิบัติ ต้องประเมินผลและก่อนที่ เขาจะกลับ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่เราควรจะมองตรงนี้อีก”

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“ก็มีการประเมินทุกครั้งที่มีการสอนญาติเขาจะว่าเขาทำตามคำแนะนำเราได้ ไหม อย่างเช่นทำแผล เราก็ทำให้ เขาทำให้ดูเลย เราอาจจะสอนเขา ครั้ง สองครั้ง ครั้งต่อไปเราก็คอยยืนอยู่ข้าง ๆ เขาคอยดูเขา ถ้าเขาทำได้ก็ประเมิน ผ่าน”

(H 04 : สัมภาษณ์วันที่ 4 กรกฎาคม 2550)

“... ญาติเขาต้องลงมือ ถึงแม้จะขยับแขนแค่นี้ละ ญาติต้องลงมือทำก่อนทำดู ได้ เขาจะรู้ว่ามันคิดหรือไม่คิดอย่าง ๆ นีมอย่างไร ถ้ามันคิดเขาจะรับรู้ ว่า มันคิดต้องทำอะไรบ้าง ถ้าบอกญาติให้มอง ๆ ดูแล้วให้กลับไปแต่ไม่เคยทำ นะดูมันเหมือนง่าย แต่ถ้าให้เขาโยกซะ 2 – 3 ที เขาก็จะรู้แล้วทำแค่ไหนทำ อย่างไร ทำรุนแรงขนาดไหน จริง ๆ ญาติต้องลงมือคือสำคัญ...เราต้องให้ญาติ เขาทำเป็น แล้วเขามั่นใจทำก่อน”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

3. เตรียมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่จำเป็น

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมอุปกรณ์ของใช้ ที่จำเป็น และจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ห้องนอน เตียงนอน อุปกรณ์ของใช้

สำหรับรายที่ต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับไปบ้าน เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาการเคลื่อนไหว ซึ่ลงบันไดลำบาก ครอบครัวจำเป็นต้องจัดห้องนอนให้ผู้ป่วยมาอยู่ชั้นล่างแทน เพื่อความสะดวกในการดูแลและเคลื่อนย้าย บางครอบครัวก็ซื้อรถเข็นมาใช้สำหรับเวลาเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และบางครอบครัวก็ต้องจัดเตรียมอุปกรณ์เฉพาะ เช่น เครื่องดูดเสมหะ แتงค์ออกซิเจน เป็นต้น

“บ้านอยู่ในซอย ... มีคนบริจาครถเข็นให้ ช่วงหลังก็สะดวกหน่อยเวลาพาพ่อไปไหน”

(F 01 : สัมภาษณ์วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2550)

“เมื่อก่อนห้องนอน...เขา (พ่อ) อยู่ข้างบน ตอนหลังแกเดินไม่ค่อยไหว เลยจัดห้องใหม่ให้ชั้นล่างแทน...แล้วตอนหลังก็ซื้อที่นั้งถ่ายให้เขาในห้อง”

(F 02 : สัมภาษณ์วันที่ 8 พฤษภาคม 2550)

“ก่อนกลับ ... ทางโรงพยาบาลเขาก็บอกให้เราเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่บ้านแหละ ... เราก็ไปเดินดูที่ร้านขายยา ... ก็สั่งเขามาส่งทีเดียวยเลย ตอนที่จะรับแม่กลับบ้าน ... ก็มีเครื่องให้ออกซิเจน ที่ดูดเสมหะ แล้วก็เตียงลม ... ทางร้านเขาก็มาบริการให้ก่อนตอนแรก”

(F 09 : สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2550)

4.1.3.4 การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำเป็นต้องพึ่งพาแหล่งสนับสนุนในการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกัน ที่ปรึกษาปัญหาการดูแลบริการเยี่ยมบ้าน ดังรายละเอียดดังนี้

1. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกัน

ความช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลของครอบครัว ส่งผลทำให้ครอบครัวไม่ต้องเหน็ดเหนื่อยกับการดูแลผู้ป่วยมากนัก ซึ่งครอบครัวต้องการให้สมาชิกภายในครอบครัวให้กำลังใจผู้ป่วย คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงที่จะต่อสู้กับโรคที่เจ็บป่วย ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการถือฤลค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

“... เราก็แบ่งกันดูพ่อกับแม่ ... แก่แก่แล้วละ ... 2 คนนั้นเขาดูแลแม่ ... แม่ก็ต้องดูแลแกปวดหลัง ... ส่วนทางนี้เราก็ดูแลกัน ... ก็แบ่งกัน ... ก็มีบางครั้งซื้อแบร์น ซื้อผ้าอ้อมไปให้แม่บางครั้ง”

(F 03 : สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2550)

“มีครอบครัว ญาติของเขา แล้วก็ญาติของเรา ซึ่งเอื้อมมือเข้ามาช่วย ช่วยทั้งเงิน ช่วยทั้งการค่าเรา หมุน ไม่ทัน เขาก็เอื้อมมือ เข้ามาช่วยเราก็ไม่ทั้งญาติเขาแล้ว ญาติเรา แต่ญาติเขาจะได้น้อยกว่า ญาติเราได้เยอะกว่า)

(F 07 : สัมภาษณ์วันที่ 8 ธันวาคม 2550)

“กำลังใจของลูกหลานนี้สำคัญที่สุดเลยคือ แก๊งคดียีน เพราะว่าแก๊งคดียีนที่ อยากจะหายด้วย เขากะว่าลูกให้กำลังใจด้วย”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

2. ที่ปรึกษาปัญหาการดูแล

ครอบครัวเมื่อต้องดูแลที่บ้านอาจจะเกิดข้อสงสัยและเกิดปัญหาระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวต้องการคนที่ปรึกษาได้ สามารถให้คำปรึกษาได้ ตอบปัญหาต่อข้อสงสัยได้ ทุกเรื่อง ทุกเวลา สะดวก รวดเร็ว และเต็มใจ

“เราจะถามอะไร เขาก็จะให้คำปรึกษา ถามอะไรเขาก็จะตอบหมด ช่วย ... ช่วย เราบอกเรา อะไรควรทำไม่ควรทำ”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

“ถ้าเป็นไปได้ ...พยายามโทรไปให้คำปรึกษา เขาก็อบอุ่นมากขึ้น เขาก็สบายใจ อะไรที่เราไม่เข้าใจก็กล้าถามกล้าคุย ก็ดี”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

“(หมอ) แนะนำค่ะ เราก็ต้องถามคุณหมอ อะไรที่เราไม่เข้าใจก็ต้องถาม เราก็ต้องรู้ ต้องถามด้วย...(พยาบาล) ทุกคนเขาก็โอเค คือ ดี ไม่ว่าเราจะถามอะไร เขาก็จะให้คำปรึกษาอะไรอย่างนี้ ถามอะไร เขาก็จะตอบหมด ช่วย...เขาก็จะสอนเรา ช่วยเราบอกเราอะไรควรทำ ไม่ควรทำ...พวกที่ก็เต็มใจที่จะสอน...ถ้าญาติไม่รู้อะไรเลยเขาไม่บอกเรา เราก็ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ และดูแลไม่ถูกวิธีมันก็อันตราย ทุกวันนี้ทำได้เพราะพวกที่เขาแนะนำ ... ถ้าไม่เข้าใจ เราก็จะโทรถามคุณหมอได้ เคยโทรมาถามคุณหมอ คือโทรมาถามว่า คุณหมออะไรอย่างนี้ เราไม่เข้าใจ อย่างนี้ ก็ถามแก”

(F 04 : สัมภาษณ์วันที่ 6 ตุลาคม 2550)

3. บริการเยี่ยมบ้าน

บริการเยี่ยมบ้านหรือการดูแลที่บ้านเป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องการ ได้รับทั้งนี้เพราะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ครอบครัวต้องดูแลต่อเนื่องระยะยาว บางรายมีกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล จึงมักก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลที่บ้าน ดังนั้นถ้ามีบริการเยี่ยมบ้าน หรือการดูแลที่บ้านก็จะดี แต่อยากให้เป็นการบริการที่ทางโรงพยาบาลจัดหรือ

ให้ฟรี ถ้ามีค่าใช้จ่ายต้องราคาไม่แพงเพราะถ้าราคาแพงสู้ไม่ไหว เวลามาเยี่ยมอยากให้หิ้วกระเป๋าเข้ามาเจียบ ๆ ถ้ามารถโรงพยาบาลจะดูมโหฬาร รู้สึกอายนะ การเยี่ยมบ้านส่งผลทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยอบอุ่นใจ สามารถตรวจสอบคุณภาพการดูแลของครอบครัวที่บ้านได้ จึงเป็นการส่งเสริมการดูแลที่บ้าน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

“ทางโรงพยาบาลน่าจะจัดคนเข้าไปดูที่บ้านบ้าง เหมือนว่าให้คนไข้ญาติที่น้อง เขาอุ่นใจว่ามีพยาบาลยังมีการไปดูที่บ้านเขาอุ่นใจว่า เราผ่าตัดจากโรงพยาบาลนี้ มีพยาบาลไปดูเขาก็ดีขึ้นเยอะ ก็สร้างชื่อเสียงให้ดีขึ้นไปอีกก็น่าจะมีนะ

(F 07 : สัมภาษณ์วันที่ 8 ธันวาคม 2550)

“(คนไข้กลับบ้าน) มันยังมีปัญหา ถ้าไม่ไปเยี่ยมบ้านก็มีโทรศัพท์ไปถามว่าเป็นอย่างไรบ้าง คนไข้เป็นอย่างไรบ้างญาติเขาก็ต้องอุ่นใจอยู่แล้ว ทางโรงพยาบาลมีพยาบาลมากอยตามอยู่ตลอด”

(F 07 : สัมภาษณ์วันที่ 8 ธันวาคม 2550)

ตารางที่ 4.3

ความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ในมุมมองของบุคลากรสุขภาพ

ความคาดหวังการบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	
มุมมองบุคลากรสุขภาพ	
ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1. การบริการเฉพาะที่หลากหลาย	1.1 หน่วยบริการเปลี่ยนสายต่าง ๆ 1.2 หน่วยเยี่ยมบ้านป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 1.3 หน่วยให้คำปรึกษาที่เข้าถึง 1.4 การบริการแพทย์ทางไกล
2. มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะ	
3. เตรียมบุคลากร	
4. ทีมให้ความรู้	4.1 ทีมพยาบาล 4.2 ทีมฟื้นฟูสภาพ 4.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพ
5. มีระบบการประสานงานการบริการการดูแลต่อเนื่อง	

4.2 ความคาดหวังการบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อน

เป็นมุมมองของบุคลากรสุขภาพทั้งหมด คาดหวังว่าการบริการควรเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและสามารถแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีการจัดบริการสุขภาพ 5 ลักษณะ ได้แก่ บริการเฉพาะการบริการหลากหลาย มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะ เตรียมบุคลากร ทีมให้ ความรู้และมีระบบประสานงานการบริการการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

4.2.1 การบริการเฉพาะที่หลากหลาย

การจัดการบริการการดูแลรักษาพยาบาลควรมีหน่วยบริการที่เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองแยกจากกลุ่มโรคอื่น มีการจัดทีมการดูแลเยี่ยมบ้าน มี coordinator ติดตาม เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล

“ถ้าเกิดคนไข้ stroke พามา admit ก็จะทำให้นอนอยู่กลุ่มเดียว ใน ward lock เดียว แล้วพยาบาลคนเดียว เข้าไปดูแล แต่คนนี้จะไม่ดู โรคอื่น ก็จะดู stroke คล้าย ๆ กับ ward stroke ... เออ ! unit stroke โดยเฉพาะที่จะดูแล ... ให้คนไข้ อยู่หลาย ๆ วันให้อยู่ 3 วัน พอ 3 วัน ให้คนไข้กลับบ้าน แล้วเขาก็จะมี ทีมพยาบาล ... ตามไปให้การพยาบาลเยี่ยมบ้าน เขาบอกว่าคนไข้กลุ่มนี้อาการ ดีขึ้นเร็วกว่าคนไข้กลุ่มที่นอนในโรงพยาบาลตลอด 7-8 วัน ... เขามี coordinator ที่จะติดตาม”

(H 06 : สัมภาษณ์วันที่ 25 สิงหาคม 2550)

4.2.1.1 หน่วยบริการเปลี่ยนสายต่าง ๆ

ปัจจุบันการเปลี่ยนสายอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับ บริการเปลี่ยนสายต่าง ๆ ก็มาที่แผนกฉุกเฉิน ทำให้บางครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตต้องทำกิจกรรม การพยาบาลกู้ชีพ (CPR) อาจทำให้การบริการการเปลี่ยนสายต่าง ๆ ล่าช้า และอาจไม่ได้รับการ สอนหรืออธิบายสิ่งที่พบเห็น ดังนั้นถ้าต้องการให้เกิดการดูแลอุปกรณ์ติดตัวที่กลับไปบ้าน ของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพก็จำเป็นต้องมีหน่วยบริการเฉพาะเปลี่ยนสายต่าง ๆ แยกออกจาก แผนกฉุกเฉิน

“ถ้าโรงพยาบาลมี unit ที่ดูแลก็จะดี ที่สำหรับทำหน้าที่เปลี่ยนสาย NG tube, Foley โดยตรงนะ ก็จะดีทำได้เต็มที่เลย... บางโรงพยาบาลเขาก็มี unit ที่เขา รับ เปลี่ยน NG tube, Foley โดยตรงเลย ก็คือแผนกนี้ไม่ทำอะไร รับทำอย่างนี้

อย่างเดียว ถ้าอย่างนั้นเขาจะมีเวลาทำได้เต็มที่แล้วเขาจะมีเวลาอธิบายสอนได้เต็มที่ บางทีอย่าง ER รีบ ๆ ไม่ได้สอนใครเลย รีบทำรีบเสร็จ ... ถ้ามีปัญหา คือการเปลี่ยนสายมันต้องใช้เวลา RN เรามีจำกัด แล้วพอเขาต้องมาทำอย่างนี้ ... ถ้ามี CPR นู๊ป team จะขาดแล้วจะเกิด obstruct อย่างเช่น คนไข้โรคนิคยา รอทำอะไรอย่างอื่น รอทำ treatment ... คือ home health care เขาจะออกตามบ้าน ถ้ามาเปลี่ยนก็มาเปลี่ยนที่ ER ... OPD ทั้งหมดทุก OPD/ER รับทำงาน ผ่าทุกอย่าง”

(H 05 : สัมภาษณ์วันที่ 6 กรกฎาคม 2550)

4.2.1.2 หน่วยเยี่ยมบ้านป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถจัดการดูแลที่บ้านได้ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ อีกทั้งยังสามารถตระหนักระยะการนอนโรงพยาบาล และใช้การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของโรคโดยมีครอบครัวให้การดูแลที่บ้านซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ปัจจุบันการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลมีเป้าหมายในการบริการที่ให้บริการพยาบาลที่บ้าน ตามความต้องการของผู้รับบริการ มีการจัดบริการเปลี่ยนสายยางให้อาหาร การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การทำแผล โดยคิดค่าบริการตามระยะทางรวมทั้งหัตถการที่ให้บริการในแต่ละครั้งจึงทำให้ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่มีอุปกรณ์ติดตัวที่ต้องกลับไปดูแลที่บ้าน ในรายที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนและมีปัญหาต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อย ๆ ยังขาดการส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านส่งผลทำให้บุคลากรสุขภาพขาดการติดตามประเมินการดูแลหลังจากที่ครอบครัวได้รับการสอนจากบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล อาจทำให้เกิดปัญหา การดูแลที่บ้านเกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อย ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง

ดังนั้นหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลควรมีเป้าหมายการบริการที่เน้นการบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาการดูแลที่บ้าน โดยทีมสุขภาพที่ออกไปให้บริการที่บ้านควรจะเน้นการป้องกัน โดยการหาสาเหตุของปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน มีการประเมินติดตามการดูแลที่บ้านของครอบครัวร่วมด้วยทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะความสามารถและศักยภาพของครอบครัวในการจัดการการดูแลที่บ้าน ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการดูแลที่บ้าน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

“ถ้าจะพัฒนาการรักษา การเยี่ยมบ้าน ถ้าว่าไปก็เหมือนการป้องกัน complication ก่อนการ admit ... คนไข้ stroke การประเมินจะยากในแง่ที่เราไม่รู้ว่าจะคนไข้เกิด progress แย่ลงหรือเปล่า มันดูยาก แล้วก็เกิด complication

อย่างอื่นด้วยหรือเปล่า...ถ้าไปเยี่ยมบ้านก็ดีในแง่ อาจจะ *early detect* เรื่องของ *disease* ของคนไข้ได้ อาจทำให้ญาติคนไข้เข้าใจวิธีการดูแล ได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งมันจะช่วย *prevent complication* ที่ตามมาได้ ซึ่งจริง ๆ คิดว่าเรามีการสอนไปแล้วที่โรงพยาบาลแต่เราไม่มีการประเมินว่า เขาทำได้หรือไม่ได้ ซึ่งถ้าเราไปเยี่ยมที่สามารถทำได้ คือการไปประเมินการดูแลทางด้าน *nursing care* ถ้าพยาบาลออกไปดีกว่าทำได้ *suction* เป็นไหมถูกต้อง การทำความสะอาด สายถูกต้องไหม การ *feed* ถูกต้องไหม การจัดท่านอนถูกต้องไหม การดูแล ทำกายภาพหรือเปล่าพวกนี้ ถ้าทำตรงนี้ได้ก็เป็นการป้องกัน *complication* ได้ระดับหนึ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

“... *Home health care* ของเรา เป็น *service* ที่เก็บตัง มันจะมีปัญหาว่าเราไปแค่ ไปดู ไป *service* แค่เปลี่ยนสาย เปลี่ยน *NG tube* ... ซึ่งบางทีมันไม่ *advice* หรือดูรายละเอียดอื่น ๆ คือจริง ๆ ไม่ได้ถามรายละเอียด เราเป็น *service* ที่เขา ต้องการไปเปลี่ยนสาย *NG tube* *Foley cath* ถ้ามีไข้อาจจะส่ง *UA* มาให้แล้ว ตรวจกลับไป แต่เรามักจะไม่ได้หาสาเหตุว่า เขามีไข้เพราะอะไร *tube feed* ถูกไหม ดูแลถูกไหม เป็น *pneumonia* สำลักบ่อยอะไรไหม บางทีที่เคยกออกไป ก็แค่ไปเยี่ยมบ้านตรวจแล้วมี *complication* อะไรหรือเปล่า ดูแล้วสบายดี จนกลับมา มักจะไม่ค่อยมีเวลาคุยนาน ๆ เพราะว่า ถ้าไปคุยนาน ๆ ต่อบ้านก็ เสียเวลาเป็นชั่วโมง ...ถ้าทำแบบจุดนั้น รูปแบบของ *home service* ของเราก็ ต้องเปลี่ยนรูปแบบการให้คำแนะนำ คือว่าคนที่ออกไปจะต้องมาดูอาจจะต้องมีข้อมูลนิดหนึ่ง ... เอาข้อมูลที่เรเคยดูคนไข้บน *ward* เอาไปใช้ด้วย คล้าย ๆ ว่าอาจจะต้องมี *check list* ว่า ถ้ามีคนไข้ ใส่ *NG tube* อาจจะต้องไปถามว่า *feed* อย่างไร *feed* ถูกต้องหรือเปล่า ถูกต้องไม่ถูกต้องแล้วเขายังเป็น *pneumonia* อีก เราก็ต้องดูว่าเขามี *disease* ของโรคอยู่หรือเปล่า ถ้าเขาดูแลดี แล้วยังเกิด *complication* ...จริง ๆ ถ้าจะมองไปนะ ถ้าจะทำ ออกไปแบบ เยี่ยมบ้านนะคิดว่า ลดคนไข้มา *readmit* ได้พอควรนะ มันขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ของโรงพยาบาลต้องการทำหรือเปล่า...”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

“... เป้าหมายตรงนี้ ถ้าตีมองไกล ๆ ถ้าเรารวม *set team* แล้วไปเยี่ยมคนไข้ กลุ่มพวกนี้ มันจะ *shave* ได้เยอะ ในแง่ที่คนไข้จะกลับมา *admit* บ่อย อาจจะ ไม่ต้องมา *admit* เลย เพราะเราจะประเมิน บางทีการดูแลของญาติจะหย่อนนะ เท่าที่คุ้นๆ ดูแรก ๆ ไปใหม่ ๆ ก็ดี หลัง ๆ ก็จะหย่อน การดูแลเขาก็จะหย่อน

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

4.2.1.3 หน่วยให้คำปรึกษาที่เข้าถึง

การจัดหน่วยให้คำปรึกษาสำหรับกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความสำคัญที่บุคลากรสุขภาพได้ตระหนักถึงการให้บริการในกรณีที่ไม่สามารถออกไปเยี่ยมบริการสุขภาพที่บ้านได้ เช่น การโทรศัพท์ hot line การส่งจดหมาย ซึ่งเป็นการบริการสุขภาพที่เข้าถึงผู้รับบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสามารถแก้ไขปัญหาการดูแลที่บ้านให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ระดับหนึ่ง

“จริง ๆ แล้วมันเป็นหน้าที่ของ home health care และ PCU ที่ต้องเยี่ยมบ้าน ไข้ปลา ในกรณีคนไข้ PCU ก็ลองดูแล้วกันว่าทางนั้นจะใช้วิธีไหน หนึ่งโทรถามก็ได้มันมีตั้งหลายวิธี มีตั้งหลายช่องทาง ... อย่างบาง case อย่างที่บอกทั้งทางจดหมายหรือว่าโทรคุยนะมันมีตั้งหลายทางเลือกอยู่”

(H 08 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

“ณ ปัจจุบันก็มี hot line ... ตอบปัญหาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง ถ้าเขารู้เบอร์สายตรงเขาก็จะโทรมาแผนกฉุกเฉิน ... แต่ถ้าเราไม่รู้ก็จะโทรมาที่ operator จะขอปรึกษาเรื่องนี้ ... ได้ทุกเรื่องเลยคะ ... ถ้าเป็นเรื่องที่เราสามารถตอบได้ เราตอบเอง ถ้าเป็นเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาล แต่ถ้าเรื่องเล็กซึ่งมากเกี่ยวกับการรักษาก็จะให้คุณหมอช่วยตอบ ในกรณีที่หมอสามารถตอบได้ แต่ถ้าเกินอำนาจขอบเขตที่เราตอบได้ก็จะไม่ตอบ ส่วนใหญ่ถ้ามันหนักหนามากก็จะแนะนำให้พามาโรงพยาบาล”

(H 05 : สัมภาษณ์วันที่ 6 กรกฎาคม 2550)

4.2.1.4 หน่วยบริการแพทย์ทางเลือก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวทราบผลของการรักษาว่าไม่หายขาด ไม่หายเป็นปกติร้อยเปอร์เซ็นต์ ไม่ว่าจะบุคคลที่เจ็บป่วยจะมีความรู้ระดับใด มักมีความต้องการอยากที่จะลองหาทางเลือกการรักษาใหม่ จากการที่ได้รับความข้อมูลมาจากบุคคลอื่นที่เคยได้รับการรักษาแล้วหายหรือมีอาการดีขึ้น เช่น การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร ยาจีน ยาไทย ยาหม้อ ทำให้บางรายอยากรักษาแพทย์ทางเลือกอย่างเดียวหรือบางรายอาจจะรักษาร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งบุคลากรทางแพทย์มีความเห็นว่าถ้าการรักษาแพทย์ทางเลือกไม่ขัดต่ออาการและการรักษาที่ได้รับก็จะไม่ห้าม เพราะถ้าห้ามการรักษาอื่น ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าหรือด้านการรักษา แต่ถ้าเมื่อไรการรักษาแพทย์ทางเลือก มีผลต่ออาการและการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง มีปัญหาหรืออาการผิดปกติก็มีความจำเป็นที่จะต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมและแนะนำให้หยุดการรับบริการทางเลือกนั้นก่อน ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยและครอบครัวก็มักจะให้ร่วมมือและรับฟังเป็นอย่างดี ดังนั้น การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลควรจะมีการจัดบริการแพทย์ทางเลือกเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี

ความต้องการบริการแพทย์ทางเลือก เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

“เขาไม่มั่นใจรักษาทางนี้มันจะหาย เขาเหมือนกับคนแถวบ้านเขาเป็น เขาไปรักษาหมอพื้นบ้าน แล้ก็อาการดีขึ้น ก็เลยอยากจะไปแบบนี้”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“มีเหมือนกันไปรักษาโดยการกินยาจีน ยาต้ม ฟังเข็มก็มีบ้างแต่ก็คือเหมือนยังไม่ได้ผลเท่าไร แต่พอบอกว่าจะไปรักษาทางนั้นต่อ อ้าวก็ไปแต่ท้ายที่สุดเขาก็กลับมา

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“มันทุกคนนะเท่าที่ดูนะ เรื่องการเจ็บป่วยพอโรคที่เราบอกว่าไม่หายไม่ว่า stroke มะเร็ง อะไรก็แล้วแต่ ไม่ว่าจะคนที่เป็นจะมีความรู้ระดับไหน ต้องการทางเลือกดู...มันไม่เสียหาย อาจจะลอง ไม่ได้ผล ก็คือไม่ได้ผลขึ้นมาทีก็จะดี ทำนองว่าดี ทำนองว่ากลัวพลาด โอกาสคือหลายคนไม่ยอมพลาด โอกาสต้องการ โอกาสถ้ามีอันที่ดี ถ้าเป็น choice ที่ใครนำเสนอตอนนั้นมามักจะรับฟัง ... ความเห็นส่วนตัว ... ถ้ามันไม่ขัดกับโรค โรคคนไข้ ก็มักจะไม่ค่อยห้าม ไม่ทำให้คนไข้มีอันตรายก็มักจะไม่ห้าม ... เขาได้ รักษาหลายอย่างไม่ถูกจำกัด หรือเขาได้ลองแล้ว คนไข้จะได้ไม่ depress ... ส่วนหนึ่งเพราะญาติตามใจญาติด้วย... ญาติจะพาไปไหนก็ไป... ลองดูอีกทีชะหน่อยเพื่อจะได้ผลขึ้นมาเกิด ปฏิหารย์ ... มันก็เป็น choice เป็นสิทธิที่เขาจะทำ ... ถ้ามันไม่เป็นโทษถ้าเรา รู้ว่ายานั้นเป็นโทษแน่ ๆ อาจจะต้องให้ข้อมูลเขาหน่อยว่ายาไม่ดี ถ้าเราไม่รู้จริงนะ ส่วนมากเราก็จะไม่รู้หรือกว่ายาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ มันมีอะไรบ้าง เราก็ไม่รู้ว่ามันมีผลต่อคนไข้อะไรบ้าง ถ้าคนไข้จะลองดู ก็ลองดูได้ แต่ถ้ามีอะไรไม่ดีก็หยุดก็ต้องหยุด ส่วนมากญาติคนไข้ส่วนใหญ่เป็นคนจีนก็มักจะต้องการทางเลือกชะเยอะ ฟังเข็มและหลายรายที่เป็นอัมพาตที่มาฟังเข็มกับเรามาอน ฟังเข็มอยู่เดือนหนึ่ง ขอฟังเข็มลองดูไม่เห็นผลก็กลับ”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

4.2.2 มีแนวทางปฏิบัติเฉพาะ

โรคหลอดเลือดสมองมักมีความยุ่งยากซับซ้อนในการตรวจวินิจฉัย รักษา ดูแล และส่งต่อ เพื่อให้เกิดคุณภาพของการดูแลรักษาไม่เกิดปัญหาการดูแลต่อเนื่องจำเป็นต้องมีแนวทางการดูแลรักษาเป็นแนวทางปฏิบัติเฉพาะเน้นแบบสหสาขาวิชาชีพ มี coordinator ประสานงานติดตามงานให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลที่บ้าน ลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

“มี *guide line* ให้หมอเลย ... *guide line* มันจะดีต่อพยาบาล เช่น คนไข้ *stroke* มา จะต้อง *consult* ตรงนี้... *Consult* แพทย์ *med* จะต้องดูตรงไหนแล้วจะส่งกายภาพ ส่งสังคมสงเคราะห์เพื่อคุยกับญาติ...ส่งโภชนาอะไรอย่างนี้ เขาก็เหมือนเรียกทีม *PCT* แล้วนะ...แบบทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ว่าทำ *guide line* ออกมาเลย...มีการ *co* ประสานงานกับหน่วยเยี่ยมบ้าน”

(H 06 : สัมภาษณ์วันที่ 25 สิงหาคม 2550)

4.2.3 เตรียมบุคลากร

บุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญในด้านการดูแลรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อต้องกลับไปบ้านมักมีสภาพความพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวส่งผลทำให้การดูแลที่บ้านมักเกิดความยุ่งยากซับซ้อน อีกทั้งบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลากหลายระดับ มีความแตกต่างกันในด้านความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ การทำงาน และความเอาใจใส่ที่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลทำให้การสอน การถ่ายทอดความรู้ในทุก ๆ เรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้อย่างละเอียดและครอบคลุมแตกต่างกันด้วย จึงมีผลต่อการสอนให้ความรู้ เพิ่มทักษะ และศักยภาพแก่ครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะความสามารถที่ถูกต้องที่จะให้การจัดการดูแลต่อเนืองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง มีคุณภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อต้องจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้านจึงจำเป็นต้องจัดเตรียมบุคลากรเฉพาะที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่บ้านเป็นอย่างดี มีความสามารถและมีศักยภาพในการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้าโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงมีความสนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดีเพื่อจะได้ทราบปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง เพื่อที่จะนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาจัดการวางแผนหรือหาแนวทางในการให้การดูแลต่อเนือง สามารถตอบสนองตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละรายให้ครอบคลุมทุกเรื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ เกิดทักษะ และมีศักยภาพอย่างเพียงพอจนสามารถกลับไปจัดการการดูแลที่บ้านได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

นอกจากนั้นบุคลากรสุขภาพก็ยังคงทำหน้าที่ในการเป็นที่ปรึกษาทางด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาประสานงานหรือส่งต่อปัญหาไปยังแผนกหรือหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสม เช่น แผนกโภชนบำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารทางสายยาง แผนกกายภาพบำบัดให้ความรู้และ

ฝึกทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ การติดต่อหน่วยเยี่ยมบ้านเมื่อครอบครัวต้องการใช้บริการ หลังจำหน่ายหรือต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อีกทั้งการประสานงานกับหน่วยสาธารณสุขใกล้บ้าน ในรายที่มีปัญหาการดูแลที่บ้าน หรือหน่วยสังคมสงเคราะห์ของรัฐในรายที่ขาดครอบครัวดูแล ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวได้รับความรู้อย่างเพียงพอในทุกเรื่องที่เป็นและเกี่ยวข้องกับ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถจัดการการดูแลที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ

“คือการทำดูแลคนไข้กลุ่มนี้ได้ดี ก็คือทั้งตัวคนไข้และญาติจะต้องมีความรู้ ซึ่งความรู้ส่วนใหญ่ที่ญาติจะได้ก็พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคน ซึ่งเจ้าหน้าที่เอง ก็จะต้องมีความรู้ด้วย”

(H 07 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

“... อยากให้มีกลุ่ม *intervention* สำหรับคนไข้ CVA เพราะว่ามันเยอะ... กลุ่มหนึ่งเลยพยาบาลพคนไข้จะกลับไปคนกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ เช่น ก็อธิบาย ให้ญาติเข้าใจได้มีคนกลุ่มนี้เข้ามาอธิบาย”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

4.2.4 ทีมให้ความรู้

ทีมให้ความรู้เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่จำเป็นในการส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งควรจัดให้มีทีมพยาบาลที่ฟื้นฟูสภาพและทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

4.2.4.1 ทีมพยาบาล

ควรมีการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้กับผู้ป่วยและครอบครัวตามสภาพปัญหาและความต้องการโดยเน้นการให้ความรู้ สอน และฝึกทักษะต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน ควรจัดเป็นทีมตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ใช้เวลาออกเวลาปฏิบัติงานเข้าไปทำหน้าที่สอนและให้ความรู้เพื่อเพิ่มจุดสนใจและเป็นความแตกต่างจากสภาพเดิมที่ผู้ป่วยและครอบครัวเคยได้รับอยู่แล้ว เพื่อเป็นการดึงดูดและเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่อาจจะทำงานในหน่วยงานนั้นหรือจัดตั้งเฉพาะกิจขึ้นมาทำหน้าที่สอนก็ได้ เนื้อหาที่สอนบางเรื่องจะต้องมีการปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา เพื่อจะได้ครอบคลุม

“ถ้าสมมุติเราทำเป็นทีม หมายถึง เป็นทีมให้ความรู้ไปเลย เข้าไปคุย อาจจะไม่ใช่เข้าไปคนเดียว ถ้าเป็นพยาบาลอาจจะเข้าไป 2 คน ก็คือมาเป็นทีมไม่ใช่พยาบาลมาพูดให้เฉย ๆ คือเขาคิดว่ามาจากหน่วยงานไม่ใช่พยาบาล ward ถ้า ward พิเศษนะ เท่าที่เห็น ถ้าเข้าไปพูดคนเดียวเขาจะรู้สึกเฉย ๆ ถ้าไป 2 คนไปทำอะไร เข้าไปตั้งใจเลย ... เป็นการให้ความรู้ญาติ อาจเข้าไป 2 คน เพราะถ้าเข้าไปคนหนึ่ง เขาอาจรู้สึกเฉย ๆ คุณมาคนเดียวมันไม่ *strong* มันต้องมา

เป็นทีม มา 2 คน มาถึงจะต้องมีเรื่องพูดแน่ ๆ เลย เขาเห็นแล้วจะตั้งใจฟัง ... อาจจะมี สเก็ตส์หรือมีอะไรก็ว่าไป ว่าคนไข้คนไหน ฉันจะพูดเรื่องอะไรบ้าง เรื่อง NG เรื่องอะไร เรื่องอะไรก็ว่าไป แล้วแต่ว่าแต่ละคนต้องประเมินว่า ต้องการข้อมูลอะไรบ้าง สมมุติว่าคนไข้ คนไข้เราดูแลอย่างจู้ เราเข้าไปเป็น ทีมเลย ฉันดูแลคนไข้แบบนี้ คุณกลับไปต้องดูแลคนไข้อย่างไรบ้าง อย่างจู้ พยายามไม่ต้องสอนหรือก พูดได้เลย ถ้าจะทำนะ โดยที่เริ่มต้นเลยนะก็ สามารถทำได้เลย เพราะแต่ละคนดูแลคนไข้ เราอยู่แล้วแต่ละคนดูแลคนไข้อยู่ เราก็ถ่ายทอดคั้นนั้นไปเลย บางทีไม่ต้องอบรมอะไรมากขึ้นเลย เพียงแต่ว่า อาจจะมีถามหน่อยก็ได้ว่าหมอต้องการดูส่วนนี้ด้วยบ้างหรือเปล่า ได้เรื่องที่สำคัญหรือไม่เรื่องอะไรบ้างหรือเปล่า ก็คุยกันระหว่างหมอกับพยาบาลก็ว่า คนไข้จะเตรียมเรื่องอะไรเป็นพิเศษ”

(H 01 : สัมภาษณ์วันที่ 5 มิถุนายน 2550)

4.2.4.2 ทีมฟื้นฟูสภาพ

เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีทีมของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพในการให้บริการการสอน อบรม ในกลุ่มโรคเบาหวานอยู่แล้ว เพื่อเป็นการง่ายในการให้ความรู้และส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วยและ ครอบครัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง น่าจะให้ทีมจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพที่มีอยู่แล้วรับบทบาท และหน้าที่ในการวางแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และการสอนวิธีดูแล ต่อเนื่องที่บ้านให้กับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย

“... คนไข้กลุ่มเบาหวาน เขาก็จะมีวันที่คนไข้เบาหวานจะต้องไปเรียนอบรม ... ก็อาจจะมีสักวันที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพก็จัดอบรมขึ้นมา อาทิตย์หนึ่งสักวัน หรืออย่างคนไข้เบาหวานก็จะมีตาราง สังเกตดูมาว่าวันนี้จะเรียนวิธีการอบรม การดูแลคนไข้ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกอบรมวิธีการดูแล ให้ญาติไปเรียน... เพิ่มจากการสอนผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือตัวอย่างให้เขาทำ ณ ตรงนั้นก่อน เสร็จปุ๊บมาที่ ward ก็คือเราก็จัดการต่อตรงนั้นได้”

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“(คนสอน) ที่เราจะเอามาช่วยเหลือเป็นจุดเดียวกันได้ใหม่ กับจุดที่ดูแล DM ได้ใหม่ ซึ่ง DM มันก็มี pattern ในการดูแลแล้ว รูปแบบในการสอนมันก็จะ คล้าย ๆ กัน ถ้าเขาจะคิด pattern อีกอย่างของคนไข้ที่เป็น stroke มันจะทำให้ใหม่”

(H 03 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

4.2.4.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพ

เป็นทีมให้ความรู้ที่ประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพหลากหลายสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด โภชนบำบัด และพยาบาล โดยสัดส่วนของจำนวนพยาบาลควรมีมากกว่าเพราะต้องทำหน้าที่ในการรับผิดชอบให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้กับผู้ป่วยและครอบครัวอีกทั้งจะต้องมีความรู้ ความสนใจ เอาใจใส่ ในสิ่งที่จะสอนและถ่ายทอดความรู้ให้แก่ครอบครัว มีการติดตามประเมินในทุกเรื่องการสอนมีการค้นหาและศึกษาสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อจะได้รับการทราบปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริงและสามารถนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาจัดการวางแผนและหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษา ประสานงาน หรือส่งต่อไปยังแผนกหรือหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสม เพื่อตอบสนองตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละรายให้ครอบคลุมทุกเรื่อง จนผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ เกิดทักษะ และมีศักยภาพอย่างเพียงพอจนสามารถไปจัดการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ไม่เกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน

“(ทีมสหสาขาวิชาชีพ) 1) หาแพทย์ชะคนหนึ่งเป็น *consult* 2) นักกายภาพอย่างราย *CVA* ที่ต้องออกกำลังกายทำไหนด อย่างไร 3) โภชนากร 4...5...6...7... อาจจะเป็นพยาบาล ซึ่งพยาบาลน่าจะมากหน่อย”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

“ใครจะสอนก็สอนเหมือนมันไม่มีแนวทางแน่นอน คือใจจริง ๆ อยากให้มีกลุ่มให้ *intention* สำหรับคนไข้ *CVA* เพราะว่ามันเยอะไข้ใหม่ กลุ่มหนึ่งเลยพยาบาล พอคนไข้คนไหนจะกลับ คนกลุ่มนี้ต้องมีความรู้แน่น ก็อธิบายให้ญาติเข้าใจได้ดี คนกลุ่มนี้เข้ามาอธิบายก็ได้มาจากวิชาชีพพยาบาล แต่คนกลุ่มนี้ต้องมีความรู้แน่นพอคนไข้ ตั้งเป็นทีม ควรจะดูอย่างต่อเนื่องก็ตั้งตั้งแต่คนไข้เข้ามาครั้งแรก ทีมนี้จะต้องมีบทบาทแล้ว ว่าเขาจะต้องดูแลอย่างไร พอคนไข้เป็นครั้งแรกต้องรู้ปัญหาว่าเขาต้องสนใจด้วยไม่อย่างนั้น เขาจะหาปัญหาคนไข้ไม่ได้หรอก พอหาปัญหาเสร็จเขาจะต้องหาแนวทางหรือเหมือน *consult* ปรึกษาในทีมกันเองคุยกันเอง เพื่อที่จะทำอะไรต่อที่จะสามารถกลับไปบ้านญาติดูแลเองได้ อยู่ในชุมชนสภาพแวดล้อมร่วมกับคนอื่นได้”

(H 02 : สัมภาษณ์วันที่ 7 มิถุนายน 2550)

4.2.5 มีระบบการประสานงานการบริการการดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อต้องกลับไปดูแลที่บ้านมักจะต้องการจัดการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยจะต้องมีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ในระบบการประสานงานการบริการที่เรียกว่า

coordinator เพื่อรับผิดชอบในการติดต่อประสานงานติดตามงาน เชื่อมโยงและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในระหว่างการติดต่อประสานงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อจะได้จัดการดูแลที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ทำให้ลดภาระการนอนโรงพยาบาลและป้องกันการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

“ต้อง ward เป็นคนแจ้งก่อน ward ประเมินว่า case นี้สมควรจะต้องไปดูแลที่บ้าน ... ward ประเมินเสร็จก็จะโทรแจ้งแพทย์ ... แล้วก็โทรตาม PCU โทรตาม home care...สำคัญที่ coordinator ตรงพยาบาลจะต้องมี coordinator สำหรับโรค stroke ... coordinator ต้องไปดูคนไข้ แล้วก็ประเมินร่วมกับ ward ... แล้วตัว coordinator ต้องเป็นคนประสานงาน”

(H 07 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

“น่าจะมิเป็นทีมก็ได้ เป็นหัวหน้าแล้วมีทีมมาก็ได้แต่ต้องแบบเฉพาะขึ้นมา 1 คน ทำเรื่องนี้เฉพาะ coordinator ในเรื่องที่จะต้องไปเยี่ยมคนไข้หรือจะต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง... coordinator ต้องเป็นตัวประสาน... ได้ประโยชน์ตั้งแต่ 1) ลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล แทนที่จะอยู่นานก็จะอยู่น้อยลงกับ 2) คนไข้ก็จะไม่มา readmit มันก็คือเรื่องลดค่าใช้จ่ายแล้วอีกอย่างหนึ่งคนไข้ก็จะได้รับการดูแลที่ดีขึ้น”

(H 07 : สัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2550)

4.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้เป็นแนวทางเบื้องต้นที่สังเคราะห์ขึ้น จากผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและความคาดหวัง การบริการสุขภาพที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวในฐานะหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกับบุคลากรสุขภาพในการจัดการดูแลผู้ป่วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน พัฒนามาตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งได้แก่ การประเมินสภาพ การวางแผน การจัดการดูแล และการประเมินผล โดยในแต่ละขั้นตอนตลอดกระบวนการจัดการดูแลจะดำเนินการภายใต้ความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และเป็นไปตามความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ

- 1) การให้เกียรติและเคารพนับถือ บุคลากรจะต้องฟังและเคารพ ความรู้ ความเชื่อ ความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว และสิ่งที่พวกเขาเลือก
- 2) การสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นประโยชน์ เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจ
- 3) การส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ
- 4) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดำเนินงานต่าง ๆ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใต้แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง บุคลากรจะต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับครอบครัว และส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การบริการภายใต้แนวคิดนี้จะช่วยทำให้ครอบครัวมีพลังความสามารถในการจัดการการดูแลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางระยะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการเจ็บป่วยกำเริบหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน บางระยะโรคสงบจะพักรักษาตัวที่บ้าน โดยแพทย์จะนัดมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและติดตามผลการรักษา ดังนั้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงประกอบด้วย

1. แนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ที่เป็นการเจ็บป่วยครั้งแรก
2. แนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระหว่างที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ
3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
4. แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เมื่อกลับมาตรวจตามนัด

4.3.1 แนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่เป็นการเจ็บป่วยครั้งแรก

การเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่เป็นการเจ็บป่วยครั้งแรกจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยจัดให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานหลักในการจัดการ มีการเตรียมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีแนวทางที่ชัดเจน มีกลวิธีคือ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการสอนและพัฒนาทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ โดยต้องมีความยืดหยุ่นตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักแต่ละราย แนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีดังนี้

4.3.1.1 การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการประเมินสภาพปัญหาสุขภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการประเมินสภาพประกอบด้วย

1.1 พุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับประวัติและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ และการเกิดแผลกดทับ เช่น

- ประวัติการเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ตัวร้อน ไข้ ไอ เสมหะ

- วิธีการรับประทานอาหาร การป้อนอาหาร ประวัติการสำลักอาหาร การจัดทำทางในการให้อาหาร วิธีการดูแลหลังการรับประทานอาหาร และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

- ลักษณะสี ปริมาณ จำนวนของปัสสาวะ อาการผิดปกติขณะถ่ายปัสสาวะ

- ประวัติการเกิดแผลกดทับ การจัดทำและการนอนของผู้ป่วย

1.2 ตรวจร่างกายผู้ป่วยในระบบต่าง ๆ โดยใช้ทักษะต่าง ๆ การประเมินขั้นสูง โดยบูรณาการความรู้ทางคลินิก และความรู้ทางพยาธิสรีรวิทยาในการตัดสินใจ เพื่อแยกปัญหาภาวะแทรกซ้อน เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ สภาพผิวหนัง และภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

1.3 พุดคุยเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วย

2. พุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อประเมินปัญหาทางด้านผู้ดูแลหลักในประเด็นต่อไปนี้

2.1 ให้ครอบครัวเป็นคนตัดสินใจว่าใครเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน

2.2 ความพร้อมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่

1) ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2) ความคิด ความรู้สึก ของผู้ดูแลหลักต่อบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และปัญหาในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3) ศักยภาพในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลทั่วไป และการดูแลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวกลับบ้าน เช่น สายยางให้อาหาร ท่อหลอดลม และสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

4. การรับรู้ภาวะการดูแลและการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลหลัก
 5. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลัก
 6. ความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและความต้องการการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
4. ประเมินเงื่อนไข ปัจจัย และความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย และการร่วมกับบุคลากรในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล
 5. ประเมินการช่วยเหลือสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วย ทั้งทางด้านภาวะการดูแล ด้านจิตใจ และด้านค่าใช้จ่าย
 6. ประเมินแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีในชุมชนของผู้ป่วย ทั้งสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ในชุมชน
 7. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวสรุปปัญหาหรือความเล็งทั้งด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และปัญหาของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาเครื่องมือหรือแนวทางในการประเมินปัญหาต่าง ๆ ข้างต้น เพื่อสะดวกและครอบคลุมการประเมินปัญหาในแต่ละด้าน

4.3.1.2 การวางแผนการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในขั้นตอนนี้พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

1. กำหนดเป้าหมายและวิธีการในการแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ที่สรุปได้ในขั้นตอนการประเมินสภาพ
2. กำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเรียนรู้การปฏิบัติการดูแล และการฝึกการทำกายภาพบำบัดและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ทั้งนี้ควรมีทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และจะต้องปรับกิจกรรม วิธีการ และเวลาตามความเหมาะสมกับเงื่อนไขและความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ
3. วางแผนการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่เอื้อในการทำกายภาพบำบัด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม มีราวจับฝึกเดิน อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน 4 ขา (walker aid) เป็นต้น

4.3.1.3 การดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ขั้นตอนนี้เป็นดำเนินการตามที่ได้วางแผนไว้ร่วมกัน พยาบาลจะต้องประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดในแผนการดำเนินการประกอบด้วย

1. บุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การรักษา การไช้ยา การฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยใช้กลวิธีที่เหมาะสมและเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย ด้วยภาษาและเนื้อหาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ในเวลาที่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักสะดวก ควรจัดทำคู่มือ เอกสาร และสื่อต่าง ๆ พร้อมภาพประกอบกิจกรรมการดูแลให้ครอบครัวนำกลับไปบ้าน เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ง่ายขึ้นจนสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และจัดการกับปัญหาการดูแลที่บ้านได้ด้วยตนเอง

2. แนะนำครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกในการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย โดยพยาบาลจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับ การแพทย์ทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสเลือกและตัดสินใจในการรักษา

3. สอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นให้มีการฝึกปฏิบัติจริงร่วมกับบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน การจัดทำนอน การเปลี่ยนท่าเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเตรียมอาหารทางสายยาง การให้อาหารทางสายยาง การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น สายยางให้อาหารหลุดหรืออุดตัน การดูแลผู้ป่วยที่ลาสายสวนปัสสาวะ การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ การดูดเสมหะ การทำกายภาพบำบัด และการประเมินอาการผิดปกติที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการดูแลเบื้องต้น

4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรสุขภาพ ในทุก ๆ กิจกรรมการดูแล เช่น การดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดทำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้อาหารทั้งการป้อนทางปากและทางสายยาง การดูดเสมหะ และการทำกายภาพบำบัด เพื่อสังเกตและเรียนรู้การดูแลจากการปฏิบัติจริง

5. สนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมฝึกทักษะในการประเมินอาการของผู้ป่วยด้วยตนเอง พร้อมบันทึกอาการลงในสมุดบันทึก เช่น อาการไอ สำลัก ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะไม่ออก มีเสมหะ ผิวหนังแดง มีแผลถลอก คูซิม เครียด รับประทานอาหารน้อยลง การรับประทานยา อุณหภูมิร่างกาย และอัตราการหายใจ เป็นต้น

6. สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวช่วยกันจัดสิ่งแวดล้อมและจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยให้คำแนะนำและคำปรึกษา

4.3.1.4 การประเมินความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และการประสานงานการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

1. ประเมินความรู้และศักยภาพของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวระบุความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. ประสานงานการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

- แนะนำทางเลือกของการบริการการติดตาม ช่วยเหลือ และสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น สายด่วนให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง การโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน การบริการหน่วยเยี่ยมบ้าน พยาบาลหรืออาสาสมัครในชุมชนให้บริการเยี่ยมบ้านหรือให้ความช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

- ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกการบริการการติดตาม ช่วยเหลือ และสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

- พยาบาลประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยเยี่ยมบ้าน แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว

4.3.2 แนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระหว่างที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยพยาบาลผู้ประสานงานดำเนินการร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว ดังนี้

1. พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการประเมินหาสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ดังนี้

1.1 พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ การชักประวัติการเจ็บป่วย และการตรวจร่างกาย

1.2 พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อติดตาม และประเมินปัญหาการดูแลของครอบครัวที่บ้าน และการจัดการช่วยเหลือเบื้องต้นของครอบครัวตามสภาพปัญหาภาวะแทรกซ้อนในระยะที่กลับไปพักฟื้นที่บ้าน รวมถึงการประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านความรู้ และทักษะการปฏิบัติการดูแล รวมถึงการดูแลที่ต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ

2. พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลแก้ไข้ปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ดังนี้

2.1 กำหนดเป้าหมายและวิธีการแก้ไข้ปัญหาต่าง ๆ ที่ได้ข้อมูลปัญหาในขั้นตอนการประเมินหาสาเหตุของปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ

2.2 กำหนดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่กลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ

2.3 กำหนดกิจกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ

3. การดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ดังนี้

3.1 พยาบาลต้องประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรมการส่งเสริมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามปัญหาที่พบเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาการดูแลที่บ้านและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ

3.2 ส่งเสริมให้ครอบครัวร่วมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรสุขภาพในกิจกรรมที่ยังไม่ชำนาญและไม่มั่นใจ เพื่อพัฒนาการเรียนรู้การดูแลจากการปฏิบัติจริง

4. ประเมินผลความรู้และศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการดูแลที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ รวมถึงการติดตามให้การช่วยเหลือสนับสนุน และประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องตามปัญหาที่พบกับหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยเยี่ยมบ้าน แผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการปฐมภูมิ

4.3.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน

1. ติดตามประเมินปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านทั้งด้านสุขภาพและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ด้านผู้ดูแลหลัก ด้านอุปกรณ์สิ่งแวดล้อมในบ้าน และด้านการมารับบริการสุขภาพ โดยการโทรศัพท์ติดตาม หรือเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสม ดังนี้

1.1 ประเมินสภาพปัญหาสุขภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย

1.2 ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทั้งด้านความรู้และทักษะการดูแล การจัดการดูแล การแก้ปัญหาการดูแล การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยและการช่วยเหลือเบื้องต้น การทำกายภาพบำบัด และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.3 ประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว เช่น สัมพันธภาพของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย และสัมพันธภาพของสมาชิกภายในครอบครัว ทั้งนี้เพราะสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะช่วยส่งเสริมคุณภาพของการดูแลให้ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ มีคนช่วยดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด คอยกระตุ้นเวลาผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายหรือท้อแท้ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัด และทำให้ผลของการรักษาดีขึ้น

1.4 ประเมินวิถีชีวิตและภาระกิจของครอบครัวว่าครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลือและจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วยในแต่ละวัน ช่วงเวลาของแต่ละกิจกรรม ความถี่ของกิจกรรม เวลาพักผ่อนของผู้ดูแล และงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย

1.5 ประเมินภาวะเครียดของครอบครัวมีด้านใดบ้าง เช่น ความกลัว กังวลใจ และไม่มั่นใจขณะปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วย ด้านการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยและการช่วยเหลือเบื้องต้น ด้านการเดินทางไปรักษา และด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

1.6 ประเมินแหล่งสนับสนุนและความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนกี่คน เป็นใครบ้าง ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยด้านใดบ้าง เช่น การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือการจัดเตรียมอาหาร การช่วยเหลือในการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลักให้มีเวลาพักผ่อน

1.7 ประเมินสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวและความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ลักษณะทางกายภาพของสิ่งแวดล้อมที่ครอบครัวดูแลจัดให้ผู้ป่วย ห้องนอน เตียงนอน อาณาบริเวณที่เพียงพอในการฟื้นฟูสภาพ และอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นต่อผู้ป่วย เช่น walker aid เก้าอี้นั่งถ่ายรถเข็น เป็นต้น

1.8 ประเมินรายได้ของครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลช่วยเหลือนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ

2. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อพัฒนาความรู้ศักยภาพของครอบครัวให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สามารถพึ่งพาตนเองได้ และจัดการกับปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้เอง โดยการออกไปบริการที่บ้าน หรือใช้ช่องทางการบริการให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการที่พบในแต่ละครอบครัว (โดยการกำหนดระยะเวลาไปเยี่ยม สอดคล้องกับความรุนแรงของปัญหาและความต้องการของครอบครัว)

3. จัดการบริการสุขภาพที่บ้านให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของแต่ละครอบครัว มีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลแก่ครอบครัวเพิ่มเติม ให้คำปรึกษาส่งเสริม และสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เหมาะสมกับบริบทของบ้าน ชุมชน และครอบครัว ดังนี้

3.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยตรงมากกว่าการจัดหาผู้ดูแลที่ขาดประสบการณ์การดูแลหรือการพาผู้ป่วยไปฝากเลี้ยงตามศูนย์รับเลี้ยงผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวมองเห็นความสัมพันธ์ สายใยความรัก ความผูกพัน และความเอื้ออาทร จะส่งเสริมคุณภาพของการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่ตนเองเผชิญอยู่ พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือและฝึกกิจกรรมการฟื้นฟูร่วมกับครอบครัวที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3.2 สนับสนุนให้ครอบครัวให้มองเห็นคุณค่าของบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ว่ามีคุณค่าทางสังคม ได้ตอบแทนพระคุณผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยบางรายมีความสัมพันธ์ในฐานะ บิดา มารดา เป็นต้น

3.3 สนับสนุนให้ครอบครัวมองเห็นพลังของครอบครัว ความสำคัญของตนเองที่มีส่วนสำคัญที่จะช่วยดูแลจัดการปัญหาที่บ้าน และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงครอบครัวต้องมีความรับผิดชอบ สนใจ และเอาใจใส่ต่อกิจกรรมการดูแลที่บ้านอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่บ้านอย่างยั่งยืน

3.4 สนับสนุนให้ครอบครัวประเมินอาการของผู้ป่วยด้วยตนเอง พร้อมบันทึกอาการลงในสมุดบันทึก เช่น อาการไอ ลำไส้ ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะไม่ออก สีเสมหะ ผิวหนังแดง มีแผลดลอก คัน ผื่น ไข้ รับประทานอาหารน้อยลง การรับประทานยา อัตราการหายใจ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

3.5 ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจกับครอบครัว เช่น การให้กำลังใจ การชมเชย ยกย่อง เพื่อให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียดได้เหมาะสม

3.6 สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนช่วยเหลือกันในด้านอื่น ๆ เช่น การจัดหาและซื้ออุปกรณ์ในการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และกำลังใจ

3.7 แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน โดยพยาบาลจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือให้กับครอบครัว ให้ครอบครัวเลือกและตัดสินใจ การใช้บริการปรึกษาเมื่อต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงช่วยเหลือและประสานงานในกรณีที่มีผู้ป่วยไม่มีญาติ ผู้ดูแลหลัก โสด หรืออยู่คนเดียว ครอบครัวที่มีปัญหาขาดผู้ดูแลที่บ้าน ประสานงานจัดหาสถานที่ในการดูแลต่อเนื่อง เช่น สถานสงเคราะห์ต่าง ๆ ที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพทางชุมชน

3.8 จัดหน่วยบริการเยี่ยมบ้านเพื่อไปให้บริการที่บ้าน โดยไปติดตามการดูแล การประเมินผลการดูแล แนะนำและสอนวิธีการดูแลที่บ้าน ในกรณีที่มีปัญหาการดูแลซับซ้อน เช่น มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วยกลับบ้าน หรือกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถไปเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลที่โรงพยาบาล ครอบครัวยังไม่มั่นใจต่อความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้เอง และครอบครัวที่เกิดปัญหาการดูแลที่บ้านและกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อย ๆ ด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

4. ประเมินผลการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ติดตามให้การช่วยเหลือสนับสนุน และประสานงานดูแลอย่างต่อเนื่องตามปัญหาของครอบครัว และความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือต้องกลับเข้าในโรงพยาบาลซ้ำ

4.3.4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเมื่อกลับมาตรวจตามนัด

1. การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการเมื่อกลับมาตรวจตามนัด โดยพยาบาลผู้ป่วยนอกรับผิดชอบในการดำเนินการ ซึ่งมีแนวทางดังนี้

1.1 ประเมินภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยขณะที่กลับมาตรวจตามนัด เช่น การชักประวัติ ตรวจร่างกาย และการติดตามผลการรักษาขณะที่มาตรวจทุกครั้ง

1.2 พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการประเมินการดูแลที่บ้าน ตลอดระยะเวลาที่กลับไปพักฟื้นที่บ้าน เพื่อเฝ้าระวังปัญหาภาวะแทรกซ้อนในด้านคุณภาพการดูแลที่บ้านของครอบครัวโดยพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวกลับบ้าน เช่น สายยางให้อาหาร ท่อหลอดลม และสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

1.3 พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการประเมินปัญหาด้านความสามารถของครอบครัวในการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เช่น ปัญหาด้านการบริการสุขภาพ ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยต่อการพามาตรวจรักษาตามนัด

1.4 พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวสรุปปัญหาหรือความเสี่ยงทั้งทางด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และปัญหาด้านการดูแลรวมถึงปัญหาด้านการบริการและการรักษาพยาบาล

2. พยาบาลวางแผนการเตรียมพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเมื่อกลับมาตรวจตามนัด

2.1 ในระยะที่ไม่พบอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนในระบบใด ๆ หลังจากการตรวจรักษาเรียบร้อยแล้วแพทย์ก็จะให้กลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ก็จะมีการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2.2 ในรายที่พบอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และแพทย์จำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ก็จะมีการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

2.3 ในรายที่พบอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกายไม่รุนแรงและแพทย์ให้กลับบ้านไปดูแลต่อโดยเพิ่มเติมการรักษา เช่น การให้ยารับประทานและการนัดมาตรวจรักษาครั้งต่อไป พยาบาลต้องร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการจัดกิจกรรมการส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลซ้ำ

3. การดำเนินการเตรียมพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เมื่อกลับมาตรวจตามนัด

3.1 พยาบาลส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเฝ้าติดตามอาการผิดปกติต่าง ๆ ตามระบบที่ได้ตรวจพบในแต่ละครั้งที่มาตามแพทย์นัด พร้อมจัดทำคู่มือ เอกสาร และสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

3.2 พยาบาลสนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยด้วยตนเอง พร้อมบันทึกอาการลงในสมุดบันทึก เช่น อาการไอ สำลัก มีเสมหะ อุณหภูมิร่างกาย การหายใจ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

4. ประเมินผลความรู้และศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการดูแลที่บ้าน และการมาตรวจตามนัดในแต่ละครั้ง รวมถึงการติดตามให้การช่วยเหลือสนับสนุนและประสานงานการดูแลต่อเนื่องตามปัญหาที่พบกับหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยเยี่ยมบ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น

