

Scan

**การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
โรงพยาบาลนภลัย โดยการใช้แนวคิดของการจัดการความรู้**

**นางลักขณา ผ่องพุทธ**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2550

**The Development of a Care Management Model for Stoke Patients  
at Napalai Hospital Based on Knowledge Management**

**Mrs. Lukkana Pongput**

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2007



ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลนภลัย โดยการใช้แนวคิดของการจัดการความรู้

ผู้วิจัย นางลักขณา ผ่องพุทท ปริญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี (2)รองศาสตราจารย์ ดร.สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล

(3) อาจารย์นายแพทย์ พิเชฐ บัญญัติ ปีการศึกษา 2550

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ (2) ประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ *กลุ่ม 1* กลุ่มพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนภลัย จำนวน 12 คน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดทางสมอง จำนวน 6 คน *กลุ่ม 2* กลุ่มประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ *ส่วนที่ 1* เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิด โนนากะและทาคิวชิ ได้แก่ ประเด็นการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาแบบฉบับที่การสนทนา *ส่วนที่ 2* แบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้น เครื่องมือทั้ง 2 ส่วนผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน มีค่า CVI อยู่ช่วงระหว่าง 0.75 – 1.00 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ โดยการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ มีการปฏิบัติ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา (องค์ประกอบที่ 1) ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการให้ดูแล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ 2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) การสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย 4) การเสริมสร้างความรู้ ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการ 5) การมีผู้ช่วยเหลือและที่ปรึกษา 6) การติดตามดูแลต่อเนื่อง และผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในการนำไปใช้กับบริบทของโรงพยาบาลนภลัย มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.81 – 0.90 ข้อเสนอแนะ การนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย ที่พัฒนาขึ้น ไปสู่การทดลองปฏิบัติ ควรมีการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติรับทราบก่อน และหากโรงพยาบาลอื่นนำไปใช้ต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการความรู้

**Thesis title:** The Development of a Care Management Model for Stroke Patients at Napalai Hospital Based on Knowledge Management

**Researcher:** Mrs. Lukkana Pongput **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration) **Thesis advisors:** (1) Dr.Boontip Siritarungsri, Associate Professor; (2) Dr. Supim Sripunvoraskul; Associate Professor; (3) Mr. Phichet Banyati, MD; **Academic year:** 2007

### ABSTRACT

The purposes of this research and development were: (1) to develop a care management model for stroke patients, and (2) to evaluate the appropriation of this model in the context of Napalai Hospital.

Subjects comprised two groups. The first group consisted of (1) twelve health care providers who provided health and nursing care services. This group developed the management model for stroke patients and (2) six care givers who took care of stroke patients. The second group consisted of fifteen professional experts. This group played an evaluation role. Two research instruments were used. The first tool was used to develop the management model for stroke patients based on Nonaka and Takeuchi's knowledge management model. Conversation topics for development of a new model and record form were examples. The second tool was an evaluation form for the appropriation of the new management model. Both tools were verified by four professional experts, and CVIs ranged from 0.75 to 0.01. Qualitative data was collected by knowledge management process such as conversation for exchanged knowledge. Content analysis was used to analyze data.

The result of this research showed that (1) the new management model consisted of seven components, and the model was divided into two steps: Step 1: knowing problems (the first component) and Step 2: care process. The latter consisted of six components: 1) providing treatment and care by a multidisciplinary care team, 2) prevention of disease complications, 3) building the value of patients, 4) increasing knowledge of both health care providers and care givers, 5) offering care givers and consultants, and 6) organizing and monitoring care and treatment continuously. (2) The new model was appropriated for the Napalai hospital context, and the reliability ranged from 0.81 to 0.90. Before applying this new management model for stroke patients, two suggestions were provided: 1) all concerned care givers should be informed, and 2) the context of each hospital should be considered.

**Keywords :** Development model, Care Management, Stroke Patients, Knowledge Management

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือของคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ รศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี อาจารย์นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ และ รศ.ดร.สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะต่างๆ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ แก่ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.วัลลา ตันตโยทัย ที่ให้ความกรุณาในการเป็นประธาน สอบวิทยานิพนธ์ และให้คำชี้แนะในการวิจัยในครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ ดร.ธีรนนท์ วรรณะศิริ ดร.ชมนาค วรรณพรศิริ รศ.ดร.ศากุล ช่างไม้ ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบ เครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ และ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ตลอดจนบุคลากรทุกท่านที่ให้การอำนวยความสะดวกและความร่วมมือในการเก็บ ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเจ้าหน้าที่ที่ร่วมกลุ่ม สนทนาทุกท่าน ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ประสพการณ์ ความรู้ ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้เกิดขึ้นได้อย่าง สมบูรณ์

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อก๊กสี่ คุณแม่พวง แซ่ตั้ง ถึงแม่ท่านทั้งสอง จะถึงแก่กรรมไปแล้ว แต่ท่านก็เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยให้มีความอดทน และขอขอบคุณพี่ๆ หลานๆ ที่คอยให้ความช่วยเหลือ และครอบครัวที่น่ารักของผู้วิจัย ที่คอยให้กำลังใจช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่าง และรอคอยวันสำเร็จการศึกษาของผู้วิจัยด้วยความรักและห่วงใยตลอดมา

ลักขณา ผ่องพุทธ

พฤษภาคม 2551

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ณ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	4
ประเด็นปัญหาการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	4
ขอบเขตการวิจัย .....	7
ข้อจำกัดในการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์ .....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	11
บริบทของโรงพยาบาลนภลัย .....	11
แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	15
แนวคิด ทฤษฎีการจัดการความรู้ การจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและ ทาคิวชิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	20
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบตามแนวการจัดการความรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือการวิจัย .....	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	44
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	51
การพัฒนารูปแบบ .....	52

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	53
ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....	53
ลักษณะผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่เข้าร่วมสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ .....	55
ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมสนทนา .....	57
ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภatic.....	116
ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง.....	123
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	125
สรุปผลการวิจัย .....	125
อภิปรายผล .....	128
ข้อเสนอแนะ .....	142
บรรณานุกรม .....	144
ภาคผนวก .....	154
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	155
ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย .....	157
ค เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	159
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	161
จ เอกสารประกอบการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ .....	175
ฉ สิ่งประดิษฐ์ : นวัตกรรม .....	189
ประวัติผู้วิจัย .....	192



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 ลักษณะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	54
ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	54
ตารางที่ 4.3 ลักษณะผู้ป่วย จำแนกข้อมูลส่วนบุคคล .....	55
ตารางที่ 4.4 ลักษณะสุขภาวะของผู้ป่วย .....	56

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ภาพที่ 2.1 โครงสร้างการจัดองค์กรภายในโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม.....	13
ภาพที่ 2.2 รูปแบบการสร้างความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิ.....	24
ภาพที่ 4.1 การจัดการให้รู้ถึงปัญหา.....	63
ภาพที่ 4.2 การจัดการดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ.....	71
ภาพที่ 4.3 การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน.....	90
ภาพที่ 4.4 การจัดการการสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย.....	96
ภาพที่ 4.5 การจัดการการสร้างเสริมความรู้.....	106
ภาพที่ 4.6 แหล่งให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษา.....	113
ภาพที่ 4.7 การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง.....	116
ภาพที่ 4.8 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม.....	118

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณลักษณะขององค์การยุคใหม่ในการปรับองค์การให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ควรเป็นองค์การที่มีแสวงหาโอกาสในการบริหารการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ มีการสร้าง ผลงานและอนาคตขององค์การ โดยให้บุคคลในองค์การมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกัน และกันอย่างต่อเนื่อง (วิโรจน์ สารรัตนะ 2545) และมีการพัฒนาไปพร้อมๆ กันทั้งองค์การ ทำให้ คนในองค์การมีความสุข และเกิดการเรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ประพนธ์ ผาสุกยัต 2547) เพื่อ ความอยู่รอดในสังคมปัจจุบันที่เป็นสังคมยุคเศรษฐกิจฐานความรู้ องค์การต่างๆจึงต้องมีการปรับตัว เพื่อให้องค์การอยู่รอดและยั่งยืน รวมทั้งการได้เปรียบทางการแข่งขัน สิ่งที่สำคัญที่จะนำไปสู่การ ความได้เปรียบทางการแข่งขัน คือ "นวัตกรรม" การสร้างนวัตกรรมในองค์กรจำเป็นต้องมีการ พัฒนาระบบการทำงาน โดยการใช้การจัดการความรู้ (Knowledge Management) มาเป็น เครื่องมือ เพื่อนำองค์การไปสู่พัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

การจัดการความรู้เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ของกระบวนการเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับการ ประมวลข้อมูล สารสนเทศ ความคิด การกระทำ ตลอดจนประสบการณ์ของบุคคลเพื่อสร้างเป็น ความรู้หรือนวัตกรรม มีการรวบรวม จัดเก็บไว้เป็นคลังความรู้ และบุคคลในองค์การสามารถ นำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดการแบ่งปัน และถ่ายโอนความรู้ แพร่กระจายความรู้ไปทั่วทั้ง องค์การ และพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (พรธิดา วิเชียรปัญญา 2547: 3 และน้ำทิพย์ วิภาวิน 2547: 15) เพื่อสนองตามนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่มุ่งเน้นให้มีการพัฒนา ระบบบริการให้มีคุณภาพบนรากฐานการจัดการความรู้ เพื่อการบรรลุตามเป้าหมายประชาชนมีความสุข ภาวะที่ดีทั้งทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นบูรณาการ และอยู่บนหลักการ ฟังฟังและดูแลตนเอง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้มาตรฐานเทคโนโลยีและนวัตกรรม และต่อเนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ถึง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ยังคงให้ความสำคัญกับการสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการ ความรู้ และมีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ และ

ความมั่นคงในการดำรงชีวิต ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง (2551: 17)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทย อันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งทุกชนิดและโรคหัวใจ และจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี 2542 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 2 ในชายไทย รองจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) ส่วนในเพศหญิงโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียดัชนี DALYS ที่สำคัญอันดับ 2 รองจากโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และได้มีการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง 2 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2526 ศึกษาในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่ามีความชุก 690 ต่อประชากร 100,000 และจากการศึกษาปี 2537 – 2539 เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุจาก 4 ภาคของประเทศไทยพบความชุก 1.12% จากข้อมูลทางระบาดวิทยาในปัจจุบัน คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ราวปีละ 100,000 – 150,000 ราย และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละรายจะต้องใช้จ่ายไม่ต่ำกว่าคนละ 100,000 – 1,000,000 บาท/ปี ทำให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนเงินมหาศาล

สถิติโรคที่ผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลนภักดิ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้บริการ ทั้งหมด 512 ครั้ง ต่อปี ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จัดเป็นลำดับที่ 17 ของสถิติโรคของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลนภักดิ์ (ข้อมูลตั้งแต่ 1 ต.ค.2547 – 30 ต.ค. 2548) ซึ่งถ้าพิจารณาจากจำนวนครั้งของการมารับบริการและการจัดลำดับโรคจะดูว่าไม่จัดเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง แต่ด้วยว่าโรคหลอดเลือดเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความพิการทางกายและจิตใจ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ที่พบได้บ่อย คือ แผลกดทับ โรคปอดอักเสบจากการสำลัก / จากภูมิต้านทานในร่างกายต่ำ ข้อติด และที่พบมากคือ ภาวะทางด้านจิตใจ ซึ่งผลกระทบนี้เกิดกับตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกระทบต่อ ครอบครัวผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

นอกจากนั้นสถิติยอดผู้ใช้บริการที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมาใช้บริการด้วยมีภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ แผลกดทับ ข้อติด ปอดอักเสบ จากการค้นหาสาเหตุโดยการประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินความรู้ทักษะของผู้ดูแลพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการดูแลแต่ไม่มีเวลาในการดูแลจากการต้องปฏิบัติหน้าที่หลายอย่าง และส่วนหนึ่ง ผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะประสบการณ์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้

ระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลต้องขาดรายได้จากการต้องดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และยังทำให้มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงด้วย ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลนภลัยยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน แต่จากการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากรายการค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลนภลัยที่แสดงค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5 ราย พบว่าผู้ป่วย 1 ราย ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ประมาณ 20,000–40,000 บาท / ครั้ง (ข้อมูล 1 ตุลาคม 2548 – 30 กันยายน 2549) (ไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่ใช้สำหรับการเดินทาง ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว) ซึ่งผลกระทบต่อการบริหารงบประมาณของโรงพยาบาล จำเป็นอย่างยิ่งที่ทางโรงพยาบาลนภลัยต้องให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

ปัจจุบัน โรงพยาบาลนภลัยมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนและยังขาดการดูแลร่วมกัน โดยสหวิชาชีพที่เป็นแนวเดียวกัน ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังขาดการเป็นทีมในการปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และ ด้วยปัจจุบันแผนพัฒนาแห่งชาติ ฉบับที่ 9 - 10 เน้นการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีหลักเกณฑ์การพิจารณาการแบ่งงบประมาณตามผลงาน และตามค่าหัวประชากรในเขตพื้นที่ ทำให้โรงพยาบาลต้องมีการบริหารจัดการที่ดี มีคุณภาพ โดยการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีน้าการจัดการความรู้ (Knowledge Management) มาเป็นกระบวนการในการพัฒนางาน พร้อมทั้งการจัดการความรู้ยังเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งของกรมการพัฒนาข้าราชการพลเรือน (กพร.) และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคลในองค์กรเน้นความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน จนเกิดเป็นความรู้ใหม่ คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันที่สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนางาน

ผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องให้การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลนภลัย ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาให้โรงพยาบาลนภลัยมีรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีการปฏิบัติเป็นแนวทางทางเดียวกัน โดยการนำการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ในรูปแบบของ โนนาคะและทาคิวชิ เข้ามาเป็นเครื่องมือ เนื่องจาก รูปแบบการจัดการความรู้ของ โนนาคะและทาคิวชิ มีวงจร 4 ขั้นตอน ที่เรียกว่า "SECI" ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล

(tacit knowlegde) ให้ถูกถ่ายทอดออกมาและความรู้นั้นถูกเปลี่ยนเป็นความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) มีการรวบรวมเป็นความรู้ใหม่ คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้และผู้รับผลประโยชน์ มีความเหมาะสมที่จะนำไปปฏิบัติในบริบทของโรงพยาบาลตลิ่งชัน และจะมีการวนเวียนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปเรื่อยๆ เป็นเกลียวไม่มีจบสิ้น ซึ่งเป็นการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง (บดินทร์ วิจารณ์, 2547) สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีการเรียนรู้จากการทำงาน (Learning by doing) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความสามารถ ส่งเสริมความสามัคคีในองค์กร ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข มีบรรยากาศการปฏิบัติงานที่ดี (วรภัทร์ ภูเจริญ 2548 : 131) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ

2.2 เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นไปใช้

## 3. ประเด็นปัญหาการวิจัย

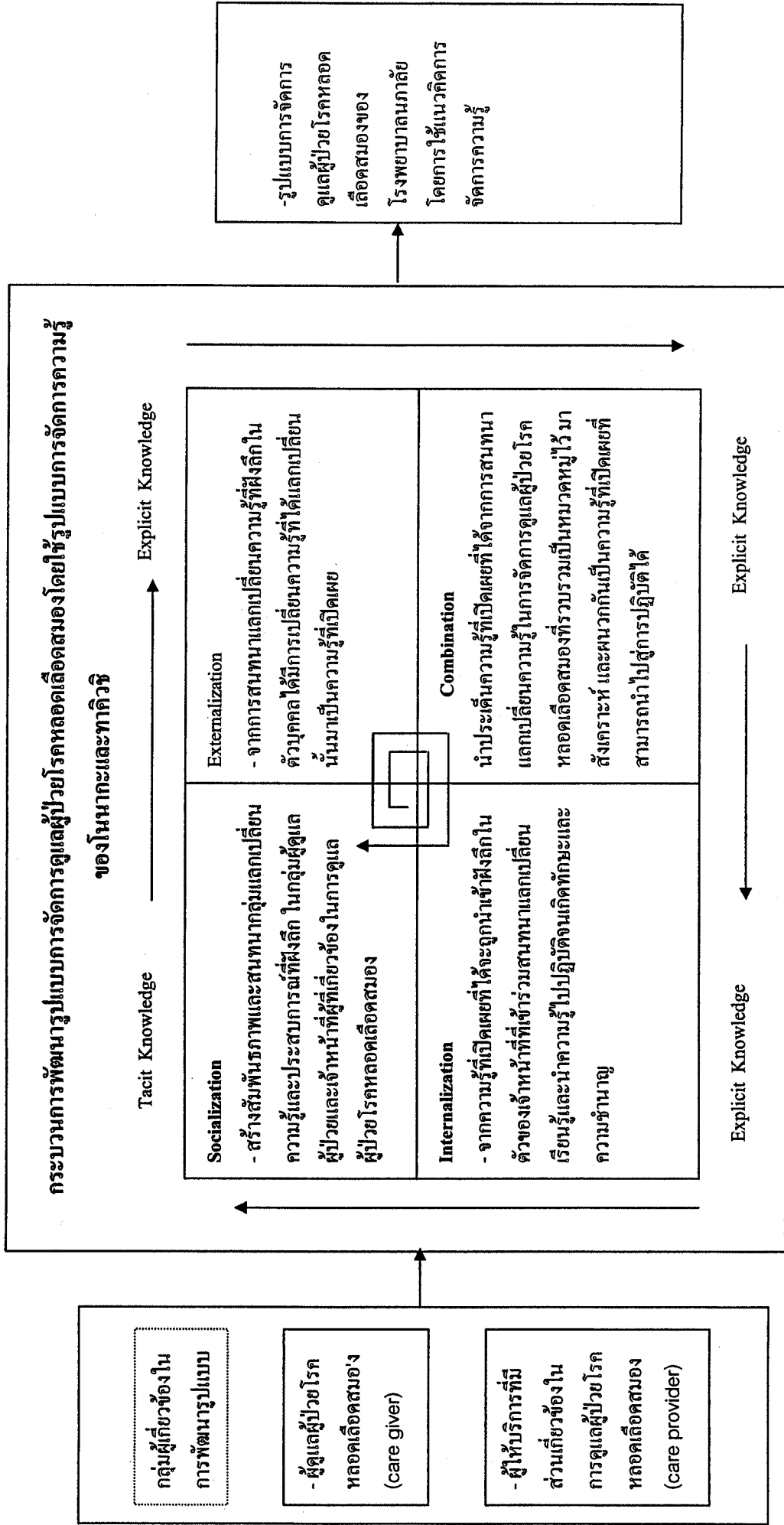
3.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิมีรูปแบบอย่างไร

3.2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เพียงใด

## 4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัย ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้นำผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์รูปแบบการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอน Socialization – Externalization – Combination – Internalization เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนภักดิ์ สรุปเป็นกรอบแนวคิด  
ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## 5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลนภักดี โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงโดยใช้หลักการสนทนากลุ่มและหลักการของการจัดการความรู้มาเป็นกรอบแนวคิดในการคัดเลือก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม *กลุ่ม 1* กลุ่มพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม 2550 และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดทางสมองที่มารับบริการในสถานะผู้ป่วยในช่วงเดือนที่เก็บข้อมูล คือ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2550 ถึง 30 กันยายน 2550 จำนวน 6 คน *กลุ่ม 2* เป็นกลุ่มประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน

## 6. ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด 3 ประการ ดังนี้

6.1 ระยะเวลา เนื่องจากมีข้อจำกัดในการศึกษา ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยใน phase แรกของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) คือ มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้นำประเด็นความรู้ที่ได้ร่วมกับความรู้ทางวิชาการ ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้เพิ่มขึ้นตอนการประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ และผู้ให้บริการที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบเป็นผู้ประเมิน

6.2 ตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยมีประสบการณ์ ทักษะในการทำการวิจัยโดยการใช้การจัดการความรู้ที่น้อย และยังขาดทักษะในการสกัดความรู้ที่ฝังลึกที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อาจมีผลทำให้ประเด็นความรู้ที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้ยังไม่สมบูรณ์ ถึงแม้จะมีการเตรียมตัวผู้วิจัยโดยการเข้าร่วมกับกลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ในการใช้การจัดการความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบล จอมปลวก อำเภอ

บางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม โดยผู้วิจัยได้เป็นผู้ดำเนินการกลุ่มในการจัดการสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ได้ประสบการณ์ ข้อบกพร่องในดำเนินการกลุ่ม

### 6.3 ผู้เข้าร่วมสนทนา

การเลือกผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์ ในการดูแลที่ดีซึ่งอยู่ในบริบทของโรงพยาบาลนภลัย ดังนั้นความรู้ ประสบการณ์ที่ดีที่ประสบ ผลสำเร็จ (best practice) ที่ได้จะอยู่ในบริบทของโรงพยาบาลนภลัย ผู้วิจัยไม่ได้นำมาจาก ประสบการณ์ที่ดีที่ประสบผลสำเร็จ(best practice) ที่อยู่ในระดับที่สูงกว่า และผู้วิจัยได้ประมวล แนวคิดทางทฤษฎีมาประกอบเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความ เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนภลัย ซึ่งบริบทของโรงพยาบาลนภลัยก็มีข้อจำกัดที่ต่างจาก โรงพยาบาลอื่น

## 7. นิยามศัพท์

7.1 ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ด้านโภชนาการ เจ้าหน้าที่ งานสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เจ้าหน้าที่ งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลนภลัย

7.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ญาติผู้ป่วย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย จากญาติผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลนภลัย

7.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือด สมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ แบ่งประเภทสาเหตุการเกิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) โรคหลอดเลือดทางสมองที่เกิดจาก เลือดออก (Hemorrhagic Stroke) ที่อยู่ในระยะเรื้อรัง มีความพิการทางกาย ไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้

7.4 การจัดการความรู้ หมายถึง กระบวนการจัดการความรู้ตามรูปแบบของ โนนากะและทาคิวชิ ที่ใช้ดำเนินการเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

7.4.1 *Socialization* : การแลกเปลี่ยนความรู้ที่ฝังลึก (tacit knowledge) ของ กลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองเป็นลักษณะการร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์โดยการเล่า ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**7.4.2 Externalization** : การเปลี่ยนความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลของผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผย โดยการถอดเทปการสนทนา การจดบันทึกคำพูดจากการสนทนา รวบรวมเป็นหมวดหมู่ของประเด็นความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร

**7.4.3 Combination** : การนำประเด็นความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รวบรวมเป็นหมวดหมู่ไว้ มาสังเคราะห์ และผนวกกันเป็นความรู้ที่เปิดเผย คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**7.4.4 Internalization** : ความรู้ที่เปิดเผยที่ได้จะถูกนำเข้าไปฝังลึกในตัวของผู้เจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำความรู้ไปปฏิบัติจนเกิดทักษะและความชำนาญ

**7.5 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง แบบแผนเบื้องต้นที่ใช้เป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลนภลัยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงชุมชน โดยการนำกระบวนการจัดการความรู้ของโนนาคะและทาคิวชิ มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ

**7.6 ความรู้ใหม่** หมายถึง ความรู้เชิงปฏิบัติที่ได้มาจากการปฏิบัติที่ดี (best practice) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้มาจากการสนทนากลุ่มตามกระบวนการ SECI

**7.7 ความรู้เดิม** หมายถึง ความรู้ของผู้ดูแลและผู้ให้บริการซึ่งได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนเริ่มการวิจัยครั้งนี้

**7.8 คุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ** หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งแต่ละคนจะแตกต่างกัน ขึ้นกับปัญหาและสรีรภาพการเจ็บป่วยที่เข้ามารักษา

**7.9 ความเหมาะสมในการนำรูปแบบไปใช้** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลนภลัยและต่อเนื่องถึงชุมชน โดยสามารถวัดได้จากแบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปใช้

## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมและมีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ ความต้องการของบุคลากร โรงพยาบาลนภักดิ์ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลนภักดิ์

8.2 บุคลากรในโรงพยาบาลนภักดิ์มีแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรูปแบบที่สร้างขึ้น

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ ผู้วิจัย ได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบริบทโรงพยาบาลนภลัย โดยกำหนดเนื้อหาที่ศึกษารอบคลุมในประเด็นต่างๆดังนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลนภลัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้
2. แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. แนวคิด ทฤษฎีการจัดการความรู้ การจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและ ทาคิวชิ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบตามแนวการจัดการความรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. บริบทของโรงพยาบาลนภลัย

โรงพยาบาลนภลัยเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ที่ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม เปิดดำเนินการโดยเริ่มจากขนาด 30 เตียง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ขยายเป็นโรงพยาบาล 60 เตียง ในปี 2531 และขนาด 90 เตียง ในปี พ.ศ. 2537 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน

##### 1.1 วิสัยทัศน์

ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมนำไปสู่บางคนทีแข็งแรง

##### 1.2 พันธกิจ

1.2.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

1.2.2 ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

### 1.3 ขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบ โรงพยาบาลภาคีมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

**1.3.1 ให้การบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน** เป็นบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ บริการด้านการควบคุมและป้องกันโรค บริการด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ บริการด้านระบบรับส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อ

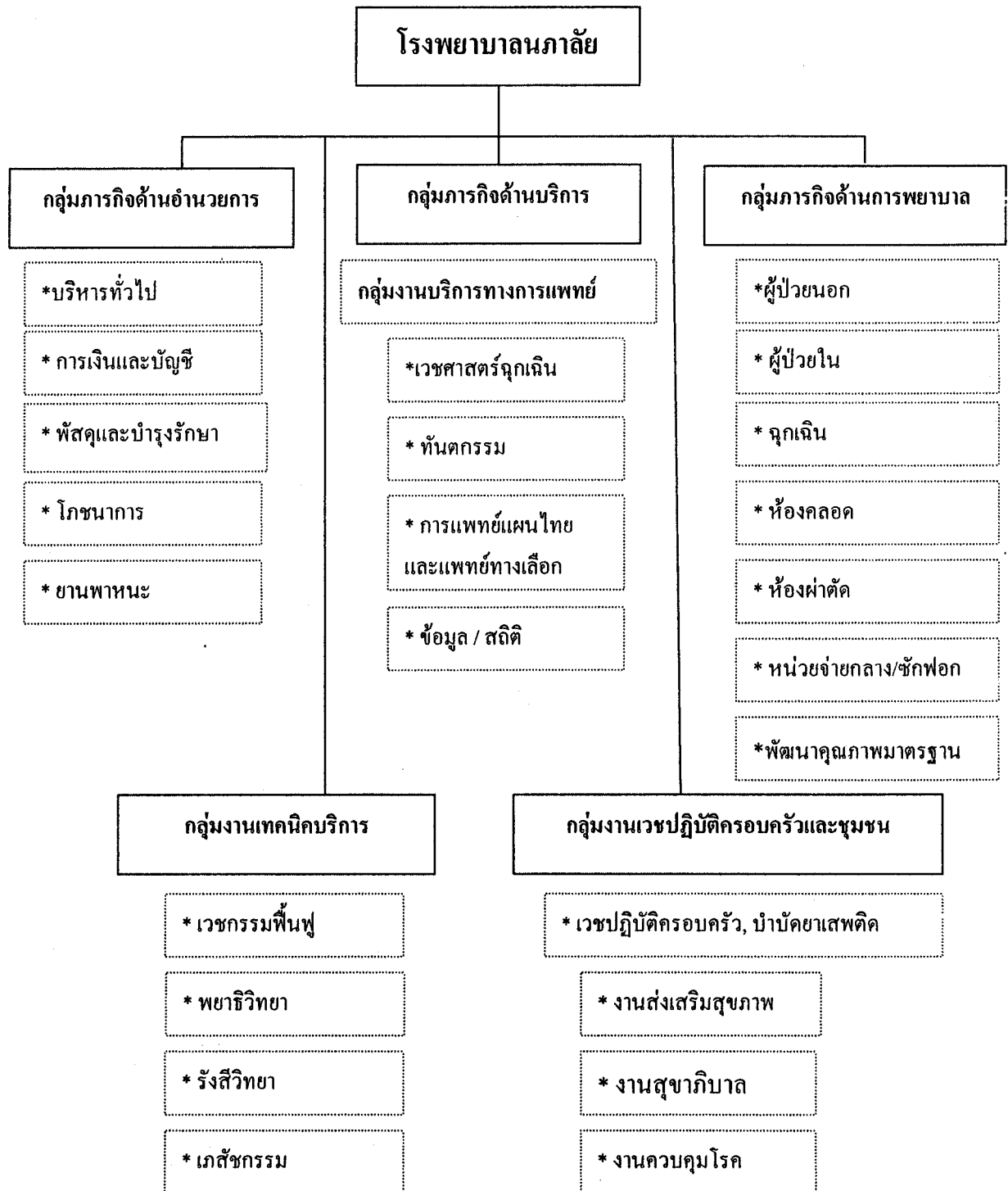
**1.3.2 ด้านวิชาการ** โดยให้การฝึกอบรมและสนับสนุนทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุขแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการศึกษาค้นคว้าวิจัย ให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุขแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### 1.3.3 ดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน

นอกจากนี้ยังมีหน้าที่อื่นๆ อาทิ การได้รับมอบหมายจากหน่วยงานระดับจังหวัดหรือกระทรวงสาธารณสุข หน้าที่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

### 1.4 โครงสร้างการจัดองค์กร

โรงพยาบาลภาคีมีสายการบังคับบัญชาที่ขึ้นตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และมีการจัดโครงสร้างองค์กรภายในโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุน ให้มีการบริหารงานที่ดีไม่ซับซ้อน จึงมีการจัดโครงสร้างองค์กรแบบแนวราบ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุด แบ่งเป็น 3 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ ด้านอำนวยการ ด้านบริการ ด้านการพยาบาล และ 2 กลุ่มงาน ได้แก่ งานเทคนิคบริการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน



ภาพที่ 2.1 โครงสร้างการจัดองค์กรภายในโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

จากพันธกิจและขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนภลัย จะเห็นได้ว่าทางโรงพยาบาลนภลัยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กร โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ มีการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพเพื่อตอบสนองการบรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนด ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการที่ดี มีคุณภาพ โดยการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นการให้บุคลากรในโรงพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit knowledge to tacit knowledge) และ เปลี่ยนความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลให้เป็นความรู้ที่เปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยเป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียน เป็นการนำความรู้ในคนออกมา และรวบรวมความรู้ ที่เปิดเผยเข้าด้วยกัน (explicit knowledge to explicit knowledge) ได้เป็นความรู้ใหม่ (new knowledge) ที่มีความลึกซึ้งยิ่งขึ้น สามารถนำไปเผยแพร่ และนำลงสู่การปฏิบัติ และความรู้ที่ได้รับเข้านั้นจะย้อนกลับเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล และถูกถ่ายทอดไปยังกระบวนการทำงานในองค์กร เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรให้เป็นเลิศ วสันต์ ลาจันทร์ (2548: บทคัดย่อ) กล่าวว่า การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ประสานสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและเข้าใจหลักการจัดการความรู้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้การจัดการความรู้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับ ภาควิมิ รัตนวิวัฒน์พงศ์ (2547: บทคัดย่อ) ที่กล่าวว่า ผลการนำคลังความรู้มาใช้ทำให้ผู้ควบคุมระบบสามารถตัดสินใจเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้รวดเร็วขึ้น โดยเฉลี่ยร้อยละ 40 และผู้ร่วมงานในส่วนต่างๆ สามารถถ่ายทอด แบ่งปันความรู้ที่มีอยู่ให้เข้าใจกันได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง

การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ จนสามารถนำความรู้นั้นมาพัฒนาระบบคุณภาพบริการขององค์กร นั้น สิ่งสำคัญคือ การพัฒนาคุณภาพบริการนั้นควรมีความสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการขององค์กร ซึ่งจากการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโรงพยาบาลนภลัยมีการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลนภลัยจึงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการที่ดี มีคุณภาพตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และยังทำให้ช่วยลดความซับซ้อนในงาน เพิ่มความสุขในการปฏิบัติงาน (วิจารณ์ พานิช 2549)



## 2. แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 1) เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือมีเลือดออกในโพรงกระโหลกศีรษะ อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท (นิจศรี ชาญณรงค์ 2547: 59) ซึ่งอาจเป็นบางส่วนหรือทั้งหมดก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงนานเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 1) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยตามมาโดยทำให้เกิดความบกพร่อง (impairment) ในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถ (disability) ในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ มีความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap) ซึ่งเป็นความเสียเปรียบของบุคคลอันมีผลจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ 2547: 59)

การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยทีมผู้ดูแลที่ทำงานในลักษณะร่วมมือกันระหว่างสหวิชาชีพ จึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่จะต้องช่วยกันค้นหาวิธีการจัดการดูแลที่ดีที่สุดจากแหล่งความรู้ต่างๆ ประสพการณ์ รวมทั้งการค้นคว้าหาความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนของการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ คือ การประเมินสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหา การเลือกวิธีการจัดการที่ดีที่สุด การติดตามประเมินผล และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามความเหมาะสม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติซึ่งถือว่ามีผลสำคัญ (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ 2550: 21) อย่างไรก็ตาม การจัดการดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญทั้งในด้านการป้องกัน การส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการดูแลและพึ่งพาตนเองและช่วยหรือประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตลอดจนเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาและใช้ศักยภาพในการดูแลและพึ่งพาตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยในทุกด้าน (สมจิต หนูเจริญกุล 2550: 20)

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย จะต้องมีโครงสร้างของการจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเชื่อมโยงนโยบายและแหล่งประ โยชน์ในชุมชน เพื่อให้บริการที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและเป็นรูปแบบของการทำงานร่วมกันทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย ผู้ป่วยและครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล 2550: 20) เน้นการพัฒนาศักยภาพการดำรงชีวิตของบุคคลที่เจ็บป่วย เป้าหมายของการดูแลจะผสมผสานระหว่างการปรับตัวด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิต อารมณ์ของผู้ป่วยและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้ตามปกติ (อรรพรรณ เกตุแก้ว 2548: 33) และเป็นการจัดการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยมีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพและ

การส่งต่อผู้ป่วย ช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีที่ปรึกษาโดยทีมสุขภาพทำให้มีการตัดสินใจ ที่ดี และสะดวก (ประคอง อินทรสมบัติ 2550: 57) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุคมรัตน์ ชัดระฆามา (2549) พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบการจัดการทางพยาบาลรายกรณี ที่บูรณาการระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วย พบว่าสามารถลดระยะเวลาวันนอน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน

การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นลักษณะการจัดการดูแลตามลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง และความพิการที่ยังคงหลงเหลืออยู่ และการป้องกัน การฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังนี้

## 2.1 การจัดการด้านร่างกาย ประกอบด้วย

**2.1.1 การจัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ** ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาการเคี้ยวการกลืน เนื่องจากกล้ามเนื้อปากอ่อนแรงหรือผู้ป่วยไม่รู้สึกรับรสที่สูญเสียการกลืน (สุดศิริ หิรัญชุนหะ 2541: 17) ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน อาการกลืนลำบากเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย โดยเฉพาะหลังเกิดโรคใหม่ๆและเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการสำลักและปอดอักเสบ (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 69; Phipps 1995 อ้างใน ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย 2548: 10) และการนอนนานๆทำให้มีความอยากอาหารลดลง การรับรสเปลี่ยนไป อัตราการดูดซึมสารอาหารลดลง ทำให้มีโอกาสขาดสารอาหาร การจัดการโดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับประทานอาหาร มีผลทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อม เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้อาหารแก่ผู้ป่วย (ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย 2548: 9; สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัก 2540: บทคัดย่อ)

**2.1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ** ปัญหาการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ เป็นปัญหาที่สำคัญมักพบในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีอัตราการเสียชีวิตสูง ในรายที่รอดชีวิตก็มักต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 199) ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การกลืนอุจจาระไม่ได้ ท้องผูก ซึ่งอาจเกิดจากอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้ (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 69) ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัสสาวะคั่งค้างทำให้ความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปัสสาวะได้เอง (Hickey 1986 อ้างใน ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย 2548: 10) กิ่งแก้ว ปาจริย์ (2547: 192) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่กลืนปัสสาวะไม่ได้มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่กลืนปัสสาวะได้จากปัญหาต่างๆทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ วิธีการสนองความต้องการดังกล่าวขึ้นกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่ถ่าย

ปีสสาวะไม่ออกอาจได้รับการสวนสายคาปีสสาวะในระยะแรก และมีแผนการฝึกการขับถ่าย อุจจาระ การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลด้านการขับถ่าย ทำให้มีการป้องกันท้องผูกในผู้ป่วยได้ (ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย 2548: 9) และการจัดการดูแลเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารที่มีเส้นใยเพียงพอร่วมกับการให้โปรแกรมการขับถ่าย สามารถช่วยลดปัญหาการขับถ่ายไม่ปกติได้ (เอี่ยมพร พันธสนธิ 2547)

**2.1.3 การคงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล** ป้องกันการเกิดปัญหาทางผิวหนังและคงไว้ซึ่งระดับอุณหภูมิที่ปกติ ผู้ป่วยที่สูญเสียการควบคุมร่างกายด้วยตนเองทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองในการดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลหรือกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การเคลื่อนย้ายร่างกาย (สุดศิริ หิรัญชอุณหะ 2541: 17) และจากการนอนนานทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับ และมีการติดเชื้อที่แผล (นวพร ชัชวาลพาณิชย์ 2547: 89) ซึ่งการที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 42 (รักษนันท์ ขวัญเมือง 2544 อ้างถึงใน ช่อผกา สุทธิพงษ์ 2549: 57) ทำให้มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่มีแผลกดทับ (Brem & Lyder, 2004) และภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการเกิดแผลกดทับและระดับความรุนแรงของแผลกดทับเท่ากับ 2.157 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ช่อผกา สุทธิพงษ์ 2549: 64) ภาวะทุพโภชนาการมีผลกระทบโดยตรงต่อความสมบูรณ์ของผิวหนัง (Roy & Andrew 1999) มีผลทำให้เกิดแผลกดทับสูงขึ้นเป็น 4 เท่าของผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ และการนอนนานๆทำให้มีสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจตอนล่างคั่งค้างมากขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และอาจเกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ตามมาได้

**2.1.4 การคงไว้ซึ่งการพักผ่อนที่เพียงพอ** ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีผลต่อการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย แบบแผนการพักผ่อนที่เปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลเนื่องจากความเจ็บปวด ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีอาการปวดไหล่จากข้อไหล่หลุด (ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์ 2547: 129) อาการปวดกล้ามเนื้อ จากความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ (วิษณุ กัมทรทิพย์ 2547: 101)

**2.1.5 การพัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหวและกระทำกิจกรรมต่างๆ** ผู้ป่วยที่เกิดการสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกายอาจเป็นการสูญเสียบางส่วน เช่น แขนและขาซีกหนึ่งซีกใดอ่อนแรง หรือการสูญเสียการเคลื่อนไหวแขนและขาทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ต้องการให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกการคงทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (สุดศิริ หิรัญชอุณหะ 2541: 18) ป้องกันการเกิดข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ เป็นการส่งเสริมการทำงานของร่างกายให้กลับสู่สภาพเช่นเดิมหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพราะปัญหาจากการนอนนานมีผลกระทบต่อระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal system) ทำให้มีอาการ

กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลงจากการไม่ได้ใช้งาน ข้อต่อยึดติด ภาวะกระดูกพรุน (นวพร ชัชวาล พาณิชย์ 2547: 77)

**2.1.6 การพัฒนาการสื่อสาร** ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้ายจะมีปัญหาด้านการพูดและสื่อภาษามากกว่าซีกขวา เนื่องจากสมองซีกซ้ายทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิด การอ่าน ความจำ (นฤมล อนุมาศ 2539: 65) ปัญหาการสื่อสารที่พบบ่อยได้แก่ การใช้ภาษา การพูด เช่น พูดไม่ชัด และมีความลำบากในการตั้งใจพูด ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 189) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกเล่าถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์ซึมเศร้าได้ (Parikh 1990) จากการศึกษาของ นฤมล อนุมาศ (2539) พบว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยฟื้นกลับคืนสภาพปกติได้เร็วที่สุด คือ 1 สัปดาห์แรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นในระยะนี้ทีมสุขภาพ และผู้ดูแลครอบครัว เป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือซึ่งจะช่วยในการฟื้นฟูสภาพได้ดียิ่งขึ้น โดยควรมีความเข้าใจถึงสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย

**2.1.7 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง** ส่งเสริมการพึ่งตนเอง รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสูญเสียสมรรถภาพหลายอย่าง ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนวิธีการช่วยเหลือตนเองและใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นเพื่อชดเชยความสามารถที่บกพร่องไป รวมทั้งการดัดแปลงสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้และดำรงชีวิตได้อย่างอิสระมากที่สุด (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 247) สามารถทำกิจกรรมนั้นได้อย่างปลอดภัย

**2.2 การจัดการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม** จากการศึกษาที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง และมีอาการซึมเศร้าสูง (Logsdon, Usui, Cronin & Miracle 1998 ; Ellis - Hill & Horn 2000 อ่างใน ช่อพกา สุทธิพงษ์ 2549: 57) ร้อยละ 11 ถึง 68 ใน 1 ปีแรกภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย กลับบ้าน ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด โดยพบร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นปัญหาสำหรับผู้อื่น มีความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีความสนใจในการฟื้นฟูสภาพตนเอง ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามได้ โดยเฉพาะการสูญเสียความเชื่อมั่น การมีคุณค่าในตนเอง (Feibel & Springer 1982) สูญเสียความพึงพอใจในตนเองและอัตมโนทัศน์รู้สึกไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง (ทศพร คำผลศิริ 2548) และการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีได้รับการดูแลตามความต้องการหรือการพัฒนาความสามารถไม่ได้ก้าวหน้า ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกว่าตนเองเป็นคนน่าเบื่อ ผู้ป่วยจึง

ต้องการบุคคลซึ่งให้ความเป็นมิตร เข้าใจถึงความรู้สึก ช่วยเหลือ และดูแลอย่างใกล้ชิด (Grant 1996; Wood 1991 อ้างใน สุตศิริ หิรัญชอุณหะ 2541: 20) ภาวะซึมเศร้ายังมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นอย่างมากและมักมีผลกระทบต่อการศึกษาประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (กิ่งแก้ว ปาจริย์ 2547: 226) และปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสืบเนื่องมาจากการสูญเสียความรู้สึกสัมผัส ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์ 2544: 285) และบรอนสไตน์ (Bronstein 1991 อ้างใน สุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ 2543: 15) รายงานว่ามี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายและก้าวร้าว ขาดความอดทน ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพด้านจิตสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจถึงภาวะอารมณ์และจิตสังคมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตใหม่ในสังคมอย่างมีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น (สุตศิริ หิรัญชอุณหะ 2541: 22) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคม

**2.3 การจัดการด้านเศรษฐกิจ** การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัวในเรื่องของการขาดรายได้ กำลังการซื้อลดลง ผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ในครอบครัว (ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย 2548: 10) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีผลกระทบต่อรายได้ของผู้ดูแล พร้อมทั้งผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วย

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพต้องมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีความครอบคลุมและต่อเนื่อง และผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการ/ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดการดูแลต้องมีการร่วมมือกันระหว่างสหวิชาชีพผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายช่วยกันค้นหาวิธีการจัดการการดูแลที่ดีที่สุดจากแหล่งความรู้ต่างๆ ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลและประสบการณ์จากการปฏิบัติงาน เพื่อการค้นคว้าหาความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในทุกขั้นตอน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกระบวนการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยที่กระบวนการจัดการความรู้ จะเน้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์โดยตรงซึ่งจะเป็นทั้งประสบการณ์ที่ล้มเหลวและประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะสามารถตอบสนองความต้องการที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างแท้จริง และเหมาะสมกับการนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

### 3. แนวคิด ทฤษฎีการจัดการความรู้ การจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและ ทาคิวชิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 3.1 แนวคิด ทฤษฎีการจัดการความรู้

3.1.1 ความหมายและความสำคัญของความรู้ ก่อนที่จะทำให้มีความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการความรู้ ขอให้ทำความเข้าใจกับ คำว่า "ความรู้" ความรู้ คือ สารสนเทศที่ผ่าน กระบวนการคิด เปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้จนเกิดเป็นความเข้าใจ และนำไปใช้ในการสรุป และตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้โดยไม่จำกัดเวลา และการนำความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวคน ไปใช้งาน ก่อให้เกิดประโยชน์ เข้าใจมากยิ่งขึ้น เรียกว่า "ปัญญา" (Hideo Yamazaki อ้างใน บุญดี บุญญาภิกิจ และคณะ 2548: 13-14; วรภัทร ภูเจริญ 2548: 139) การมีข้อมูลเพียงอย่างเดียวจึงไม่ถือว่าเป็น ความรู้ สิ่งสำคัญต้องสามารถนำข้อมูลมาสังเคราะห์ พัฒนา วิจัย และนำมาประยุกต์ใช้โดยการแปล ข้อมูลได้เป็นความรู้ (บุญดี บุญญาภิกิจ 2548: 15 และ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ 2545) การพัฒนา ความรู้ ต้องมาจากกระบวนการเรียนรู้ทั้งจากการศึกษาและประสบการณ์อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ซึ่ง กระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 1) การแสวงหาความรู้ 2) การแปลความหมาย ทำความเข้าใจกับ ความรู้ 3) การประยุกต์ใช้ความรู้ที่มี (บุญดี บุญญาภิกิจ 2548: 15) โดยมีความเกี่ยวข้องกับการกระทำ และผลที่ตามมาเป็นประสบการณ์ที่ต่อเนื่อง การจัดการกระทำเปลี่ยนแปลงข้อมูลเป็นความรู้ นั้น กระทำได้โดยกลุ่มคนบางคนหรือทั้งหน่วยงาน (เมโด และคณะ 2000 ; Peter Drucker 2004: 1 อ้าง ถึงใน บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และ พิเชฐ บัญญัติ 2549: 13-6) และนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิผล (Peter Senge 2005 อ้างในบุญทิพย์ สิริธรรังศรี และพิเชฐ บัญญัติ 2549: 13-7) โดยเมื่อนำความรู้ไปใช้จะ ยิ่งทำให้ความรู้ที่นั้นเจริญงอกงามขึ้น (วิจารณ์ พานิช 2547)

ความรู้ อาจไม่ได้อยู่ในรูปแบบของเอกสารเพียงอย่างเดียวแต่อาจอยู่ในรูป ของการทำงานประจำจนเกิดเป็นทักษะ กระบวนการ วิธีการปฏิบัติ เกิดจากการเรียนรู้และ ประสบการณ์ และความเชื่อใน องค์การนั้นๆ รวมถึงพรสวรรค์ซึ่งถือเป็นความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัว บุคคล (Dave Snowden และ Thomas Davenport และ Laurence Prusak อ้างใน บุญดี บุญญาภิกิจ และ คณะ 2548: 18)

ความรู้ ตามแนวคิดของไมเคิล โปแลนด์ (Michael Polanyi) และอิจิโร โนนากะ (Ikujiro Nonaka) จำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ Tacit และ Explicit Knowledge โดยให้ คำจำกัดความของความรู้ทั้ง 2 ประเภท ดังนี้ (อ้างถึงใน บุญดี บุญญาภิกิจ และคณะ 2548: 16)

1) *ความรู้ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge)* เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวของบุคคล มีลักษณะเป็นนามธรรม เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ พรสวรรค์ ความรู้ชนิดนี้พัฒนาและแบ่งปันกันได้ แต่ไม่สามารถที่จะถ่ายทอดออกมาได้ทั้งหมด จึงเป็นความรู้ที่ก่อให้เกิดความได้เปรียบในการแข่งขันขององค์กร

2) *ความรู้ที่เปิดเผย (Explicit Knowledge)* เป็นความรู้ที่เปิดเผย เป็นเหตุเป็นผลมีลักษณะเป็นรูปธรรม สามารถถ่ายทอดออกมาในรูปแบบต่างๆ ได้ ทำให้คนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เมื่อพิจารณาความรู้ทั้ง 2 ประเภท พบว่าความรู้ในองค์กรส่วนใหญ่เป็นความรู้ประเภท Tacit มากกว่า ความรู้ Explicit เปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างความรู้ ประเภท Tacit : Explicit เป็น 80: 20 (บุญดี บุญญากิจ และคณะ 2548: 16) ถ้าเปรียบเทียบกับภูเขา น้ำแข็ง Explicit เปรียบเสมือนส่วนของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่ขึ้นพ้นน้ำ ซึ่งน้อยมากประมาณร้อยละ 20 ส่วน Tacit เปรียบเสมือนส่วนของภูเขาที่อยู่ใต้น้ำ ซึ่งมากถึงร้อยละ 80 และความรู้ทั้ง 2 ประเภท สามารถเปลี่ยนสถานะระหว่างกันได้ตลอดเวลา ขึ้นกับสถานการณ์ คือ explicit knowledge เมื่อบุคคลนำไปปฏิบัติจนเกิดความเคยชินก็จะกลายเป็น tacit knowledge และเมื่อมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์บุคคลก็จะถ่ายทอด tacit knowledge ออกมากลายเป็น explicit knowledge ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้ใหม่ ๆ โดยผ่านกระบวนการที่เรียกว่า Knowledge Spiral หรือ SECI Model ซึ่งคิดโดย Ikujiro Nonaka และ Takeuchi

ดังนั้น การสร้างความรู้จึงต้องทำให้เหมาะสมกับองค์กรและประเภทของความรู้ และต้องทำความเข้าใจว่าความรู้ชนิดใดเป็นความรู้ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงานขององค์กร และจะนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้อย่างไร (บุญดี บุญญากิจ 2548: 20)

สรุปได้ว่า ความรู้ คือ สิ่งที่เกิดจากการนำข้อมูล สารสนเทศ มาสังเคราะห์ วิเคราะห์ ด้วยกระบวนการทางความคิด จนเกิดเป็นความรู้ ที่สามารถนำไปใช้ได้ทุกสถานการณ์ และการนำไปใช้จนทำให้เกิดความชำนาญ เกิดเป็นปัญญา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยไม่มีหมดหรือสึกหรอ ซึ่งความรู้นั้นมีทั้งที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล (Tacit Knowledge) และ ความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) ซึ่งความรู้ทั้ง 2 ประเภทนี้ สามารถถูกเปลี่ยนสถานะเป็นซึ่งกันและกันได้ และคนเราสามารถมีการพัฒนาความรู้เพื่อยกระดับความรู้ได้อยู่ตลอดเวลา

**3.1.2 แนวคิดและความสำคัญของการจัดการความรู้** การจัดการความรู้เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการประมวลข้อมูล สารสนเทศ ความคิด การกระทำ ตลอดจนประสบการณ์ของบุคคลเพื่อสร้างเป็นความรู้ นวัตกรรมและจัดเก็บในลักษณะของข้อมูลที่เข้าถึงได้โดยอาศัย

ช่องทางต่างๆ ที่องค์กรจัดเตรียมไว้ เพื่อนำความรู้ที่มีอยู่ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งก่อให้เกิดการแบ่งปันและถ่ายโอนความรู้และความรู้จะแพร่กระจาย ไหลเวียนทั่วองค์กรเป็นไป การช่วยเพิ่มความสามารถในการพัฒนาผลผลิตในองค์กร (พรธิดา วิเชียรปัญญา 2547) ขอบเขตของการจัดการความรู้ครอบคลุมกระบวนการจัดหา การรวบรวม คัดสรร และการสร้างความรู้ (Knowledge construction หรือ Knowledge creation) จากประสบการณ์เดิมหรือประสบการณ์ใหม่ และเก็บไว้เป็นคลังหรือขุมความรู้ที่มีการหมุนไปใช้ทั้งในระดับบุคคล ระดับองค์กรและสังคม ความรู้นั้นอาจเป็นความรู้ใหม่หรือแบบต่อยอดความรู้เดิม โดยมีกระบวนการปฏิสัมพันธ์เพื่อการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันความรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความรู้ ทั้งในลักษณะเผชิญหน้าในสถานการณ์จริงหรืออาจมีการใช้เทคโนโลยีร่วมด้วย (บุญทิพย์ สิริรังศรี และพิเชฐ บัญญัติ 2549 : 13-9 ; เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ 2545 , ชัชวาล วงษ์ประเสริฐ 2548 : 164 – 165) โดยมีระบบการบันทึกเพื่อ การจัดเก็บความรู้ และมีการเผยแพร่ความรู้สู่สาธารณะเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี (best practice) (บุญทิพย์ สิริรังศรี และพิเชฐ บัญญัติ 2549: 13-9)

การจัดการความรู้เป็นกระบวนการ (Process) ต่อเนื่องที่ดำเนินการร่วมกัน เน้นการเรียนรู้แบบปฏิบัติ เพราะการปฏิบัติคนเราจะมีประสบการณ์ไม่เหมือนกันเมื่อนำมาแลกเปลี่ยนกันมากๆ ทำให้ยกระดับความรู้ ความเข้าใจขึ้นไปอีก ซึ่งจะเห็นว่า การจัดการความรู้ จะเน้นการเรียนรู้จากทักษะการปฏิบัติงาน ความรู้ที่เป็นความรู้ในคน ที่เรียกว่า tacit knowledge ถึงร้อยละ 80 - 90 และความรู้จากเอกสาร ตำรา ที่เรียกว่า explicit knowledge เพียงร้อยละ 10 - 20 ทำให้กลุ่มคนที่ดำเนินการจัดการความรู้ร่วมกันมีชุดความรู้ของตนเองที่ร่วมกันสร้างขึ้นเองสำหรับใช้งาน คนเหล่านั้นจะสร้างความรู้ขึ้นใช้เองอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยมีเป้าหมาย คือ พัฒนางาน พัฒนาคน (วิจารณ์ พานิช 2548: 5) ซึ่ง อารมณ์ ภูวิทยาพันธุ์ (2549) กล่าวว่าคนที่มีการเรียนรู้ตลอดเวลาทำให้มีโลกทัศน์และวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบการจัดการความรู้ยังช่วยเพิ่มศักยภาพในการตัดสินใจ ถึงร้อยละ 80 สร้างการยอมรับ เกิดความยืดหยุ่น สร้างนวัตกรรม เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล พัฒนาคุณภาพ ลดการทำงานซ้ำซ้อน มีการกระจายอำนาจ (บุญดี บุญญาภิจ และคณะ 2548: 9) ทำให้ได้การร่วมมือในการปฏิบัติงาน สร้างและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองและองค์กร เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สร้างแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพิ่มศักยภาพในการเพิ่มผลผลิต ช่วยทำให้องค์กรอยู่รอด สามารถเผชิญหน้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ Yogesh Malhotra อังโน เพ็ญจันทร์ แสนประสาร 2548 : 43)

การนำระบบจัดการความรู้มาใช้ ต้องสอดคล้องกับเป้าหมายรวมขององค์กร โดยที่การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือนำสติปัญญาขององค์กรมาเพิ่มพลัง (Synergy) นำไปสู่การ



พัฒนาตนเองและองค์กรได้อย่างยั่งยืน (นกคณ สุขสำราญ 2546) การจัดการความรู้ที่ดีมีลักษณะลงทุนน้อย แต่ได้ผลกระทบมาก ในทางตรงกันข้ามหากการจัดการความรู้ไม่ได้จะไม่คุ้มค่าการลงทุน ในการจัดการความรู้ไม่มีสิ่งใดหรือหลักการใดสำคัญยิ่งกว่าจินตนาการ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม 2548) ถ้ามองในภาพเชิงยุทธศาสตร์แล้ว การจัดการความรู้มีความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) ตามสถานการณ์และข้อจำกัดของแต่ละองค์กร ส่งผลให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ การจัดการความรู้ที่ดีต้องได้รับความรู้ที่ถูกต้อง (the right knowledge) ในสถานที่ถูกต้อง (in the right place) ณ เวลาที่ถูกต้อง (at the right time) (เพ็ญจันทร์ แสนประสาร, 2548 : 43)

กล่าวได้ว่า การจัดการความรู้ เป็นกระบวนการที่เป็นระบบ ซึ่งเกี่ยวกับการประมวลข้อมูล สารสนเทศต่างๆภายในองค์กร ตลอดจนประสบการณ์ของบุคคลเพื่อสร้างเป็นความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ๆ เป็นกระบวนการรวบรวมความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) ซึ่งมาจากประสบการณ์การทำงาน จากพฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคลในองค์กร โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้โดยปฏิสัมพันธ์กันอย่างสร้างสรรค์ จนได้เป็นความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) และสามารถนำไปทดลองปฏิบัติถ้าได้ผลดีจึงขยายการทดลองสู่การนำไปปฏิบัติทั้งองค์กรจนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร และเป็นกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดทั้งด้านการพัฒนางาน พัฒนาคน และพัฒนาฐานความรู้ และมีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ เพื่อสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงและการนำไปใช้ ซึ่งการจัดการความรู้ที่ดีต้องมี รูปแบบที่เหมาะสม

### 3.2 รูปแบบการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ

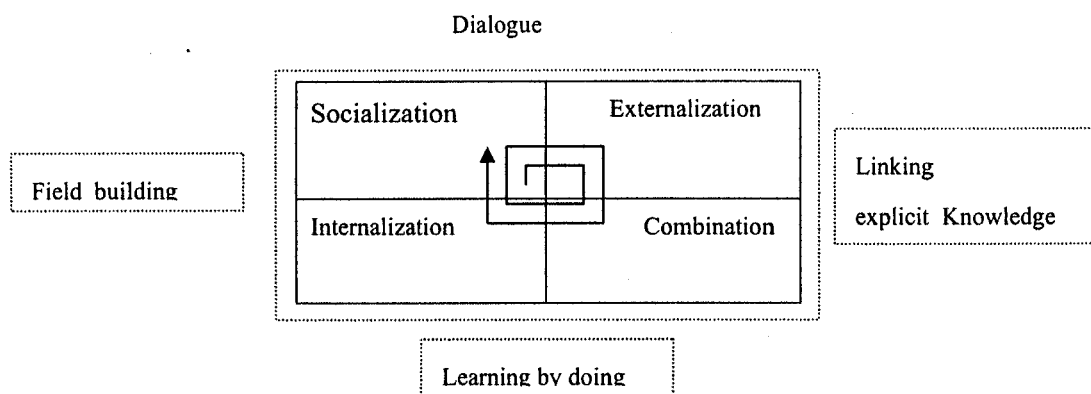
รูปแบบของการจัดการความรู้ มีหลายรูปแบบ อาทิ รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของอูเนฟวิน การจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม และการจัดการความรู้ตามแนวทางของ Chris Collision และ Geeff Parell

สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นประยุกต์ใช้รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ โดยใช้กลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยตรงมาร่วมกันพูดคุย เล่าเรื่อง (story telling) เกี่ยวกับประสบการณ์ที่แต่ละคนได้ใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ประสบผลสำเร็จ ที่สะสม ผังลึกลงในแต่ละบุคคลมานานที่เรียกว่า tacit knowlegde ออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผย explicit knowledge ได้เป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นความรู้ใหม่ และนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น วนเวียน

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปเรื่อยๆ เป็นเกลียวไม่มีจบสิ้น ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับ แนวคิดการจัดการ ความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ ตามกรอบแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ**

โนนากะและทาคิวชิ (Nonaka & Takeuchi 2004) กล่าวว่า การจัดการความรู้เป็น รูปแบบของการสร้างองค์ความรู้ด้วยการขยายผลจากความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคลและความรู้ที่ เปิดเผย (Knowledge Conversion Process Model) ซึ่งมักเรียกกันว่าวงจร SECI (Socialization Externalization Combination Internalization) และเกลียว SECI เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการ ยกระดับความรู้และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ ดังภาพ 2.2



ภาพที่ 2.2 รูปแบบการสร้างความรู้ตามแนวคิดของ Nonaka & Takeuchi  
ที่มา : Nonaka & Takeuchi (2004) *Hitotsubachi on Knowledge Management* : 66

โนนากะและทาคิวชิ อธิบายว่า การจัดการความรู้ เริ่มจาก Socialization เป็นการจัด ให้คนมาปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบต่างๆและมีการสนทนา (dialogue) แลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) จากคนหนึ่ง ไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit knowledge to tacit knowledge) ด้วยบรรยากาศเชิงบวก ทุกคนมีความชื่นชมยินดี เห็นคุณค่า เคารพความคิดซึ่งกันและกัน มีความเป็นอิสระ ไม่เครียด ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในขณะที่ สนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ จะต้องมีการบันทึกไว้ให้ดีเนื่องจากความรู้ที่ฝังลึกของตัวบุคคลเป็นสิ่งที่ ระเหยง่ายเมื่อผู้พูดพูดออกมาแล้วเมื่อบรรยากาศช่วงนั้นผ่านไปความรู้ที่ได้พูดออกมาก็จะหายไป (วรภัทร์ ภูเจริญ 2548 : 147 - 150) จากนั้นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล ความรู้ที่พูดออกมาก็จะถูก เปลี่ยนเป็นความรู้ที่เปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยเป็นภาษาพูดหรือภาษา เขียน เป็นการเปลี่ยนความรู้ในคนออกมาเป็นความรู้ในกระดาษ หรือความรู้ที่เข้ารหัส (codified knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ง่ายโดยผ่านเครื่องมือด้านเทคโนโลยี

สารสนเทศ และการสื่อสารต่างๆ เช่น เทปเสียง อินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้ที่จะเป็นผู้ถอดรหัสความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลให้เปลี่ยนเป็นความรู้ที่เปิดเผยได้นั้นต้องมีความรู้ในเรื่องที่สนทนานั้นๆ มีไหวพริบที่จะรวบรวมและจัดหมวดหมู่ความรู้ไว้ให้ครบ ซึ่งถ้าผู้ถอดรหัสความรู้ไม่สามารถที่จะถอดรหัสความรู้จากการสนทนาออกมาได้ก็ถือว่าไม่เกิดความรู้ใหม่ เรียกกระบวนการนี้ว่า Externalization จากนั้นจะมีการรวบรวมความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และความรู้ที่เปิดเผยที่ได้จากแหล่งเอกสารวิชาการเข้าด้วยกัน (explicit knowledge to explicit knowledge) ปรึกษาผู้มีความรู้ในเรื่องนั้นๆ พร้อมทั้งเสนอให้ผู้ที่มีความรู้ความชำนาญช่วยตรวจสอบได้เป็นความรู้ที่เปิดเผยและลึกซึ้งยิ่งขึ้น เกิดเป็นความรู้ใหม่ (new knowledge) อาจจัดทำเป็นเอกสาร / คู่มือการทำงาน ในรูปแบบของเอกสารหรือบันทึกเสียง วีดีโอ ฯลฯ ที่สามารถนำไปเผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ เรียกว่า Combination และความรู้ นวัตกรรมใหม่ที่ได้อาจถ่ายทอดไปยังกระบวนการทำงานในองค์กรสู่ผู้ปฏิบัติ ความรู้นั้นจะถูกจารึกกลายเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล (explicit knowledge to tacit knowledge) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เรียกว่า Internalization

ความรู้ใหม่ที่ถูกถ่ายทอดไปยังกระบวนการทำงานในองค์กร จะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการทำงานในองค์กรที่มีลักษณะของการเรียนรู้ที่เกิดจากการทำงาน (learning by doing) มีการจัดทำช่องทางสื่อสารเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้กันอย่างกว้างขวาง ผู้ที่มีความรู้สามารถร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นการทำงานในลักษณะองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่นี้จะเป็นข้อมูลใหม่เพิ่มเติมเข้าไปในกระบวนการจัดการความรู้ และยกระดับเกลียวความรู้ (knowledge spiral) ขึ้นไปอีก ทำให้วงจร SECI ดำเนินต่อไปอย่างไม่มีสิ้นสุด โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร

ปัจจุบันพบว่า มีหลายสถาบันได้มีการนำหลักการจัดการความรู้ไปสู่การปฏิบัติ โดยมีการสร้างเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษารายละเอียดได้จาก [www.gotoknow.org/plane/fammedbuddhachin](http://www.gotoknow.org/plane/fammedbuddhachin) ; [www.gotoknow.org/blog/dmthatpanom](http://www.gotoknow.org/blog/dmthatpanom) ฯลฯ เกิดขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีผู้ประสานงานทำหน้าที่คอยกระตุ้นสมาชิกให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และข้ามโรงพยาบาลข้ามจังหวัด เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นความรู้ในทางปฏิบัติไม่ใช่จากทางทฤษฎี จากนั้นสมาชิกที่เข้าร่วมเครือข่ายก็นำกระบวนการจัดการความรู้ที่ได้ไปใช้จริงในแต่ละหน่วยงานของตน รวมทั้งนำไปสู่ชาวบ้านในชุมชน มีการจัดให้ชมรมผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละตำบลมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ผลที่เกิดทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและกระตือรือร้นที่อยากจะเรียนรู้วิธีการดูแลตัวเองและวิธีการควบคุมน้ำตาลจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน มีการให้ความสนใจในการดูแล

สุขภาพมากขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดี ระดับน้ำตาลในเลือดปกติหรือเกือบปกติ และผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นฝ่ายผู้แบ่งปันความรู้ให้แก่กลุ่มผู้ป่วย เบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ส่วนผู้ปฏิบัติงานนอกจากจะได้เรียนรู้จากผู้ร่วมงานด้วยกันแล้วยังได้เรียนรู้จากผู้ป่วยด้วย หน่วยงานที่มีการนำกระบวนการจัดความรู้ไปใช้ได้ผลอย่างชัดเจน ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาล พุทธชินราช โรงพยาบาลบ้านตาก โรงพยาบาลเทพารินทร์ ฯลฯ (วรรณ เลิศวิจิตรจรัส และ อรุณ ชูเกาะทวด 2549: 66 ;วิจารณ์ พาณิช 2548: 170 )

ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนมีการนำการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนพัฒนาองค์กรและเครือข่าย จนประสบความสำเร็จ อาทิ

**3.2.1 กรมสุขภาพจิต** ได้นำการจัดการความรู้มาใช้ในด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับ พัฒนาประสิทธิภาพงาน และพัฒนาคุณภาพองค์กร ทั้งภายในองค์กรและขยายผลสร้างเครือข่ายมาพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพจิตชุมชน เพื่อช่วยให้คนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีชีวิตการเป็นอยู่ที่เป็นสุข มีประเด็นที่นำมาจัดกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ วิธีการลดความวิตกกังวลของญาติ กลยุทธ์ในการเข้าถึงเครือข่าย เทคนิคการสร้างเครือข่าย เทคนิคการเข้าถึงครอบครัวและชุมชน เทคนิคการสร้างเครือข่ายแบบใยแมงมุม และการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน โดยให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเล่าเรื่องที่มีความสำเร็จ (success story) จนทำให้คนในชุมชนสามารถนำประสบการณ์ความสำเร็จที่ได้จากการเรียนรู้ไปปรับใช้กับชีวิตของตนเองได้

**3.2.2 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์** มีการนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในหน่วยงานและพัฒนาเครือข่ายการจัดการความรู้ จนปัจจุบันได้มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อาทิ มี Clinical Practice Guideline เกี่ยวกับการ ผ่าตัดคลอด ของภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา แบบประเมิน competency สำหรับบุคลากรสายสนับสนุนของภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และ CoP ของฝ่ายการบริการพยาบาล เช่น กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มการวางแผนจำหน่าย กลุ่ม PCT

**3.2.3 สถาบันบาราศนราดูร** ได้นำการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคน พัฒนางค์กรของสถาบัน โดยนำมาเสริมในด้านการสร้างความยั่งยืนของการพัฒนาความรู้ สอดประสานไปกับงานพัฒนาคุณภาพ ไม่ทำให้เกิดความเครียดแก่บุคลากร บุคลากรในหน่วยงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การทำงาน และนำสู่การปฏิบัติ จนทำให้ได้ความรู้ นวัตกรรมขึ้นในหน่วยงาน (อัจฉรา เขาวะวมิช, สถาบันบาราศนราดูร อ่างใน วรรณ เลิศวิจิตรจรัส และ อรุณ ชูเกาะทวด 2549: 125) ได้แก่

1) ห้องผ่าตัด ใช้กิจกรรม Morning talk เป็นการทบทวนความผิดพลาดของการปฏิบัติในแต่ละวันช่วงเช้าก่อนปฏิบัติงาน แล้วทำกิจกรรม After Action Review = AAR) ทบทวนการปฏิบัติงานทุกขั้นตอน ใช้สูตร C3 THER ทบทวนเกี่ยวกับผู้ให้บริการทุกราย และรวมกรณีมีปัญหาระหว่างหน่วยงานอื่นด้วย จนได้เป็นคลังความรู้ของทีมงานห้องผ่าตัดที่สามารถเป็น best practice แก่องค์กรอื่น โดยมีการเผยแพร่ทางระบบอินเทอร์เน็ต

2) ทีมเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษา พัฒนาต่อยอดการให้คำปรึกษาจนได้เป็นคู่มือการให้คำปรึกษาที่สมบูรณ์

3) หน่วยจุลชีววิทยากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่ทุกระดับเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จนเกิดนวัตกรรมในหน่วยงาน ได้แก่ ภาชนะใส่สิ่งตรวจที่ป้องกันการสับเปลี่ยนสิ่งตรวจ ผู้สำหรับข้อมีเชื้อมีพัฒนาชุดไอระเหยของสารเคมีออกนอกห้อง ผู้เป่าฝุ่นสไลด์ให้แห้งและเป่าฝุ่นผงออกนอกห้อง เครื่องเกลี่ยเชื้อให้กระจายทั่วภาค

3.2.4 **กรมราชทัณฑ์ ให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้** มุ่งมั่นให้เกิดชุมชนนักปฏิบัติในหน่วยงาน โดยได้มีการนำประเด็น การจำแนกลักษณะผู้ต้องขัง มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้คุมเก่าและผู้คุมใหม่ จนได้พัฒนาเป็นคู่มือฉบับนักปฏิบัติเพื่อใช้ในการฝึกอบรมผู้คุมรุ่นต่อไป

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทของโรงพยาบาล เป็นรูปแบบที่มีแนวทางการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลนภลัยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและจัดการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ซึ่งในการวิจัยการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ ได้ใช้การจัดการความรู้ของ โนนาคะและทาคิวชิ ซึ่งมีขั้นตอน 4 ขั้นตอน ที่เรียกว่า "SECI" ดังที่ได้กล่าวข้างต้นไปแล้ว ซึ่งจากการศึกษาจากหน่วยงานต่างๆที่มีการนำกระบวนการจัดการความรู้ไปเป็นเครื่องมือในการพัฒนางานจะใช้ 4 ขั้นตอน คือ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์โดยตรงในการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ในแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมสนทนาจะได้รับความรู้ที่ไม่เคยรู้จากบุคคลที่ร่วมสนทนาจนเกิดเป็นความรู้ใหม่ มีการรวบรวมความรู้ใหม่และมีการนำความรู้ใหม่นั้นไปสู่การปฏิบัติจนเกิดเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลต่อไป และได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลนภลัย

## 4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบตามแนวการจัดการความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 4.1 ความหมายและองค์ประกอบของรูปแบบ

รูปแบบ (Model) หมายถึง ตัวแบบแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นกรอบความคิดประกอบด้วยแผน โครงสร้างและแนวทางปฏิบัติงานนั้น ๆ (ปริญญา แสงรัตน 2544: 33) รูปแบบยังแสดงถึง โครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆที่สำคัญของเรื่องที่ศึกษา (พูลสุข หิงคานนท์ 2540: 50) และมีลักษณะเป็นแบบจำลองหรือตัวอย่างของความเป็นจริงที่มีลักษณะเป็นมาตรฐานของความเป็นเลิศ (เริงศักดิ์ กลันทบุระ 2540 : 55) โดยรูปแบบนั้นได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากความคิดหรือทฤษฎีที่ต้องการศึกษา มีองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ คือ จุดประสงค์ ตัวแปร และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (พิชญ พงศรี 2542) เพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง มีความกระชับและถูกต้อง ง่ายต่อการทำความเข้าใจ รูปแบบจึงมิใช่การบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ทุกแง่มุม เพราะการกระทำเช่นนั้นจะทำให้รูปแบบมีความซับซ้อนยุ่งยากเกินไปในการทำความเข้าใจ และทำให้คุณค่าของรูปแบบนั้นด้อยลงไป

สำหรับการที่จะระบุารูปแบบหนึ่งๆจะต้องประกอบด้วยรายละเอียดมากน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสม และรูปแบบนั้นควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ไม่ได้มีข้อกำหนดที่แน่นอน ทั้งนี้ขึ้นกับปรากฏการณ์แต่ละอย่าง และวัตถุประสงค์ของการวิจัยว่ารูปแบบที่ต้องการจะอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆอย่างไร (Bardo and Hartman, 1982 อ้างใน กรรณิกา เจิมเทียนชัย 2539) การสร้างรูปแบบขึ้นอยู่กับลักษณะของการสร้างซึ่งมีอยู่หลายอย่าง คือ การสร้างแบบบรรยาย การสร้างในรูปของสูตร การสร้างจากทฤษฎี การสร้างโดยการทดลองนำข้อมูลที่ได้มาเป็นรูปแบบ ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพของกิจกรรมทั้งหมดอย่างเป็นระบบไม่เพียงส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้นแต่จะมีการแสดงให้เห็นส่วนที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ในรูปแบบจะแสดงให้เห็นทางเลือกและแนวทางในการดำเนินงาน จึงเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานสำหรับใช้ประกอบการวิเคราะห์ ตัดสินเพื่อการปฏิบัติงานในเรื่องนั้นๆขึ้นกับวัตถุประสงค์หรือการนำไปใช้ (ปริญญา แสงรัตน 2544: 34) โดยการสร้างรูปแบบนั้นเกิดจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิดความเข้าใจ ตลอดทั้งจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆให้ปรากฏโดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น วาดภาพ ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และสามารถนำเสนอเรื่องราวหรือประเด็นต่างๆได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ (เขาวดี ราชันกุล 2542: 27)

## 4.2 การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบ

การสร้างรูปแบบแบ่งเป็นขั้นตอนต่างๆ คือ ระบุความต้องการ เป้าหมาย และ ข้อจำกัดต่างๆ ระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ศึกษาวิเคราะห์วัตถุประสงค์ สร้างแนววิธีต่างๆ ในการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ สร้างเกณฑ์ต่างๆที่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ประเมินและทบทวน แนววิธีและข้อมูลต่างๆ ใช้ข้อมูลและประสบการณ์เพื่อปรับปรุงขั้นตอนต่างๆ

แนวการสร้างรูปแบบ ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของวัตถุประสงค์ว่ามีความ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องเพียงใด เพราะถ้าจุดมุ่งหมายของ โครงการนั้นๆ ไม่ตรงกับ ความต้องการของผู้ปฏิบัติจะทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านทรัพยากรและเวลา และไม่สามารถ นำไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้นได้ (ปริญญา แสงรัตนนา 2544: 34)

รูปแบบควรมีความชัดเจนและเหมาะสมกับวิธีการทดสอบ รูปแบบที่ดีควร ประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่าที่จะเน้นความสัมพันธ์ระหว่างตัว แปรแบบรวมๆ ควรนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่จะศึกษาได้อย่างชัดเจน นำไปสู่การ สร้างแนวความคิดใหม่ และรูปแบบในเรื่องใดจะเป็นเช่นไรขึ้นกับกรอบของทฤษฎีในเรื่องนั้นๆ (พลสุข หิงคานนท์ 2540: 53) การกำหนดรูปแบบที่เป็นระบบและมีหลักการที่สมเหตุสมผล จะทำ ให้การวางแผนการทำงานต่างๆ ให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น รูปแบบจะมีความเหมาะสมกับช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อเวลาเปลี่ยนไปรูปแบบที่สร้างขึ้นอาจจะไม่มีความเหมาะสมที่จะใช้ แต่ก็สามารถที่จะเป็น พื้นฐานในการพัฒนาแบบที่เหมาะสมต่อไป (สมพงษ์ เกษมสิน 2527 อ้างใน ถุกถวิล ชูชื่น 2541)

## 4.3 เทคนิคในการพัฒนาแบบ

การพัฒนาแบบมีการนำเทคนิคต่างๆมาใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล มากมาย ได้แก่ 1) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่มีอยู่แล้วหรือสร้างแบบสอบถามเพื่อสำรวจ ความคิดเห็น 2) การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi) เพื่อช่วยคาดคะเนสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และ 3) การใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้เกี่ยวข้องมาร่วมสนทนา ปรีกษาหารือและวางแผน ร่วมกัน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้การจัดการความรู้ของ โนนาคะและทาคิวชิ ซึ่งใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม ซึ่งการจัดการ ความรู้เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้จากที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคลจากคนหนึ่ง ไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit knowledge to tacit knowledge) และมีการแลกเปลี่ยนจนกลายเป็นความรู้แบบเปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะมีความสนใจประสบการณ์

และความชำนาญ ในเรื่องการศึกษาโดยตรง (Holloway, 1996) จึงทำให้การสนทนากลุ่มมีความตรงทางด้านเนื้อหาสอดคล้องกับความเป็นจริง และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนภลัย ที่จะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้จริง เทคนิคกระบวนการสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มผู้ดูแล กลุ่มผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์โดยตรง เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจัดเป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมแบบหนึ่ง เป็นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนภลัย ทั้งในขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้น ไปใช้ เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม มีส่วนร่วมในการปฏิบัติและส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล จนถึงขั้นการบำรุงรักษาในระยะยาว (เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง อ้างถึงใน รณชัย ตั้งมั่น-อนันตกุล 2541: 29) โดยทุกคนมีการแลกเปลี่ยนความรู้ แบ่งปันความรู้และร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยเน้นให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาเรียนรู้ร่วมกันมีการวางแผนและการพัฒนาร่วมกัน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนารูปแบบ (ประเวศ ะสี 2540: 45) ผู้เข้าร่วมสนทนามีอิสระด้านความคิด และเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม และเต็มใจที่เข้าร่วมไม่ใช้การขู่บังคับ (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ อ้างถึงใน ยงยุทธ ธนิกุล 2545 : 30) โดยผู้วิจัยมีการวางแผนเกี่ยวกับประเด็นสนทนาไว้ก่อน และใช้หลักการสนทนากลุ่มเป็นกระบวนการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) และสังเกต และมีผู้ช่วยคอยเป็นผู้บันทึกการสนทนา (note - taker)

#### 4.3.1 เทคนิคการทำสนทนากลุ่ม (Discussions) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสนทนากลุ่มเป็นวิธีหนึ่งในการรวบรวม ข้อมูล เนื่องจากการสนทนากลุ่มนั้น เป็นกลวิธีที่เหมาะสมในการประเมินความต้องการ หรือพัฒนารูปแบบรวมทั้งการสร้างความรู้ใหม่ๆ โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ซึ่งหัวใจสำคัญคือทำให้ที่ที่มีความรู้และประสบการณ์โดยตรงมามีส่วนร่วมในการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน โดยผู้ร่วมสนทนาจะมีการสนทนาและมีการแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ ๆ โดยผู้ร่วมสนทนาจะมีการสนทนาและมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคลจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit knowledge to tacit knowledge) และมีการแลกเปลี่ยนจนกลายเป็นความรู้แบบเปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยผู้ร่วมสนทนาจะมีความเหมือนกันในเรื่องของประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญและความสนใจในเรื่องที่ศึกษาโดยตรง (Holloway and Wheller, 1996) และเป็นวิธีที่



เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยสนทนาได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและประสบการณ์ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา มีความอิสระไม่มีผิดไม่มีถูก บรรยากาศเป็นกันเองไม่มีการข่มขู่เป็นการตรวจสอบหลายๆ มุมมองในกลุ่มที่สนใจร่วมกัน (Nyamathi, 1990) จึงทำให้การสนทนา กลุ่มมีความตรงกันทางด้านเนื้อหา สอดคล้องกับความเป็นจริง ใช้ระยะเวลาสั้น ค่าใช้จ่ายน้อย และมีประสิทธิภาพในการใช้สูง (เบญญา ยอดคำเนิน - แอ๊ด ดิกซ์ & ภาณี วงษ์เอก 2534) โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนาเอง (Moderator) สามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่ม รู้ถึงปฏิกิริยาโต้ตอบของกลุ่มซึ่งมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา ผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นถึงความสนใจกลุ่มเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ไม่เร่งรัดคำตอบ แต่พยายามสร้างบรรยากาศตลอด การสนทนาให้ผู้เข้าร่วมสนทนา รู้สึกว่าไม่เกิดภาวะเครียด หงุดหงิด หรือมีปฏิกิริยารุนแรงต่อกลุ่มด้วยการแสดงความจริงใจ ใส่ใจต่อคำพูดและคำตอบ กระตุ้นทุกคนขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยมีผู้จดบันทึกการสนทนา (note-taker) และมีการบันทึกเทปไว้เพื่อวิเคราะห์รายละเอียด

#### 4.3.2 หลักเกณฑ์ของการจัดการสนทนากลุ่ม การสนทนาจะดำเนินไปด้วย

ความสำเร็จได้สาระความคิดรวบยอดจากกลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนา เพราะการพูดคุยและการแสดงความคิดเห็นนั้น ได้จากผู้ที่มีการประสบการณ์โดยตรง และผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง โดยผู้วิจัยต้องมีการวางแผนในการดำเนินการสนทนากลุ่ม เพื่อให้การสนทนากลุ่มสามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีหลักเกณฑ์ที่สำคัญ คือ

- 1) กำหนดเรื่องที่จะทำการศึกษา โดยอาจกำหนดจากสภาพปัญหาหรือเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจจากแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ
- 2) กำหนดตัวแปร หรือตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา เพื่อมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา
- 3) มีการร่างคำถามโดยเรียบเรียงและจัดลำดับเป็นข้อๆ หรือผูกเป็นเรื่องราวเพื่อนำการสนทนาให้เป็นขั้นตอนและจัดลำดับความคิดเป็นหมวดๆ หรือหัวข้อใหญ่
- 4) เลือกสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มสนทนา ต้องเป็นบุคคลที่ให้คำตอบในการศึกษาครั้งนี้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษามากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้สอดคล้องกับงานวิจัย และจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแต่ละครั้งควรมีประมาณ 6-12 คน (ขนิษฐา นันทบุตร, 2542 : เบญญา ยอดคำเนิน- อี๊ดดิกซ์ & ภาณี วงษ์เอก 2534) และสามารถดำเนินการสนทนากลุ่มได้ในช่วงกลุ่มคนตั้งแต่ 4 – 12 คน (Krueger, R.A., 1994) ใช้เวลาประมาณ ½ - 1 ชม./กลุ่ม/ครั้ง (นิตา ชูโต 1994) หรือใช้เวลา 2 – 2½ ชม./กลุ่ม/ครั้ง

5) เลือกสถานที่การประชุมที่เหมาะสม ลักษณะการนั่งสนทนาเป็นแบบวงกลมและแบบโต๊ะสี่เหลี่ยม โดยมีการบันทึกเทปขณะสนทนากลุ่ม

6) การจัดบุคลากรในการสนทนากลุ่ม ในการจัดสนทนากลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย

(1) ผู้ดำเนินการสนทนาหรือพิธีกร (Moderator) จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องของกระบวนการกลุ่ม แต่อาจจะไม่เชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษาก็ได้ผู้ดำเนินการสนทนาจะเป็นผู้ถามคำถาม เป็นผู้นำคอยกระตุ้นให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้มีการแสดงความคิดเห็น และไม่ควรรีให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งแสดงความคิดเห็นแต่เพียงคนเดียว และเปิดโอกาสให้ผู้ไม่เห็นด้วยมีโอกาสแสดงความคิดเห็น และกำกับกระบวนการกลุ่ม

โดยการทำสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเอง ในขั้นตอนการใช้การสนทนากลุ่มเพื่อการพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ เป็นการส่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญภายในโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญนอกโรงพยาบาล จำนวน 15 ท่าน โดยไม่มีการสนทนากลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้เชี่ยวชาญโดยการเสนอข้อเสนอแนะ และผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาวิเคราะห์และนำมาปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้มีความสมบูรณ์ต่อไป

(2) ผู้จดบันทึกการสนทนา (Note-taker) เป็นผู้จดบันทึกทุกคำพูดหรือประเด็นสำคัญในการสนทนาตลอดจนกิริยาท่าทางของสมาชิกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในการสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีผู้ช่วยเหลือในการทำหน้าที่เป็นผู้บันทึกโดยมีการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการสนทนากลุ่มการเทคนิคการบันทึก

(3) ผู้ที่คอยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

7) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ เทปบันทึกเสียง สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา

4.3.3 การดำเนินการสนทนากลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ต้องร่วมกันทำโดยมีการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนที่มีความรู้และประสบการณ์ เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พิจารณา ค้นหาทางเลือก/ความรู้ใหม่ที่เหมาะสมเพื่อนำไปพัฒนางาน และเพื่อเป้าหมายสุดท้ายของการจัดการความรู้ คือ การที่กลุ่มคนที่ดำเนินการจัดการความรู้ร่วมกันมีชุดความรู้/นวัตกรรมของตนเองที่ร่วมกันสร้างขึ้นสำหรับใช้งานของตน คนเหล่านั้นจะสร้างความรู้ขึ้นใช้เองตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ที่ผู้วิจัยมีการใช้กระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนา

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของโรงพยาบาลภาครัฐ และรูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ ผู้วิจัยดำเนินการสนทนา โดยดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator)

แนะนำชื่อ นามสกุล ของตนเอง ผู้จัดบันทึก

2) ผู้วิจัยแจ้งเกี่ยวกับประเด็นการสนทนาในแต่ละครั้ง (knowledge vision)

3) ให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคาดหวังก่อนการสนทนาแต่ละครั้ง

(Before Action Review: BAR)

4) ทำกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ของผู้ร่วมสนทนาสร้างความ

เป็นกันเองให้เกิดความคุ้นเคยต่อกัน ผ่อนคลายและทำให้เกิดการเปิดใจในการสนทนา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การพูดคุย ทักทายกันระหว่างผู้ร่วมสนทนา และผู้ร่วมสนทนากับผู้วิจัย

5) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการสนทนากลุ่ม

6) บอกข้อตกลงของการสนทนากลุ่ม ว่าเป็นการสนทนากลุ่มที่จะพูดคุยกัน

ในสิ่งที่เป็นความรู้และประสบการณ์โดยตรงของตนเองไม่คำนึงถึงความถูกผิด พูดเพื่อการสร้างสรรค์ พูดอย่างจริงใจ ฟังอย่างตั้งใจ และถามด้วยความซาบซึ้งเพื่อความเข้าใจ มีการเคารพความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน ทุกคนเป็นคนสำคัญ

7) เริ่มการสนทนากลุ่ม โดยยึดรูปแบบการสนทนากลุ่มโดยใช้

กระบวนการจัดการความรู้ ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเล่าประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาของแต่ละคน และเปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่ม มีความยืดหยุ่นแล้วแต่สถานการณ์กลุ่ม มีการซักถามอย่างมีนัย โดยผู้วิจัยจะมีประเด็นการสนทนาไว้เป็นกรอบ ผู้วิจัยคอยควบคุมกระบวนการกลุ่มไม่ให้หยุดนิ่ง และไม่ซักถามใครคนใดคนหนึ่งมากเกินไป ยกเว้นต้องการคำตอบต่อเนื่อง จึงจะซักถามรายละเอียด โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกการสนทนา และเนื่องจากความรู้ที่ฝังลึกมีลักษณะพิเศษ คือ พูดออกมาได้ไม่หมด ยิ่งเขียนยิ่งออกมาได้น้อยจึงต้องมีการบันทึกว่าใครพูดอะไร และบันทึกสิ่งที่เป็นช่องทางสำหรับการสอบถามย้อนกลับได้ภายหลัง เพื่อการขอข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม

8) สรุปตามประเด็นเป็นระยะๆ โดยยึดจากคำตอบข้อบอกล่าวของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็นสำคัญ

9) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาซักถามในสิ่งที่ต้องการ/ข้อสงสัย เพื่อเป็นการตอบข้อสงสัยในเรื่องที่สนทนาทั้งหมด

### 10) สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้

(After Action Review : AAR) โดยให้ผู้เข้าร่วมสนทนาในกลุ่มสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการสนทนา ได้แก่ สิ่งที่ได้จากการสนทนา สิ่งที่ต้องการปรับปรุงในครั้งต่อไป

### 11) นัดประชุมครั้งต่อไปและกล่าวขอบคุณ

#### 4.4 การประเมินรูปแบบ

การประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติใดๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติต่างๆ รวมถึงพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัตินั้นไปใช้ โดยทั่วไปมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี เช่น CIPP Model (Stufflebeam, D., 2003) AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument) (The Agree Collaboration, 2001) เป็นต้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument) (The Agree Collaboration, 2001) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จัดทำขึ้น โดยกลุ่มแพทย์จากประเทศยุโรปและอเมริกาเหนือ และได้รับการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นในการนำไปใช้แล้ว (Boluyt, Lincke, & Offringa, 2005:1379) สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพของการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ โดยเครื่องมือนี้ประกอบด้วยกรอบหรือแนวทางการประเมินที่จำแนกออกได้เป็น 6 มิติ 23 ข้อ (ศากุล ช่างไม้ 2549) ดังนี้

**4.4.1 มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose)** โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีข้อความระบุวัตถุประสงค์ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวปฏิบัติ และกลุ่มประชากรซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการใช้

**4.4.2 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement)** โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุถึงกลุ่มบุคลากรที่ร่วมพัฒนา มุมมองและความคิดเห็นของผู้ป่วย ผู้ใช้แนวปฏิบัติและต้องมีการทดลองใช้ในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติมาก่อน

**4.4.3 มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Rigor of Development)** โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุวิธีการสืบค้นและมีการเขียนอธิบายเกณฑ์ในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์อธิบายวิธีการสร้างและสรุปเป็นข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้การเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างข้อเสนอแนะและหลักฐานที่ใช้ และแนวทางที่ได้ต้องได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

**4.4.4 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and Presentation)** ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้

4.4.5 มิติด้านการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Applicability) โดยประเมินจาก แนวปฏิบัติต้องมีการระบุปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พิจารณาถึงความคุ้มทุน-คุ้มค่าในการใช้ และต้องมีเกณฑ์ผลลัพธ์จากการนำไปใช้

4.4.6 มิติด้านอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติ (Editorial Independence) ประเมินจากมีการระบุถึงข้อเสนอแนะและการยอมรับความคิดเห็นที่ขัดแย้งอันอาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพัฒนารูปแบบโดยการจัดการความรู้ เป็นวิธีที่ตัวอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้มีการพัฒนาองค์กร โดยการพัฒนารูปแบบต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้มีความเป็นปัจจุบันทันต่อการเปลี่ยนแปลง และตรงตามความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และแต่ละที่สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละที่ (สมหวัง พิทักษ์ดิลก 2542: 22) ฉะนั้นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ด้วยการจัดการความรู้จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนภาลัย

จากการศึกษา พบว่า มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหลายท่าน อาทิ วิมลพร ไสยวรรณ (2545) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร มีวิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร โดยการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ที่ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นระยะเวลา 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการไปใช้ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ที่ครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ และรูปแบบการบริหารความเสี่ยงรายรวมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร คือผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

ศุคศิริ หิรัญชอุณหะ (2541) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาล 2 แห่งในภาคใต้ เดือนพฤศจิกายน 2538 ถึงธันวาคม 2540 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต

แบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม ถ่ายภาพ และใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การรับรู้ของผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 4) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล 5) ผลลัพธ์การดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การจัดการความรู้เป็นกระบวนการ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่ เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์จากการปฏิบัติ จะทำให้ได้รูปแบบการ จัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความตรงกับความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและ ผู้ดูแล ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนางานให้มีระบบคุณภาพที่ดี เป็นที่พึงพอใจแก่บุคลากรมีบรรยากาศ การทำงานที่ดี นำสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการจัดการดูแลที่มี คุณภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลนภักดิ์ โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2 ประการ คือ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ 2) ประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือการวิจัย

แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ

#### 1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1.1.1 กลุ่มประชากร มีกลุ่มประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วงเดือน 1 กันยายน 2550 ถึง 7 กันยายน 2550 ในสถานะผู้ป่วยใน ทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนพักรักษาตัวที่ตึกสามัญ ตึกพิเศษอายุรกรรม และตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภักดิ์

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานสุขภาพจิต งานโภชนาการ งานกายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

##### 1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่

1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วงวันที่ 1 กันยายน 2550 – 30 กันยายน 2550 ในสถานะผู้ป่วยใน ทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนพักรักษาตัวที่ตึกสามัญ ตึกพิเศษอายุรกรรม และตึกผู้ป่วยเรื้อรัง ในช่วงนี้มีผู้ดูแลที่

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 8 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มผู้ดูแลโดยใช้หลักการสนทนากลุ่มและหลักการจัดการความรู้เป็นกรอบแนวคิดในการคัดเลือก คือ จำนวนอยู่ในช่วง 6 – 12 คน และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดี (Best Practice) ได้จำนวน 6 คน ซึ่งแต่ละคนจะมีความรู้ ประสบการณ์ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge) ที่เป็น Best Practice ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีความแตกต่างกันในด้านประสบการณ์ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลมีลักษณะการเจ็บป่วยที่มีความแตกต่างกัน

2) ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาครัฐ ผู้วิจัยคัดเลือกมาจากกลุ่มประชากรโดยใช้หลักการสนทนากลุ่มและหลักการของการจัดการความรู้มาเป็นกรอบแนวคิดในการคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนอยู่ในช่วง 6-12 คน และเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนจากวิชาชีพ ละ 1 คน โดยกำหนดว่าทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำคัญเทียบเท่ากัน โดยการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีที่มหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 8 งาน (ยกเว้น กลุ่มงานการพยาบาลมีหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ 4 หน่วยงาน จึง คัดเลือกมาหน่วยงานละ 1 คน และงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบเป็น 2 โชน จึง คัดเลือกมาโชนละ 1 คน) ได้จำนวนผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 12 คน และเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยยังมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีการระบุคุณสมบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละวิชาชีพ ดังนี้

- |   |      |
|---|------|
| 1. พยาบาล (ตัวแทนจากหอผู้ป่วยละ1คน)                       | 4 คน |
| 2. นักกายภาพบำบัด   | 1 คน |
| 3. เจ้าหน้าที่งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก              | 1 คน |
| 4. เจ้าหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน (โชนละ 1 คน) | 2 คน |
| 5. เจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิต                                | 1 คน |
| 6. เกษัชกร  | 1 คน |

#### คุณสมบัติของกลุ่มวิชาชีพ 1-6

- (1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่ำกว่า 5 ปี
- (2) ปัจจุบันยังปฏิบัติอยู่ในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองมาใช้บริการ

- (3) เป็นผู้ที่สมัครใจ



7. แพทย์ 1 คน

คุณสมบัติ

- (1) มีความชำนาญด้านอายุรกรรมไม่ต่ำกว่า 5 ปี
- (2) เป็นผู้ที่สมัครใจ

8. งานโภชนาการ 1 คน

คุณสมบัติ

- (1) เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรโภชนาการ
- (2) เป็นผู้ที่สมัครใจ

1.2 เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิด โนนากะและทาคิวชิ  
ขั้น Socialization - Externalization - Combination - Internalization ได้แก่

1.2.1 *ตัวผู้วิจัย* เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเพราะจะเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) ในการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเก็บรายละเอียดต่างๆของข้อมูลทั้งหมด

1.2.2 *ประเด็นการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนารูปแบบ* ที่สร้างขึ้นตามเอกสารทางวิชาการ การทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเด็นการสนทนาสามารถมีการปรับประเด็นให้เหมาะสมกับผู้ร่วมกลุ่มสนทนา โดยผู้วิจัยได้จัดทำประเด็นการสนทนาไว้ 2 ชุด ได้แก่ ประเด็นสนทนากลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเด็นสนทนาสำหรับกลุ่มผู้ดูแล โดยประเด็นสนทนามีเหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม และผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมสรุปประเด็นการสนทนา (ภาคผนวก ง)

1.2.3 *แบบบันทึก* ข้อมูลการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ครั้งที่ของการสนทนา วัน เดือน ปี ที่สนทนากลุ่มผู้สนทนา สถานที่ ผู้เข้าร่วมสนทนา ความคาดหวังก่อนการสนทนา (BAR) ประเด็นการสนทนากลุ่ม ความรู้ที่ได้จากการสนทนา เหตุการณ์ขณะสนทนา สรุปประเด็นการสนทนา (AAR) การนัดสนทนาครั้งต่อไป

1.2.4 *ผู้บันทึก (Note-taker)* เป็นผู้บันทึกรายละเอียด ในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เหตุการณ์ต่างๆในขณะสนทนา

1.2.5 *เทป* สำหรับบันทึกการสนทนา

## ระยะที่ 2 ขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง กลุ่มประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 ท่าน โดยเป็นผู้ให้บริการที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ 12 ท่าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลนภักดิ์ และผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก 1 ท่าน รวม 3 ท่าน

2.1.1 เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ เป็นแบบประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็นต่อรูปแบบว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้เพียงใด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยนำเครื่องมือ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE Instrument) (2001) มาเป็นแนวทาง เนื่องจาก เครื่องมือ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation เป็นเครื่องมือที่ประเมินกระบวนการการพัฒนา ประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่ โดยมีความครอบคลุมถึง 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ด้านความแม่นยำของการพัฒนา ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ ด้านอิสระในการเขียน ด้านการประยุกต์ใช้/การนำไปใช้ โดยแบบประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อคำถาม 15 ข้อ และครอบคลุมทั้ง 6 มิติ ดังนี้

มิติ 1 ด้านขอบเขตและเป้าหมาย	จำนวน	3 ข้อ
มิติ 2 ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	จำนวน	2 ข้อ
มิติ 3 ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนา	จำนวน	3 ข้อ
มิติ 4 ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ	จำนวน	2 ข้อ
มิติ 5 ความอิสระในการเขียน	จำนวน	2 ข้อ
มิติ 6 ด้านการประยุกต์ใช้/การนำไปใช้	จำนวน	3 ข้อ

ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale)

ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมิน เลือกตอบได้ 4 ระดับ และมีข้อเสนอแนะเป็นลักษณะปลายเปิด

คำตอบแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

4	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3	หมายถึง	เห็นด้วย
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ประเมินมีความมั่นใจว่ารูปแบบตรงกับ  
เกณฑ์ในข้อนี้มากที่สุด

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ประเมินมีความมั่นใจว่ารูปแบบไม่  
ตรงกับเกณฑ์ในข้อนี้

เห็นด้วย /ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ประเมินไม่แน่ใจว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์  
ในข้อนี้ เพราะข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอ หรือมีบางข้อเท่านั้นที่ตรงกับเกณฑ์ การลงความเห็น  
เห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย ขึ้นอยู่กับน้ำหนักว่าอยู่ในส่วนใด

ข้อเสนอแนะ หมายถึง ผู้ประเมินสามารถให้ข้อเสนอแนะในแต่ละรายข้อ  
ของแบบประเมินได้ โดยเขียนไว้ท้ายข้อ

การคำนวณคะแนนค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ กระทำโดยใช้ค่า  
คะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมด แล้วนำมาเข้าสู่สูตรเพื่อหาความ เชื่อมั่น และ  
ต้องประเมินในภาพรวม ทั้งนี้ผลการประเมิน จำแนกเป็น 4 ประการ คือ

- เห็นด้วยอย่างยิ่งในการนำไปใช้
- เห็นด้วยในการนำไปใช้แต่ต้องมีการปรับบางส่วน
- ไม่นำมาใช้
- ไม่แน่ใจ

หากค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติมากกว่าร้อยละ 70 สามารถสรุปได้ว่า  
รูปแบบนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้

#### สูตรคำนวณ

ค่าคะแนนความเชื่อมั่น =  $\frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้}}{\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} - \text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้}}$

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 4 (คะแนน) x จำนวนข้อในแต่ละมิติ x จำนวนผู้ประเมิน

ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) x จำนวนข้อในแต่ละมิติ x จำนวนผู้ประเมิน

## 2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมอง ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกการสนทนา ประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการในการจัดการ

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประเด็นสนทนากลุ่มผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ชุดที่ 2** แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือ มีทั้งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง คือ แบบบันทึกการสนทนา ประเด็นการสนทนา และส่วนที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ AGREE มาใช้ คือ แบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยการหาดัชนีของความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน โดยมี rate ความเกี่ยวข้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับ concept ที่ต้องการวัดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง เกี่ยวข้องน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง เกี่ยวข้องน้อย
- 3 หมายถึง เกี่ยวข้องมาก
- 4 หมายถึง เกี่ยวข้องมากที่สุด

เกี่ยวข้องน้อยที่สุด หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหาน้อยที่สุด

เกี่ยวข้องน้อย หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหาน้อย

เกี่ยวข้องมาก หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

เกี่ยวข้องมากที่สุด หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

การรวบรวมคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ

ความตรงที่ยอมรับได้ (rank 3 และ 4) กับ ความตรงที่ยอมรับไม่ได้ (rank 1 และ 2)

นำคะแนน 2 กลุ่มจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณ CVI แต่ละข้อ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ rank 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

ข้อคำถามที่ดี ควรมี CVI 0.7 ขึ้นไป (Walz, Strickland and Lenz ,1991)

**2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
และประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์หาความตรงตามเนื้อหาของประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ  
ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งหมด 14 ข้อ ได้ค่า CVI แต่ละข้อ ดังนี้ จำนวนข้อ  
ที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 7 ข้อ CVI เท่ากับ 0.75 จำนวน 7 ข้อ ทุกข้อผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีค่า  
CVI มากกว่า 0.7 ตามกำหนด (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ Walz, Strickland  
and Lenz (1991) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละข้อคือ 0.70 ขึ้น  
ไป) ในภาพรวมมีค่า CVI เท่ากับ 0.87 และความตรงตามเนื้อหาของประเด็นการสนทนากลุ่ม  
ผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งหมด 19 ข้อ ได้ค่า CVI แต่ละข้อ ดังนี้  
จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 10 ข้อ CVI เท่ากับ 0.75 จำนวน 9 ข้อ ทุกข้อผ่านเกณฑ์  
เนื่องจากมีค่า CVI มากกว่า 0.7 ตามกำหนด (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ  
Walz, Strickland and Lenz (1991) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละ  
ข้อคือ 0.70 ขึ้นไป) ในภาพรวมมีค่า CVI เท่ากับ 0.88 จากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นการสนทนาที่ได้รับ  
มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยได้พิจารณา  
คงไว้ 15 ข้อ และมีการปรับปรุงประเด็นสนทนาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การให้  
คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้น นำประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการไป  
ทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ตึกสามัญ โรงพยาบาลนภากาศ 1 ครั้ง และนำประเด็นการ  
สนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภากาศ 1 ครั้ง แล้ว  
นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้แบบสนทนาที่สมบูรณ์ รายละเอียด  
ของเครื่องมือดัง ภาคผนวก ง

**2.2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความเหมาะสมของ  
รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่า CVI แต่ละข้อ ดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI  
เท่ากับ 1 จำนวน 7 ข้อ CVI เท่ากับ 0.75 จำนวน 8 ข้อ ทุกข้อผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีค่า CVI  
มากกว่า 0.7 ตามกำหนด (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ Walz, Strickland and  
Lenz (1991) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละข้อคือ 0.70 ขึ้นไป)  
และ CVI ในภาพรวมมีค่าเท่ากับ 0.87 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ  
การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ

ให้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยพิจารณาคงประเด็นการประเมินความเหมาะสมคงเดิมจำนวน 15 ข้อ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 3.1 ผู้วิจัยเสนอหนังสือขออนุญาตทำการวิจัย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนภาลัย
- 3.2 ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยไปยังคณะกรรมการวิจัยของสถาบัน (Ethic)
- 3.3 เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในโรงพยาบาลนภาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของตัวผู้วิจัยโดยการร่วมกับกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม โดยเป็นผู้ดำเนินการกลุ่มในการจัดการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลจอมปลวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
- 3.4 สํารวจกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยใน และผู้วิจัยติดต่อดนัดหมายวัน เวลา สถานที่
- 3.5 ติดต่อประสานงานกลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งร่วมกำหนดการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วัน เวลา สถานที่
- 3.6 ดำเนินการตามกระบวนการในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามกระบวนการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิในบริบทของโรงพยาบาลนภาลัย โดยวิธีการสนทนาเป็นรายกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา อาจมีบางครั้งที่ผู้เข้าร่วมสนทนาบางท่านไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนาได้ตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะมีการสนทนาเป็นรายบุคคล การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

**3.5.1 ระยะที่ 1** ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิด โนนากะและทาคิวชิ มีการดำเนินการตามกระบวนการ วงจร “SECI” 4 ขั้นตอน มีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการ

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำรูปแบบสู่การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติ ส่วนในกระบวนการสนทนา (dialogue) ของแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมสนทนาจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ของตนเองและได้รับความรู้ที่ได้จากการสนทนาจนสามารถผนวกเป็นความรู้ใหม่ขึ้น เกิดเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลแต่ละคน ซึ่งถือว่าสามารถใช้วงจร “SECI” ได้อย่างครบวงจรใน ลักษณะของรายบุคคล ในการดำเนินการของการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) ในดำเนินการสนทนาเอง และมีผู้จดบันทึกการสนทนา (Note-taker) ซึ่งได้รับการแนะนำเกี่ยวกับหลักการบันทึกก่อนเข้าร่วมการวิจัย ทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนาและอากัปกริยาของผู้เข้าร่วมสนทนา ตลอดจนบรรยากาศการสนทนา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ขั้นตอน *Socialization* เป็นการสนทนากลุ่ม (dialogue) แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์โดยตรงระหว่างบุคคล เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยมีประเด็นการสนทนาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาเป็นแนวสำหรับการจัดหมวดหมู่ความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนทนาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนการสนทนากลุ่มเริ่มจากการแจ้งเกี่ยวกับประเด็นการสนทนาในแต่ละครั้ง การให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นก่อนการสนทนาแต่ละครั้ง (BAR) การทำกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างความสัมพันธ์ของผู้ร่วมสนทนาสร้างความเป็นกันเองให้เกิดความคุ้นเคยต่อกัน ผ่อนคลายและทำให้เกิดการเปิดใจในการสนทนา ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการสนทนา บอกข้อตกลงของการสนทนา ว่าเป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่จะพูดคุยกันในสิ่งที่เป็นความรู้และประสบการณ์โดยตรงของตนเองไม่คำนึงถึงความถูกผิด พูดเพื่อการสร้างสรรค์ พูดอย่างจริงใจ ฟังอย่างตั้งใจ และถามด้วยความซาบซึ้งเพื่อความเข้าใจ โดยให้ผู้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าประสบการณ์ของตนเองทีละคน หากใครมีข้อสงสัยและข้อเสนอเพิ่มเติมให้เสนอหรือซักถามเมื่อผู้เล่าเรื่องพูดจบ และผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนา โดยให้ผู้ร่วมสนทนาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละคน มีการจดบันทึกข้อมูลการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ บันทึกเทปการสนทนา และเมื่อจบการสนทนาแต่ละครั้งให้ผู้ร่วมสนทนาสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการสนทนา (AAR) ได้แก่ การสนทนาครั้งนี้ได้ตามที่คาดหวังหรือไม่ ยังมีสิ่งใดที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย สิ่งที่ได้จากการสนทนา สิ่งที่ต้องการปรับปรุงในครั้งต่อไป และผู้วิจัยรวบรวมประเด็นการสนทนาเป็นหมวดหมู่ทุกครั้ง กลุ่มการสนทนาจะแบ่งออกเป็นทีละกลุ่ม เวลาในการสนทนาประมาณ 60 - 90 นาที/ ครั้ง ซึ่งปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มเช่นนี้ทุกครั้ง โดยแบ่งกลุ่มสนทนาดังนี้

## (1) สันทนาการผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดทางสมอง เน้นเล่า

เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง ทุกคนมีอิสระในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สันทนาการ 3 ครั้ง ๆ ละ 6 คน จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นที่น่าสนใจของกลุ่ม ไม่มีข้อมูลที่แตกต่างไปจากข้อเดิมที่รวบรวมไว้ให้ครอบคลุมในความอึดตัวผู้ดูแลเป็นกลุ่มเดิมตลอดการสันทนาการกลุ่มทั้ง 3 ครั้ง

ก. สันทนาการครั้งที่ 1 วันที่ 8 กันยายน 2550 เวลา 10.00 - 11.00 น. ณ. ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภาลัย

ก) ดำเนินการสันทนาการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตลอดการสันทนาการ โดยมีผู้ช่วยเหลือคอยจดบันทึก 1 คน ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6 คน โดยที่ผู้ดูแลที่เข้าร่วมสันทนาการมีทั้งที่รู้จักกันมาก่อนและยังไม่รู้จักกัน หลังจากที่มีการแนะนำตัวและทำกลุ่มสัมพันธ์ผู้เข้าร่วมกลุ่มเริ่มมีความคุ้นเคยกัน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้ผู้เข้าร่วมสันทนาการเล่าประสบการณ์ที่ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เข้าร่วมกลุ่มสันทนาการจะผลัดกันเล่าประสบการณ์ของตนเองที่ละคนจนครบ 6 คน และมีการซักถามซึ่งกันและกันเมื่อพบว่ามีลักษณะปัญหาที่คล้ายคลึงกัน จากการสันทนาการครั้งนี้พบว่าผู้เข้าร่วมสันทนาการมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองในสิ่งที่ตนทำแล้วประสบผลสำเร็จ และจากการสันทนาการทำให้ทราบว่ายังมีวิธีการให้การดูแลที่ดีที่ควรปฏิบัติเพิ่มขึ้นอีก ผู้วิจัยได้ดำเนินการสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปจนได้ตามกำหนดเวลาตามข้อตกลง ในเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ข) กำหนดวัน เดือน ปี เวลา สำหรับการสันทนาการครั้งต่อไป คือ วันที่ 15 กันยายน 2550 เวลา 10.00 น. ที่ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภาลัย

ข. สันทนาการครั้งที่ 2 วันที่ 15 กันยายน 2550 เวลา 10.00 - 11.30 น. ณ. ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภาลัย

ก) ดำเนินการสันทนาการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตลอดการสันทนาการ โดยมีผู้ช่วยเหลือคอยจดบันทึก 1 คน ซึ่งเป็นคนเดียวกับการสันทนาการครั้งที่ 1 ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6 คน เป็นคนเดิมกับการสันทนาการครั้งที่ 1 และยังคงดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสถานะเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนภาลัย จากการสังเกตพบว่าผู้เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมดมีความคุ้นเคยกันมากกว่าครั้งที่ 1 การทำกลุ่มสัมพันธ์จึงใช้การให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มทักทายซึ่งกันและกัน พุดคุยกัน เป็นการสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เป็นกันเอง มีความรู้สึกสบาย ฟ่อนคลาย อิสระ ใช้เวลาในการให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มพุดคุยกัน ประมาณ 5 - 10 นาที ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีผู้เข้าร่วมสันทนาการ 2 คน ได้เล่าว่าได้นำสิ่งที่ได้จากการสันทนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 คือ การฝึกการพุด โดยเวลาพุดกับผู้ป่วยจะยืนอยู่



ข้างหน้าผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเห็นปากของผู้พูดและพูดคำสั้นๆ เช่น อุ อา และมีการคุย เล่าเรื่องต่างๆ ให้ผู้ป่วยฟัง พบว่า ผู้ป่วยจะมองหน้าผู้พูด แต่ยังไม่สามารถส่งเสียงพูดได้ และการนัดทำความเข้าใจ สะอาดช่องปาก การนวดลิ้น เพดาน ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ผู้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างไรไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (แผลกดทับ ข้อติด การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ) การขับถ่าย ซึ่งการดำเนินการกลุ่มยังคงให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มผลัดกันเล่าประสบการณ์ของตนเองที่ละคนจนครบ 6 คน และมีการซักถามซึ่งกันและกันเมื่อพบว่ามีลักษณะปัญหาที่คล้ายกัน ในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งนี้ยังได้ประเด็นความรู้ที่ได้จากการเล่าประสบการณ์การดูแลที่เกี่ยวกับการให้อาหารและการเตรียมอาหาร การดูแลด้านจิตใจ การสื่อสาร การจัดหาอุปกรณ์ทดแทน ซึ่งผู้วิจัยจะมีการนำไปรวบรวมจัดเป็นหมวดหมู่ตามประเด็น ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปจนได้ตามกำหนดเวลาตามข้อตกลง ในเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที

ข) กำหนดวัน เดือน ปี เวลา สำหรับการสนทนาครั้งต่อไป คือ วันที่ 15 กันยายน 2550 เวลา 10.00 น. ที่ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภาลัย

ค. สนทนากลุ่มครั้งที่ 3 วันที่ 22 กันยายน 2550 เวลา 15.00 - 16.10 น. ณ. ตึกผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลนภาลัย

ก) ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตลอด การสนทนา โดยมีผู้ช่วยเหลือคอยจดบันทึก 1 คน ซึ่งเป็นคนเดิมตลอด ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6 คน เป็นคนเดิมกับการสนทนาครั้งที่ 1 และ 2 ในการสนทนาครั้งนี้มีผู้ดูแล 1 คน ที่ผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ดูแลที่มาเข้าร่วมสนทนาต้องเดินทางจากบ้านมาเข้าร่วมสนทนา ผู้เข้าร่วมสนทนามีความคุ้นเคยกัน มีการนำของจากบ้านมาฝากผู้เข้าร่วมสนทนาคนอื่นๆ ทุกคนมีการพูดคุยกัน ผู้วิจัยยังคงให้เวลาสำหรับในการพูดคุย ทักทายของผู้เข้าร่วมสนทนา ประมาณ 5 - 10 นาที จากนั้นได้เริ่มดำเนินการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า มีผู้ร่วมสนทนาได้นำความรู้ที่ได้จากการสนทนาครั้งที่ 2 ไปลองปฏิบัติ คือ การดูแลเกี่ยวกับการรองปัสสาวะ โดยใช้ถุงพลาสติกเจาะรูด้านบนห่างจากขอบบนของถุงลงมา ประมาณ 2 - 3 นิ้ว แล้วใส่อวัยวะสืบพันธุ์(ผู้ป่วยชาย) ลงไปมัดปากถุงด้วยที่รัด สามารถลดการใช้ผ้าอ้อมรองปัสสาวะ (pampers) และช่วยลดการเกิดแผลกดทับได้ ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ผู้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลด้านอาหาร การดูแลด้านจิตใจ การสื่อสาร ความช่วยเหลือที่ต้องการ ซึ่งในการสนทนาครั้งนี้ยังได้ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ การป้องกันข้อติด เพิ่มเติมจากการสนทนาครั้งที่ 1 และ 2

ข) ปัญหาที่พบในขณะสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ถึงเวลาให้อาหารผู้ป่วยผู้ดูแลที่เข้าร่วมสนทนาต้องออกจากกลุ่มไปให้อาหารผู้ป่วย และกลับมาร่วมสนทนาอีกครั้ง ซึ่งมีผลต่อการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ผู้วิจัยต้องเล่าเหตุการณ์ย้อนหลังช่วงที่ผู้ดูแลผู้นั้นไม่อยู่ให้รับทราบเพื่อทำให้ผู้ดูแลผู้นั้นสามารถสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง

เหตุผลที่สนทนากลุ่มที่ศึกษาผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากผู้เข้าร่วมกลุ่มส่วนหนึ่งดูแลผู้ป่วยที่ศึกษาเรื้อรัง ซึ่งเป็นคนที่ไม่มีญาติคนอื่นอยู่ด้วย ผู้ดูแลไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้ได้ตามลำพังเป็นเวลานาน การสนทนาที่ศึกษาผู้ดูแลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ ช่วยลดความวิตกกังวลในขณะสนทนา ซึ่งถ้าผู้ร่วมสนทนามีความวิตกกังวลก็จะส่งผลกระทบต่อสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

(2) สนทนากลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนภลัย สนทนากลุ่ม 3 ครั้ง จนกว่าจะได้เนื้อหาที่ครบถ้วนตามประเด็นสนทนา

ก. สนทนากลุ่มครั้งที่ 1 วันที่ 5 ตุลาคม 2550 เวลา 13.30 – 14.40 น. ที่ห้องประชุม 3 โรงพยาบาลนภลัย ผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9 คน อีก 3 คน คัดการกิจ (แพทย์ เกษษกร เจ้าหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน) ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ ซึ่ง ในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งนี้ จะเป็นลักษณะของการให้ผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดชั้นตอนในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รู้สึกภาคภูมิใจและประสบผลสำเร็จของงานแต่ละงาน จนครบจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนา จากนั้นผู้วิจัยได้มีการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอีก 3 คนเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเล่าเกี่ยวกับประเด็นความรู้ ประสบการณ์ที่กลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเปิดโอกาสให้เกษษกร แพทย์ และเจ้าหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเองในการจัดการเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกัน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ในดำเนินการสนทนาเอง และมีผู้บันทึก (note-taker) พร้อมทั้งมีการบันทึกเทป

ข. สนทนากลุ่มครั้งที่ 2 วันที่ 19 ตุลาคม 2550 เวลา 13.30 – 15.00 น. ที่ห้องประชุม 3 โรงพยาบาลนภลัย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มครบตามกำหนด 12 คน ระยะเวลาครั้งที่ 2 จะห่างจากครั้งที่ 1 ถึง 2 สัปดาห์ เนื่องจากวันที่ 12 ตุลาคม 2550 ทีมผู้เข้าสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีภารกิจไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ จึงนัดการสนทนาตรงกับวันที่ 19 ตุลาคม 2550 จากการเข้าร่วมสนทนา พบว่า เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยในได้มีการดำเนินการ

จัดช่องทางลัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดเวลาในการนัดผู้ป่วยให้มารับบริการที่ไม่ใช่ภาวะที่ถูกเงิน ในช่วงเวลา 13.00 น – 15.00 แต่เป็นเพียงการเริ่มการปฏิบัติในระยะเวลาสั้น และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการไม่มากจึงยังไม่สามารถประเมินผลการปฏิบัติได้ และครั้งนี้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยแต่ละงานเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และต่อเนื่อง ในการสนทนาครั้งนี้พบว่าผู้เข้าร่วมสนทนาบางท่านยังไม่ได้มีโอกาสในการเล่าประสบการณ์ในงานตนเอง แต่ได้มีโอกาสสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกคน

ค. สนทนากลุ่มครั้งที่ 3 วันที่ 26 ตุลาคม 2550 เวลา 13.30 – 14.45 น. ที่ห้องประชุม 3 โรงพยาบาลนภากาศ ผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 10 คน ขาดแพทย์และเภสัชกร ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามเช่นเดียวกับครั้งที่ 1 จากการเข้าร่วมสนทนาพบว่า มีเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยในและงานผู้ป่วยนอก งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ได้มีการร่วมกันดำเนินการทำโครงการจัดตั้งศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์ / เครื่องมือการแพทย์ในโรงพยาบาลนภากาศ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ต่อเนื่งที่บ้าน และมีความขัดสนด้านค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน แต่ยังคงอยู่ในช่วงการเขียนโครงการและการสนทนาครั้งนี้ยังคงใช้ประเด็นการสนทนาต่อเนื่งจากการสนทนาครั้งที่ 2 โดยให้งานที่ยังไม่ได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และต่อเนื่อง จนครบและผู้ร่วมสนทนามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่างๆที่ได้สนทนาไปแล้วเพิ่ม

2) ขั้น Externalization ในการสนทนา (dialogue) ผู้บันทึกจะบันทึกคำพูดคำบอกเล่า ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งมีการบันทึกเทป เมื่อจบการสนทนากลุ่มทุกครั้งผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและความรู้ ประสบการณ์ที่ได้จากการบันทึกขณะสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยจัดประเด็นความรู้ ประสบการณ์ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นหมวดหมู่ ลงรหัสข้อมูล (coding the data) การลงรหัสข้อมูลประกอบ

รหัสที่ 1 หมายถึง จำนวนครั้งของการสนทนา

รหัสที่ 2 หมายถึง ลักษณะกลุ่มสนทนา กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น PG กลุ่มผู้ดูแล กำหนดเป็น CG

รหัสที่ 3 หมายถึง ลำดับของผู้เข้าร่วมสนทนา เช่น 1-CG-1

หมายถึง การสนทนาครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มผู้ดูแล คนที่ 1

รวบรวมเก็บประเด็นความรู้ในแต่ละครั้งที่มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมเชื่อมโยงการสนทนามารวมกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าด้วยกัน และผู้วิจัย นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำและนำมาปรับปรุงแก้ไขการสนทนา ในการสนทนาครั้งต่อไป

3) *ขั้น Combination* นำประเด็นความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ได้รวบรวมเป็นหมวดหมู่ไว้ ผสมกับความรู้ที่ได้จากการทบทวน ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (explicit knowledge) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และสร้างเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำเสนอต่อกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทบทวนจนเป็นที่เข้าใจ และจัดทำเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สมบูรณ์ เกิดเป็นความรู้ใหม่ คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลนภากาศ ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ของโนนาคะและทาคิวชิ

4) *ขั้น Internalization* การที่ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบได้นำความรู้ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละครั้งไปปฏิบัติ รวมถึงการทบทวนความถูกต้อง จนเป็นที่เข้าใจ และเกิดความชำนาญ จนกลายเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล

### 3.5.2 ระยะเวลาที่ 2 การประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้

1) หลังจากได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลแล้วนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 คน เพื่อแสดงความเห็นต่อรูปแบบ ใน 6 มิติ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 คน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนภากาศ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลนภากาศ และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายนอก โรงพยาบาล 1 คน โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ไปพบผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเองพร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับความเป็นมาของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลักเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมต่อการนำรูปแบบไปใช้ โดยชี้แจงเป็นรายบุคคล

2) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินรูปแบบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 15 คน มา รวบรวม และวิเคราะห์ตามการวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง

#### 4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ การวิจัยอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยทำบันทึกการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์เสนอประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เมื่อได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัย (ภาคผนวก ก)

4.2 ผู้วิจัยชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงเกี่ยวกับการ สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ว่าเป็นการศึกษาของผู้วิจัย และขอความร่วมมือและให้การยินยอมในการ วิจัยและการให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอ อนุญาตในการบันทึกเทปทุกครั้ง

4.3 การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลทุก อย่างที่ได้ ถูกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบการเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวมไม่ เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

4.4 ผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการเข้า ร่วมการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมสนทนามีสิทธิปฏิเสธการเล่าประสบการณ์ของตนเอง จากการเก็บข้อมูลพบว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง 2 กลุ่มทุกคนให้การยินยอมและ เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในลักษณะกลุ่มและรายบุคคล

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบบันทึก และข้อเสนอแนะจากแบบประเมินรูป แบบของผู้เชี่ยวชาญ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การวิเคราะห์ ค่าคะแนนผลการประเมิน จากแบบประเมินความเหมาะสมในการนำ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประมวลสรุปเนื้อหา ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

## 6. การพัฒนารูปแบบ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาพัฒนาให้ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลนภลัย โดย

6.1 สร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6.2 นำรูปแบบที่สร้างไว้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งมีคำอธิบายรูปแบบและแนวทางปฏิบัติประกอบด้วย

6.3 นำรูปแบบที่ผ่านการประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญและข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา มีการปรับแก้ไขจนได้เป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ของ โนนากะและ ทาคิวชิ 2) เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปใช้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย

- 1.1 ลักษณะของผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 1.2 ลักษณะผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่เข้าร่วมสนทนา

#### แลกเปลี่ยนเรียนรู้

- 1.3 ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมสนทนา

#### ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย

#### ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

#### หลอดเลือดสมอง

### ส่วนที่ 1

#### 1. ลักษณะของผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผู้เข้าร่วมสนทนาในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) กลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

##### 1.1 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4.1 ลักษณะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=6)

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

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

### 1.2 ลักษณะกลุ่มผู้ให้บริการ

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=11)

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



ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูล	(จำนวนคน)	ข้อมูล	(จำนวนคน)
อายุราชการ		ประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
5 - 10 ปี	1	5 - 10 ปี	1
11- 20 ปี	5	11 - 20 ปี	5
20 ปีขึ้นไป	6	20 ปีขึ้นไป	6

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

## 2. ลักษณะผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ตารางที่ 4.3 ลักษณะผู้ป่วย จำแนกข้อมูลส่วนบุคคล (n = 6)

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

จากตารางที่ 4.3 การวิจัยครั้งนี้ลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่เข้าร่วม  
 สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย เพศชาย 2 ราย อายุ มากกว่า  
 60 ปี 4 ราย อีก 2 ราย อายุอยู่ในช่วง 50-60 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีสถานะภาพเป็นหม้าย  
 4 ราย และเป็นโสด 2 ราย สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากเนื้อสมองบางส่วนขาดเลือด  
 ไปเลี้ยง 5 ราย ระยะการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปี 4 ราย

ตารางที่ 4.4 ลักษณะสุขภาวะของผู้ป่วย

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

จากตารางที่ 4.4 การวิจัยครั้งนี้ลักษณะสุขภาวะของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัว  
 ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน 4 ราย อีก 2 ราย รู้สึกตัวแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้รับประทานอาหาร  
 รับประทานได้เองทางปากโดยไม่ต้องอาศัยการช่วยเหลือ 4 ราย อีก 2-รายรับประทานอาหารทางสายยาง

ไม่สามารถควบคุมการขั้บถ่ายปีศาจได้ทุกราย โดยต้องใส่สายสวนปีศาจ 2 ราย ผู้ป่วยสามารถพูดได้แต่พูดไม่ชัด 4 ราย และไม่สามารถพูดได้เลย 2 ราย ทุกรายไม่มีแผลกดทับ มีลักษณะข้อติด 1 ราย สภาพทางจิต มีโมโหง่าย 2 ราย

### 3. ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมสนทนา

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

การวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมสนทนาทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแต่ละคนจะมีประสบการณ์ที่ดีที่ประสบผลสำเร็จที่แตกต่างกัน และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดีในบริบทของโรงพยาบาลนภลัย ดังนั้นความรู้ที่ได้จากการสนทนาจึงเป็นความรู้ ประสบการณ์ที่ดีในบริบทของโรงพยาบาลนภลัย

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

### ประเด็นที่ 3.1 การรู้ถึงปัญหา

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปัญหาและความต้องการ ทั้งส่วนที่เหมือนกันและต่างกัน การให้การดูแลต้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว หลักการที่ทำให้สามารถรู้ถึงปัญหาและความต้องการ ได้แก่

**3.1.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดี** การมีสัมพันธภาพที่ดี โดยการพูดจาที่สุภาพ จำชื่อผู้ป่วยได้ ทักทายโดยการเรียกชื่อผู้ป่วยโดยมีการสรรพนามนำหน้า ได้แก่ ลุง ป้า ฯลฯ แสดงท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใส หมั่นคอยชวนพูดคุย อย่างสม่ำเสมอและใกล้ชิดด้วยท่าทางเป็นกันเอง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น เกิดความรู้สึกเป็นมิตร กล้าที่จะซักถาม ให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการดูแล มีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "แต่ก่อนไม่เคยมารักษาที่โรงพยาบาล นภาลัย...มี คนบอกว่าที่นี่แย่มาก ตอนแรกผมก็รู้ไม่ค่อยกล้าที่จะพูด และถามอะไร แต่พอมารักษาที่นี่ไม่เห็นเป็นดั่งที่คนอื่นบอก เจ้าหน้าที่ที่นี่พูดจาดีทุกคน เรายังรู้สึกอุ่นใจ และกล้าพูด เวลาที่หมอ มาตรวจจะ ทักทาย เรียกลุง(ชื่อ) วันนี้เป็นงัยบ้าง เรายังชอบ คนไข้ก็ ชอบและทำอะไรให้แกก็ยอม "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " หมอ(ชื่อ)เป็นกันเองทำให้เรากล้าถาม เรายังรู้สึก เป็นกันเอง ถ้าหมอไม่พูดเราก็ไม่กล้าถาม หมอพูดดี อธิบายให้เราเข้าใจ และซักถามอาการ ผมว่าหมอแบบนี้ดี และ ชอบชมผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่ใช่เวลาตรวจเอาแต่เขียนอย่างเดียว "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "เวลาจะไปเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยในชุมชนการ สร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งที่สำคัญมากเราต้องทำตัว เป็นกันเอง ให้เข้ากับชาวบ้านได้ พูดจาสุภาพ การ เรียกผู้ป่วยและผู้ดูแล ต้องเรียก ลุง(ชื่อ) ป้า(ชื่อ) ตา(ชื่อ) ฯลฯ "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " จากการที่สำรวจความพึงพอใจ ของ ผู้มาใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ใช้บริการให้ความ คิดเห็นว่า การ ที่งานผู้ป่วยนอกมีพยาบาล ประชาสัมพันธ์คอย

ต้อนรับและช่วยแนะนำ ด้วยท่าทางที่อ้อมแอ้ม พุดจาสุภาพ ทำให้  
ผู้มาใช้บริการกล้าที่จะถาม”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มา  
นอนพัก รักษาตัวที่ตึกก็มักเป็นผู้ป่วยเก่าๆ เวลามาเจ้าหน้าที่ก็จะ  
จำผู้ป่วยและ ผู้ดูแล ได้ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลก็จะรู้สึกคุ้นเคยกับ  
เจ้าหน้าที่ทำให้เรา สามารถรู้ประวัติและข้อมูล ได้มาก”

3.1.2 การมีเจตคติที่ดี เห็นผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ มีความต้องการเหมือน  
บุคคลทั่วไป ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และเต็มใจให้การดูแล เปรียบเสมือนเป็นตัวเรา หรือ  
ญาติของเราเอง ว่ามีความต้องการเช่นไร ผู้ป่วยก็มีความต้องการเช่นกัน มีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิง  
จากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “อยากให้ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่รู้สึกใน  
การมีคุณค่าของผู้ป่วย คิดว่าเป็นญาติเรา หรือคิดว่าถ้าเป็นตัวเรา  
เอง เราต้องการอะไร ก็จะทำให้เข้าใจผู้ป่วย มากขึ้น”

3.1.3 รู้และเข้าใจในพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละรายมีทั้งผู้ป่วยที่มีโรค  
ประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ โรคความดันโลหิตสูง และบางรายไม่มีโรคประจำตัว การ  
ดูแลต้องรู้ถึงโรคเดิมของผู้ป่วยด้วยเพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่  
ละราย รวมถึงประวัติการรักษาที่เคยได้รับ ประวัติการแพ้ยา และสิ่งที่สำคัญอีกอย่าง คือ ต้องรู้ถึง  
นิสัยพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยว่าเดิมผู้ป่วยมีนิสัยเป็นอย่างไร ชอบทำอะไร จะช่วยให้สามารถใช้เป็น  
แนวทางในการค้นหาปัญหาได้ มีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า “คนดูแลคนเดิมบอกว่าอาม้าไม่ค่อยพูด  
พอพี่มาดูแลไม่เห็นเป็นอย่างที่บอก...อาม้าพูดเก่ง ทำให้คิดว่า  
เราต้องรู้ว่าเค้าชอบอะไร จะได้ชวนคุยได้ถูก และทำอะไรให้ได้  
ถูกใจ”

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า “การที่เราดูคนไข้ เราต้องรู้ด้วยว่ามีโรค  
ประจำตัวป้า มีโรคเบาหวาน ต้องให้อาหารที่ไม่มีรสหวาน  
เคี้ยวน้ำตาลขึ้น”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ลุงแกมก็ร้องเสียงดัง ตอนแรกก็คิดว่า ร้องเพราะปวดแผล แต่เวลาทำแผลก็ไม่ร้อง เราก็อหสาเหตุ พบว่า ลุงแกมนอนในท่าที่ไม่ถนัด แกจะร้องพอเรา จัดท่าที่ถนัด ลุงก็ไม่ร้อง "

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

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " นักกายภาพจะมีตรวจประเมินอาการ ปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรก ว่ามีปัญหาอะไรบ้างต้องให้การบำบัดอย่างไร เพราะผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปัญหาไม่เหมือนกัน โปรแกรมการบำบัดของแต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน เมื่อประเมินแล้วก็ให้การดูแลบริหารฟื้นฟู ตามโปรแกรม "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "เมื่อรับใหม่ผู้ป่วยเราก็จะดูว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่หรือรายเก่า... จะประเมินตั้งแต่แรกรับ หาสเหตุ... ประเมินหากภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกรับว่ามาด้วยปัญหาอะไร ก็ทำให้เรารู้ข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้อง "

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

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

"...แพทย์และพยาบาล ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ "

" เมื่อผู้ป่วยมาถึงเราก็ประเมินอาการว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการอะไร

มีอาการรุนแรงเพียงใด... "

**3.1.5 ติดตามค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง** การเฝ้าระวังสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยต้องทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการ ซึ่งถ้าช่วงที่ผู้ป่วยมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลตรวจเช็มน้อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้หรือได้ไม่เหมือนคนปกติทั่วไป พร้อมทั้งมีปัญหาทางด้านการสื่อสาร พูดไม่ได้ บางรายพูดได้แต่ฟังไม่ชัด นับเป็นปัญหาอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้การดูแลไม่รู้ว่าคุณป่วยต้องการอะไร ผู้ให้การดูแลต้องคอยใส่ใจดูแลสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก ใจเย็น ไม่ฉุนเฉียวหรือแสดงอาการโมโหให้ผู้ป่วยเห็น การตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และถามซ้ำถ้าไม่เข้าใจ แต่การถามซ้ำต้องไม่บ่อยเกินไปเพราะผู้ป่วยจะรู้สึกท้อ ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและจะหยุดพูดทันที และต้องคอยสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและการแปลความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกบางครั้งต้องอาศัยความเคยชิน ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *การที่เราดูแลผู้ป่วยเราต้องขยัน คิดตลอด เวลาว่าเค้าต้องได้อะไรบ้าง ก็ทำให้เราต้องหาวิธีการดูแลตลอดเวลาว่าจะทำอะไรที่จะทำให้ป้าไม่มีโรคแทรก และเราก็รู้สึกภูมิใจด้วย "*

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งเล่าว่า *" เมื่อรับเวรเสร็จพยาบาลจะเดินตรวจ เช็มนอาการผู้ป่วย และในเวรก็มีการติดตามเช็มนอาการ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ทำให้เรารู้อาการเปลี่ยนแปลงและให้การดูแลได้ทัน "*

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า *" ตอนที่มาดูแลอามาใหม่ๆ บางครั้งไม่รู้ว่าคุณต้องการอะไร เพราะฟังไม่รู้เรื่อง ก็ตั้งใจฟังถ้าไม่ก็จะให้พูดซ้ำ... แต่อย่าบ่อยนะ เพราะเคยฟังไม่รู้เรื่อง เราก็พูดเสียงดังให้แกพูดใหม่ พอบอกให้พูดใหม่ 2 - 3 ครั้ง แกเริ่มไม่พอใจ และไม่พูดต่อ เรา ก็เลยคิดว่าแกคงเสียใจ ทำให้เรารู้ว่าเราต้องจำให้ได้ว่าถ้าทำอย่างนี้แสดงว่าคุณต้องการอะไร "*

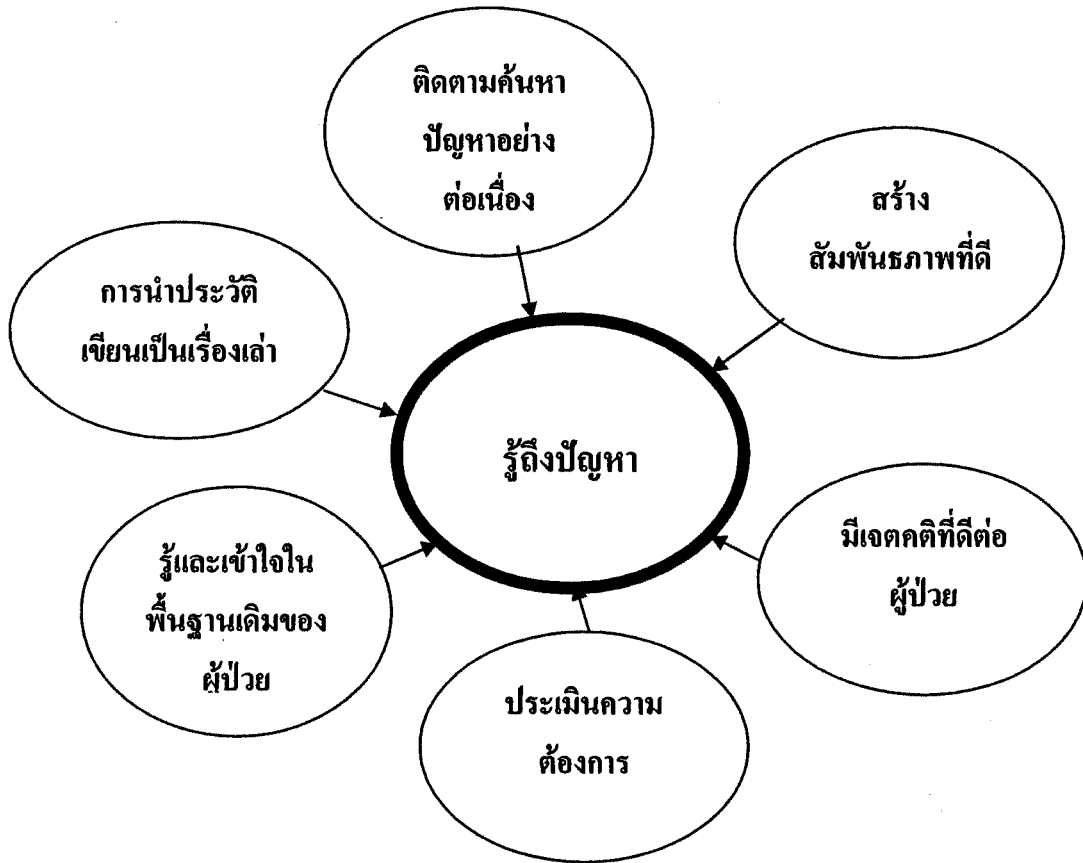
**3.1.6 การนำประวัติผู้ป่วยเขียนเป็นเรื่องสั้น** การศึกษาประวัติผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาให้ลึกซึ้ง และนำประวัติมาเขียนเป็นเรื่องเล่า เรื่องสั้น ช่วยทำให้รู้ถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างลึกซึ้ง เพราะการที่จะเขียนเป็นเรื่องราวได้นั้นผู้เขียนต้องให้ความใกล้ชิด และติดตามผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้ ดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

เจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เล่าว่า “ตอนนี้ได้มีการนำประวัติผู้ป่วยมาเขียนเป็นเรื่องเล่า ได้ทำมา 2 รายแล้ว ซึ่งผลที่ได้คือ เราได้รู้จักผู้ป่วยลึกซึ้งมากขึ้น และเราได้นำเรื่องเล่านี้มาเสนอในที่ประชุม ด้วย ทำให้ลูกของป้ารู้สึกรักแม่มากขึ้น ตอนนี้ได้ขยายวิธีการนี้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล สถานีอนามัย ทำให้เค้าสนใจ และรู้จักผู้ป่วยมากขึ้น”

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้สามารถรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วย คือ การสอบถามถึงนิสัยพื้นฐานเดิมและความชอบของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการดูแลรักษา การนำประวัติมาเขียนเป็นเรื่องเล่า

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปวิธีการจัดการที่ทำให้สามารถรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วย ได้ดังนี้





ภาพที่ 4.1 วิธีการทำให้รู้ถึงปัญหาของผู้ป่วย

จากภาพที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่า การที่จะทำให้รู้ถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ต้องประกอบหลักการที่สำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ทักทาย โดยควรต้อง รู้จักชื่อผู้ป่วย การมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ต้อนรับเอาใจใส่ คิดว่าเราหรือญาติเราต้องการสิ่งใด ผู้ป่วย ก็ต้องการสิ่งนั้นเช่นกัน การประเมินความต้องการ ซึ่งขั้นตอนการประเมินต้องประเมิน 4 ระยะ ได้แก่ ประเมินตั้งแต่แรกรับ ประเมินขณะอยู่ในโรงพยาบาล ประเมินก่อนออกจากโรงพยาบาล เกี่ยวกับความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย และประเมินเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้านเมื่อมีการติดตาม เยี่ยมต่อเนื่อง การรู้และเข้าใจในพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย การนำประวัติมาเขียนเป็นเรื่องเล่า และการ ติดตามค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง

### ประเด็นที่ 3.2 การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขา

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

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า "การดูแลคนไข้ ...คิดว่าการที่จะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นก็ต้องอยู่ที่เราด้วย "

เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน เล่าว่า " การดูแลผู้ป่วยก็จะร่วมกันดูแลด้วย ทีมสหวิชาชีพ โดยแพทย์ พยาบาล ตรวจเยี่ยมอาการ ประเมินอาการ ร่วมกันทุกวันตรวจเช้า และถ้าผู้ป่วยมีแผล แผลไม่ดี ก็จะมีการปรึกษาศัลยแพทย์ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน "

3.2.1 ประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแล พยาบาลประสานงานทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องตามประเด็นปัญหาเพื่อร่วมประเมินผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งเล่าว่า " ผู้ป่วยที่ต้องส่งทำกายภาพพยาบาล จะประสานงานกับนักกายภาพ ส่วนรายที่มีแผลกดทับ แพทย์ประจำตึกก็จะส่งปรึกษาศัลยแพทย์ และเขียนบันทึกใบส่งปรึกษาแพทย์ เฉพาะทาง พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานกับคลินิกศัลยกรรม โดยมีใบปรึกษา "

3.2.2 ทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกันโดยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วม  
 ดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน เล่าว่า " เคยมีผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลด้วยอาการกรามค้าง โดยผู้ป่วยเป็นอัมพาต ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ลูกชายบวช เป็นพระชุดงค์ไปเรื่อยๆ ญาติคนอื่นอยู่ต่างจังหวัด ไม่ดูแล เราก็เลยปรึกษาร่วมกัน โดยมีแพทย์ประจำตึก ทันตแพทย์ นักกายภาพ  
 เจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลประจำตึก และพระลูกชายด้วย.. สุดท้ายผู้ป่วยรายนี้ก็ได้รับการรักษาเรื่องกรามค้างจนอาการดีขึ้น

และเจ้าอาวาสวัดที่พระลูกชายประจำวัดอยู่ปัจจุบันก็ยอมให้ผู้ป่วย  
ไปอยู่ที่วัดได้ โดยให้แม่ชีมาช่วยดูแลบางครั้ง งานกายภาพก็  
ได้เข้ามาร่วมในการดูแล "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "เวลาไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยมีปัญหา  
แผลกดทับเราก็จะสอนญาติเกี่ยวกับการทำแผล และเราก็มาปรึกษ  
ากับศัลยแพทย์ บางรายหมอก็ให้พามาโรงพยาบาล บางรายหม  
อก็ให้ยา"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ถ้า admit ผู้ป่วยที่มีแผลหรือมี  
อาการทางศัลยกรรมมาที่ตึกอายุรกรรมก็จะมีแพทย์ด้านศัลยกรรมมา  
ดูด้วย "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" ร่วมวางแผนการจัดการดูแลร่วมกับ เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย  
สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล "

### 3.2.3 วางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) ตั้งแต่แรกรับ - จำหน่าย

โดยมีการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา  
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน อาหาร การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสังเกตและ  
ช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการผิดปกติ ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ ออกกำลังกาย การเตรียม  
สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การมาตรวจตามนัด ถ้าพบว่าและผู้ป่วยและหรือผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะ  
ในการปฏิบัติตน จะทำสัญลักษณ์ในแบบฟอร์มและมีการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการ  
เตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
ดังนี้

เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน เล่าว่า " มีการทำ *plan discharge*  
ตั้งแต่รับใหม่ โดยมีการประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแล ให้  
คำแนะนำ ปรึกษา เตรียมความพร้อมผู้ดูแล และครอบครัวและเมื่อ  
อาการผู้ป่วยดีขึ้นก็กลับบ้านก็มีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแล  
ด้วย ก็พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย"

3.2.4 การปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพ แต่ละงานก็จะให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานของงาน ดังนี้

1) แนวทางการรักษาของแพทย์

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

(2) การประเมินภาวะโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วม

(3) ประเมินสภาพครอบครัว ความพร้อมในการรักษาต่อเนื่องระยะยาว ความเอาใจใส่ และให้ความสำคัญของการมาตามนัด

(4) จัดการเรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ได้แก่ การส่งตรวจ BUN, Creatinin , Electrolyte, Albumin, CBC, Urine exam , FBS, Lipid Profile

(5) พิจารณาแผนการรักษา ตามมาตรฐานโรค

(6) ให้ข้อมูล การรักษา ผลการตรวจต่างๆ และการดำเนินการของโรค

(7) การนัดตรวจอย่างต่อเนื่อง

2) แนวทางการจัดการดูแลของพยาบาลผู้ป่วยนอก

(1) ตรวจ คัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่จุดขึ้นบันได กรณีมีอาการฉุกเฉินหรือมาเพื่อเปลี่ยนสายต่างๆ ทำแผล ดำเนินการส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน กรณีไม่ฉุกเฉินมารับยาต่อเนื่อง ส่งตรวจที่ห้องตรวจทั่วไป

(2) ชักประวัติการเจ็บป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประวัติการแพ้ยา และการผ่าตัด พร้อมให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ กรณีมีอาการสงสัยเกี่ยวกับการแพ้ยา ส่งปรึกษาเภสัชกรก่อนพบแพทย์

(3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัด (ตามที่ระบุในบัตรนัด) พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจให้เรียบร้อยก่อนส่งพบแพทย์

(4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้ตรวจจากแพทย์

(5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและทำบัตรนัดเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง

(6) ประสานงานประกันสุขภาพในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านสิทธิบัตร

(7) กรณีที่ผู้ป่วยต้องมีการติดตามอาการ ประสานงานวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งต่อชุมชน ติดตามดูแลต่อเนื่อง

(8) พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลที่ดี เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้อง

(9) กรณีขณะรอตรวจผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ดำเนินการส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจที่ห้องฉุกเฉิน

### 3) แนวทางการจัดการดูแลของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน

(1) กรณีรับใหม่ มีการประเมินอาการ ชักประวัติการเจ็บป่วย ตามแนวทางที่กำหนด ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel Index

#### (2) การดูแลประจำวัน

ก. ให้การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ การพยาบาลตามอาการ การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ข. การดูแลให้ตามแผนการรักษา ตรงเวลา

ค. การให้การดูแลแบบครอบครัวผู้ป่วยอยู่กับญาติได้ตลอดเวลา

ง. การตรวจเยี่ยมอาการอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

จ. พยาบาลให้คำปรึกษา

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

ซ. การใช้ทีมสหวิชาชีพ ร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ตั้งแต่การดูแลด้านโภชนาการดูแลเรื่องอาหาร และ เกสซ์กรดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับตลอดการรักษา งานกายภาพบำบัดให้การดูแลด้านการฟื้นฟูสภาพ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน วางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ณ. ทำกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

(3) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการต่อเนื่องไปยังสถานบริการสุขภาพแห่งอื่นๆ เช่น รพศ/รพท. สถานีอนามัย

(4) การนัดตรวจเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยขาดนัด ดำเนินการส่งต่อชุมชนเพื่อติดตามผู้ป่วย

### 4) แนวทางการจัดการดูแลของงานกายภาพบำบัด

- (1) ประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาประวัติผู้ป่วย
  - (2) ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายตามโปรแกรม
  - (3) สอนและฝึกผู้ดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 5) แนวทางการจัดการดูแลของงานเภสัชกรรม
- (1) ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ตรวจสอบ Interaction
  - (2) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว เฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ
- 6) แนวทางการจัดการดูแลของงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
- (1) ร่วมวางแผนการดูแล ผู้ป่วย ตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยกลับบ้าน
  - (2) ติดตามเยี่ยมต่อนื่องที่บ้าน โดยมีการประเมินสภาพผู้ป่วยความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัว
  - (3) จัดทำ Family Folder
- 7) แนวทางการจัดการดูแลของทีมงานสุขภาพจิต
- (1) ประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิต
  - (2) วางแผนการให้คำปรึกษา การร่วมกันดูแลผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับ - จำหน่าย
  - (3) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ
- 8) แนวทางการจัดการดูแลของทีมงานประกันสุขภาพ
- (1) ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยให้ถูกต้อง
  - (2) ประสานงานแพทย์เพื่อออกใบรับรองผู้พิการ ในรายที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและมีความพิการหลงเหลืออยู่ นาน เกิน 6 สัปดาห์
  - (3) ดำเนินการทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง ผู้พิการ)
  - (4) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับการติดต่อขึ้นทะเบียนผู้พิการ และการขอรับเงินช่วยเหลือผู้พิการ
- 9) ศูนย์อิมูปลูกฎการแพทย์โรงพยาบาลนภาดลย์ พิจารณาการให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ต่อเนื่องที่บ้านดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ที่งานผู้ป่วยนอกจะมีการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ที่จุดขึ้นบันได ถ้าอาการฉุกเฉิน หรือมาทำแผล เปลี่ยนสายต่างๆ จะส่งเข้าตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ถ้ารับยาต่อเนื่องก็ส่งตรวจที่ห้องตรวจทั่วไป โดยมีการซักประวัติ วัตถุประสงค์ ตรวจประเมินสภาพต่างๆ เตรียมผลการตรวจต่างๆ ให้เรียบร้อย ก็ส่งเข้าตรวจ จากนั้นก็ดูแลตามแผนการรักษา ถ้าให้กลับบ้านก็ส่งห้องยา ถ้าให้ออนโรงพยาบาลก็ประสานงานหอผู้ป่วยใน ส่งผู้ป่วยเข้าไปโดยส่งต่ออาการและแผนการรักษา ”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ เมื่อรับใหม่ผู้ป่วย จะประเมินอาการสภาพทั่วไป ระดับความรู้สึกตัว และตรวจวัดสัญญาณชีพ ซักประวัติเพิ่มเติมจากผู้ป่วยนอกตามใบสมรรถนะ ให้การดูแลตามแผนการรักษา ตรวจเย็บอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง มีการประสานกับสหวิชาชีพมาร่วมดูแล เมื่อสหวิชาชีพมาเยี่ยมผู้ป่วยจะบันทึกในใบสหวิชาชีพ เพื่อเป็นการสื่อสาร ”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ แพทย์มาตรวจเย็บทุกวัน อย่างน้อยวันละครั้ง จะแบ่งความรับผิดชอบเป็นแพทย์ตรวจเย็บผู้ป่วยใน และแพทย์ประจำผู้ป่วยนอก ต้องวินิจฉัยว่ามีอาการเป็นอย่างไร ถ้าอาการรุนแรงก็ส่งต่อถ้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้เวลามามากซึ่ม ส่วนมากมักเกิดจากไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้รับสารอาหารไม่พอ ก็จะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติเพิ่มเติม ต้องการระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยแผลกดทับ ปอดอักเสบ ”

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

ต้องมีการให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับเวลาที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยเพื่อให้ญาติเตรียมพร้อม ไม่ต้องเสียเวลาในการมารอคอย ซึ่งญาติผู้ป่วยมักต้องไปประกอบอาชีพ ทำให้ไม่รับทราบอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยจะมีการขอเบอร์โทรศัพท์ของญาติและโทรศัพท์ตามเมื่อมีความ จำเป็นและให้เบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลแก่ญาติ ดังมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ดังนี้

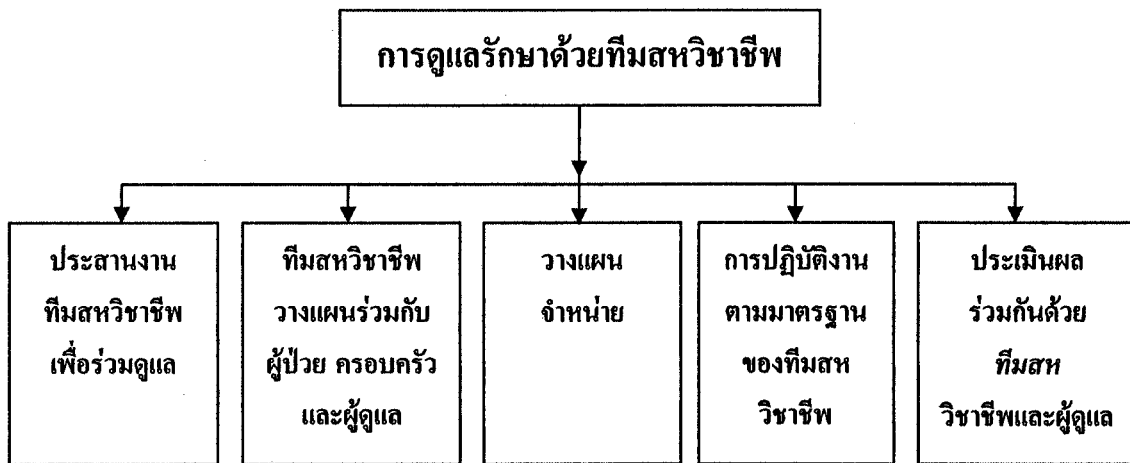
เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ผู้ป่วยรายใหม่ของตึกผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย นักกายภาพจะมาประเมินผู้ป่วยที่ตึกผู้ป่วยเรื้อรังก่อนว่ามีปัญหาอะไร บ้าง จำเป็นต้องให้การรักษาดตามโปรแกรมนานแค่ไหนพร้อมทั้งสอน ผู้ดูแลให้ทำ และจากนั้นจะมาประเมินเดือนละ 2 ครั้งร่วมกับผู้ดูแล ตอนนี้ไม่มีผู้ป่วยข้อคิดเพิ่ม "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ช่วงเช้าที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจะ บริการร่วมกันเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา บางครั้งพบว่าผู้ป่วย บางรายไม่มีญาติจึงทำให้ญาติไม่ได้รับทราบเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ได้มีการแก้ไขปัญหานี้โดยการให้ข้อมูลแก่ ญาติเกี่ยวกับเวลาที่แพทย์มาตรวจเยี่ยม และขอเบอร์โทรศัพท์ของ ญาติ เมื่อมีความจำเป็นจะมีการ โทรศัพท์ตาม "

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ การให้ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยและ ครอบครัว ได้มีโอกาสมาพูดคุยวางแผนร่วมกัน โดยเริ่มในผู้ป่วยรายที่มีปัญหาซับซ้อนก่อน ซึ่งมี จำนวนผู้ป่วยไม่มาก ทีมสหวิชาชีพสามารถที่จะมาร่วมวางแผนและประเมินผลร่วมกันได้ โดยไม่มี ผลกระทบต่อภาระงาน ต่อจากนั้นจึงค่อยดำเนินการให้ทีมสหวิชาชีพมาร่วมวางแผนบริการร่วมกัน จนเป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาล ส่วนการประเมินผลร่วมกับญาติ/ผู้ดูแลเพื่อให้มีการรับทราบ อาการการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมแก่ญาติ เพื่อให้ญาติสามารถมาพบแพทย์ในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถช่วยลดภาระของญาติ/ผู้ดูแล และได้ รับทราบการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกัน

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปวิธีการจัดการดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้ดังนี้





ภาพที่ 4.2 วิธีการจัดการดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ

จากภาพที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่าการจัดการดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย หลักการที่สำคัญ ได้แก่ การประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแล ทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพ การประเมินผลร่วมกันด้วยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแล

### ประเด็นที่ 3.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

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

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ดุงแต่ก่อนจะมีปัญหาติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งตอนแรกใส่สายสวนปัสสาวะอยู่นานทำให้ติดเชื้อง่าย ตอนนี้อยู่ไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะแล้ว ใส่รองด้วยถุงพลาสติก เราคอยดูแลทำความสะอาด ก็ไม่มีปัญหาติดเชื้อ "

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " การใส่ *pampers* ก็เปียกและบ่อย เหนื่อย

ออกมาก ถ้าไม่คอยเปิดคูก็และ ทำให้อบเกิดเป็นแผลได้ เราต้องคอยใส่ใจ ห่วงใย คอยสังเกต และคอยเปลี่ยนให้อย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง ลูกก็ไม่มีแผลเลย และ ไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะด้วย ”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ผู้ป่วยส่วนมากที่มีปัญหาแผลก็มักควบคู่กับปัญหาอื่นไม่ได้ เราต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ก็สามารถช่วยให้แผลหายได้เร็วขึ้น ”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ผู้ป่วยที่มาตรวจที่ผู้ป่วยนอกจะพบว่ามาด้วยมีไข้ ตรวจปัสสาวะจะพบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และติดเชื้อทางเดินหายใจ มีอาการไอ มีเสมหะ ”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ผู้ป่วยอัมพาตที่มา admit มักพบว่ามาด้วยมีภาวะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ แผลกดทับ และก็มีบางรายจะมาด้วยอาการซึม พอเจาะเลือดตรวจก็มักพบว่ามีปัญหาเกลือแร่ในร่างกายต่ำ โปรตีนต่ำ ”.

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ จากการเก็บอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยที่นอนนาน ”

**3.3.1 การดูแลรักษาความสะอาดร่างกายผู้ป่วย** การดูแลรักษาความสะอาดจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบผิวหนัง การทำความสะอาดช่องปากและในผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง ต้องทำความสะอาดช่องจมูก ทุกวัน ซึ่งสามารถช่วยลดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า ” ตอนที่อยู่บ้านเราดูแลไม่เป็น แพนก็ปัสสาวะรดที่นอน บางครั้งเราก็เห็นก็เช็ดทำความสะอาด แต่ตอนกลางคืนเราหลับก็จะไม่ได้เช็ดทำความสะอาด เค้าก็จะนอนแช่ปัสสาวะ นานๆเข้าก็เป็นแผล พอได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการหาถุงรองรับปัสสาวะหรือช่วงกลางคืนกังวลว่าถุงที่รองจะหลุดหรือเต็มก็ใส่

ดูยางอนามัยต่อถุงรองรับปัสสาวะ และต้องคอยเช็ดทำความสะอาด  
ด้วยอย่าปล่อยให้ผิวเปียก หมักหมม ต้องเช็ดให้แห้ง จากนั้นก็ไม่มี  
แผล เพิ่ม กลางคืนเราก็ได้พักด้วย”

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

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ป้าจะใส่ *pampers* ไว้เพราะปัสสาวะ  
รดที่นอน ปัสสาวะจะไหลไปหมักหมมที่ก้นกบ เราต้องคอยสังเกต  
ที่ *pampers* ว่ามีปัสสาวะชุ่มหรือยัง เราต้องคอยสังเกต ทุก 1-2  
ชั่วโมง โดยแฉับดู *pampers* เมื่อเปียกเราก็เช็ดทำความสะอาด  
ด้วยผ้าชุบน้ำ และใช้ผ้าแห้ง เช็ดผิวหนังให้แห้ง สะอาดก็จึงใส่  
*pampers* "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" เคยแช่ปัสสาวะ เราต้องเช็ดตัวทำความสะอาด "

" ดูแลความสะอาดผิวหนัง เช็ดให้แห้ง ไม่ให้อับชื้น "

2) ทำความสะอาดของปาก อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น ในรายที่  
สามารถแปรงฟัน ได้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟันเอง ส่วนในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้  
ผู้ดูแลทำความสะอาดในช่องปากโดยการใช้น้ำที่สะอาดเช็ดในช่องปาก นวดลิ้นและกระพุ้งแก้มให้  
สะอาด ในรายที่มีฟันปลอมให้ถอดล้างทำความสะอาดฟันปลอม

3) ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ วันละ  
2 ครั้ง เช้า - เย็น และเมื่อจำเป็นด้วยน้ำสบู่ เหมือนคนปกติทั่วไป ในรายที่คาสาขสวณปัสสาวะต้อง  
เอาใจใส่ดูแลบิบบคลึงตามสาขสวณปัสสาวะให้ปัสสาวะไหลออกได้ดี เพื่อป้องกันการเกิดการอุดตัน  
ทางเดินปัสสาวะ บางรายสามารถปัสสาวะได้เองแต่ไม่สามารถบอกได้ทัน ทำให้ปัสสาวะรดที่นอน  
ผู้ดูแลจะมีการหาถุงพลาสติกขนาดใส่อาหาร ½ - 1 กิโลกรัมมารองรับปัสสาวะไว้ แต่ต้องคอย  
เปลี่ยนถุง คอยสังเกตว่าปัสสาวะเต็มถุงหรือยัง ทุกครั้งที่เปลี่ยนถุงพลาสติกที่รองปัสสาวะจะเช็ด  
อวัยวะสืบพันธุ์ของผู้ป่วย ( ชาย ) ให้สะอาด แต่ช่วงกลางคืนบางรายอาจพิจารณาใส่ถุงยางอนามัย  
ต่อถุงรองรับปัสสาวะ เพื่อผู้ดูแลได้พักผ่อน ไม่ต้องคอยระวังถุงพลาสติกที่รองรับปัสสาวะเต็ม  
และผู้ป่วยที่รองรับปัสสาวะด้วยถุงพลาสติกและถุงยางอนามัยมักพบปัญหาว่าการใช้ผ้าก็ออสพันรัด  
ที่ส่วนปลายถุง ถุงมักหลุด จึงได้ปรับมาใช้ที่รัดปากถุงพลาสติกหรือถุงยางอนามัยที่สามารถเลื่อน  
ปรับระดับได้ซึ่งใช้แผ่นผ้าหนาติดด้วยแผ่นตีนตุ๊กแก สามารถลดปัญหาถุงพลาสติกและ

อุ้งยางอนามัยหาคิดได้ ส่วนผู้ป่วยหญิงมักใส่ pamperg ไว้ ต้องคอยตรวจสอบดูว่าปัสสาวะเปลี่ยน ชุ่ม pamperg หรือไม่ โดยการตั้งเวลาการตรวจสอบประมาณ ทุก 1- 2 ชั่วโมงพร้อมกับการพลิกตัว ผู้ป่วยที่ปัสสาวะปกติ 2 - 3 ครั้ง pamperg จะชุ่มต้องคอยเปลี่ยนและทำความสะอาดผิวหนังบริเวณ ก้น อวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด แห้ง เพราะถ้าปล่อยทิ้งไว้จะทำให้เกิดเชื้อรา และรอยแดง และทำให้เกิดภาวะการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ดังข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ทำความสะอาดตอนเช้า 1 ครั้ง โดยทำความสะอาด เช็ดอวัยวะของตาให้แห้งและเปลี่ยนถุงรองปัสสาวะทุกครั้ง ที่ปัสสาวะ "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ตอนนี้แฟนเค้าใส่สายสวนปัสสาวะ เพราะมี ปัสสาวะรดที่นอน เราก็คอยบีบ คลึงสายสวนปัสสาวะบ่อยๆ ไม่ให้ สายอุดตัน จะได้ไม่ติดเชื้อ "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ต้องคอยบีบไล่ตามสายปัสสาวะ ไม่งั้นสาย จะอุดตัน และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเดิมเคยเป็นมาแล้ว "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ดูแลสายปัสสาวะ และทำความสะอาด ผู้ป่วย ที่ปัสสาวะ ได้เองมักใส่ถุงพลาสติกกรองปัสสาวะไว้บางรายก็ใส่ Condom ก็ต้องคอยทำความสะอาดจะได้ไม่ติดเชื้อ "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" ผู้ป่วยที่ใส่ foley's cath ก็มักพบว่ามีปัญหาติดเชื้อทางเดินระบบ ปัสสาวะ "

4) ดูแลให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้น เหมาะสมตามสภาพ อากาศ

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ตอนอยู่บ้านอากาศร้อนมาก ลุงจะมีเหงื่อออก มากต้องคอยเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ ถ้าไม่เปลี่ยนจะหมักหมม เป็นเชื้อราได้ "

### 3.3.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยบางรายก็สามารถรับประทานอาหารได้ทางปากแต่ต้องป้อนซ้ำๆ เพราะกลืนลำบาก บางรายรับประทานไม่ได้ต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ถ้าได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และการให้อาหารที่ไม่มีคุณค่าทางอาหารจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ ร่างกายชubbม อ่อนแอ ภูมิคุ้มกันต่ำ ไม่สดชื่น เจ็บป่วยง่าย และการขาดสารอาหารยังมีผลทำให้มีแผลได้ง่าย แผลหายยากและการได้รับน้ำอย่างเพียงพอมีผลช่วยให้ลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะท้องผูก ผิวน้ำขุ่นขึ้น ไม่แห้ง ดังมีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า “ ตอนแรกตากินอาหารได้ทุกอย่าง ก็ไม่เป็นอะไร แต่ก่อนมาโรงพยาบาลตากินอาหารได้น้อยลง จากนั้นก็เริ่มไม่สบายมีอาการ ไอ เสมหะในลำคอ พามาโรงพยาบาลหมอบอกว่าขาดสารอาหารอย่างรุนแรง...ตอนนี้หมอให้อาหารทางสายยาง ตาอาการดีขึ้นแล้ว ”

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “ แต่ก่อนอ้อมีปัญหาท้องผูก 3 วันยังไม่ถ่ายพอเรามาดูแลก็ไม่มีปัญหานี้ เราเพิ่มน้ำหลังจากให้อาหาร เดิมเคยให้ 100 ซีซี (2 กระบอกอาหาร) เพิ่มเป็น 150 ซีซี (3 กระบอก) ตอนนี้ถ่ายวันเว้นวัน ไม่ต้องใช้ยาระบาย ”

เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยในเล่าว่า “ ลุง(ชื่อ) กลับมารักษาด้วยอาการกินไม่ได้ ผอมลงจากเดิม จากเดิมไม่มีแผลครั้งนี้มีแผล...เราก็เน้นการให้อาหารด้วยเพราะอาหารจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ แผลก็จะไม่ดี...ตอนนี้แผลดีขึ้นแล้ว ลุงกินได้เอง ”

เจ้าหน้าที่งานโภชนาการเล่าว่า “ การดูแลเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยมีความสำคัญ เพราะถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยให้การป้องกันการเกิดแผลและช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นด้วย ”

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

" กินผัก ผลไม้ น้ำผลไม้ ท้องไม่ผูก "

" ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพราะถ้าผู้ป่วยขาดสารอาหารก็มีผลทำให้เกิดแผลได้เช่นกัน "

"...ต้องให้น้ำตามระหว่างมือ ทุก 2 ชั่วโมง ก็ให้ทุก 2 ชั่วโมง ครึ่งละ 2 กระบอกอาหาร (100 ซีซี) ก็ให้ทั้งวัน น้ำขาดไม่ได้ให้น้ำ มากๆดี อย่าให้ขาดน้ำ "

" การดูแลเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยมีความสำคัญ เพราะถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลและ ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นด้วย "

#### 1) หลักการเตรียมอาหาร

การเตรียมอาหารสำหรับให้ทางสายยาง ผู้ดูแลจะเตรียมอาหารเหลวตามสูตรที่ได้รับจากโรงพยาบาล โดยมีการปรับเปลี่ยนประเภทของส่วนผสมตามแต่ที่จะหาได้ในหมู่บ้าน โดยคำนึงว่าผู้ป่วยควรต้องได้รับอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ และต้องคำนึงถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ด้วย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ก็ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นพวกแป้ง ใช้ข้าวเพียง 2 ทัพพีเป็นข้าวต้มหรือข้าวสวยก็ได้ ในการเตรียมอาหาร 3 มื้อ จะเน้นผักมากๆ ได้แก่ ผักค้ำลึง ผักทอง ใต้อเนาะไก่ ปลา ไข่ และเกลือหรือซีอิ๊ว ซึ่งไม่ต้องคำนึงถึงความอร่อยแต่คำนึงถึงคุณค่าของอาหาร การใส่มะเขือเทศจะช่วยทำให้อาหารมีสีสวย ในการเตรียมอาหารจะเตรียมไว้ให้เพียงพอในการให้ 3 - 4 มื้อ โดยใส่ตู้เย็นหรือตั้งเย็นไว้เมื่อจะใช้ก็นำมาอุ่นตามปริมาณที่แพทย์กำหนด ในกรณีไม่มีเครื่องชั่งสำหรับการแบ่งส่วนประกอบอาหารสำหรับนำมาประกอบอาหาร จะใช้การแบ่งอาหารนั้นออกเป็นส่วนๆและประมาณว่าแต่ละส่วนน้ำหนักเท่าไร เช่น การแบ่งเนื้อหมู นำเนื้อหมูที่มีน้ำหนัก 1 กิโลกรัม แบ่งออกเป็น 10 ส่วน แสดงว่าแต่ละส่วนมีน้ำหนักเท่ากับ 100 กรัม (1 ชีด) ถ้าในสูตรระบุให้ใช้เนื้อหมู 200 กรัม ก็นำเนื้อหมูที่แบ่งมา 2 ส่วน ส่วนที่เหลือเก็บแช่เย็นไว้หรืออาจใช้ลักษณะการหยิบมือ กะประมาณว่า 1 ส่วนใช้ก็หยิบมือ กรณีที่ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหารหรือไม่สะดวก สามารถใช้อาหารผงสำเร็จรูป เช่น โอโซคาล เบลนเดอร่า แทนการเตรียมอาหารเหลวได้ โดยซื้อจากโรงพยาบาลและตามร้านขายยาทั่วไป

การเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยที่สามารถรับประทานอาหารได้เองทางปาก อาหารควรมีลักษณะนุ่ม ไม่แข็ง และไม่มียกขณะเหนียว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยติดคอหรือสำลักได้ ควรเป็นอาหารประเภทข้าวต้ม โจ๊ก อาหารเหลว เช่น นม น้ำเต้าหู้ อาหารประเภทผักต้องบดให้

ละเอียด และต้องคำนึงถึงโรคเดิมของผู้ป่วยและความชอบของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ดังมีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “ ตอนอยู่บ้านเราก็อาหารเอง ใช้ตำลึง ผักทอง ใช้ผักหลายๆอย่าง เน้นผักมากกว่าข้าว เพราะผักมีประโยชน์ ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกโรค ใส่ไก่ เนื้อปลา ข้าวต้มหรือข้าวสวยก็ได้ ใช้ประมาณ 2 ทศพี เน้นอาหารให้ครบ 5 หมู่ ใส่เกลือด้วย ทำตอนเช้า แล้วเก็บเข้าตู้เย็นไว้ เวลาจะให้มือต่อไปก็นำอาหารที่เตรียมไว้มาอุ่น ซึ่งทำไว้เพื่อ 4 มือ ”

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “ ที่บ้านไม่มีกิโลซัง ก็ใช้การประมาณ... โดยผมซื้อหมูมา 1 กิโล ผม ก็แบ่งเป็นกอง 10 กองๆละ 1 ซีด (100กรัม) จะใช้ทำอะไรก็เอาไปตามกองที่แบ่งไว้ ถ้าในสูตรระบุให้ใช้เนื้อหมู 200 กรัม ก็นำเนื้อหมูที่แบ่งมา 2 กอง ส่วนที่เหลือเก็บแช่เย็นไว้ ”

เจ้าหน้าที่งานโภชนาการเล่าว่า “ มีการประเมินผู้ป่วยแต่ละรายเกี่ยวกับโรคที่เป็นด้วยทุกครั้ง และมีการทำอาหารสายยางตามสูตร โดยมีการคำนวณแคลอรี สูตรที่ใช้จะมีสูตรทั่วไป ประกอบด้วย ผักใบเขียว 200 กรัม เนื้อไก่หรือเนื้อปลาหรือเนื้อหมู 200 กรัม กล้วย 100 กรัม ผักทอง 100 กรัม น้ำมันพืช 200 กรัม เมื่อผสมแล้วจะได้อาหารสายยางปริมาณ 1,000 ซีซี และสูตรสำหรับผู้ป่วยโรคต่างๆที่มีข้อจำกัดด้านอาหาร เช่น เบาหวาน โรคไตต้อง โซเดียมต่ำ ต้องให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีประโยชน์ มีความเหมาะสมกับโรค และแผนการรักษา ”

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

“ ผมก็เคยได้รับการสอนเกี่ยวกับการทำอาหารทางสายยางขณะที่อยู่โรงพยาบาล และก็ได้อสูตรมา ”

“ ... มีสูตรการทำอาหารสายยางให้ ”

“ คิดว่าคนแก่ต้องกินอาหารประเภทไหน ก็หาให้อย่างนั้น คนไข้

ต้องกินอะไรที่เน้นผักเยอะจะทำไว้ใช้ทั้งวัน ถึง 4 มื้อ "

" เวลาเตรียมอาหาร ก็ใช้ประมาณส่วนผสมซึ่งตอนเราอยู่ที่  
โรงพยาบาล เคี้ยวด้วยกิโด เราก็ประมาณเอาไว้ที่ซึ่งมาหยิบเป็น  
หยิบมือได้ประมาณก็หยิบมือ "

2) หลักการให้อาหารที่ดีป้องกันการสำลัก ควรมีหลักการให้อาหารที่

ถูกต้อง ทั้งการให้อาหารทางสายยางและการให้อาหารโดยการป้อนทางปาก โดยก่อนให้อาหาร  
ควรจัดเตรียมอาหาร น้ำ ผ้าสำหรับเช็ดทำความสะอาดเวลาเปลี่ยนไว้ให้พร้อม ต้องรอให้อาหารอุ่น  
หรือเย็นก่อน ถ้าต้องการรีบเร่ง ใช้การตัดแบ่งใส่ภาชนะและนำภาชนะแช่ลงไปในภาชนะที่ใส่น้ำไว้  
คอยคนอาหารไปมาเรื่อยๆ จะช่วยทำให้ความร้อนระเหยออกไปได้เร็วขึ้น ใช้การทดสอบโดยการ  
ชิมหรือสัมผัสด้วยมือผู้ดูแล จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งหรือทำศีรษะสูง ประมาณ 30 – 45 องศา  
เพื่อป้องกันการสำลัก ถ้าไม่มีเตียงที่ปรับระดับได้สามารถใช้หมอน ผ้า ช่วยคั่นตัวผู้ป่วยไว้ กรณีมี  
คนช่วยเหลือก็สามารถใช้คนช่วยประคองลำตัว หลัง ศีรษะผู้ป่วยให้อยู่กึ่งท่านั่ง ศีรษะสูง ป้องกัน  
การสำลักขณะให้อาหาร ใช้ช้อนขนาดเล็กป้อน เช่น ช้อนชงกาแฟ การป้อนควรค่อยๆป้อนอย่า  
เร่ง พร้อมทั้งคอยกระตุ้นโดยการบอกผู้ป่วยให้กลืนใช้เวลาในการให้อาหารด้วยการป้อนประมาณ  
30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงต่ออาหาร 1 มื้อ เวลาให้น้ำจะให้ผู้ป่วยดูดจากหลอดเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วย  
ได้ใช้กล้ามเนื้อบริเวณปาก บางรายจะใช้ไซริงค์ (syring) หยดให้ทีละน้อยป้องกันการสำลักและให้  
น้ำทุก 2 ชั่วโมง ส่วนในรายที่ให้อาหารทางสายยางทุกครั้งให้อาหารจะให้น้ำตามครั้งละ 2-3  
กระบอก (100-150 ซีซี) และให้น้ำระหว่างมื้ออาหาร ทุก 2 ชั่วโมง หลังจากการให้อาหารแต่ละมื้อ  
จะจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งหรือนอนในท่าเดิมก่อนประมาณ 30 นาที เพราะการนอนทันทีที่  
รับประทานอาหารเสร็จจะมีผลทำให้ผู้ป่วยอาเจียนเกิดการสำลักได้ ดังมีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจาก  
การสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " อาหารที่ให้จะเป็นอาหารอ่อนจนลักษณะและ  
ต้องไม่ร้อนเกินไป เวลารีบๆจะนำอาหารแบ่งใส่ถ้วยเล็กแล้วไปแช่ใน น้ำ  
และคอยคนไปเรื่อยๆจนหายร้อนเพราะถ้าอาหารร้อนเกินไปจะ  
ลวกปากเราต้องชิมหรือวางบนมือเราก่อน เวลาป้อนอาหารคำเล็กๆ  
ค่อยๆป้อน ไม่เร่ง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในการป้อน 1 มื้อ "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " การให้อาหารทางสายยางก่อนให้อาหารก็จะ  
ไขหัวให้สูงและให้อยู่ ในท่าหัวสูงต่ออีกประมาณ 1/2 ชั่วโมงหลัง  
ให้อาหาร เพราะถ้าจัดให้อยู่ในท่านอนปกติเลยจะสำลักได้ "



ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ก่อนจะป้อนอาหารจะจัดให้นอนอยู่ในท่า  
หัวสูงเมื่อกินอาหารเสร็จแล้วจะให้อยู่ในท่าหัวสูงต่ออีกประมาณ  
30 นาที - 1 ชั่วโมงถ้ามีอาการสะอึกก็จะช่วยด้วยการใช้มืออุบ  
หน้าอก อุบบริเวณหลัง ช่วยบีบคลายกล้ามเนื้อบริเวณแขน ไหล่  
อาการก็ดีขึ้น"

3) คำนี้ถึงโรคประจำตัวที่เป็น ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัว ได้แก่  
โรคเก๊าท์ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การให้อาหารผู้ป่วยต้องคำนึงถึงโรคเดิมที่ผู้ป่วย  
เป็นอยู่ด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน อาหารควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน เน้นตั้งแต่การ  
เตรียมอาหาร ผู้ป่วยที่มีโรคที่มีข้อบ่งชี้ต้องจำกัดน้ำ ต้องลดปริมาณน้ำในแต่ละวัน จากเดิมที่เคยให้  
น้ำตามหลังให้อาหารครั้งละ 100 - 150 ซีซี และทุก 2 ชั่วโมงระหว่างมีอาหารครั้งละ 50 - 100 ซีซี  
ต้องมีการลดปริมาณลง โดยต้องดูว่าแพทย์จำกัดน้ำวันละเท่าไร แล้วแบ่งให้ได้ตามในแต่ละมื้อ  
ดังข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "มีการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย  
เกี่ยวกับภาวะโภชนาการและ โรคที่เป็นด้วยทุกครั้ง กรณีที่มีภาวะ  
โปรตีนต่ำก็จะจัดการดูแลให้อาหารที่มีโปรตีนสูง โดยมีการเพิ่ม  
ไข่ขาวมีโอละฟอง และต้องให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีประ โยชน์ มี  
ความเหมาะสมกับ โรค และแผนการรักษา"

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ตามีโรคเก๊าท์ แต่ก่อนจะมีอาการข้อบวมบ่น  
และเป็นโรคเบาหวานด้วย หมอบอกห้ามพักทอง ผักทอดยอด ไข่  
เราก็ทำตาม เวลาเจาะเลือดน้ำตาลก็ไม่ขึ้นสูง และตอนนี้ก็ไม่มี  
อาการข้อบวม ไม่เหมือนแต่ก่อน"

4) ตั้งเวลาการให้อาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับอาหารอย่าง  
น้อยวันละ 3 - 4 มื้อ เหมือนเวลาอาหารปกติที่เคยกินได้เอง มื้อเช้า เวลาประมาณ 7.00 น. - 8.00 น.  
มื้อกลางวัน เวลาประมาณ 11.00 น. - 12.00 น. มื้อเย็น เวลาประมาณ 16.00 น. - 17.00 น. จาก  
อาหารที่ผู้ป่วยได้รับจะมีปริมาณและคุณค่าอาหารไม่เท่ากับอาหารที่คนปกติรับประทาน จึงให้  
อาหารมื้อช่วงกลางคืน เพิ่มอีก 1 มื้อ เวลาประมาณ 20.00 น. - 21.00 น. โดยมีการตั้งเวลาการให้  
อาหารที่เหมาะสม ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตรงตามเวลา แต่ต้องรู้ด้วยว่าก่อนมื้ออาหารนั้นๆ

ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารไปก่อนซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ไม่อยากรับประทานอาหารในมือนั้น จะมีการปรับเวลาการให้อาหาร ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ต้องให้อาหารตรงเวลาให้วันละ 4 มื้อ เช้า เวลา 7 โมงเช้า กลางวันให้ตอนเที่ยง มื้อเย็นให้ตอนประมาณห้าโมงเย็น เพิ่มมือกกลางคืนให้ตอนประมาณ 2 - 3 ทุ่ม มีวันที่พามาตรวจที่โรงพยาบาลวันนั้นให้ผัดเวลาก็เลยมีเลือดออก ถ้าเราให้ตรงเวลาก็ไม่มีปัญหา "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "แต่ก่อนตาต้องให้อาหารทางสายยาง ก็ให้อาหารตามเวลา เมื่อกินอาหารได้เองทางปาก ก็มักไม่ค่อยตรงเวลา เพราะบางครั้งเวลาป้อนแกไม่ยอมกิน เนื่องจากก่อนถึงมืออาหารได้กินอาหารอื่นไปก่อนแล้ว...จึงต้องปรับเปลี่ยนมืออาหารออกไป"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " การให้อาหารควรให้ตรงเวลาจะ ช่วยป้องกันการมีเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ และให้วันละ 4 มื้อ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้การได้รับอาหารทางสายยางจะได้สารอาหารไม่เท่ากับอาหารที่รับประทานเหมือนคนทั่วไปทำให้มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายได้ จึงต้องให้เพิ่มอีก 1 มื้อ "

5) สนใจในพื้นฐานความชอบของผู้ป่วย การให้อาหารผู้ป่วยต้องรู้ถึงนิสัยความชอบของผู้ป่วยว่าชอบรับประทานอาหารประเภทใด และจัดอาหารตามที่ผู้ป่วยชอบ ถ้าไม่ถูกใจหรือไม่ชอบจะทำให้ไม่รับประทานอาหาร ดังข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ตากินได้ทุกอย่าง อาหารก็ให้ประเภทผักทองผัด บวมผัด แล้วบดให้ละเอียด ตาไม่ชอบกิน โจ๊ก แต่ชอบกิน ข้าวต้ม เราต้องรู้ใจแกว่าชอบอะไร "

6) การฝึกการกลืน จะช่วยให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้สะดวกขึ้นทำให้รับประทานอาหารได้และไม่สำลัก โดยมีวิธี คือ นวดลิ้นผู้ป่วยทุกวัน โดยใช้ผ้าก๊อซหรือผ้าฝ้ายเล็กๆ ที่สะอาดแช่น้ำเย็น และนำมาพันที่นิ้วมือแล้วกดนวดกระตุ้นในช่องปาก โดยกดนวดบริเวณที่ลิ้นเพดาน ทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เป็นการกระตุ้นในช่องปากทำให้เลือดมาเลี้ยงมากขึ้น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลืนน้ำครั้งละเล็กน้อยโดยการใช้หลอดดูด หรือการใช้ไซริง (syring) ฉีดน้ำเข้าทาง

กระพุ้งแก้ม หรือการให้ผู้ป่วยดื่มน้ำจากแก้ว และมีการตั้ง โปรแกรมการฝึกการกลืนอย่างต่อเนื่องโดย นักกายภาพ เป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อในช่องปากทำให้ผู้ป่วยกลืนได้ดีขึ้น พร้อมทั้งมีการดูแล รักษาความสะอาดในช่องปากด้วย ดังมีข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ตอนที่อาม่าเริ่มเป็นอัมพาตใหม่ๆ มีปัญหาการ กลืน ตอนนั้นรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ จะมีนักกายภาพมา ดูแลฝึกการกลืนและสอนผู้ดูแลด้วย ให้คอยกระตุ้นให้กลืนทุกวัน โดย การนวดลิ้นมาฝึกทุกวันๆละประมาณ 30 นาที เราก็กทำตาม โดยการ ใช้ไม้ผ้าก๊อสหรือผ้าสะอาดพันที่นิ้วมือ แขน้ำเย็นนวดกระตุ้นในช่อง ปาก นวดบริเวณที่ลิ้น เพดานตอนนี้อาม่าก็กลืนได้ ดีกว่าเดิมจากที่กลืนไม่ได้ก็กลืนน้ำได้ "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "อาม่า(ชื่อ)ก็มีปัญหาการกลืนเหมือนกัน หนูจะ ใช้การให้ดูดน้ำโดยใช้หลอดและคอยกระตุ้นบอกให้ค่อยๆดูด ก็ทำตาม ตอนนี้อุดได้ดี ไม่สำลัก บางครั้งก็ให้ค่อยดื่มน้ำจากแก้ว "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "ป้า(ชื่อ) เคยสำลัก หนูจะใช้การให้น้ำโดยใช้ ไซริงค์ค่อยๆป้อนน้ำเข้าทางกระพุ้งแก้มทีละน้อยๆ พอเริ่มกลืนได้ดีก็ ลองให้ดูดจากหลอดเหมือนกัน..ก็ดูดน้ำได้ไม่สำลัก "

### 3.3.3 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการ เคลื่อนไหว ทำอะไรเองด้วยตัวเองไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย ผู้ดูแลต้องใส่ใจ ดูแลอย่างสม่ำเสมอ โดยการคอยดูแลให้อาหาร พลิกตะแคงอย่างสม่ำเสมอ การจัดทำนอนที่ เหมาะสม ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ตอนแรกแฟนมีแผลนิดเดียว เราทำไม่เป็น และมีปัสสาวะรดที่นอนด้วย แผลก็เลยใหญ่ขึ้น "

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

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ต้องคอยกระตุ้น ติดตามผู้ดูแลให้คอย พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง โดยจะมีนาฬิกาแสดงทำที่ต้องพลิกตัว ผู้ป่วยตามเวลา ส่วนรายที่มีแผลกดทับ เราใช้นาฬิกาแบบ พลิกทุก 1 ชั่วโมง ”

1) การประเมินภาวะทุพโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการมีผลทำให้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย การที่ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีเพียงพอและมีประโยชน์จะช่วย ส่งเสริมให้การหายของแผลเร็วขึ้น ซึ่งการประเมินสามารถทำได้โดยใช้แบบการประเมินภาวะ โภชนาการ ค่าไม่ต่ำกว่า 17 และการเจาะเลือดตรวจหาค่าโปรตีนในเลือด (blood albumin) ค่าปกติ 3.5 - 5.5 mmol/dl ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอจะมีโอกาส เกิดแผล ได้ยากกว่าคนที่ขาดสารอาหารและการขาดสารอาหารก็มีผล ทำให้แผลหายช้าเช่นกัน ”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ตอนที่ตึกสามัญมีการ ใช้แบบประเมิน ภาวะโภชนาการ โดยค่าปกติต้องไม่ต่ำกว่า 17 หรือใช้การจะเลือด ตรวจโปรตีนในเลือด ”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังเน้นการให้อาหารด้วย เพราะอาหาร โปรตีนสูง ให้ไข่ขาววันละ 2 – 3 ฟอง จะช่วยให้แผลหาย เร็วขึ้น ถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการแผลก็จะไม่ดี ”

2) การตั้งเวลาการพลิกตะแคงตัว โดยคำนึงถึงพยาธิสภาพความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย และใช้อุปกรณ์ช่วย การป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ ต้องพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ตามนาฬิกาแสดงการพลิกตะแคงตัว และผู้ป่วยรายที่มีแผลกดทับหรือมีอาการเจ็บปวดที่ด้านใดด้าน หนึ่งของร่างกาย ให้นอนตะแคงทับข้างที่มีปัญหาในเวลาที่ลดลงจากเดิม มีการปรับเวลาพลิก ตะแคงตัว โดยใช้นาฬิกาแสดงการพลิกตะแคงตัว แบบทุก 1 ชั่วโมง บันทึกเมื่อพลิกตะแคง การ ใช้อุปกรณ์ช่วยในการพลิกตะแคงตัว หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น ผ้าที่มีขนาดที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย จะช่วยลดการเสียดสีของผิวหนัง ช่วยป้องกันการเกิดแผลตามผิวหนังของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ดูแล มีความสะดวกในการพลิกตะแคงตัว ผ้าที่ใช้ควรมีขนาดที่มีความหนาและนุ่ม เวลาดึงแล้วไม่ขาด ง่าย และเป็นผ้าที่ไม่อับชื้น เช่น ผ้าฝ้าย สามารถทำคนเดียวได้ถ้ารู้หลัก โดยบุฟาร์องได้ตัวผู้ป่วยให้

เหลือชายผ้า 2 ข้างให้มากสำหรับไว้ดึงและเมื่อพลิกตัวเรียบร้อยแล้วจะสอดเก็บใต้เบาะที่นอน ซึ่งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลสามารถใช้ผ้าปูเตียง พับครึ่งและรองแทนผ้าขางเตียงเพื่อใช้ช่วยในการพลิกตัว เคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย ไม่เกิดการลากถู ซึ่งมีผลทำให้เกิดแผลได้ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า "เราก็ต้องช่วยพลิกตะแคงตัว ตอนอยู่บ้านก็ไม่มีที่นอนลมก็ต้องคอยพลิกตะแคงตัวบ่อยก็ไม่มีแผล "

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

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ...ต้องคอยให้พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ถ้าข้างไหนปวดมากก็อาจอยู่ในท่า นั้นไม่นาน แต่ต้องพลิก ตอนนี้อาไม่ มีแผล "

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " คนไข้ที่เคลื่อนไหวไม่ได้เราก็สามารถใช้ผ้าปูมาพับครึ่งทำให้ความหนาเพิ่มขึ้นและรองเพราะผ้าปูจะมีความหนา เวลาดึงผู้ป่วย ขนาดผ้าก็ไม่ยาว แต่หนาทำให้นุ่ม ไม่ครูดเนื้อ "

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

3) การประเมินภาวะซิมเซร่าและปัจจัยที่มีผล ผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเซร่าจะมีผลต่อการเกิดแผลกดทับ เพราะการนอนนาน และพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซิมเซร่า ได้แก่ จากพยาธิสภาพของโรค ขาดการดูแลเอาใจใส่ การถูกทอดทิ้ง การใช้ยาบางชนิด เช่น กลุ่มยานอนหลับ กลุ่มยาแก้ปวด ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " การที่ผู้ป่วยซิมก็มีผลให้เกิดแผลกดทับได้ และยาบางตัวทำให้ผู้ป่วยหลับ เมื่อผู้ป่วยหลับมากเกินไป ก็ทำให้การเคลื่อนไหวลดลง มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ "

4) การจัดทำที่เหมาะสม จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสม ศีรษะผู้ป่วยไม่สูงเกิน 30 องศา เพราะการจัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูงมากเกินไปจะทำให้ตัวผู้ป่วยเลื่อนลงมาเกิดการลงน้ำหนักกดทับมากที่ผิวหนังบริเวณก้นกบ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย ผ้าปูที่นอนมีสภาพเรียบตึง และการจัดท่านอนที่เหมาะสมโดยการหาหมอนให้ผู้ป่วยกอดเวลานอนตะแคง ท่านอนหงายพยายามเหยียดขาออกให้มากที่สุด ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ไม่ควรใช้หมอนหรือฟ้รองใต้เข่าเพราะจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเข่างอตลอด เกิดปัญหาข้อเข่าติด คังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ถ้าเราจัดท่านอนไม่ดี เดี่ยวก็ตะแคงกลับมานอนท่าเดิม เวลาที่อยู่ในท่านอนหงา จะไม่ไขหัวเตียงสูงเกินไป เพราะถ้าไขสูงตัวตางจะไหลลงมา ก็เกิดการกดทับบริเวณก้นทำให้เป็นแผลกดทับได้ง่าย "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " จะคอยสอนผู้ดูแลไม่ให้จัดท่านอนศีรษะสูงเกิน 30 องศา เมื่อเราไขหัวเตียงสูงตอนให้อาหาร จากนั้นประมาณครึ่งชั่วโมงก็ปรับให้นอนศีรษะไม่สูง โดยนอนหนุนหมอนไม่ไขหัวเตียงขึ้นและท่านอนหงายจะไม่ใช้หมอนรองใต้เข่า เพราะจะทำให้ข้อเข่าติด พยายามจัดทำให้แขนขาเหยียดออก โดยใช้หมอนที่มีขนาดที่เหมาะสมกอด "

5) การสร้างความร่วมมือของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักด้านเวลาที่พลิกตะแคงตัว ทำให้พลิกตะแคงตัวได้ลำบาก การบอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนทุกครั้งที่จะพลิกตะแคงตัว โดยพูดจาสุภาพ อ่อนโยน บอกถึงประโยชน์ของการพลิกตะแคงตัวและโทษของการไม่พลิกตะแคงตัวจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและไม่ต่อต้าน คังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ดาก็คือไม่ยอมพลิกตัวแกต้องการนอนท่าไหนก็ทำนั้น ไม่ยอมพลิกตัวถ้าแกไม่ยอมเราก็พลิกลำบาก เราก็ต้องอธิบายให้แก่เข้าใจแกก็ยอม ดีที่แกยอมให้ความร่วมมือ และเราต้องเอาใจใส่ "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " เวลาพลิกตัวผู้ป่วย พบว่าจะเกร็ง ก็คอยบอกเค้าว่าอย่าเกร็งนะ พุดจาดีๆ เค้าก็ให้ความร่วมมือนะ "

6) การติดตามกระตุ้น การติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งเวลาการพลิกตะแคงตัวโดยมีนาฬิกาเตือนสำหรับแสดงเวลาการพลิกตัว บางรายใช้การตั้งนาฬิกาปลุกและบันทึกการพลิกตะแคงตัวในใบกำกับ ต้องมีความเอาใจใส่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัวตามเวลาที่กำหนด ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " อย่าปล่อยให้ทำเอง เราต้องคอยดูด้วยว่าพลิกตัวหรือยัง เราต้องคอยกระตุ้น ต้องคอยให้พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ตอนนี้ตาไม่มีแผล "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " การติดตามดูแล เน้นการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยที่ดีจะไม่มีแผลกดทับเลย "

3.3.4 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยจะมีจำกัดในการเคลื่อนไหวทำให้มีโอกาสเกิดภาวะข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือและกระตุ้นการฟื้นฟูร่างกาย

1) ทำกายภาพตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ทำกายภาพบำบัด โดยนักกายภาพ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีการฝึกสอนผู้ดูแลให้คอยดูแลผู้ป่วยให้ได้มีการบริหารส่วนต่างๆของร่างกายทุกวัน วันละ 1 – 2 ครั้ง ช่วงเวลาที่เหมาะสมอาจเป็นช่วงเช้า และเย็น อากาศไม่ร้อนเวลาออกกำลังกายก็ไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียมาก อาจทำตอนที่ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยก็ได้ ทำช่วงก่อนให้อาหารเพราะการทำหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ๆจะทำให้สำลักได้ ดังมีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ทำกายภาพวันละ 2 ครั้ง จับนั่ง บริหารข้อ นกทำเอง โดยการยกแขน -ขา ขึ้นลง ยืดแขนเข้า - ออก และคอยเกาะปอดเวลานั่ง อาม่ายังมีปัญหาที่ท้องมีเส้นเลือดโป่งพองทำให้ไม่กล้าทำหนักมากกลัวเส้นเลือดแตก อาม่าไม่มีข้อติด "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ช่วงที่มาดูแลต่อจากคนเดิม อาม่าเริ่มมีข้อติด บางข้อ ที่ข้อเข่าเริ่มเหยียดไม่ค่อยออก ทำกายภาพให้ทุกวัน เราก็ทำให้ตอนเช้า ตอนเช็ดตัว และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำโดยเราคอยดูแล "

ให้ความช่วยเหลือ ทำทุก 2 ชั่วโมง และพลิกตัวไปมา ก็รู้สึกว่  
อาการดีขึ้น ไม่มีข้อติด "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " มีตาเคঁาหงิกแล้วนะ แต่ที่ทำการบริหาร  
ให้ทำโดยค่อยๆกางนิ้วแต่ละนิ้วออกทุกนิ้วและกระดกนิ้วขึ้น-ลง  
ทุกนิ้ว ทำเบาๆ เพราะถ้าทำแรงจะทำให้ข้อบวม อักเสบ และ  
ตอนนี้ข้อไม่ติดแล้วนะ "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "ผู้ป่วยแต่ละรายนักกายภาพจะประเมิน  
อาการก่อนให้การทำกายภาพ โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีโปรแกรมที่ทั้ง  
เหมือนกันและต่างกัน นักกายภาพให้การดูแลบริหารฟื้นฟูตาม  
โปรแกรม และ ตรวจประเมินอาการ ติดตามทุก 2 สัปดาห์ ผู้ดูแลก็  
ทำได้ ผู้ป่วยไม่มีข้อติด "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

" ทำกายภาพทุกวัน ไม่มีข้อติดเพิ่ม "

" เราก็ต้องทำการบริหาร วันละ 4 ครั้ง เริ่มตั้งแต่ตอนเช้ามีดเวลาเช็ด  
ตัว โดยใช้มือค่อยๆนวดเบาๆที่บริเวณกล้ามเนื้อ และมี  
นักกายภาพมา สอน "

2) การฝึกหัดการพูด การช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกเสียง เป็นคำพูด  
สั้นๆ เช่น อา อุ และการชวนผู้ป่วยคุยทุกวัน โดยให้ผู้ป่วยมองที่ปากผู้พูด จะเกิดการเลียนแบบ  
ผู้ป่วยจะพยายามที่จะเปล่งเสียง การช่วยนวดกล้ามเนื้อยังเป็นวิธีที่สามารถช่วยกระตุ้นการพูด ดังข้อ  
สนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "ตอนอาม่ารักษาที่โรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ  
มีนักฝึกพูด มาฝึกพูดทุกวัน และก็สอนเราให้คอยชวนอาม่าคุย และ  
วิธีการฝึกพูด โดยให้ขณะพูดต้องให้อาม่าเห็นหน้าเราเพื่อดูปากเรา  
และต้องให้คำสั้นๆ เช่น คำว่า อา อี อุ เราก็ทำตามและจะคอยนวด  
ลิ้น เพดาน เพราะการนวดจะช่วยกระตุ้นในช่องปาก ตอนนี้อาม่า  
พูดได้บ้างแล้ว แต่ยังไม่ชัด เราต้องคอยฟัง "



ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "จากครั้งที่แล้วฟังที่(ชื่อ)ที่บอกเกี่ยวกับการ นวดคลื่น และการฝึกพูด พี่ก็ไปทำตาม โดยเราจะพูดคำสั้นๆกับเค้า เวลาพูดจะยืนอยู่ข้างหน้าเค้าเพื่อเค้าจะได้เห็นปากเราเวลาพูด เค้าก็ มองนะ แต่เพิ่งทำได้แค่สัปดาห์เดียว ตอนนี้อยู่พูดไม่ได้"

3) การใช้เทคนิคให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบริหารร่างกาย การบริหาร ร่างกายโดยการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสนุก เพลิดเพลิน นำการละเล่นที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาให้ผู้ป่วยทำตาม เช่น การแขวงมือในน้ำ การเล่นจ้ำจิ้มมะเขือเปราะ การเล่าเรื่องที่นำตื่นเต้น โดยเมื่อถึงช่วงที่ตื่นเต้น จะบอกให้ผู้ป่วยทำตาม เช่น วิ่งหนีกันเถอะ ผู้ป่วยก็จะพยายามเหยียดขาออก การชวนผู้ป่วยพูดคุย ไปเรื่อยๆขณะบริหารร่างกายเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต่อต้าน และต้องหาวิธีการใหม่ตลอดเพื่อลดความจำเจ ผู้ป่วยเริ่มเบื่อก็จะไม่ทำตาม ดังข้อสนับสนุนอ้างอิง จากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า" ตอนแรกเวลาทำบริหารข้อต่างๆแก้มักจะไม่ ยอม แต่เราใช้การหยอกล้อเล่น โดยเรานับไว้ใจ 1 - 2 - 3 - นานประมาณ 10 นาที โดยขณะที่เรานับอยู่ในใจ พร้อมกับการ หยอกล้อให้แก่เล่นเราก็อำบริหารแกไปเรื่อยๆ ก็รู้สึกว่าการดีขึ้น"

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า"เวลาทำกายภาพให้อี้ อี้จะต้านไม่ยอมทำ ก็เลย ใช้การชวนอี้เล่นจ้ำจิ้มมะเขือเปาะ โดยการกางนิ้วออกแกก็ทำตาม หรือ บางทีเวลาที่เราชี้ตัวให้แก่เราก็อี้เค้าเอามือแขวงเล่นในน้ำ เค้าก็ เพลิน พอใช้วิธีนี้ไปเรื่อยๆแกก็เบื่อก็หาวิธีใหม่อีกไม่ให้เบื่ โดย จะเล่าเกี่ยวกับเรื่องน้ำท่วม...แล้วพูดว่า น้ำท่วมหนีกันเถอะ แกก็ทำ ตาม ตอนนีไม่มีข้อติด"

3.3.5 พัฒนาการดูแลที่ต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยต้องคิดเสมอว่าผู้ป่วยมักมี ปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและต้องการการดูแลที่ดี การดูแลผู้ป่วยต้องไม่อยู่ นิ่งต้องคิดหาวิธีการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์บางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เช่น เตียง ที่นอนลม อุปกรณ์ช่วยพยุง ร่างกาย อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในชีวิตประจำวันต่างๆแต่ด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้มี

ข้อจำกัดในการจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ การทำอุปกรณ์ทดแทนเพื่อใช้แทนอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้ดูแลได้ เช่น การทำส้วมเคลื่อนที่ โดยการใส่เศษไม้ ฟองน้ำที่บุด้วยผ้าสำหรับรองนั่ง เพื่อให้ผู้ป่วยนั่งถ่าย ข้างเตียงหรือบนเตียง และดึงลิ้นชักที่รองรับอุจจาระไปทิ้งโดยไม่ต้องพาผู้ป่วยไปห้องน้ำ การทำไม้ค้ำยันช่วยเดินจากด้ามรถ (ส่วนที่จับเป็นรูปโค้ง) โดยการใส่ด้ามรถที่ไม่ใช้งานแล้วมาต่อกับ ท่อพีวีซี และรองด้วยจุกยาง สามารถใช้ช่วยเดินได้ และจากปัญหาการใช้ถุงยางอนามัยต่อลงถุง รองรับปัสสาวะ (urine bag) ด้วยการพันด้วยผ้าก๊อซ และการใส่ถุงพลาสติกกรองรับปัสสาวะด้วยการ ติดพลาสติกที่ปากถุง พบว่า ผ้าก๊อซที่รัดมกหุดทำให้ปัสสาวะเปียกที่นอน จึงทำอุปกรณ์สำหรับ รัดถุงยางอนามัยและถุงรองรับปัสสาวะที่สามารถปรับได้ โดยใช้ผ้าลักษณะแข็งตัดเป็น สี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดกว้างประมาณ 1 นิ้ว ยาวประมาณ 3 นิ้ว ส่วนปลายทั้ง 2 ด้านติดด้วยตีนตุ๊กแก สำหรับติด ลดปัญหาการหลุดของถุงยางอนามัยและถุงพลาสติกที่รองรับปัสสาวะ ผู้ป่วยไม่ต้อง นอนแช่ปัสสาวะและเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการเกิดแผลกดทับได้ และการดั่งมี ข้อสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " จะพบว่าผู้ป่วยที่ใส่ถุงยางอนามัยและ ถุงพลาสติกเพื่อรองรับปัสสาวะมักมีปัญหาว่าผ้าก๊อซที่รัดมกหุดอยู่ บ่อยๆ ทำให้ปัสสาวะเปียกที่นอน ก็เลยลองทำที่รัดที่สามารถปรับ ระดับได้มาใช้ก็สามารถช่วยลดปัญหานี้ได้ เพราะเราและผู้ดูแลก็ สะดวกในการที่จะปล่อยที่รัดออกมาปรับได้ง่าย "

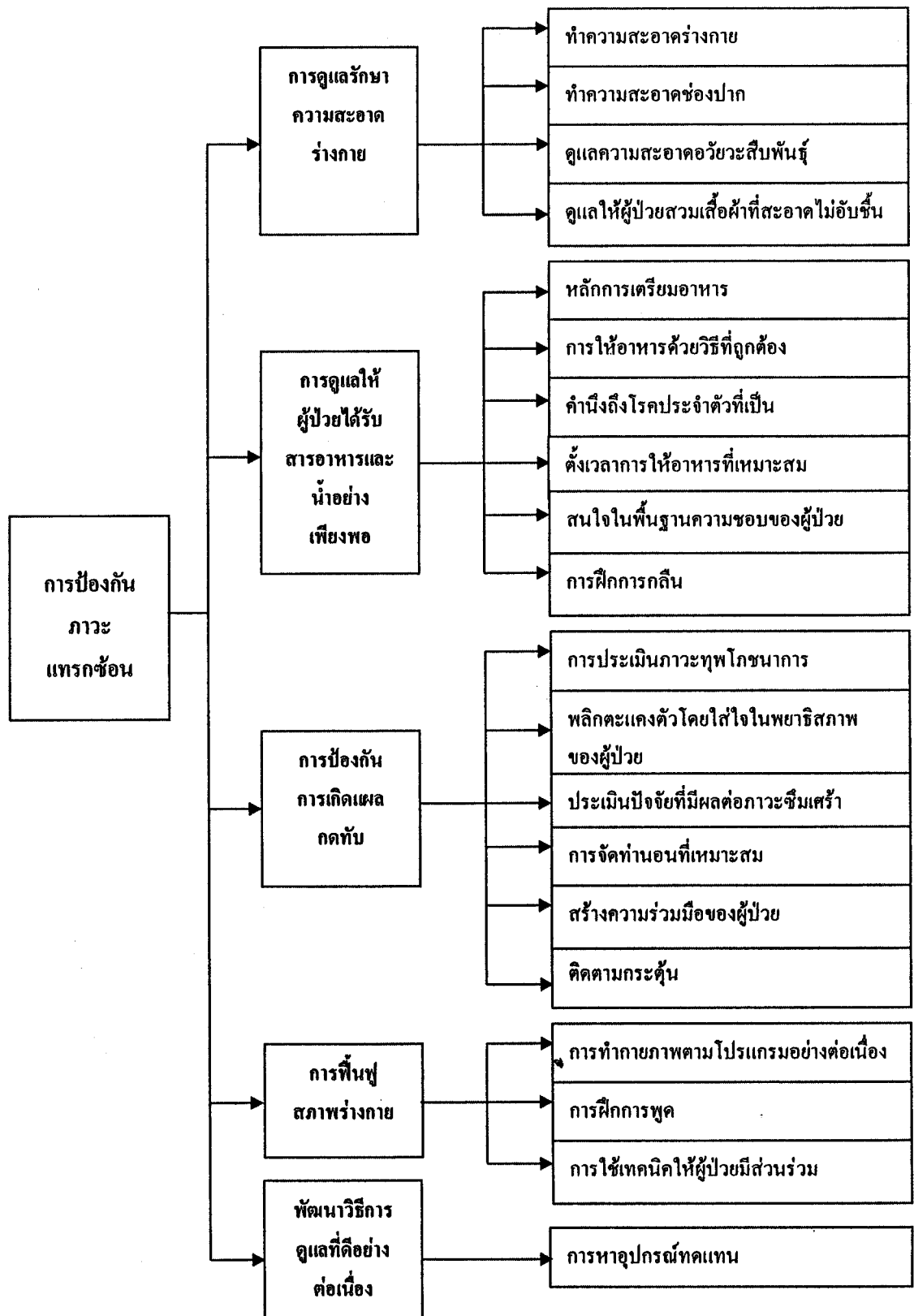
ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ตอนแรกไม่กล้าจับแกนนั่ง ได้แต่นอนตลอด เลยลองจับแกนนั่งที่เก้าอี้ โดยเราคอยประคองในตอนแรกๆ ตอนนี้แกก็นั่งได้ ... ก็คิดเราเองคอยคิดคิดแปลงวิธีการดูแล ตลอด "

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " เวลาพาไปห้องก็ลำบาก เราก็ไม่ค่อยมีแรง ก็เลยลองทำส้วมให้นั่งถ่ายที่เตียงเราก็สบายขึ้น และก็ไม่มีอุจจาระ เลอะเทอะ "

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ แทรกซ้อน ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างพอเพียง โดยกรณีไม่มีเครื่องชั่งสำหรับการแบ่งส่วนประกอบอาหาร ใช้การแบ่งอาหารนั้นออกเป็นเป็นส่วนๆและประมาณว่าแต่ละส่วน

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

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดังนี้



ภาพที่ 4.3 วิธีการจัดการเพื่อป้องกันการเกิด

จากภาพที่ 4.3 แสดงให้เห็นว่าการที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีหลักในการจัดการดูแล ได้แก่ 1) การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย โดยการทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดช่องปากและอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเมื่อจำเป็น การดูแลให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับสภาพอากาศ 2) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ต้องมีวิธีการที่สำคัญ ได้แก่ หลักในการเตรียมอาหาร การให้อาหารที่ดีสามารถป้องกันการสำลัก มีการคำนึงถึงโรคประจำตัวที่เป็น สนใจในพื้นฐานความชอบของผู้ป่วย ตั้งเวลาการให้อาหารที่เหมาะสม อย่างน้อย วันละประมาณ 3 - 4 มื้อ การฝึกกลืนจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดีขึ้น 3) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีวิธีที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า การตั้งเวลาการพลิกตะแคงตัว เวลาการพลิกตัวต้องใส่ใจในพยาธิสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 4) การจัดทำนอนที่เหมาะสม ศีรษะไม่สูงเกิน 30 องศา มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม พร้อมทั้งต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 5) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยการทำกายภาพตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง มีการฝึกกลืน โดยมีเทคนิคให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และ 6) การพัฒนาวิธีการดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง คิดค้นหาอุปกรณ์ทดแทน

### ประเด็นที่ 3.4 สร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกว่าคุณค่า หมดหวัง ในชีวิต ไร้ซึ่งศักดิ์ศรี จากที่เคยทำอะไรได้เองเมื่อเจ็บป่วยด้วยการเป็นอัมพาตทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องเป็นภาวะของผู้อื่น จะมีอาการซึม ไม่พูด ร้องไห้ ท้อแท้บางครั้งก้าวร้าว โมโห หงุดหงิดง่าย ขวางปากของ และจะรู้สึกเสียใจง่ายกว่าคนทั่วไป และปรับด้วยยาก ผู้ให้การดูแลต้องทำใจ ไม่ควรแสดงความไม่พอใจให้ผู้ป่วยเห็น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ การให้เกิดสติให้ความเคารพนับถือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีศักดิ์ศรีมีคุณค่า จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี มีความสุข ไม่รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ตอนนี้มีผู้ป่วยมานอน โรงพยาบาล ด้วย อ่อนแรงแขน ขา ซ้าย อายุแค่ 40 ปี ช้ายมาจากโรงพยาบาล(ชื่อ) ตอนแรกมาผู้ป่วยรายนี้เครียดมาก ไม่พูดกับใคร เวลาพูดด้วยจะหันหน้าไปอีกทาง จากการได้พูดคุยภายหลัง เค้าบอกว่า รู้สึกท้อแท้มาก มีลูก 2 คน กำลังเรียน ภรรยาแยกทางกัน อาชีพเดิมขับรถ พอมมาเป็นแบบนี้ ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร อยู่ก็เป็นภาระของลูก บ้านก็ไม่มียู่

เจ้าหน้าที่ได้ให้กำลังใจ และเล่าเรื่องของผู้ป่วยรายอื่นที่มีปัญหาเช่นกัน ให้ฟัง และได้คุยกับลูกผู้ป่วยและครูของลูกผู้ป่วย เพื่อนของผู้ป่วย ทุกคนมาเยี่ยมและให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ เพื่อนให้ไปอยู่บ้านเช่าของตน... จากนั้นสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ยอมทำกายภาพ...ติดตามภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยเริ่มเดินได้โดยยังใช้ไม้ค้ำยัน”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาด้านจิตใจ ท้อแท้ร้องไห้ง่าย ปรับตัวยากมากในระยะแรกๆ บุคคลที่สำคัญคือ ญาติ เราต้องเข้าใจ และทำใจอย่าแสดงความไม่พอใจ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ”

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ลูกๆ ของตาต้องไปทำงานที่ต่างจังหวัด ไม่มีใครอยู่บ้าน นานๆ จะมาเยี่ยมซักครั้ง เวลาพูดถึงลูกแกจะเงิบ และไม่ค่อยพูดถึงลูก ...เวลาลูกมาเยี่ยม แกจะไม่สนใจ ”

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า “ อาม่าแก เคยทำอะไรได้เอง พอไม่สบายทำอะไรไม่ได้ แกก็หงุดหงิด โมโหง่าย ชอบกว้างป่าของ...เราก็ก่เคยไม่ได้ตอบ แกก็หายโมโหเอง ”

### 3.4.1 ให้การดูแลด้วยความรัก ให้เกียรติ ให้การดูแลด้วยความรัก

คอยเอาใจใส่ แสดงความห่วงใย ทั้งทางการแสดงออกทางกายด้วยการใช้มือสัมผัสตัวผู้ป่วย และน้ำเสียงพูดที่สุภาพ แสดงความเต็มใจที่จะให้การดูแลช่วยเหลือ ให้ความเคารพนับถือเสมือนญาติผู้ใหญ่ บอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การทำกิจกรรมต่างๆ ทุกครั้งด้วยวาจาที่สุภาพ สนับสนุนให้ญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิดและมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้ง ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ในการดูแลผู้ป่วยเราต้องมีความเอาใจใส่ ให้ความรักเป็นอันดับแรก การที่เรามีการเอาใจใส่และมีความรักให้ ก็ทำให้เราคอยคิดเสมอว่าจะทำอะไรให้ป้ามีอากาศที่ดีขึ้น คอยคิดหาวิธีการให้ การดูแลไปเรื่อยๆ ตอนนี้เริ่มหัดให้นั่ง โดยเราก็ก่ต้อง

บอกแกด้วยว่าจะให้นั่งนะ จะได้นั่งได้ แกก็ยอม และตอนนี้นั่งได้บ้างแล้วแต่ต้องประคองไว้ "

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

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ทุกเช้าเราจะเดินเยี่ยมผู้ป่วยและ ทักทาย พูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกวัน เวลาตรวจเยี่ยมจะขึ้นข้างๆผู้ป่วยและใช้มือสัมผัสแขนผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการสัมผัสร่างกายและเราก็สามารถประเมินอาการ โดยตรวจชีพจรได้ด้วย "

#### 3.4.2 ให้กำลังใจ ชื่นชม ดึงข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

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

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

#### 3.4.3 ดูแลรักษาภาพลักษณ์ คอยดูแลแต่งตัวให้ผู้ป่วยให้สมศักดิ์ศรี เสื้อผ้าที่

สะอาด ดูแลความเรียบร้อยตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า บริการดูแลตัดผมให้โดยพยาบาลในรายที่ไม่มีเงิน ส่วนรายที่มีความต้องการช่างตัดผมจากภายนอกมีการติดต่อช่างมาให้โดยคิดราคาถูกกว่าร้านทั่วไป และต้องนึกเสมอว่าผู้ป่วยยังมีความรู้สึกลาย เวลาให้การดูแล หรือช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆต้องให้ความสำคัญ ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น โดยต้องปิดม่านทุกครั้งเวลาเช็ดตัว และเวลาจะต้องเปิดเผยร่างกายส่วนที่เป็นที่ลับถ้าผ้าม่านไม่พอจะใช้ผ้าห่มปิดร่างกายและเปิดเฉพาะส่วนที่ต้องการ ดึงข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " เวลาเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้ารองπίสสาวะให้แฟน ผม ก็ต้องหาผ้าปิดด้วย จะได้ไม่โป้"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "ที่ตึกสามัญ ได้มีโครงการตัดผมให้ผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดให้ ส่วนรายได้ญาติต้องการให้ช่างภายนอก มาตัดทางเจ้าหน้าที่ได้ติดต่อช่างมาตัดให้ที่ตึกผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยดู สดชื่นขึ้น หน้าตาไม่หมอง ถามผู้ป่วยรายได้ที่สามารถพูดได้ว่า ชอบ หรือไม่ ผู้ป่วยบอกว่าชอบ ส่วนเสื้อผ้าจะต้องเปลี่ยนให้วันละ 1-2 ครั้ง และเมื่อเลอะ โดยแจกเสื้อให้ทุกวันๆละ 2 ครั้ง ต้องดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าด้วย "

**3.4.4 ใช้หลักธรรมะ** ด้วยการทำบุญใส่บาตร รายที่ผู้ป่วยไม่สามารถไปใส่ด้วยตนเอง จะใช้การจัดอาหารที่จะใส่บาตรมาให้ผู้ป่วยอธิฐานและผู้ดูแลนำไปใส่บาตรให้แทน สวดมนต์ไหว้พระทุกวันช่วงเย็นก่อนนอน ฟังเทศน์ในวันพระ โดยทางทีวี วิทยุ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " จัดอาหารมาให้ผู้ป่วยอธิฐาน และเราก็นำอาหารนั้นไปใส่บาตรแทน และทุกวันพระช่วงเช้ารายการทีวีจะมีรายการพระเทศน์เราก็เปิดให้ดู "

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " อาม่าแกชอบทำบุญไหว้พระ เราก็จะเงินรถพาไปไหว้พระ อาม่าก็ชอบ รู้สึกว่าแกจะสบายใจหน้าตาสดชื่น"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ที่ตึกผู้ป่วยเรีอรั้งมีการให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่สามารถนั่งได้มาสวดมนต์ตอนช่วง 1 ทุ่ม"

**3.4.5 ปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย** ผู้ป่วยมักมีอาการเปลี่ยนแปลงง่ายมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว แสดงอาการก้าวร้าว การให้การยอมรับในการแสดงออกของผู้ป่วย ไม่ได้ตอบด้วยวิธีรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ เชื่อถือและให้การยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ยังรู้สึกไม่พอใจในการดูแลของเรา เราต้องปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย ไม่ใช่ให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้าหาเรา "

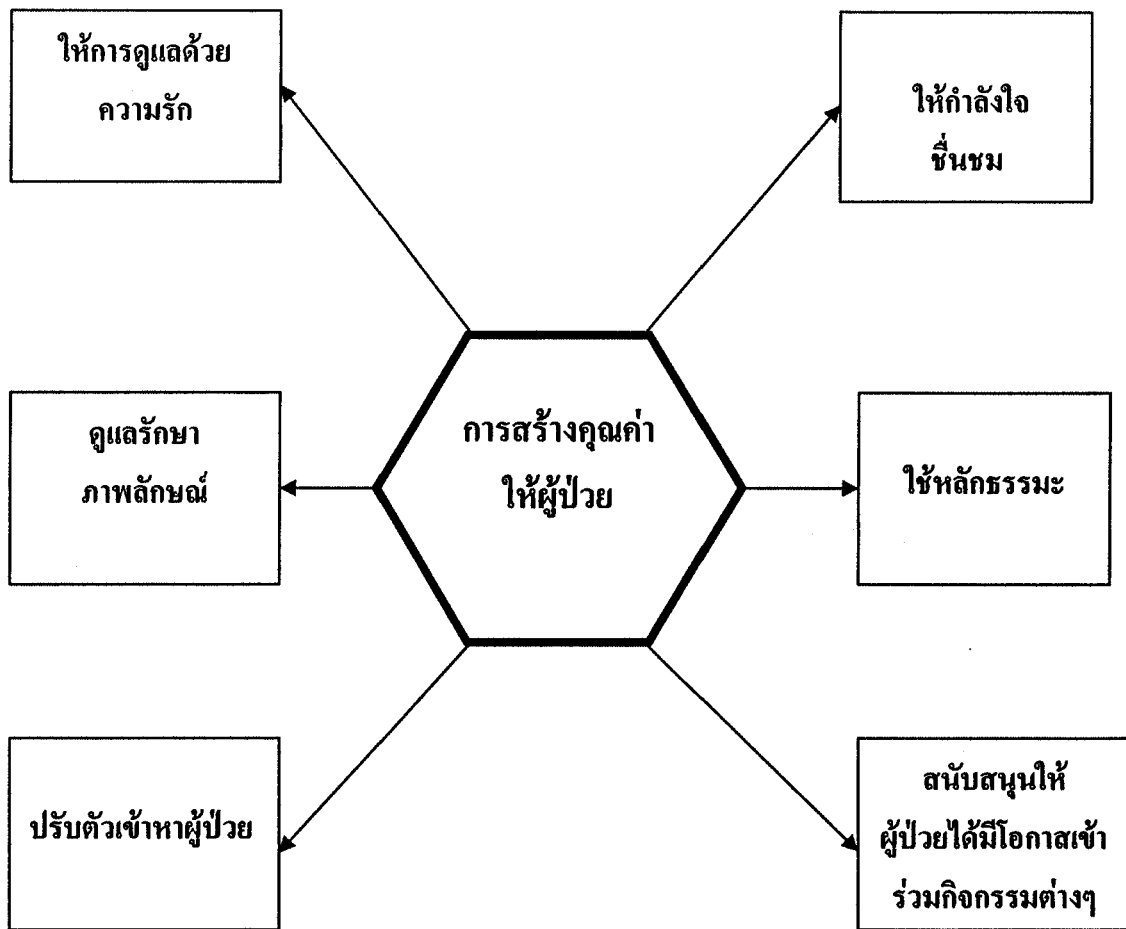


3.4.6 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ขณะผู้ป่วยนอนอยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้โอกาสให้ญาติพาผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านได้ โดยไม่ขัดต่ออาการการเจ็บป่วย และพาผู้ป่วยมาพบผู้ป่วยคนอื่น

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ดิฉันผู้ป่วยเรื้อรังทุกเช้าจะให้ผู้ดูแลพาผู้ป่วยในรายที่นั่งได้ใส่รถเข็นพาออกมานอกห้องพบกลุ่มผู้ป่วย ทุกคนเค้ก้มองกัน ส่วนอาม่า(ชื่อ) ไม่สะดวกที่จะออกมา ผู้ดูแลคนอื่นก็จะเข้าไปพูดคุยด้วย แกก็รู้สึกว่าได้ได้อยู่คนเดียว รู้สึกมีความสุข ไม่หลง อารมณ์ดี "

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อช่วยในการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ได้แก่ การเน้นการให้การดูแลด้วยความรัก คอยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ การดูแลความสะอาดเรียบร้อยของผู้ป่วย โดยมีการตัดผมให้ผู้ป่วยที่หน่วยงาน โดยพยาบาลและช่างตัดผมจากร้าน การใช้หลักธรรมะ โดยการจัดเตรียมอาหารมาให้ผู้ป่วยจบอธิฐานแล้วผู้ดูแลนำไปใส่บาตรให้ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล แทนการที่ต้องพาผู้ป่วยไปใส่บาตรเอง

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปวิธีการจัดการการสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วยได้ ดังนี้



ภาพที่ 4.4 วิธีการจัดการการสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย

จากภาพที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่าการสร้างให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า ประกอบด้วยหลักการ ได้แก่ การดูแลด้วยความรัก การให้กำลังใจ ชื่นชม การดูแลภาพลักษณ์ การใช้หลักธรรมะ การปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

### ประเด็นที่ 3.5 สร้างเสริมความรู้

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและจำเป็นต้องสร้างเสริมความรู้ ประสบการณ์ที่ดี แก่ผู้ให้การดูแลทั้งผู้ดูแลที่บ้านและผู้ให้บริการ

#### 3.5.1 สร้างเสริมความรู้แก่ผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคนมีความรู้ ประสบการณ์ที่ดีในการดูแลที่ทั้งเหมือนกันและต่างกัน ก่อนที่แต่ละคนจะมีความรู้ ประสบการณ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกคนต้องผ่านการเรียนรู้ทั้งจากส่วนที่ได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นและการเรียนรู้ด้วย

ตนเอง ซึ่งช่วงแรกที่ต้องมารับหน้าที่ในการดูแลและขาดความรู้และทักษะในการดูแลทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งการได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลช่วยสร้างความมั่นใจในการดูแลแก่ผู้ดูแลและสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า "ตอนแรกที่แฟนป่วยเป็นอัมพาต ก็ทำอะไรไม่เป็น รู้สึกเครียดกังวล แฟนเค้าก็เลยมีแผลกดทับที่ก้น พอมาอยู่โรงพยาบาล พยาบาลก็ให้คำแนะนำ เรายังทำได้ ก็รู้สึกสบายขึ้น แผลตอนนี้ดีขึ้นแล้ว "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "ญาติลุง(ชื่อ) แรกๆที่มาอยู่โรงพยาบาลคนดูแลก็ทำอะไรไม่ค่อย ได้ พยาบาลต้องให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลแก่ญาติทุกเรื่องที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น การ ดูแลการให้อาหาร การดูแลเกี่ยวกับปัสสาวะ และการทำแผล ญาติก็สามารถทำได้ ตอนกลับบ้านเราก็จัดชุดทำแผลให้ไปด้วย "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" ควรมีการสอนผู้ดูแลและให้ความช่วยเหลือ "

" ญาติเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยนานกว่าคนอื่นเราต้องสอนและให้ กำลังใจญาติ "

" ควรส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฟื้นฟูความรู้ และเน้นให้รู้เกี่ยวกับประเด็นสำคัญหรือปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วย "

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

ว่าผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ที่บ้าน 4) ประเมินเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านทีมเจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน / เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในเขตรับผิดชอบประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแลซ้ำ ถึงแม้ผู้ดูแลจะได้รับการฝึกสอน คำแนะนำ จากเจ้าหน้าที่ขณะอยู่ในโรงพยาบาลจนเกิดความชำนาญ เมื่อกลับไปอยู่บ้านสภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้านและอุปกรณ์ที่ใช้จะต่างจากใน โรงพยาบาลทำให้มีผลต่อการดูแล ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิง จากการสนทนา ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ลุง(ชื่อ) มานอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลตึกสามัญ ตอนอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลได้ส่งต่อว่า ได้แนะนำและสาธิตเกี่ยวกับการทำแผลแล้ว และป้าผู้ดูแลทำแผลได้ เมื่อเราไปเยี่ยมลุง(ชื่อ) ที่บ้าน ลุงเค้ามีแผลกดทับ ก็ถามป้า(ชื่อ)ที่ คอยดูแลลุงว่าทำแผลได้มั๊ย และให้ป้าลองทำให้ดู แกก็ทำได้แต่ ช่วงแรกเราทำให้ดูก่อนด้วย และให้ป้าทำ เราจะประเมินด้วย ตอนนี่ แผลหายแล้ว "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " เราไม่รู้ว่าผู้ดูแลแต่ละคนมีความรู้ และทำอะไรได้แค่ไหน แต่ก่อนเราจะแนะนำตามแผนการสอนที่เรา เตรียมไว้ แต่จากการที่เราได้รับฟังคำเสนอแนะจากญาติบอกว่า บางอย่างรู้แล้ว อยากรู้ในสิ่งที่ยังไม่รู้จะได้ไม่เสียเวลา จากนั้นก็ได้ วางแผนการฝึกสอนผู้ดูแลใหม่โดยมีการประเมินญาติว่าทำอะไรได้ บ้าง และให้คำแนะนำและฝึกสอนตามปัญหาที่ประเมินได้ และคอย ประเมินเป็นระยะถ้าอะไรที่ยังทำไม่ได้ก็ทำเครื่องหมายสัญลักษณ์ไว้ พยาบาลเวรต่อไปก็จะให้คำแนะนำพร้อมประเมินต่อเป็นระยะจน ก่อนกลับบ้าน ผู้ดูแลก็ทำได้นะ "

2) ให้ข้อมูลและความรู้ ทีมสหวิชาชีพจำเป็นต้องให้ความรู้และข้อมูล ต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ แพทย์ ให้ข้อมูลด้านพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน สิ่งที่ต้องระวัง แผนการรักษา และความก้าวหน้าของโรคว่าเป็น อย่างไร การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาจากเภสัชกร โดยเภสัชกรให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา ในรายที่มีปัญหาการใช้ยา และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายทุกราย พยาบาล ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคและข้อมูลขณะอยู่ใน

โรงพยาบาลโดยมีการให้คำแนะนำตั้งแต่แรกเริ่ม ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน โดยมีคู่มือการให้ข้อมูลที่เป็นแนวทางเดียวกัน ได้แก่ คู่มือการปฐมนิเทศผู้ป่วยแรกเริ่ม คู่มือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแจกให้ผู้ดูแลด้วย นักกายภาพให้คำแนะนำด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และสาธิตการทำกายภาพแก่ญาติผู้ดูแลทุกราย การให้คำปรึกษา ข้อมูลด้านการดูแลด้านอาหารจากพยาบาล โดยให้เป็นรายเดี่ยวและรายกลุ่ม งานด้านโภชนาการสาธิตการทำอาหารสายยางและจัดเตรียมสูตรการทำอาหารแก่ผู้ดูแล โดยสูตรอาหารสายยางมีทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไปและผู้ป่วยที่มีโรคเฉพาะด้วย

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "เวลาที่หมอมารวม หมอจะอธิบายให้เราทราบว่าอาการแฟนผมตอนนี้เป็นอย่างไร แล้วจะต้องให้การรักษาอย่างไร เราก็อ่านและก็สบายใจ"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "เมื่อรับใหม่ผู้ป่วย เราจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน เราต้องบอกเกี่ยวกับการดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "ตอนแรกเวลามีปัญหาด้านยา พยาบาลจะให้ข้อมูล ต่อมาได้มีการการร่วมปรึกษากับเภสัชกร ควรให้เภสัชกรเป็นผู้ให้ความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับใช้ยาโดยตรง"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการใช้ยา พยาบาลและแพทย์จะส่งมาปรึกษาเป็นรายคน แต่ผู้ป่วยที่จำหน่าย และผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกเภสัชกรจะตรวจสอบยาเองและเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา"

3) สอนและฝึกทักษะ โดยผู้ที่มีความชำนาญ ผู้ดูแลควรได้รับการฝึกสอน และฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความชำนาญและความมั่นใจในการดูแลโดยสอนเป็นรายเดี่ยวและรายกลุ่ม ได้แก่ การฟื้นฟูทางการทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านการให้อาหาร ตั้งแต่การเตรียมอาหาร วิธีการให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การทำแผล การดูดเสมหะ การดูแลทางการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ การพลิกตะแคงตัว ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ก่อนที่จะมาโรงพยาบาล เคยไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น ไม่ค่อยได้รับคำแนะนำ พอกลับไปอยู่บ้านได้ประมาณ 1 เดือน เราก็ดูแลไม่เป็นแฟนค้ำมีผลจากโรงพยาบาลเดิมมาแล้วแต่เป็นแผลขนาดเล็ก เราก็ได้แต่ทำความสะอาดภายนอกเราดูแล ภายนอกก็ดูแลดี ต่อมาแผลก็เป็นหนอง ก็เลยพามาโรงพยาบาล ก็ได้รับแนะนำตอนนี้เราก็ทำเป็น แผลตอนนี้ดีขึ้นแล้ว"

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

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" พยาบาลจะเป็นผู้แนะนำเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง และอาหารที่ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้"

" สอนญาติรายบุคคล และตอนนี้เราได้มีการทบทวนการทำกายภาพของผู้ดูแลด้วยเป็นกลุ่ม "

" งานโรงครัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร การปั่นอาหารเหลวสายยางพร้อมทั้งมีการสาธิตให้ญาติดู "

" เมื่อผู้ป่วยมาเราก็ต้องมีการสอนญาติทุกเรื่องที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย"

4) การเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ จัดให้มีการเรียนรู้จากกลุ่มผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกัน สามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์โดยตรงซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลจะสามารถแบ่งปันความรู้ในลักษณะที่เป็นรูปธรรมที่ผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือเลียนแบบการปฏิบัติได้โดยตรง จากคำพูดและภาษาที่ใช้ในการสนทนาเป็นคำพูดที่สามารถสื่อสารกันและตีความหมายตรงกัน ซึ่งต่างจากการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่บางครั้งผู้ดูแลไม่เข้าใจในภาษาทำให้ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ การสนทนา

แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงจึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแล จนเกิดผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า " เวลาพลิกตะแคงตัวอาอีที่ไร สักพักแกก็ดันตัวกลับมาอนท่าหงายอีกก็ลองหาวิธีอยู่เรื่อยๆ เคยใช้ผ้าขวางมารองตัวอามาเพื่อช่วยให้เราพลิกตัวได้ง่าย พอพลิกไปผ้าก็หลุดก็เลยไปดูจันทร์ว่าทำอย่างไร เราก็ทำตามก็ได้ "

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า " ใส่ถุงยางอนามัยเพื่อรองปัสสาวะที่ไรหลุดทุกทีเราก็ทำตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำแล้ว พอได้ฟังวันนี้พร้อมกับได้ดูจันทร์ทำให้ดู ก็คิดว่าทำได้และไม่ยาก "

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า "ตอนที่มาดูแลอาอี ไม่ได้ผ่านการอบรมจากศูนย์มาก่อน อาศัยประสบการณ์จากการดูแลแม่หมอ ซึ่งตอนนั้นดูแลอยู่ประมาณ 2 เดือน และก็คอยคุยกับคนอื่นและเวลาไม่เข้าใจก็ไปดูเค้าทำ ทำให้เราได้รู้ และทำเป็นได้ เราต้องเอาใจ ชวนคุย และคอยดูแล ตอนนีัพุดได้ดี ดูสดชื่น รู้สึกว่าแกมีอาการดีขึ้น "

เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน เล่าว่า "มีผู้ป่วยรายหนึ่งกินอาหารไม่ได้ หมอบอกญาติว่าจะใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้อาหาร ตอนแรกก็ปฏิเสธ บอกว่ากลัว ก็เลยให้ญาติไปคุยกับญาติผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต และให้อาหารทางสายยาง พอเค้าได้คุยกันญาติก็เข้าใจและยอมให้ใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้อาหาร "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

"ผมว่าการที่เรามาคุยกันแบบนี้ดีนะ เพราะสิ่งที่เราไม่รู้ก็รู้ "

"ได้พูดคุยและเห็นวิธีการทำอย่างนี้ทำให้เข้าใจขึ้นเยอะ "

5) ให้กำลังใจ ให้คำชมเชย การให้คำชมเชย กำลังใจแก่ผู้ดูแลจะช่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาคภูมิใจในสิ่งที่ทำ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "เวลาหมอมาดตรวจ หมอชอบชมผู้ดูแล เราก็รู้สึกดีใจนะ "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "แต่ก่อนเราไม่เคยให้แก๊งมัลกั้วจะหน้า  
คว่ำ ตกเตียง ตอนนี้เราลองพุงให้แก๊งบนเก้าอี้และเรากอยช่วยดู  
ใกล้ๆ ที่หัวหน้าตึกก็ชมเราก็รู้มีกำลังใจ "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" เวลาญาติดูมาเยี่ยม คำก็ชมว่าเราดูแลดี ทำให้เรารู้สึกดีใจ"

6) เป็นเพื่อนคอยให้คำปรึกษา ผู้ดูแลบางครั้งจะมีความรู้สึกเครียด

ขาดความมั่นใจในตนเอง การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลจะช่วยให้ ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณเองมี  
เพื่อนคอยให้คำแนะนำ ปรึกษาเมื่อมีปัญหา และทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแล

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "เรารู้สึกเครียดนะ แต่ได้ทีมเจ้าหน้าที่ช่วย  
ดูแลให้คำปรึกษาจนทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการ ทำด้วย  
ตนเอง "

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า "เรารู้สึกเครียดนะแต่เวลาเครียด ทำไม่ได้  
และ เวลามีปัญหา ก็จะปรึกษาพี่พยาบาล พยาบาลก็ให้คำแนะนำ ก็  
รู้สึกดีขึ้น มีความเชื่อมั่นมากขึ้น "

7) ช่วยเติมพลังยามเหนื่อย การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมีผลให้

ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า หดหู่ ไม่มีเวลาที่อิสระ ทำให้เกิดภาวะเครียด การนำครอบครัว สมาชิกคนอื่น  
ในครอบครัวและการหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น วัด กลุ่มผู้นำชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการ  
ดูแลจะช่วยให้มีการผลัดเปลี่ยนผู้ดูแล การสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ เช่น  
การออกกำลังกาย การฝึกงานประดิษฐ์ งานจัดสวน เพื่อเสริมรายได้ การประกอบอาหาร จะส่งผล  
ให้ผู้ดูแลได้รับการผ่อนคลาย และมีพลังกายและพลังใจในการดูแล ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจาก  
การสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " บางครั้งก็รู้สึกเหนื่อยและเครียด ก็จะ ไปเที่ยว  
เดินซื้อของ และให้ญาติมาช่วยดูแลทำให้การเราได้พัก ได้ออกไปพัก  
บ้าง กลับมาก็ดีนะหายเครียด ไม่หงุดหงิด "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ผู้ดูแลก็ต้องมีสุขภาพจิตที่ดีด้วยตอนนี้  
เรามีการพากันออกกำลังกายช่วงเช้า โดยการทำไทเก๊ก จนตอนนี้  
กลุ่มผู้ดูแลเค้าทำกันเองได้แล้ว เค้าก็จะมีผู้นำกลุ่มในการบริหาร



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

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ที่ผ่านมาระยะนี้ได้ทำโครงการสร้างเสริมรายได้แก่ผู้ดูแล โดยเชิญวิทยากรจากศูนย์พัฒนาฝีมือและแรงงานมาช่วยสอนงานการประดิษฐ์ การจัดสานกระเป๋า ให้ผู้ดูแล เป็นการเสริมรายได้และช่วยให้ผู้ดูแลผ่อนคลายความเครียดด้วย จากกิจกรรมอบรม ก็มีผู้ดูแลบางคนสานกระเป๋าขายนะ และยังช่วยสานที่สำหรับแขวนแผ่นพับให้ตึกด้วย "

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

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" บางวันก็ไปเดินเที่ยวตลาดนัด ก็ทำให้สบายใจบ้าง"

" ที่ตึกจัด เครื่องออกกำลังกายไว้บริเวณที่นั่งพัก"

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อช่วยสร้างเสริมความรู้แก่ผู้ดูแล ได้แก่ การจัดให้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ดูแลซึ่งเป็นการให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันโดยตรง การจัดกลุ่มสนทนาการสำหรับผู้ดูแล เช่น กลุ่มประกอบอาหาร กลุ่มเสริมรายได้โดยงานประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล

**3.5.2 สร้างเสริมความรู้ผู้ให้บริการ** จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลนภสถิตย์ส่วนใหญ่จบการศึกษามากกว่า 5 ปี และไม่มีการ

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

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

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " งานวางแผนจำหน่ายจะประชุมเดือนละครั้ง โดยเชิญเจ้าหน้าที่ชุมชนเข้าร่วมด้วย เพราะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "งานวางแผนจำหน่ายจะประชุมเดือนละครั้ง โดยเชิญเจ้าหน้าที่ชุมชนเข้าร่วมด้วย เพราะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " แต่ก่อนเราจะมีการทำ conference case โดยแบ่งหน้าที่ให้แต่ละตึกรับผิดชอบและนำมาเสนอในที่ประชุม ก็ทำให้เจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสมาพบกันและแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " เรามีการประชุม คปสอ.ทุกเดือนซึ่งเวทีนี้จะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันทำให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่าง โรงพยาบาลและชุมชน และแต่ละงานก็จะบอกถึงปัญหา

ทำให้รู้ถึงปัญหาซึ่งกันและกัน "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

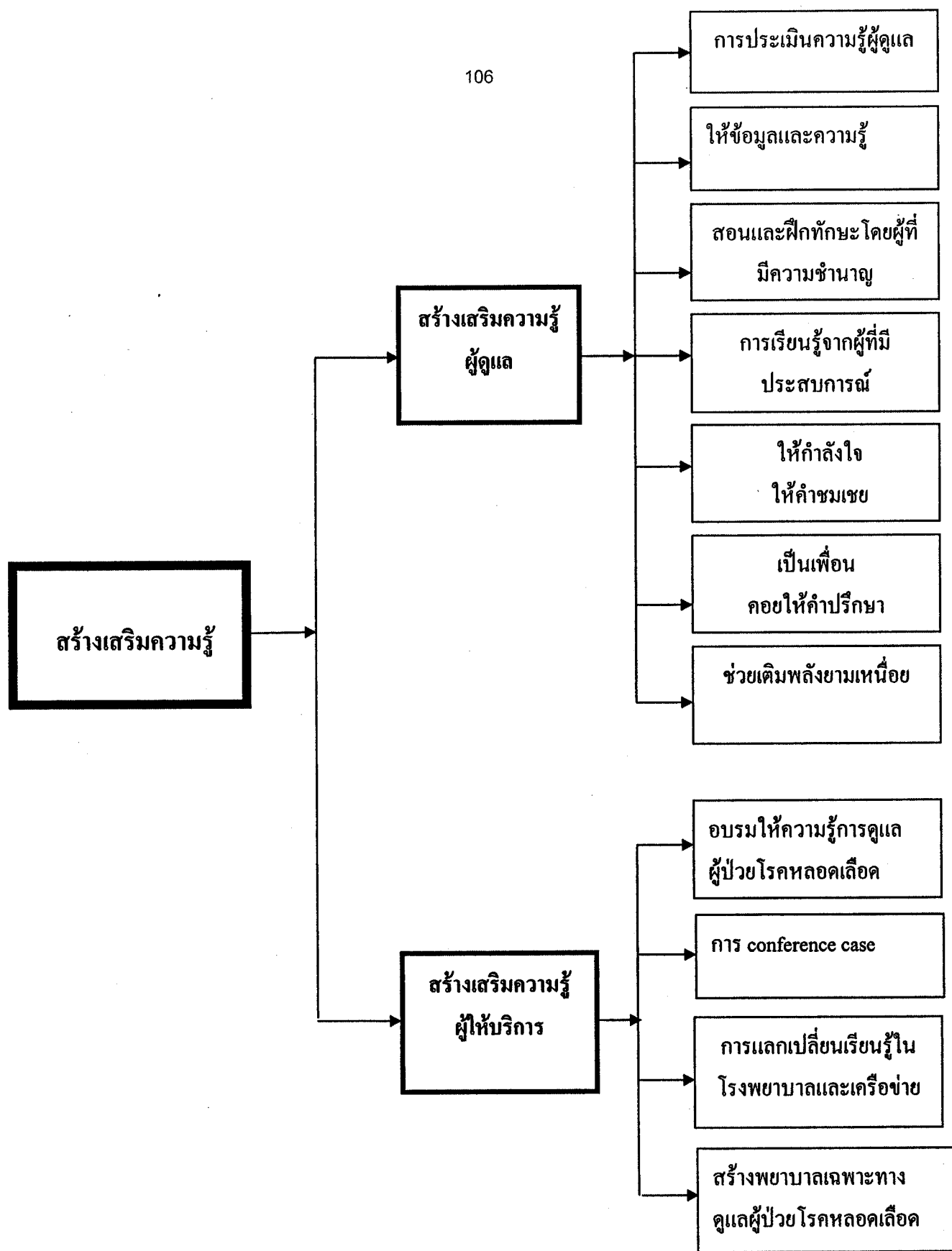
" น่าจะส่งพยาบาลไปอบรมเฉพาะทางดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง "

" เวลาไม่รู้อะไร ก็จะถามแพทย์อายุรกรรม..."

" เชิญเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อบต. เทศบาล ในเขตตำบล กระทั่งมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อแบ่งปันความรู้ซึ่งกันและกัน "

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความรู้ โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล อย่างน้อยเดือนละครั้ง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและในชุมชน อย่างน้อยปีละครั้ง

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปการสร้างเสริมความรู้ ได้ดังนี้



ภาพที่ 4.5 วิธีการจัดการการสร้างเสริมความรู้

จากภาพที่ 4.5 แสดงให้เห็นว่าการสร้างเสริมความรู้ประกอบด้วย การสร้างเสริมความรู้ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการสร้างเสริมความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ 1) การสร้างเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลให้มีความรู้ทักษะ และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต้องประกอบด้วย การประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแล โดยประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม ขณะอยู่โรงพยาบาล ก่อนกลับบ้าน และเมื่ออยู่บ้าน การให้ข้อมูลและความรู้ สอนและฝึกทักษะจากผู้ที่มีความชำนาญ การเรียนรู้จาก ผู้ที่มีประสบการณ์ การให้กำลังใจคำชมเชย ให้คำปรึกษา และการช่วยเสริมพลังยามเหนื่อยแก่ ผู้ดูแล ให้ได้รับการผ่อนคลายระบายความเครียดช่วยให้มีการปลดปล่อยผู้ดูแล การสนับสนุนให้ ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ 2) การสร้างความรู้แก่ผู้ให้บริการจะประกอบด้วยกรอบรมให้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสร้างพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง การ conference case และการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในโรงพยาบาลและเครือข่าย

### ประเด็นที่ 3.6 มีผู้ช่วยเหลือและบริการ

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มักเผชิญกับปัญหาหลากหลาย ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การคมนาคม ทำให้ ผู้ดูแลรู้สึกสับสน ทำอะไรไม่คล่องตัว ขาดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ ผู้ดูแลมักใช้การขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆที่อยู่ในชุมชน สถานที่ใกล้เคียงหรือสะดวกต่อการติดต่อ การมี คนคอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแนะนำ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลขอความช่วยเหลือเมื่อมี ปัญหาได้ มีความมั่นใจในการดูแลและลดความตึงเครียดได้ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการ สนทนาดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่งเล่าว่า " ช่วงแรกกลับไปก็ทำแผลไม่ค่อยได้ ทำอะไรไม่ค่อยได้ รู้สึกว่าไม่คล่องตัว ไม่เหมือนอยู่โรงพยาบาล และเราอยู่บ้านคนเดียว ลูกแต่งงานไปแล้ว ไม่ได้กลับมา รู้สึก เครียด เจ้าหน้าที่อนามัยไปดูและแนะนำเรารู้สึกดีขึ้น "

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า " เวลาทำอะไรไม่ถูก ก็โทรศัพท์หาน้องชาย ที่ทำงานในโรงพยาบาลเค้าก็บอกให้คอยบิบนวด เรายังทำตาม อาการ ก็ดีขึ้น เราก็สบายใจ "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ไปเยี่ยมป้า(ชื่อ)ที่บ้าน ป้าเค้าใส่ท่อ

Tracheostomy และให้อาหารทางสายยาง คนดูแลก็ยังทำ  
อะไรไม่เป็นค่อยเป็น ซึ่งตอนที่อยู่โรงพยาบาลเราก็ได้ไปเยี่ยมที่ตึก  
พยาบาลที่ตึกก็ได้แนะนำแล้ว แต่พอกลับมาบ้านก็ทำไม่ค่อยได้  
บอกว่าไม่มั่นใจ เราก็คอยให้คำปรึกษาและคอยช่วยเหลือ...จนครั้ง  
ล่าสุดที่ไปเยี่ยมเราก็ดูเค้าทำ ก็ทำได้ "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" ตอนที่แฟนไม่สบายก็ทำอะไรไม่ถูก โชคดีที่เพื่อนบ้านเคย  
ทำงานสถานีอนามัย เค้าก็แนะนำให้พาไปโรงพยาบาล "

" ช่วงนั้นลูกของตาเค้าได้รับอุบัติเหตุ...ตามีอาการเหนื่อยก็เลย  
โทรศัพท์มาโรงพยาบาลให้ไปดู "

### 3.6.1 แหล่งช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ

1) ศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์ / เครื่องมือ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์  
เครื่องมือทางการแพทย์ต่อเนื่องที่บ้าน และผู้ดูแลและครอบครัวมีปัญหาทางการเงิน ประสาน  
ขอความช่วยเหลือจากศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์ / เครื่องมือของโรงพยาบาล สถานีอนามัยที่มีอุปกรณ์ /  
เครื่องมือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อเยี่ยมอุปกรณ์ / เครื่องมือใช้ต่อเนื่องที่บ้าน และมี  
ระบบประสานงานกับชุมชนเพื่อการติดตามเยี่ยม จะสามารถช่วยลดภาระของครอบครัวและยังช่วย  
ให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น เสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว และช่วยลดการกลับมา  
รักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ตอนที่ผมอยู่โรงพยาบาลเดิม ผมก็จัดตั้ง  
เป็นมูลนิธิช่วยเหลือผู้ป่วยรายไหนที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เรา  
ก็ให้ยืมไปเมื่อหมดความจำเป็นใช้เค้าก็เอาคืน ก็มักจะมีการบริจาค  
เงินให้ด้วยเราก็เอารายได้ที่ได้ไปบริหารมูลนิธิ ส่วนอุปกรณ์ที่ได้  
ส่วนหนึ่งก็ได้จากผู้ที่ไม่ได้ใช้แล้วมาบริจาค เราตั้งประธานมาจากคน  
ในชุมชน ยังช่วยลดความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ได้  
ด้วย ส่วนการติดตามก็ให้ชุมชนช่วยติดตาม ทำอย่างนี้นั่น ไข้ก็  
พึงพอใจและรายได้เพิ่มและลดการกลับมารักษาซ้ำด้วย  
ภาวะแทรกซ้อน "

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

" การที่มีศูนย์ให้ยืมเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยไปใช้ที่บ้านจะ

ช่วยให้เราสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น ...และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ "

" มีศูนย์ยืมเครื่องมือ ก็ดีและควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย "

" ผมว่าเราจัดให้มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์ เครื่องมือก็ดีนะ ...ซึ่งตอนนี้งานทันตกรรมก็กำลังจัดทำโครงการช่วยเหลือผู้ยากไร้อยู่ "

2) แนะนำแหล่งช่วยเหลือยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย

ฉุกเฉิน สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือโดยการขอความช่วยเหลือจาก 1669 ระบบ 1669 จะมีการประสานงานกับโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ มูลนิธิในเขตรับผิดชอบ และองค์การบริหารส่วนตำบล กำลังจัดทำรถบริการฉุกเฉินสำหรับบริการรับ - ส่งผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบริการประชาชนในพื้นที่ของแต่ละตำบล ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ตอนที่ตาไม่สบายเคยโทรศัพท์ไปที่ 1669 "

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " แต่ก่อนจะโทรศัพท์มาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนภลัย...แต่ตอนนี้เห็นจากป้ายประกาศก็เลยรู้ว่ามีการบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร 1669 "

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

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

3) บริการด้านคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้บัตรขอรับบริการ

คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ซึ่งระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อขอคำปรึกษา ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทากลุ่ม ดังนี้

ผู้ดูแลรายหนึ่ง เล่าว่า " จิมเค้ก็มืออาการเกร็ง...ผมก็ไม่เข้าใจ ทำไม  
เป็นก็โทรศัพท์ถามน้องชายที่เป็นเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลน้องชาย  
ก็ให้คำแนะนำ เราก็ทำได้ รู้สึกสบายใจ"

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " เวลาอยู่บ้านบางครั้งให้อาหารไม่ลง เราก็  
ทำไม่ถูก ก็โทรศัพท์มาปรึกษาก็ได้รับคำแนะนำ ก็สบายขึ้น ไม่ต้อง  
พาผู้ป่วยมา โรงพยาบาล เพราะมาแต่ละครั้งลำบาก ต้องเหมารถมา"

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายทางตึกจะให้บัตร  
คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพราะถ้าขณะอยู่บ้านมีปัญหาจะได้โทรมา  
ปรึกษาก็สะดวกญาติไม่ต้องพาผู้ป่วยมา โรงพยาบาล "

4) จัดหน่วยงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ครอบครัวผู้ป่วยบางรายไม่มีความ  
พร้อมที่จะนำผู้ป่วยไปดูแลต่อเองที่บ้าน การจัดหน่วยงานสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังสามารถช่วยลด  
ความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและต่อเนื่องได้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ตึกสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังสามารถช่วยลด  
ความเครียดของญาติได้เลย "

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ที่บ้านอีหลังใหญ่ แต่บ้านอีค้าขาย แต่ละที่ใน  
บ้านจะเก็บของเป็นส่วนใหญ่ อากาศร้อนมาก มีคนสูบบุหรี่มาก เรา  
ก็ห่วงคนไข้ ถ้าอยู่อย่างนี้ก็เสี่ยงอันตรายต่ออี ญาติก็เลยพาอีมาอยู่ที่  
ตึกนี้และให้เราคอยดูแล ก็ทำให้ลดภาระและช่วยแก้ปัญหาของ  
ญาติได้ และญาติจะมาเยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง "

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " ลูกๆของตาไปทำงานต่างจังหวัด เวลาตา  
ไม่สบายก็ลำบาก...ครั้งนี้ลูกๆก็เลยให้อยู่ที่นี่...ตอนนี้ลูกชอบแล้ว  
ไม่ยอมกลับบ้าน"

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " อาม้ามีลูกหลายคน ไม่มีใครรับไปอยู่ด้วย  
ก็เลยมาอยู่ที่นี่ แรกๆก็หงุดหงิดบ่อย...ตอนนี้พูดเก่งขึ้น อารมณ์ดี  
ขึ้น มีเพื่อน "



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

### 3.6.2 ประสาน แหล่งช่วยเหลือด้านสวัสดิการ

1) ทำใบรับรองผู้พิการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลือเกิน 8 สัปดาห์ สามารถทำใบรับรองผู้พิการ โดยเจ้าหน้าที่จะประสานกับงานประกันสุขภาพ และให้ญาติติดต่อที่งานประกันสุขภาพโรงพยาบาลญาติ

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ทางโรงพยาบาลเราก็จะออกใบรับรองผู้พิการ โดยผู้อำนวยการและแพทย์หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยที่ญาติพามาเอง และเจ้าหน้าที่ชุมชนมาติดต่อ "

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

2) ทำบัตรทองผู้พิการ ผู้ป่วยที่พิการสามารถทำบัตรทองผู้พิการได้ โดยติดต่อศูนย์ประกันสุขภาพโรงพยาบาล / สถานีอนามัยที่อยู่ในเขตที่ตนอาศัย

ผู้ดูแลรายหนึ่ง เล่าว่า " ตอนแรกก็ไม่ว่าต้องทำบัตรทองผู้พิการ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแนะนำและอบต.ก็มาแนะนำให้ทำบัตรทองผู้พิการและดำเนินการให้ ก็ช่วยเราได้มากเลยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ผู้พิการสามารถทำบัตรทองประเภท  
ผู้พิการได้ และสามารถรักษาฉุกเฉินได้ทั่วประเทศ "

3) ขึ้นทะเบียนผู้พิการและทำสมุดผู้พิการ แนะนำให้ญาติติดต่อสำนักงาน  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ของจังหวัดเพื่อขึ้นทะเบียนผู้พิการและทำสมุดผู้พิการ  
เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ผู้ป่วยที่มีความพิการสามารถติดต่อขึ้น  
ทะเบียนผู้พิการและทำสมุดผู้พิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและ  
ความมั่นคงมนุษย์โดยใช้สำเนาทะเบียนบ้านและใบรับรองผู้พิการ  
จากแพทย์ "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " มีการสำรวจผู้พิการในชุมชนและ  
ติดต่อขึ้นทะเบียนผู้พิการ "

4) เงินช่วยเหลือจากแหล่งชุมชน โดยการนำสมุดผู้พิการติดต่อกับ  
องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ และจะมีการลงคะแนนของสมาชิกในชุมชน ซึ่งจะได้เดือนละ  
500 บาท

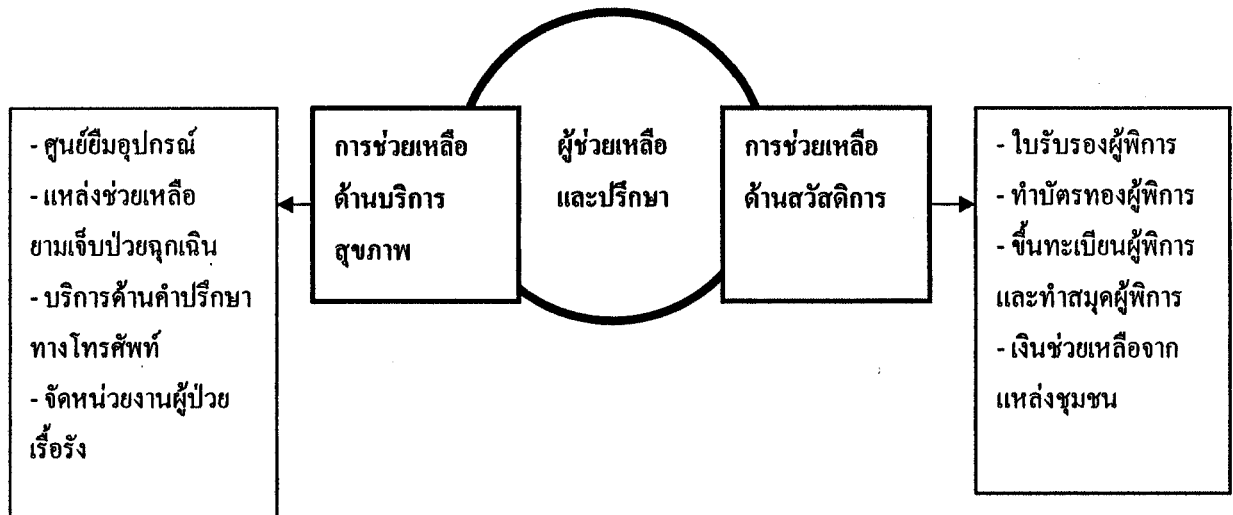
ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า " เคยปรึกษากับปลัด อบต. ได้ให้คำแนะนำ  
ว่าให้ญาตินำหลักฐานไปติดต่อ...และทางสมาชิกอบต. จะมีการลง  
ความเห็นเพื่อให้เงินช่วยเหลือ "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ตอนทำงานที่โรงพยาบาลเคมิม ก็จะมี  
ศูนย์ประกันสุขภาพและเจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำให้ญาติไปติดต่อกับ  
อบต. ซึ่งก็จะมีเงินช่วยเหลือ "

3.6.3 การช่วยเหลือด้านคำปรึกษา เพิ่ม การบริการด้านคำปรึกษาทางโทรศัพท์  
โดยบัตรขอรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ซึ่งระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถ  
ติดต่อ

ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยและ  
ครอบครัวได้รับการช่วยด้านสวัสดิการ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์ / เครื่องมือ ในโรงพยาบาล  
และประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อบริการให้เยี่ยมเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ใช้ต่อเนื่องที่บ้าน และ  
การช่วยเหลือด้านคำปรึกษา ได้แก่ การให้บัตรคำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน เพื่อ  
โทรศัพท์มาคำปรึกษาโดยไม่ต้องพาผู้ป่วยมา

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มี  
แหล่งช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ได้ดังนี้



ภาพที่ 4.6 แหล่งให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา

ภาพที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่าแหล่งช่วยเหลือและให้คำปรึกษาที่มีความจำเป็นต่อ  
ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย 1) แหล่งช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ การมีศูนย์เยี่ยม  
อุทิศ แนะนำแหล่งช่วยเหลือยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน การบริการด้านคำปรึกษาทางโทรศัพท์  
จัดหน่วยงานผู้ป่วยเรื้อรัง 2) แหล่งช่วยเหลือด้าน สวัสดิการ ได้แก่ การทำใบรับรองผู้พิการ  
การทำบัตรทองผู้พิการ การขึ้นทะเบียนผู้พิการและทำสมุดผู้พิการ เงินช่วยเหลือจากแหล่งชุมชน

### ประเด็นที่ 3.7 ติดตามดูแลต่อเนื่อง

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า

3.7.1 เจ้าหน้าที่ชุมชนร่วมวางแผน ประสานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขต  
รับผิดชอบ / เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มาร่วมวางแผนในการดูแลต่อเนื่องก่อน  
จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ โดยมีระบบการตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยทาง  
คอมพิวเตอร์ที่เป็นระบบ LAN ของโรงพยาบาลทำให้สะดวกต่อการตรวจสอบผู้ป่วยและการ

ประสานงานกับหอผู้ป่วย และมีระบบการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย การวางแผนร่วมกันต้องคำนึงถึงความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแล ประสานกับแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ร่วมปรึกษาหาแนวทางที่ดีที่สุดและสามารถจัดการได้ ต้องคำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วยและญาติด้วย ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " ตอนเช้าจะตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่ admit ในโรงพยาบาลจากระบบคอมพิวเตอร์ เราก็รู้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ต้องติดตามเยี่ยมที่ตึก พร้อมกับ ได้รับการแจ้งจากหอผู้ป่วย ก็จะมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและร่วมวางแผนการจัดการดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมต่อที่บ้าน "

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า "มีผู้ป่วยรายหนึ่งมานอนรักษาตัวที่ตึกสามัญ ลูกชายของผู้ป่วยเป็นพระและผู้ป่วยมาจากอีสาน ไม่มีที่ที่จะให้ผู้ป่วยอยู่เมื่อแพทย์จำหน่าย ก็ได้ปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลพยาบาล และพระลูกชายผู้ป่วย จากนั้นก็ไปปรึกษากับเจ้าอาวาส ท่านอนุญาตให้พาผู้ป่วยไปอยู่ที่วัดได้ "

**3.7.2 ส่งต่อประวัติผู้ป่วยยังชุมชน** เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านทางหอผู้ป่วยจะดำเนินการจัดส่งประวัติการเจ็บป่วย โดยมีใบวางแผนจำหน่าย 2 ใบ ใบที่ 1 เป็นใบที่ระบุนาการที่ผู้ป่วยมารับการรักษา คำแนะนำที่ได้รับ อาการและปัญหาที่ต้องการให้ติดตามเยี่ยม และใบที่ 2 ซึ่งเป็นใบที่พิมพ์มาจากประวัติผู้ป่วยใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ประวัติการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลการตรวจต่างๆ รายการยาที่ได้รับกลับบ้าน นำเอกสารทั้ง 2 ใบ ส่งต่องานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน/ สถานีนามัยใกล้บ้าน ซึ่งการพิมพ์ประวัติจากโปรแกรมที่ตั้งไว้ช่วยลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ทำให้เจ้าหน้าที่ชุมชนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน และถูกต้อง และสามารถวางแผนการติดตามเยี่ยมได้ถูกต้อง ครอบคลุม ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า " เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเรามีระบบการส่งต่อกลับชุมชน โดยส่งต่อสถานีนามัยใน เขตที่รับผิดชอบติดตามเยี่ยม โดยบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มในวางแผนจำหน่าย และพิมพ์ใบสรุปการรักษาจาก โปรแกรมคอมพิวเตอร์ส่งคู่กัน "

3.7.3 การนัดตรวจเพื่อประเมินอาการต่อเนื่อง จัดช่องทางด่วนโดยนัดผู้ป่วยมาตรวจช่วง 13.00 น. - 15.00 น. เป็นช่วงเวลาที่ผู้ใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอกไม่แออัด ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน ผู้ป่วยที่มีการเจาะเลือดตรวจก่อนพบแพทย์ ประสานงานงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน / สถานีอนามัยเจาะเลือดผู้ป่วยและนำส่งมาตรวจในช่วงเช้าและนำผู้ป่วยมาช่วงบ่าย สามารถช่วยลดความแออัดของผู้ใช้บริการในช่วงเช้า และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต้องรอนาน และช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วยได้จากการต้องเหมารถมาโรงพยาบาล ญาติสามารถทำภารกิจต่างๆ ได้ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ผู้ดูแลท่านหนึ่ง เล่าว่า “ เคยพาอ้อมมาโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 โมงเช้า กว่าจะได้ตรวจ เกือบเที่ยง และต้องรอนาน ทำให้กลับบ้านช้า อ้อมเลยไม่ได้กินอาหารมื้อกลางวัน จากไม่ได้เตรียมอาหารทางสายยางมา ”

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง เล่าว่า “ ผู้ใช้บริการจะมากในช่วงเช้า ปรับเรื่องการนัด เพื่อให้ได้รับบริการ ที่เร็ว โดยนัดช่วงบ่าย ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ใช้น้อย กรณีมีนัดให้มาเจาะเลือด เราก็ส่งต่อ PCU ให้ไปเจาะมาให้ก่อน และนัดผู้ป่วยให้มาช่วงบ่าย สามารถลดความแออัดได้ ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน สถิติการขาดนัดลดลง ”

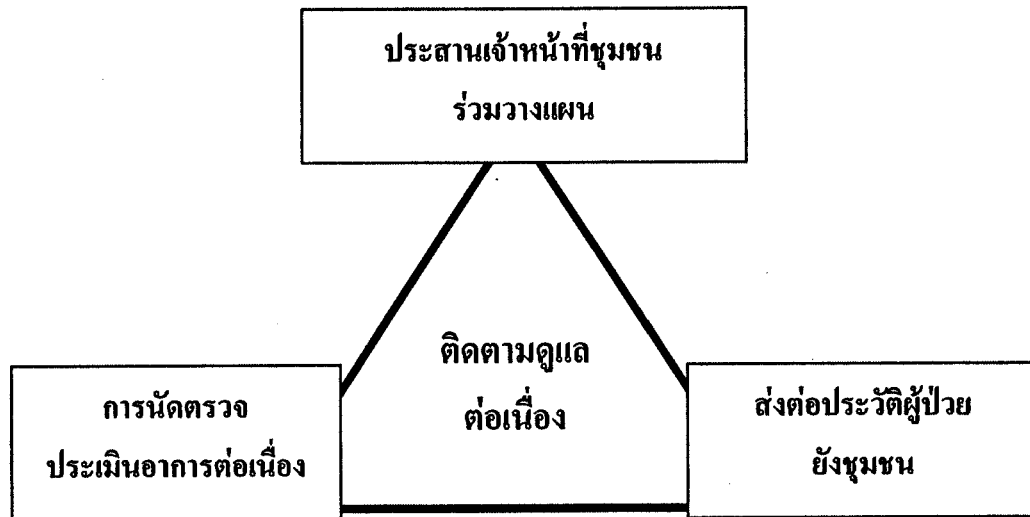
นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมสนทนา ดังนี้

“ ผู้ป่วยฉุกเฉินก็เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มาทำแผล เปลี่ยนต่างๆ ก็นัดมาช่วงบ่าย ”

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

จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปวิธีการจัดการเพื่อการติดตามดูแล

ต่อเนื่อง ได้ดังนี้



ภาพที่ 4.7 วิธีการจัดการเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง

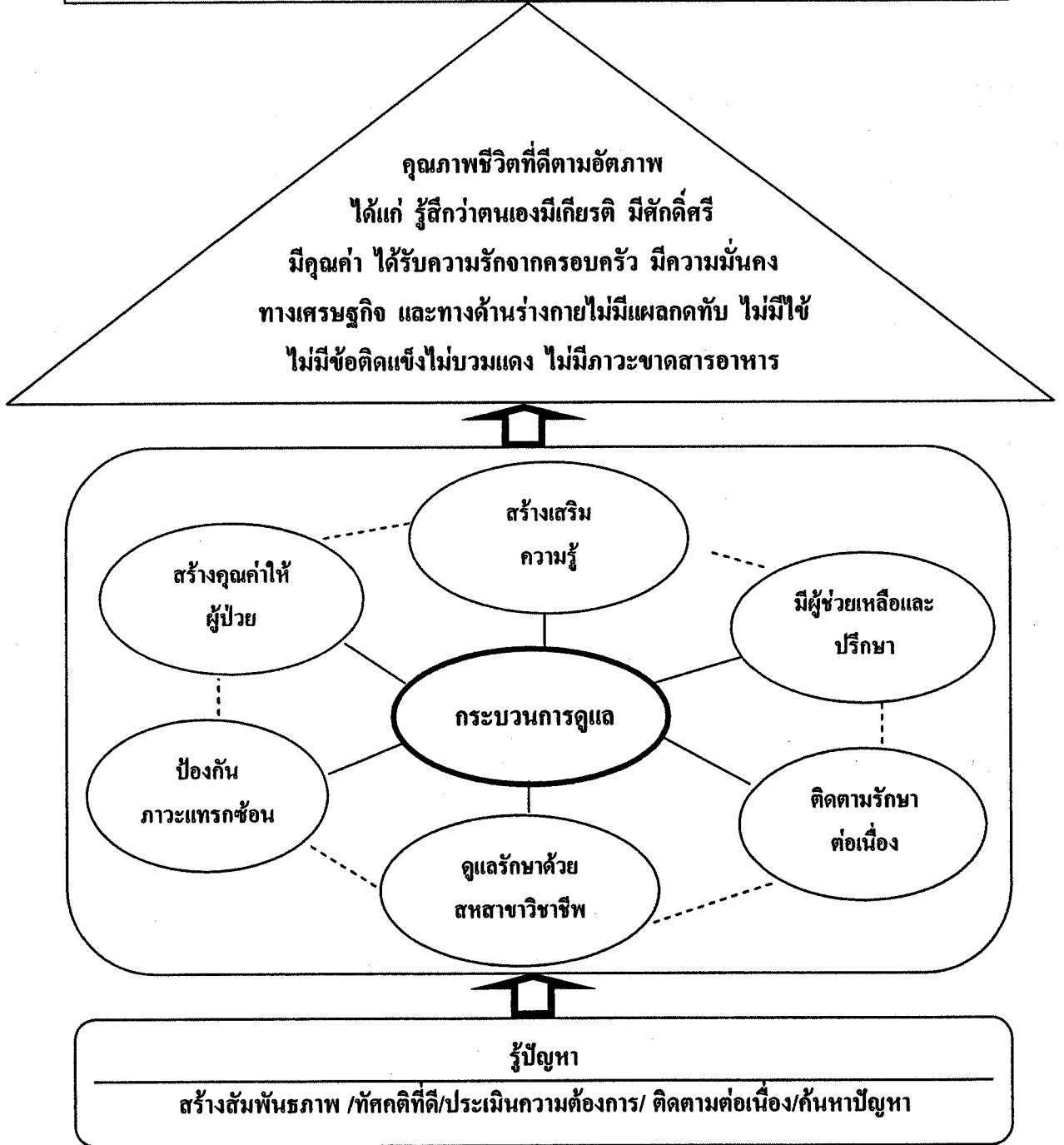
จากภาพที่ 4.7 แสดงให้เห็นว่าการที่จะจัดการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต้อง ประกอบด้วย การประสานเจ้าหน้าที่ชุมชนร่วมวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมเมื่อกลับบ้าน ส่งต่อประวัติผู้ป่วยยังชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการนัดผู้ป่วยมาตรวจเพื่อประเมินอาการต่อเนื่อง

## ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย

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

ทีมสหวิชาชีพ และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.2 ประเด็นที่ 3.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.3 ประเด็นที่ 3.4 การสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.4 ประเด็นที่ 3.5 การเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ดูแลและผู้ให้การดูแล และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.5 ประเด็นที่ 3.6 การช่วยเหลือและให้คำปรึกษา และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.6 จนถึง ประเด็นที่ 3.7 การติดตามดูแลต่อเนื่อง และวิธีปฏิบัติตามรูปที่ 4.7 มาพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลนภลัย ดังรูปที่ 4.8 โดยการที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตรภาพ ต้องประกอบด้วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า ได้รับความรักจากครอบครัว สามารถอยู่ในสังคมได้ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยได้รับความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจตามความเหมาะสม การไม่มีแผลกดทับ ไม่มีข้อติดแข็ง ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งพบว่า ผู้ให้การดูแลแต่ละคนจะมีความรู้และประสบการณ์ที่ดี (best practice) ที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลที่มีความรู้และประสบการณ์ที่ดี (best practice) ที่มากกว่าก็จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตรภาพของแต่ละบุคคลได้ แต่ผู้ให้การดูแลบางคนที่มีความรู้ ประสบการณ์ที่ดี ที่น้อยกว่าอาจจะให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพไม่ครบทุกประการ

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม



ภาพที่ 4.8 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม



จากภาพที่ 4.8 แสดงรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ โดยการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ จากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทีมผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลนภลัยได้รับการดูแลอย่างองค์รวม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตรภาพของแต่ละบุคคล คือ รู้สึกว่าตนเองมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า ได้รับความรักจากครอบครัว สามารถอยู่ในสังคมได้ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยได้รับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจตามความเหมาะสม ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีไข้ ไม่มีข้อติดแข็งไม่บวมแดง ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรู้ถึงปัญหา 2) การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขา 3) การเสริมคุณค่าให้ผู้ป่วย 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5) การเสริมสร้างความรู้ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการ 6) การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา 7) การติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยองค์ประกอบทั้ง 7 มีการดำเนินการปฏิบัติที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนได้ตามเป้าหมาย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการให้การดูแล ซึ่งประกอบด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขา การเสริมคุณค่าให้ผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสริมสร้างความรู้ ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการ การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา การติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยจากภาพที่ 4.8 แสดงให้เห็นว่า ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา นับเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการ จุดเริ่มต้นของการให้การดูแลช่วยเหลือ ได้ถูกต้องตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อรู้ถึงปัญหาและสิ่งที่ต้องการของผู้ป่วยแล้วจะนำเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 ที่ประกอบด้วย กระบวนการให้การดูแลทั้ง 6 กระบวนการ โดยกระบวนการดูแลที่ 1 ถึง กระบวนการดูแลที่ 6 ที่อยู่เรียงกันเป็นวงกลม ในกรอบและมีเส้นเชื่อมโยงซึ่งกันและกันแสดงว่าทุกกระบวนการดูแลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดกระบวนการดูแลใดกระบวนการหนึ่งก่อนหรือเกิดขึ้นหลายกระบวนการดูแลพร้อมกันก็ได้ เพื่อการทำให้บรรลุถึงเป้าหมายผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตรภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งพบว่าผู้ที่ได้ทำตามขั้นตอนดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตรภาพได้

ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียด การดำเนินการปฏิบัติที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตรภาพ 2 ขั้นตอน ดังนี้

## ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา

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

## ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการให้การดูแล ประกอบด้วย กระบวนการดูแล 6 กระบวนการ ดังนี้

### กระบวนการดูแลที่ 2.1 การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทุกส่วน ตั้งแต่ตัวผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ทีมสุขภาพทั้งภายใน โรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล งานกายภาพบำบัด งานโภชนาการ งานเภสัชกร งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานสุขภาพจิต งานด้านสวัสดิการช่วยเหลือทางด้านสังคม วิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขา ประกอบด้วย 1) การประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแล 2) ทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกัน โดยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วม 3) มีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับ-จำหน่าย ซึ่งเริ่มในผู้ป่วยรายที่มีปัญหาซับซ้อน 4) การปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพ และ 5) การประเมินผลร่วมกันด้วยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแล โดยสนับสนุนให้ผู้ดูแลและญาติได้มีโอกาสได้พบแพทย์โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่แพทย์ตรวจเยี่ยม และให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อการติดต่อ

## กระบวนการดูแลที่ 2.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย หลักการจัดการดูแล ได้แก่ 1) การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย โดยต้องดูแลทำความสะอาดร่างกาย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเมื่อร่างกายปนเปื้อนกับสิ่งสกปรก เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และคอยดูแลเปลี่ยนอุปกรณ์ที่ใช้รองรับปัสสาวะ 2) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งมีผลช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับและช่วยในการหายของแผล โดยมีหลักการเตรียมอาหาร การเตรียมส่วนประกอบของการทำอาหารสามารถประยุกต์ ใช้การประมาณสัดส่วนของส่วนประกอบอาหาร โดยการเทียบประมาณใกล้เคียง โดยประมาณการใช้การหยิบมือ และการแบ่งอาหารจากจำนวนเต็มแล้วแบ่งอาหารออกเป็นส่วนๆ ละเท่าๆ กัน ทดแทนการใช้เครื่องชั่ง วิธีการให้อาหารด้วยวิธีที่ถูกต้องป้องกันการเกิดการสำลัก มีการคำนึงถึงโรคประจำตัวที่เป็น และพื้นฐานความชอบของผู้ป่วย มีการตั้งเวลาการให้อาหารที่เหมาะสม อย่างน้อย วันละประมาณ 3 - 4 มื้อ การฝึกกลืนจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดีขึ้น ด้วยการนวดลิ้น เพดาน อย่างน้อยวันละครั้ง 3) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีวิธีที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า การตั้งเวลาการพลิกตะแคงตัว เวลาการพลิกตัวต้องใส่ใจในพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยกรณีที่ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ในรายที่มีแผลกดทับแล้ว พลิกตะแคงตัวทุก 1 ชั่วโมง ใช้อุปกรณ์ช่วยในการพลิกตะแคงตัว เพื่อลดการเสียดสีของผิวหนัง ได้แก่ ผ้าปูที่นอนพับครึ่งแทนการใช้ผ้าขวางเตียง การจัดท่านอนที่เหมาะสม ศีรษะไม่สูงเกิน 30 องศา มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม พร้อมทั้งต้องมีการติดตามกระตุ้นให้มีการพลิกตะแคงตัวอย่างต่อเนื่อง 4) การฟื้นฟูบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการทากายภาพตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ใช้การละเล่นพื้นบ้าน และการทำกิจกรรมประกอบในการบริหารร่างกาย การเล่าเรื่อง โดยการทำให้ทางประกอบ เพื่อผู้ป่วยเกิดความสนุกสนาน การฝึกพูด พัฒนาการสื่อสาร และ 5) การพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการจัดหาอุปกรณ์ทดแทน

## กระบวนการดูแลที่ 2.3 การสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย

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

และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยตึกเรื้อรังจะอนุญาตให้ญาติพาผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านได้ไม่เกิน 1 วัน และการช่วยรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วย โดยขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีการตัดผมให้ผู้ป่วยที่หน่วยงาน โดยพยาบาลและช่างตัดผมจากร้าน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี มีความสุข ไม่รู้สึกท้อแท้ หมคหวัง

#### กระบวนการดูแลที่ 2.4 การสร้างเสริมความรู้

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

### กระบวนการดูแลที่ 2.5 การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา

การให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแนะนำ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ และช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) การช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์ / เครื่องมือ ในโรงพยาบาลและสถานเครือข่ายในชุมชนเพื่อบริการให้ยืมเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ใช้ต่อเนื่องที่บ้าน แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทรศัพท์ 1669 จัดหน่วยงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 2) การช่วยเหลือด้านสวัสดิการ โดยการจัดการดูแลในการขอรับใบรับรองผู้พิการ การทำบัตรทองผู้พิการ การขอรับเงินช่วยเหลือจากแหล่งชุมชน 3) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย โดยการให้บัตรคำปรึกษา ทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน

### กระบวนการดูแลที่ 2.6 การติดตามดูแลต่อเนื่อง

การติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต้อง ประกอบด้วย

- 1) เจ้าหน้าที่ชุมชนร่วมวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมเมื่อกลับบ้าน
- 2) การส่งต่อประวัติผู้ป่วยยังชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยส่งใบวางแผนจำหน่าย 2 ใบ โดยพิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัย ผลการตรวจ การรักษาที่ได้รับ ยาที่ได้รับกลับบ้าน และ 3) มีการนัดผู้ป่วยมาตรวจเพื่อประเมินอาการต่อเนื่อง โดยนัดช่วงเวลา 13.00 น. - 14.30 น. เพื่อการรับบริการที่รวดเร็ว

## ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย

### โรคหลอดเลือดสมอง

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

ความเชื่อมั่น 0.87 ด้านอิสระในการให้ข้อมูล มีค่าความ เชื่อมั่น 0.90 ด้านการนำไปใช้ มีค่าความ  
เชื่อมั่น 0.84 โดยสรุปเห็นว่า มีความเหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลนภาคัย และสามารถนำ  
รูปแบบไปใช้ได้จริง

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภาคย์ โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ

1.1.2 เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นไปใช้

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

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

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

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

### 1.2.3 เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

#### 1) ที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิด โนนาคะและทาคิวชิ ได้แก่

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

#### (2) แบบบันทึกการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

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

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

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



### 1.3 ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการสนทนากลุ่ม และการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ผลการวิจัย ดังนี้

#### 1.3.1 ลักษณะผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

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

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

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

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

#### 1.3.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภาดลย์

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

การเสริมคุณค่าให้ผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสริมสร้างความรู้ ทั้งผู้ดูแลและ  
ผู้ให้บริการ การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา และ การติดตามดูแลต่อเนื่อง

### 1.3.3 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความ  
เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลภาคใต้ และสามารถนำรูปแบบไปใช้ได้จริง มีค่าความเชื่อมั่น  
ในภาพรวม 0.85

## 2. อภิปรายผล

จากการสรุปผลการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมอง โรงพยาบาลภาคใต้ จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยได้อภิปรายผลแยกตามวัตถุประสงค์  
และผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้เสนอตามประเด็นสำคัญที่ได้วิเคราะห์ไว้ ดังนี้

2.1 ลักษณะผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม  
ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการ  
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

กับการเจ็บป่วย นิสัยพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย มีการติดตามค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง และการนำประวัติผู้ป่วยมาเขียนเป็นเรื่องเล่า

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

## 2.2.2 ขั้นตอนที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย 6 กระบวนการดูแล

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

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

2) ภาระงานการดูแลที่ 2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบประเด็นหลักที่สามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยหลักการจัดการดูแล ได้แก่ 1) การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย โดยต้องดูแลทำความสะอาดร่างกาย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเมื่อร่างกายปนเปื้อนกับสิ่งสกปรก เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และคอยดูแลเปลี่ยนอุปกรณ์ที่ใส่รองรับปัสสาวะ 2) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งมีผลช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับและช่วยในการหายของแผล โดยมีหลักการเตรียมอาหารที่คำนึงถึงโรคเคิมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การเตรียมส่วนประกอบของการทำอาหารสามารถประยุกต์ ใช้การประมาณสัดส่วนของส่วนประกอบอาหารโดยการเทียบประมาณใกล้เคียง โดยประมาณการใช้การหยิบมือ และการแบ่งอาหารจากจำนวนเต็มแล้วแบ่งอาหารออกเป็นส่วนๆ ง่ายๆ กัน ทดแทนการใช้เครื่องชั่ง วิธีการให้อาหารด้วยวิธีที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดการสำลัก การคำนึงถึงโรคประจำตัวที่เป็น และพื้นฐานความชอบของผู้ป่วย การตั้งเวลาการให้อาหารที่เหมาะสม อย่างน้อย วันละประมาณ 3-4 มื้อ การฝึกกลืนจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดีขึ้น ด้วยการนวดลิ้น เพดาน อย่างน้อยวันละครั้ง 3) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีวิธีที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า การตั้งเวลาการพลิกตะแคงตัว เวลาการพลิกตัวต้องใส่ใจในพยาธิสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยกรณีที่ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ในรายที่มีแผลกดทับแล้ว พลิกตะแคงตัวทุก 1 ชั่วโมง ใช้อุปกรณ์ช่วยในการพลิกตะแคงตัว เพื่อลดการเสียดสีของผิวหนัง การจัดท่านอนที่เหมาะสม ศีรษะไม่สูงเกิน 30 องศา มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม พร้อมทั้งต้องมีการติดตามกระตุ้นให้มีการพลิกตะแคงตัวอย่างต่อเนื่อง 4) การฟื้นฟูบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการท่ากายภาพตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ใช้การเล่นประกอบในการบริหารร่างกายเพื่อผู้ป่วยเกิดความสุขสนาน การเล่าเรื่องและทำท่าทางประกอบ และ 5) การพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการจัดหาอุปกรณ์ทดแทน

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



ด้วยน้ำเย็น อย่างน้อยวันละครั้ง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดีขึ้น ด้วยบริบทของโรงพยาบาลนภลัย ทุกหน่วยงานจะมีแนวทางการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการประกันคุณภาพ และการปฏิบัติตามแนวทาง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และจากการเฝ้าระวัง การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับบริการในโรงพยาบาลทั้งส่วนที่เกิดขึ้น ก่อนมารับการรักษาและเกิดขึ้นขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การเกิดข้อติด ซึ่งทางโรงพยาบาล มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยังพบว่า การประเมินด้านภาวะโภชนาการ การประเมิน เกี่ยวกับยาที่มีผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ยังไม่มีรูปแบบการประเมินที่ชัดเจน และจากการ ที่เจ้าหน้าที่ศึกษาผู้ป่วยใน ได้เริ่มมีการประเมินภาวะโภชนาการและยาที่ผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งสืบเนื่องจากการศึกษาของรอยและแอนดริว (Roy & Andrew, 1999) พบว่า ภาวะทุพโภชนาการ มีผลกระทบโดยตรงต่อความสมบูรณ์ของผิวหนัง มีผลทำให้เกิดแผลกดทับ ได้สูงกว่าผู้ที่มีภาวะ โภชนาการปกติ และยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้ามีผลต่อการเกิดแผลกดทับและระดับความ รุนแรงของแผลกดทับ (ช่อผกา สุทธิพงศ์, 2549: 64) ซึ่งภาวะซึมเศร้าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ หลายอย่าง เช่น ปัญหาด้านความคิดปกติกด้านการสื่อสาร (Parkin, 1990) และการใช้ยาบางชนิด ซึ่งกมลทิพย์ หาญผดุงกิจ (2547; 59) กล่าวว่า จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความ บกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน ส่งผลให้ ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียหรือไร้ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงมีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และภาวะแทรกซ้อน ที่พบบ่อย ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติด ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ (2543; บทคัดย่อ) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ และ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และ ช่อผกา สุทธิพงศ์ (2549; บทคัดย่อ) พบว่า ความ ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง รับประทานอาหาร ได้น้อยและเกิดภาวะทุพโภชนาการทำให้แผลกดทับมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และพบว่า ผู้ดูแลส่วน ใหญ่ทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายและเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ผู้ป่วยวันละ 1 - 2 ครั้ง เนื่องจากไม่มีเวลาและค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความชื้นของผิวหนังตลอดเวลา ร้อยละ 40 ซึ่ง ผิวหนังที่มีความชื้นสูงมี โอกาสเกิดแผลกดทับ ได้มากกว่าผิวหนังที่แห้งถึง 5 เท่า และการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยโดยไม่ถูกวิธีทำให้เกิดการเสียดสีของ ผิวหนังทำให้มีผลต่อการเกิดแผลกดทับได้ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี งามประเสริฐ และอารี นุรณกุล (2545: อ้างในช่อผกา สุทธิพงศ์) พบว่า การเพิ่มของแรงเสียดทานและแรงเฉือนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำนายการเกิดแผลกดทับ

ได้สูง และการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น รวมถึงการตัดแปลงสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์เครื่องใช้สามารถทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (กิงแก้ว ปาจริย์, 2547: 247) สามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นกัน

3) *กระบวนการดูแลที่ 3 การสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย* พบประเด็นหลักในการที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า รู้สึกว่าตนเองมีศักดิ์ศรี มีเกียรติ ประกอบด้วย การให้การดูแลด้วยความรัก ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจ การใช้หลักธรรมในการดูแล สวดมนต์ ไหว้พระ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามที่ต้องการ ผู้ดูแลมีการปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และการช่วยรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วย จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี มีความสุข ไม่รู้สึกท้อแท้ หดหู่

ในประเด็นนี้ได้ความรู้ใหม่ที่สามารถนำมาพัฒนาเพื่อช่วยเสริมสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย คือ การให้การดูแลด้วยความรัก ให้กำลังใจ ซึ่งนับว่าเป็นหัวใจสำคัญของผู้ให้การดูแลที่ต้องมีเพื่อเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การให้การดูแลที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี มีความสุข (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544: 5) ซึ่งบรอนสไตน์ (Bronstein, 1991) รายงานว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายและก้าวร้าว ขาดความอดทน และจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาผู้อื่น (Sacco et al. 1997) ทำให้มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า (Ellis - Hill & Horn, 2000 และ Feibel & Springer, 1982) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (ทศพร คำศิริ, 2548: บทคัดย่อ) ภารกิจของผู้ดูแลต้องช่วยทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมของผู้ป่วย (Reinhard, 1994) ซึ่งมีผู้วิจัยหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีคุณค่าในผู้ป่วย ได้แก่ สุนิตรา จตุรพรพัฒน์ (2543: บทคัดย่อ) พบว่า การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) เนตรลาวัลย์ เกิดหอม พบว่า การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำให้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกมีคุณค่าและความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น สุทธิณี พัลวิไล (2545, บทคัดย่อ) พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ มณีรัตน์ สมปอง (2547, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคมัลติซีสเต็ม่า จะเน้นให้ความสำคัญของการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคมัลติซีสเต็ม่าเพื่อสร้างความมั่นใจในตนเอง

4) *กระบวนการดูแลที่ 4 การสร้างเสริมความรู้* การเสริมสร้างความรู้จะต้องเสริมสร้างทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พบประเด็นข้อเสนอแนะ  
2 ประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้



### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ดูแลและผู้ให้บริการและมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ แต่ควรมีการนำสู่การทดลองปฏิบัติและมีการประเมินผลเป็นระยะพร้อมทั้งนำผลที่ได้มาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.1.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรูปแบบที่ต้องอาศัยการปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพจึงต้องมีการสื่อสารให้บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบเพื่อนำสู่การปฏิบัติ ที่เกิดประโยชน์สูงสุด

3.1.3 ผลการศึกษาที่ได้ คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม หากโรงพยาบาลอื่นนำไปใช้ต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมกับบริบท

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ศึกษาผลของการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ไปใช้

3.2.2 นำวิธีการวิจัยที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป เพื่อเป็นการสนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

## บรรณานุกรม

### บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ (2547) "การฟื้นฟูสมรรถภาพ" ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ บรรณาธิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยที่ 3 หน้า 59-73 กรุงเทพมหานคร  
งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และคณะ (2550) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรุงเทพมหานคร
- \_\_\_\_\_ . (2543) กายอุปกรณ์เสริมและอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกหลอดเลือดสมอง สารศิริราช 52,10 ( ตุลาคม 2543) :702 - 707
- กิ่งแก้ว ปาจริย์ (2547) "ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง" ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ บรรณาธิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยที่ 1 หน้า 1 - 27 กรุงเทพมหานคร งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ขนิษฐา นันทบุตร (2542) "การใช้การสนทนากลุ่มในการศึกษาปรากฏการณ์สุขภาพชุมชน" วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 17,2 : 7-13
- เจียมจิต แสงสุวรรณ (2544) "คุณลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต" ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และอังฉรา หล่อวิจิตร บรรณาธิการ คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน : 5-9
- \_\_\_\_\_ . " การดูแลทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ " ใน เจียมจิต แสงสุวรรณและอังฉรา หล่อวิจิตร บรรณาธิการ คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน หน้า193-196
- ฉวีวรรณ ชงชัย (2547) "แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation)" (อัคราณา)
- \_\_\_\_\_ . (2548) "การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก" วารสารสภาการพยาบาล 20,2 (เมษายน - มิถุนายน 2548) : 64-74
- ชัชวาล วงษ์ประเสริฐ (2548) การจัดการสารสนเทศเบื้องต้น กรุงเทพมหานคร เอ็กซ์เปอร์เน็ท
- ชวนพิศ ทำนอง (2544) "การประเมินผู้ป่วยอัมพาต" ใน ใน เจียมจิต แสงสุวรรณและอังฉรา หล่อวิจิตร บรรณาธิการ คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน หน้า 25-35
- ช่อผกา สุทธิพงศ์ (2006) "ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" วารสารสภาการพยาบาล 21,4 ( ตุลาคม-ธันวาคม 2549) : 56-64

- ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย (2548) “ผลการเตรียมครอบครัวต่อการปฏิบัติการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ (2539) “การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในสถาบันประสาทวิทยา” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- นวพร ชัชวาลพาณิชย์ (2547) “ภาวะทอดลอยจากการนอนนานๆ” ใน กิ่งแก้ว ป่าจรรย์ บรรณาธิการ *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* หน้าที่ 4 หน้า 77 - 89 กรุงเทพมหานคร งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- นฤมล อนุมาศ (2539) “การศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล : การสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 16,4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2539) : 58-65
- นิพนธ์ พวงวารินทร์ (2544) *โรคหลอดเลือดสมอง พิมพ์ครั้งที่ 2* กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์
- นิรัตน์ อิมามิ (2549) “เรื่องมีวิจัยทางการแพทย์” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการแพทย์สารสนเทศและสถิติ* หน้าที่ 4 หน้า 4 - 65 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- นิตา ชูโต (2540) *การวิจัยเชิงคุณภาพ* กรุงเทพมหานคร พี.เอ็น.การพิมพ์
- นิงศรี ชาญณรงค์ (2541) “โรคหลอดเลือดสมอง” ใน *วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ ตำราอายุรศาสตร์ 1* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ยูนิคัลเคชั่น
- นิตยา ท้าวปราบภัย (2550) “รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- นันทวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ (2549) “ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยะของ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา
- เนตรลาวัลย์ เกิดหอม (2548) “ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา

- บดีรินทร์ วิจารณ์ (2547) *การจัดการความรู้สู่ปัญญาปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร เอ็กซ์เปอร์เน็ท
- เบญจา ยอดคำเนิน - แอ๊ดติคจ์ บุษผา ศิริรัศมี และ วาทีนี บุญชะล็กยี (บรรณาธิการ) (2536) *ตำรา  
การประกอบการสอนและการวิจัยภาคสนาม พิมพ์ครั้งที่ 3 นครปฐม โครงการเผยแพร่  
ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากรสถาบันวิจัยประชากรและสังคม  
มหาวิทยาลัยมหิดล*
- บุญดี บุญกิจ และคณะ (2548) *การจัดการความรู้...จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* พิมพ์ครั้งที่ 2  
กรุงเทพมหานคร จีรวัดน์ เอ็กซ์เพรส
- บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และพิเชฐ บัญญัติ (2549) “การจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ”  
ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการระบบสุขภาพและการจัดการ* หน้าที่ 13 หน้า 13-52  
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ประกอบพร ทิมทอง (2550) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา*
- ประนอม รอดคำดี (2542) “การศึกษากิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน  
ของสถานบริการสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร” *วารสารพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 11,3 ( กันยายน-ธันวาคม 2542) 38-48
- ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา* พิมพ์ครั้งที่ 2  
กรุงเทพมหานคร สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
- ปริญญา แสงรัตน์ (2544) “การพัฒนารูปแบบการนิเทศของพยาบาลตรวจการนอกเวลาราชการ  
โรงพยาบาลน่าน” *วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร  
การศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์*
- ปริญญาภรณ์ พุ่มเจริญ (2550) “การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านตาม  
ความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งสังกัดสำนัก  
การแพทย์ กรุงเทพมหานคร” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา*
- ปวิรรสน์ แสงพิทักษ์ (2545) “การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก  
ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐม” *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏนครปฐม*

- ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์ (2547) “การกลับบ้านและกลับไปมีส่วนร่วมในสังคม” ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ บรรณาธิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยที่ 14 หน้า 281 - 292 กรุงเทพมหานคร งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยี การศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- พุลสุข หิงคานนท์ (2540) “การพัฒนารูปแบบการจัดองค์การของวิทยาลัยพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ ศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- \_\_\_\_\_ (2549) “ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบริหารระบบบริการการแพทย์” ใน เอกสารการสอนชุด วิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาลหน่วยที่ 3 หน้า 3 - 64 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- พรธิดา วิเชียรปัญญา (2547) การจัดการความรู้ พื้นฐานและการประยุกต์ใช้ กรุงเทพมหานคร เอ็กซ์เปอร์เน็ท
- ไพรวลัย พรหมที (2548) “การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดย ทีมสหวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น” รายงานการศึกษอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- พองคำ ดิลกสกุลชัย (2549) การปฎิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : หลักการและวิธีปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร ฟรี-วัน
- มณีรัตน์ สมปอง (2547) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมีย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- มุนา วงศาโรจน์ (2545) “การศึกษาการนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่สู่การพัฒนาเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัย ขอนแก่น
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2543) “ความต้องการการดูแล ความเครียด และการเผชิญความเครียดของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” วารสารทางการพยาบาล 4,1 ( มกราคม - เมษายน 2543) : 19

- ขงยุทธ ธานีกุล (2546) “การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพภาคประชาชนของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จ.สมุทรสงคราม” วิทยานิพนธ์สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยศิลปากร
- รณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล (2541) “การศึกษารูปแบบโครงการสุขภาพและพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวังน้อย” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- โรงพยาบาลบ้านหลวง (2549) “การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง” Retrieved on October 18,2006, from <http://www.banluanghospital.com/index.php?lay=show&ac=article&Id>
- โรงพยาบาลสมุทรสาคร (2547) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมุทรสาคร (อัคราเนา)
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2549) “อาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” ใน *ประเด็นและแนวโน้มทางการบริการการพยาบาล* หน้า 21-22 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วรภัทร์ ภูเจริญ (2548) *องค์กรแห่งการเรียนรู้และการบริหารความรู้* กรุงเทพมหานคร อริยชน
- วสันต์ ลาจันท์ (2548) “การจัดการความรู้ในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขอนแก่น เขต 4” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิจารณ์ พานิช. (2006) “การจัดการความรู้” Retrieved on August 18,2006, from <http://gotoknow.org/blog/thaikm>.
- \_\_\_\_\_. (2006) “การจัดการความรู้กับการวิจัยเชิงคุณภาพ” Retrieved on August 18,2006, from <http://www.kmi.or.th>.
- \_\_\_\_\_. (2548) *การจัดการความรู้ฉบับนักปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร สุขภาพใจ
- วิมลพร ไสยวรรณ (2545) “การพัฒนาแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิโรจน์ สารรัตน์ (2545) *โรงเรียน: องค์กรแห่งการเรียนรู้ แนวคิดทางการบริหารการศึกษา* กรุงเทพมหานคร ทิพย์วิสุทธิ์
- \_\_\_\_\_. (2545) *ปัจจัยทางการบริหารกับความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้* กรุงเทพมหานคร อักษรา

- วรรณภา เลิศวิจิตรจรัส, อรุณิณ ชูเกาะทวด (2549) นานาเรื่องราวการจัดการความรู้  
กรุงเทพมหานคร บีม แอดเวอร์ไทซิ่ง
- ศากุล ช่างไม้ (2549) “การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและการประเมินผล” วารสาร  
มหาวิทยาลัยคริสเตียน 12, 3 (มกราคม-เมษายน) : 16-23
- ศิวชัย ภูมิมา (2543) “ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะ  
เวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากร”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย (2550) แนวทางการ  
พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป กรุงเทพมหานคร
- สมจิต หนูเจริญกุล (2550) “ความเจ็บป่วยเรื้อรัง : แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติ” ใน *ประมวล  
สาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล* หน้า 9-20 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (2549) *ปฏิทินสาธารณสุข พ.ศ. 2549* กรุงเทพมหานคร สามัญ  
นิตินุคคล สหประชาพาณิชย์
- สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (2551) *ปฏิทินสาธารณสุข พ.ศ. 2551* กรุงเทพมหานคร สามัญ  
นิตินุคคล สหประชาพาณิชย์
- สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล (2548) “โรคหลอดเลือดสมอง” ใน *ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแล  
รักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์)* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การ  
เกษตรแห่งประเทศไทย
- สุนิทร จตุพรพิพัฒน์ (2543) “การพึ่งพา อัดมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูง  
อายุโรคหลอดเลือดสมอง” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สุพักตร์ พิบูลย์ (2549) *การวิจัยและการพัฒนาสำหรับครูและบุคลากรทางการศึกษา* นนทบุรี  
จตุพรดีไซด์
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง (2544) *การบริการสุขภาพที่บ้าน สงขลา* ชานเมือง  
การพิมพ์
- สุวรรณภา จังหวะกลาง (2549) “ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของ  
ผู้ดูแลผู้ป่วย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
ครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา



- สุวพีร์ จันทร์เจษฎา (2547) “ผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุวิทย์ พงศ์หล่อพิศิษฐ์ (2543) *150 Cases Discussion In Neurology with Differential Diagnosis and Therapy*. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สุดศิริ หิรัญชูณะ (2541) “การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุทธินี พักวิสัย (2545) “ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- โสธญา สุดสาระ (2547) “การสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อุดมรัตน์ ชัดระฆะมาน (2549) “เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณี ที่บูรณาการระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และทีมการพยาบาลต่อความสามารถในการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล” *วารสารการพยาบาลทหารบก* 7,2 ( กรกฎาคม - ธันวาคม 2549) : 26-36
- อรวรรณ เกตุแก้ว (2548) “การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านสำหรับทีมสุขภาพ โดยวิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม” วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- อรศิลป์ ชื่นกุล (2542) “การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนครพิงค์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2544) “ความสะอาดและสุขสบาย” ใน เข็มจิต แสงสุวรรณและอังฉรา หล่อวิจิตร บรรณาธิการ *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน* : 101-126

- เอเดียม เวนเตอร์ ริชาร์ด แมคเคอร์ม็อก วิลเลียม เอ็ม ชไนเคอร์ การจัดการความรู้สาย  
 พันธุ์ใหม่ : Cultivating Communities of Practis. (2547) แปลโดย พูนลาภ  
 อุทัยเลิศอรุณ กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ วีเจิร์น
- อาภรณ์ ภู่วิทยาพันธ์ (2006) “การจัดการความรู้ เพื่อเพิ่มมูลค่า” Retrieved on August 10,2006,  
 from [http:// p-arporn 11 @ hotmail.com](http://p-arporn11@hotmail.com)
- AGREE Collaboration. (2001). “Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)  
 Instrument”. Retrieved on November 28, 2007, from  
<http://www.agreecollaborating.org/pdf/agreeinstrument final.pdf>.
- Andreoli, Carpenter, Plum, Smith. (1990). Cecil Essentials Of Medicine. 2 nd ed. The United  
 States of America .W.B. Saunders.
- Bronstein. (1991). KS. Psychosocial Components in Stroke : Implication for Adaptation.  
 Nursing Clinics of North American. 1991;26 (4) December : 1007 – 1017.
- Daveuport, T.H. and L.Prusak (1998). Working Knowledge : How OrganiZation Manage What  
 They Know Boston : Harvard Business School Press.
- Ellis, JR. & Nowlis (1994). *EA. Nursing : A Human Needs Approach*. 5 th ed : Philadelphia : J.B.  
 Lippincott.
- Foote, N.W.E. Matson, and N.Rudd. (2001). *Managing the Knowledge Manager*. The Mekinsey  
 Quarterly no 3.
- Jahnstone, M. ( 1996) . Home care for the Stroke Patient : Living in a Patient : Living in a pattern.  
 London : Churchill Livingstone.
- Kister, Ropper, Martin B. (1994) Cerebrovascular Diseases. In Harrison's Principles Of Internal  
 Medicine. 13 th.ed : The United States of America : McGraw Hill.
- Phipps (1991) MA. Assesment of Neurogenic Deficits in Stroke. Nursing Clinics of North  
 America 26,4 December : 956 - 969 .
- Roy.S C. & Andrew, HA. (1999). *The Roy adaptation*. 2 nd.ed : Connecticut : Appleton & Lange.
- Reinhard (1994) SC. Perspective on the family's Caregiveing Experience in Mental Illness.  
 Image : Journal of Nursing Scholarship 26, 1 Spring : 70-74.
- Takeuchi. Hirotaka & Nonaka. Ikujiro .(2004). Hitotsubashi on knowledge management.  
 Singapore Saik Wah Press Pte.

\_\_\_\_\_. [http://www.nwlink.com/~donclark/history\\_knowledge/nonaka.html](http://www.nwlink.com/~donclark/history_knowledge/nonaka.html) .Knowledge Spiral. as retrieved on 27 June 2006.

\_\_\_\_\_. <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier> . Stroke Effects/ as retrieved on 11 July 2006.

\_\_\_\_\_. <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey> / as retrieved on 18 April 2006

\_\_\_\_\_. <http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier> . Life after stroke/ as retrieved on 11 July 2006.

\_\_\_\_\_. <http://www.strokerehabilitation-info.com/stroke-rehabilitation-guidebook.php?Stroke-rehabilitation> / as retrieved on 19 April 2008.

\_\_\_\_\_. <http://www.aann.org/ce/pdf/0609b.pdf> . Poststroke Depression Incidence and Risk Factors : An Integrative Literature Revoew/ as retrieved on 19 April 2008.

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. อาจารย์ ดร.ชมนาค วรรณพรศิริ      อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร จ. พิษณุโลก
2. อาจารย์ ดร.ธีรนนท์ วรรณะศิริ      อาจารย์พยาบาล (กลุ่มงานปัญหาการพยาบาล)  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ราชบุรี
3. รศ.ดร.ศากุล ช่างไม้      อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน จ. นครปฐม
4. ผศ.ดร.วัลลา ตันตโยทัย      คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จ. นครศรีธรรมราช

**ภาคผนวก ข**

**ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย**

## หนังสือแสดงความยินยอมของประชากรที่ศึกษา

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย โดยการใช้แนวคิด  
การจัดการความรู้

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย นาง นางสาว) ..... นามสกุล.....  
อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ ..... จังหวัด.....

ก่อนที่จะลงนามยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และ  
วิธีวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ  
ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม โครงการนี้ เมื่อใดก็ได้

ผู้วิจัยได้รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในภาพรวม  
ที่สรุปเป็นผลการวิจัย หรือเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความ  
เต็มใจ

ลงนาม .....ผู้ยินยอม

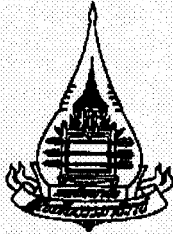
(.....)

ลงนาม .....ผู้รับผิดชอบการวิจัย

(.....)

**ภาคผนวก ค**

**เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,  
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่..... 18

ชื่อโครงการวิจัย                      การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง  
โรงพยาบาลนภatic โดยใช้นวัตกรรมของการจัดการความรู้

เลขที่โครงการ/รหัส                      ID 2485100875

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย              นางลักขณา ผ่องพุทธ

ที่ทำงาน                                      โรงพยาบาลนภatic อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ลงนาม .....  
(อาจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข)  
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงกานนท์)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
วันที่รับรอง..... 13 มี.ค. 2550



**ภาคผนวก ง**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

## ส่วนที่ 1

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดโนนากะและทาคิอิชิ ได้แก่

1. แบบบันทึกการสนทนา
2. ประเด็นการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย
  - 2.1 ประเด็นการสนทนาที่มหาวิทยาลัยเพื่อพัฒนารูปแบบ
  - 2.2 ประเด็นสนทนากลุ่มผู้ดูแลเพื่อพัฒนารูปแบบ

คำชี้แจง 1. กรุณาอ่านข้อความในหัวข้อต่อไปนี้อย่างละเอียดและพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อเป็นจริงระดับใด

2. ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่แสดงระดับความเป็นจริงเพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- |   |         |                         |
|---|---------|-------------------------|
| 1 | หมายถึง | เกี่ยวข้องกับน้อยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | เกี่ยวข้องกับน้อย       |
| 3 | หมายถึง | เกี่ยวข้องกับมาก        |
| 4 | หมายถึง | เกี่ยวข้องกับมากที่สุด  |

เกี่ยวข้องกับน้อยที่สุด หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่

สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

เกี่ยวข้องกับน้อย หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่

สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

เกี่ยวข้องกับมาก หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่

สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

เกี่ยวข้องกับมากที่สุด หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่

สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
โรงพยาบาลนภลัย โดยการใช้แนวคิดของการจัดการความรู้

ครั้งที่.....วัน เดือน ปี ที่สนทนากลุ่ม .....

สถานที่.....

ผู้เข้าร่วมสนทนา.....

คนที่ 1 ชื่อ.....สกุล..... รหัส 1

คนที่ 2 ชื่อ.....สกุล..... รหัส 2

.....

.....

คนที่ 12 ชื่อสกุล..... รหัส 12

ความคาดหวังก่อนการสนทนา( Before Action Review : BAR).....

.....

.....

ประเด็นสนทนา	รหัสผู้เข้าร่วม สนทนา	สาระที่ได้จากการสนทนา	ความรู้ที่รวบรวมจากการ สนทนา

สรุปประเด็นสำคัญการสนทนา (After Action Review : AAR )

.....

.....

นัดประชุมครั้งต่อไป.....

ส่วนที่ 1 ชุดที่ 1 (1.1) เครื่องมือ ประเด็นการสนทนากลุ่มมหาวิทยาลัย ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ประเด็นการสนทนา				ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ	
	1	2	3	4		
<p>การดูแลผู้ป่วยอย่างรอบคอบครบวงจรต้องมีการจัดการ ดูแลแบบองค์รวม โดยอาศัยการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตยังมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจต่อเนื่องอยู่</p> <p>1. การจัดการบริการด้าน คลินิก (Clinical Management) การดูแลทางการแพทย์และพยาบาล การให้บริการทางด้านร่างกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลด้านโภชนาการ และการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p>	<p>ประเด็นการสนทนา</p> <p>1. ที่ผ่านมามีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้</p> <p>-งาน.....</p> <p>-งาน.....</p> <p>-งาน.....</p> <p>-งาน.....</p> <p>-งาน.....</p> <p>-งาน.....</p> <p>-งาน.....</p> <p>เป็นอย่างไร ประสพผลสำเร็จอย่างไรบ้าง และมีวิธีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นได้อย่างไร ในเรื่องต่อไปนี้</p> <p>1.1 การจัดการเรื่องการส่งเสริมความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล</p> <p>1.2 การสนับสนุนด้าน.....</p> <p>1.3 ด้าน.....</p> <p>1.4 การนัดและติดตามผู้ป่วยเพื่อการประเมินและติดตามการรักษา</p>					

ส่วนที่ 1 ชุดที่ 1 (1.1) เครื่องมือ ประเด็นการสนทนากลุ่มสำหรับผู้วิจัย ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ประเด็นการสนทนา				ความคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ	
	1	2	3	4		
<p>2. การดูแลทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Support) การบริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคม การให้กำลังใจ.....</p> <p>.....</p> <p>3. ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านกายมีผลกระทบท่อการประกอบอาชีพและเศรษฐกิจในครอบครัว การดูแลบริการทางสังคม ได้แก่.....</p> <p>.....</p> <p>4. การช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม (Legal and Ethical Service) เช่น.....</p> <p>.....</p>	<p>ประเด็นการสนทนา</p> <p>2.การจัดการด้านขั้นตอนการทำงาน ที่ผ่านมาดำเนินการอย่างไร และมีสิ่งใดที่ต้องพัฒนาเพิ่ม.....</p> <p>.....</p> <p>3 การจัดการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง ประสพความสำเร็จอย่างไร และมีวิธีการในการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างไรในเรื่องต่อไปนี้</p> <p>3.1 การดูแล.....</p> <p>3.2 การดูแล.....</p> <p>3.3 การจัดการ.....</p>					

**ส่วนที่ 1 ชุดที่ 1 (1.1) เครื่องมือ ประเด็นการสนทนากลุ่มมหาวิทยาลัยโพธิ์ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ประเด็นการสนทนา	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ			ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ
	<p>4. การจัดการด้านการประเมินปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ที่ผ่านมามีดำเนินการอย่างไร มีสิ่งใดที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นและมีวิธีการในการพัฒนาอย่างไรในเรื่องต่อไปนี้</p> <p>การประสานงาน</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				
	<p>5. ที่ผ่านมามีการจัดการ ใน ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการช่วยเหลือเป็นอย่างไรบ้าง มีสิ่งใดที่ต้องพัฒนาเพิ่มหรือไม่และมีวิธีการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

ส่วนที่ 1 ชุดที่ 1 (1.1) เครื่องมือ ประเมินการสหภาพวิชาชีพ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ประเด็นการสนทนา	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	
<p>6. การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuum care) จะช่วยให้ ผู้ป่วย ที่ฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ช่วยลดผลกระทบต่อนักป่วย ครอบครัว และ สังคม เศรษฐกิจ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีม สุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของญาติ มีการใช้แหล่งประ โยชน์ในชุมชน เพื่อเกิดคุณภาพระบบบริการ</p> <p>6.1 .....</p> <p>6.2 .....</p> <p>6.3 .....</p> <p>6.4 .....</p>	<p>6. ที่ผ่านมามีการจัดการดูแลแบบต่อเนื่องดำเนินการอย่างไร จึงจะประสบผลสำเร็จและมีสิ่งใดที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น และมีวิธีการในการพัฒนาอย่างไรในด้านต่อไปนี้</p> <p>6.1 .....</p> <p>6.2 .....</p> <p>6.3 .....</p> <p>6.4 .....</p>					
	<p>7. สิ่งใดที่ต้องการพัฒนาเพิ่มขึ้นและมีวิธีการอย่างไร</p>					

ส่วนที่ 1 ชุดที่ 1 (1.2) เครื่องมือ ประเด็นการสนทนากับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ประเด็นการสนทนา	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	
<p>1. การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>1.1 ผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวกวามผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ทำให้มีโอกาสดีกภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ง่าย ได้แก่ (ทีนิวสซูทรี ศรีละมัย,2548)</p> <p>1.1.1 .....</p> <p>1.1.2 .....</p> <p>1.1.3 .....</p> <p>1.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน และจากปัญหาการนอนนานทำให้ความอยากอาหารลดลง ทำให้มีโอกาสดีกภาวะทุพโภชนาการ ( นวพร ชัชวาลพาณิชย์,2547)</p>	<p>ประเด็นการสนทนา</p> <p>1.ที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นอย่างไรบ้าง มีสิ่งใดในการดูแลที่ต้องพัฒนาเพิ่ม และมีวิธีการพัฒนาการดูแลอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ในด้านต่อไปนี้</p> <p>1.1.วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (การป้องกันแผลกดทับ, แขน ขาตีบ, ข้อติด, การเกิดอุบัติเหตุ, ปอดอักเสบ ฯลฯ)</p> <p>1.2 การดูแลด้านอาหาร</p> <p>1.2.1 .....</p> <p>1.2.2 .....</p> <p>.....</p>					



ส่วนที่ 1 ชุดที่ 1 (1.2) เครื่องมือ ประเมินการสนทนาในกลุ่มผู้ดูแลในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ประเด็นการสนทนา	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	
<p>1.3 ปัญหาการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้เสียชีวิตสูง และปัญหาที่มักพบได้แก่ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ พบถึงร้อยละ 36 และพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้มีการเสียชีวิต (กึ่งแก้ว ปาจารย์,2547)</p> <p>1.4 ผู้ป่วยจะมีความคิดเกี่ยวกับการพูดและภาษาทำให้เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกเล่าถึงความรู้สึกของตน และมีผลต่อปัญหาด้านจิตใจ (กึ่งแก้ว ปาจารย์,2547)</p> <p>2. พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวลซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบของความเครียด (กึ่งแก้ว ปาจารย์,2547)</p>	<p>ประเด็นการสนทนา</p> <p>1.3 การดูแลด้านการขับถ่าย</p> <p>1.3.1 .....</p> <p>1.3.2.....</p> <p>1.4 วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย</p> <p>2.ที่ท่านได้มีการดูแลด้านสุขภาพจิต อารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร ผู้ป่วยแสดงถึงภาวะเครียดอย่างไรบ้างและให้การช่วยเหลืออย่างไร</p> <p>2.1.....</p> <p>2.2.....</p>					

ส่วนที่ 1 ชุดที่ 1 (1.2) เครื่องมือ ประเมินการสนทนากับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบ

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบ	ประเด็นการสนทนา ปรีบิ				ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ
	เหตุผลเบื้องต้น				1	2	3	4	
<p>3. จากความเจ็บป่วยและความพิการ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ แลกเปลี่ยนและเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง และ คุณภาพชีวิตลดลง รู้สึกโดดเดี่ยว กลัวการถูกทอดทิ้ง ครอบครัว เป็นหน่วยทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจและกลับสู่สังคมได้ (Frazan, 1991 อ้างในทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย, 2548)</p> <p>4. ชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในบริการที่มีความต่อเนื่อง การใช้แหล่งประโยชน์ จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ช่วยลดผลกระทบต่อนักป่วย ครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งที่จะช่วยเพิ่มความสามรถให้ผู้ป่วยคือ กายอุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆและการช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีความเป็นอยู่ที่ดีตามสภาพที่เป็นอยู่</p>	<p>ประเด็นการสนทนา ปรีบิ</p> <p>3. ที่ผ่านมามีการสนับสนุนให้ ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในครอบครัวและชุมชนอย่างไร ประสบความสำเร็จเพียงใด และมีวิธีการพัฒนาอย่างไร</p> <p>4. ที่ผ่านมามีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน อย่างไร ประสบผลสำเร็จเพียงใด และมีวิธีการเพื่อการพัฒนาอย่างไร ในด้านต่อไปนี้</p> <p>4.1 .....</p> <p>4.2.....</p> <p>4.3 .....</p> <p>4.4แหล่งช่วยเหลืออื่นๆ</p>								

ส่วนที่ 1 ชุดที่ 1 (1.2) เครื่องมือ ประเมินการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ประเด็นการสนทนา	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	
<p>5. การประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการว่ามีข้อควรปรับปรุงแก้ไข เพื่อสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ตรงประเด็น</p>	<p>ประเด็นการสนทนา</p> <p>5. ที่ผ่านมามีได้รับการบริการในด้านของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเมื่อมารับบริการ ตั้งแต่เข้ามาใช้บริการจนกลับบ้านเป็นอย่างไรบ้างและมีข้อเสนอแนะอย่างไร ในด้านต่อไปนี้</p> <p>5.1 .....</p> <p>5.2 .....</p> <p>.....</p>					
<p>6. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อ ผู้ดูแล ทำให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งถ้าไม่มีการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล จะส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วย</p> <p>7. ระบบบริการที่มีคุณภาพและการดูแลช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล(นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์,2549)</p>	<p>6. ที่ผ่านมามีความรู้สึกละอายใจที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอย่างไร มีวิธีการ.....</p> <p>7. สิ่งที่ท่านได้รับจากการบริการตรงกับความต้องการหรือไม่ และต้องการให้มีการจัดการอะไรเพิ่ม</p>					

## ส่วนที่ 2

เป็นแบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ที่สร้างขึ้นไปใช้

- คำชี้แจง 1. กรุณาอ่านข้อความในหัวข้อต่อไปนี้อย่างละเอียดและพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อเป็นจริง  
ระดับใด
2. ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่แสดงระดับความเป็นจริงเพียงช่องเดียว  
โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- |   |         |                         |
|---|---------|-------------------------|
| 1 | หมายถึง | เกี่ยวข้องกับน้อยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | เกี่ยวข้องกับน้อย       |
| 3 | หมายถึง | เกี่ยวข้องกับมาก        |
| 4 | หมายถึง | เกี่ยวข้องกับมากที่สุด  |

เกี่ยวข้องกับน้อยที่สุด หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่

สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

เกี่ยวข้องกับน้อย

หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่

สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

เกี่ยวข้องกับมาก

หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่

สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

เกี่ยวข้องกับมากที่สุด หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่

สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา

แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
โรงพยาบาลนภลัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	
1	ด้านขอบเขตและเป้าหมาย (scope and purpose) วัตถุประสงค์ของรูปแบบที่สร้างขึ้นมาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในโรงพยาบาลและ ชุมชนอย่างต่อเนื่องครบวงจร					
2	ประเด็นสนทนาในการสร้างรูปแบบครอบคลุมใน เรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบ องค์รวม					
3	รูปแบบที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับการดำเนินงานของ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง					
4	ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholder involvement) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบมาจากกลุ่มผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
5	ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม					
6	ด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา (rigor and development) การพัฒนารูปแบบใช้ผู้ร่วมพัฒนาที่มีความรู้และ ประสบการณ์ตรงในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง					
7	มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ จากตำราและ งานวิจัย นำมาสนับสนุนการสร้างรูปแบบได้อย่าง เหมาะสม					
8	ประเด็นการสนทนาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ					

แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย  
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	
9	ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (clarity and presentation) รูปแบบที่สร้างขึ้นมีการระบุแนวทางดำเนินการ ได้อย่างชัดเจน และครอบคลุม					
10	องค์ประกอบของรูปแบบมีขั้นตอนชัดเจน สามารถเป็นแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติได้ง่าย					
11	ด้านอิสระในการให้ข้อมูล (editorial independence) ผู้ร่วมสร้างรูปแบบทุกคนมีอิสระในการให้ ข้อมูลและความรู้โดยไม่มีการถูกบังคับหรือ ชี้นำจากผู้อื่น					
12	มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในมุมมองที่หลากหลาย ของผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบ ซึ่งปรากฏในแบบ การบันทึกข้อมูลและความรู้					
13	ด้านการนำไปใช้ (applicability) รูปแบบเหมาะสม กับบริบทของ โรงพยาบาลนภลัย และสามารถนำไปปฏิบัติ ได้					
14	การนำรูปแบบไปปฏิบัติ ใช้ทรัพยากร เหมาะสมคุ้มค่ากับประสิทธิผลที่เกิดขึ้น					
15	รูปแบบมีการติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงานได้ง่าย					

**ภาคผนวก จ**

**เอกสารประกอบการประเมินรูปแบบสำหรับผู้เชี่ยวชาญ**

## เอกสารประกอบการประเมินรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1. ประเด็นการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ดูแลในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### 1. ประเด็นการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังประเด็นต่อไปนี้

ให้ผู้ร่วมสนทนาเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ภาคภูมิใจโดยผู้นำกลุ่มสนทนาไว้เป็นหลัก ดังนี้

#### 1. ที่ผ่านมามีการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในงานที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้

- งานผู้ป่วยใน
- ผู้ป่วยนอก
- ด้านโภชนาการ
- งานเภสัชกรรม
- งานด้านคำปรึกษา / สุขภาพจิต
- งานกายภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพ

เป็นอย่างไร ประสบผลสำเร็จอย่างไรบ้าง และมีวิธีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นได้อย่างไรในเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 การจัดการเรื่องการส่งเสริมความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล
- 1.2 การสนับสนุนด้านการจัดการด้วยตนเองของผู้ดูแล
- 1.3 ด้านการปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วย
- 1.4 การนัดและติดตามผู้ป่วยเพื่อการประเมินและติดตามการรักษา
2. การจัดการด้านขั้นตอนการทำงาน ที่ผ่านมามีการดำเนินการอย่างไร และมีสิ่งใดที่ต้องพัฒนาเพิ่มและมีวิธีการในการพัฒนาอย่างไร



3. การจัดการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง ประสบความสำเร็จ  
อย่างไร และมีวิธีการในการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างไรในเรื่องต่อไปนี้
  - 3.1 การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล
  - 3.2 การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อต่างๆ
  - 3.3 การจัดการด้านแพทย์ทางเลือกต่างๆ
4. การจัดการด้านการประเมินปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ที่ผ่านมามีการดำเนินการอย่างไร มี  
สิ่งใดที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นและมีวิธีการในการพัฒนาอย่างไร ในเรื่องต่อไปนี้
  - 4.1 การประสานงานกับหน่วยงานช่วยเหลือ การสนับสนุนด้านอาชีพ/แหล่งช่วยเหลือ  
ต่างๆทั้งในและนอกโรงพยาบาล
5. ที่ผ่านมามีการจัดการใน ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการช่วยเหลือเป็นอย่างไรบ้าง มีสิ่ง  
ใดที่ต้องพัฒนาเพิ่มหรือไม่และมีวิธีการในการพัฒนาอย่างไรให้ประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น
6. ที่ผ่านมามีการจัดการดูแลแบบต่อเนื่องดำเนินการอย่างไรจึงจะประสบผลสำเร็จและมีสิ่ง  
ใดที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น และมีวิธีการในการพัฒนาอย่างไรในด้านต่อไปนี้
  - 6.1 ความต่อเนื่องใน โรงพยาบาล
  - 6.2 การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล
  - 6.3 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลต่างๆ
  - 6.4 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชน

## 2. ประเด็นการสนทนากลุ่มผู้ดูแลในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ที่ผ่านมามีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นอย่างไรบ้าง มีสิ่งใดในการดูแลที่ต้อง  
พัฒนาเพิ่มและมีวิธีการพัฒนาการดูแลอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ในด้านต่อไปนี้
  - 1.1 วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (การ  
ป้องกันแผลกดทับ , แขน ขาลีบ , ข้อติด, การเกิดอุบัติเหตุ, ปอดอักเสบ ฯลฯ )
  - 1.2 การดูแลด้านอาหาร
    - 1.2.1 การจัดเตรียมอาหาร
    - 1.2.2 การป้อนอาหารทางปาก / การให้อาหารทางสายยาง
  - 1.3 การดูแลด้านการขับถ่าย
    - 1.3.1 วิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้
    - 1.3.2 การดูแลด้านการ ขับถ่ายปัสสาวะ

### 1.3.4 วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย

2. ที่ผ่านมามีการดูแลด้านสุขภาพจิต อารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร ผู้ป่วยแสดงถึงภาวะเครียดอย่างไรบ้างและให้การช่วยเหลืออย่างไร
  - 2.1 การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียด หรือซึมเศร้า
  - 2.2 วิธีการช่วยส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี
3. ที่ผ่านมามีการสนับสนุนให้ ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในครอบครัวและชุมชนอย่างไร ประสบความสำเร็จเพียงใด และมีวิธีการพัฒนาอย่างไร
4. ที่ผ่านมามีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน อย่างไร ประสบผลสำเร็จเพียงใดและมีวิธีการเพื่อการพัฒนาอย่างไร ในด้านต่อไปนี้
  - 4.1 แหล่งช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ
  - 4.2 แหล่งช่วยเหลือด้านสงเคราะห์
  - 4.3 แหล่งช่วยเหลือด้านคำปรึกษา
  - 4.4 แหล่งช่วยเหลืออื่นๆ
5. ที่ผ่านมาได้รับการบริการในด้านของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเมื่อมารับบริการ ตั้งแต่เข้ามาใช้บริการจนกลับบ้านเป็นอย่างไรบ้างและมีข้อเสนอแนะอย่างไร ในด้านต่อไปนี้
  - 5.1 ความพึงพอใจต่อระบบบริการที่ได้รับ
  - 5.2 ความรู้ที่ต้องการและลักษณะการให้ความรู้ที่ต้องการ
6. ที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกต่อภาระหน้าที่ในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอย่างไร มีวิธีการจัดการกับตัวเองอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร
7. สิ่งที่ท่านได้รับจากการบริการตรงกับความต้องการหรือไม่ และต้องการให้มีการจัดบริการอะไรเพิ่ม

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนภลัยแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง
3. เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**รายนามผู้เข้าร่วมสนทนาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
โรงพยาบาลนภลัย**

1. นายแพทย์เดชา	มีสุข	นายแพทย์ 8	
2. เกษัชกรรุ่ง	มาสิก	เกษัชกร 7	งานเกษัชกรรม
3. คุณสมร	ทินวงศ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
4. คุณพัศตร์ศิริ	เกื้อกุล	พยาบาลวิชาชีพ 7	งานผู้ป่วยใน
5. คุณนันทา	โลสกุล	พยาบาลวิชาชีพ 7	งานผู้ป่วยใน
6. คุณชื่อนกมล	สิทธิยศยิ่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7	งานผู้ป่วยนอก
7. คุณหัตทยา	ศรีวงษา	พยาบาลวิชาชีพ 7	งานห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
8. คุณวิมล	คงด้วง	นักกายภาพบำบัด 5	งานกายภาพบำบัด
9. คุณคณิง	ทรงจันทร์	พยาบาลวิชาชีพ 7	งานสุขภาพจิต
10. คุณมุนา	วงศาโรจน์	พยาบาลวิชาชีพ 7	งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
11. คุณอารมย์	อร่ามเมือง	พยาบาลวิชาชีพ 7	งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
12. คุณสุนทร	เที่ยงตรง	พยาบาลวิชาชีพ 7	งานโภชนาการ

จากรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ โดยการสนทนา แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ จากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ให้บริการที่ส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนภลัย ซึ่งเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการดูแล ประกอบด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1) การดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขา 2) การเสริมคุณค่าให้ผู้ป่วย 3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) การเสริมสร้างผู้ดูแลให้มีความรู้ 5) การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา 6) การติดตามดูแลต่อเนื่อง และแต่ละกระบวนการจะประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การรู้ถึงปัญหา

การรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวนับเป็นพื้นฐานสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้องตรงตามความต้องการ ซึ่งการที่จะสามารถทำให้รู้ถึงปัญหาต้องประกอบด้วยหลักการดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้การต้อนรับ ทักทาย พุดจาสุภาพ 2) เจ้าหน้าที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย เห็นผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ มีความต้องการเหมือนบุคคลทั่วไป เต็มใจให้การดูแล 3) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยประเมินตั้งแต่แรกรับ ประเมินขณะอยู่ในโรงพยาบาล ประเมินก่อนออกจากโรงพยาบาล และประเมินเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 4) รู้และเข้าใจในพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย รู้เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย นิสัยพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย 5) การติดตามค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง และ 6) การนำประวัติมาเขียนเป็นเรื่องเล่า

#### กิจกรรมในการปฏิบัติในการบริการ ดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้การต้อนรับ ทักทาย พุดจาสุภาพ

1.2 เจ้าหน้าที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย

1.3 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยประเมินตาม

##### 1.3.1 ประเมินแรกรับ

ก) ชักประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ อาการเจ็บป่วย

ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด ประวัติการขับถ่าย สภาพจิตใจ

- ข) ตรวจร่างกายและสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท
- ค) บันทึกประวัติและสิ่งที่ตรวจพบในเวชระเบียน

### 1.3.2 ประเมินขณะอยู่ในโรงพยาบาล

- ก) ตรวจเยี่ยมอาการด้วยทีมพยาบาลทุกเวร
- ข) ตรวจเยี่ยมพร้อมแพทย์และทีมสหวิชาชีพ
- ค) ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงโดยตรวจเยี่ยม ทุก 2 ชั่วโมง

และเมื่อจำเป็น

- ง) ประเมินอาการและความก้าวหน้าของภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
- จ) ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมงและเมื่อจำเป็น

### 1.3.3 ประเมินก่อนออกจากโรงพยาบาล

ก) ประเมินอาการและความก้าวหน้าของภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

ข) ประเมินความพร้อมของผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมในการจัดเตรียมสถานที่สิ่งแวดล้อมที่บ้าน

1.3.4 ประเมินเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน ทีมงานเวชกรรมและครอบครัว / เจ้าหน้าที่ชุมชน ลงเยี่ยมบ้าน

- ก) ประเมินสภาพผู้ป่วย
- ข) ประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแล
- ค) ประเมินการปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย
- ง) ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและการหาอุปกรณ์ใช้ทดแทน

## ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการดูแล มี 6 กระบวนการ

### กระบวนการที่ 1 การดูแลด้วยทีมสหสาขา

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของทุกส่วน ตั้งแต่ตัวผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ทีมสุขภาพทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล งานกายภาพบำบัด งานโภชนาการ งานเภสัชกร งานเวชกรรมครอบครัวและชุมชน งานสุขภาพจิต งานด้านสวัสดิการช่วยเหลือทางด้านสังคม วิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาประกอบด้วย การประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมดูแล ทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกันโดยให้ผู้ป่วย

ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วม วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก METHOD ตั้งแต่แรกเริ่ม - จำหน่าย ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานตามมาตรฐาน การประเมินผลร่วมกันด้วยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแล กิจกรรมที่ปฏิบัติในบริการ ดังนี้

2.1 พยาบาลประสานงานทีมสหวิชาชีพ (ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย) เพื่อ ร่วมประเมินปัญหาและวางแผนร่วมกันในการให้การดูแลรักษา

2.2 ทีมสหวิชาชีพ (ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย) ร่วมประเมินปัญหาและ วางแผนร่วมกัน โดยใช้หลัก M-E-T-H-O-D

2.3 วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก METHOD ตั้งแต่แรกเริ่ม - จำหน่าย

2.4 ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

2.4.1 แพทย์ให้การรักษาตามมาตรฐาน

- ก) ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะการเจ็บป่วย
- ข) ประเมิน ภาวะโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วม
- ค) ให้แผนการรักษาตามมาตรฐานโรค
- ง) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติ / การส่งตรวจพิเศษ เพื่อร่วมในการ ค้นหาปัญหา และการวินิจฉัย

จ) ให้ข้อมูล การรักษา ผลการตรวจต่างๆ

2.4.2 พยาบาล

- ก) ประเมินปัญหาทางการพยาบาลโดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

ข) ประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel Index ได้แก่

- 1) การกินอาหาร
- 2) การขึ้นลงจากเตียง
- 3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม
- 4) การเข้าห้องน้ำ
- 5) การอาบน้ำ
- 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน
- 7) การขึ้นลงบันได
- 8) การแต่งตัว
- 9) การถ่ายอุจจาระ
- 10) การถ่ายปัสสาวะ

ค) ดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน  
 ง) ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล  
 จ) ประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแล  
 ช) สอนและสาธิตเกี่ยวกับเทคนิคการให้การดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทั้งทางปากและทางสายยาง การทำแผล การดูดเสมหะ การดูแลด้านการขับถ่ายอุจจาระ - ปัสสาวะ

ซ) ให้อุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแล

#### 2.4.3 นักกายภาพบำบัด / งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ก) ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย

ข) ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายตามโปรแกรม

ค) สอนและฝึกผู้ดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

#### 2.4.4 งานเภสัชกรรม ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ตรวจสอบ Interaction

ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว เฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ

2.4.5 งานเวชกรรมครอบครัวและชุมชน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ร่วมวางแผนการดูแล ผู้ป่วย ตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยกลับบ้าน ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน

#### 2.4.6 งานสุขภาพจิต

ก) ประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิต

ข) วางแผนการให้คำปรึกษา การร่วมกันดูแลผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่แรกเริ่ม - จำหน่าย

ค) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ

#### 2.4.7 งานศูนย์ประกันสุขภาพ

ก) ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยให้ถูกต้อง

ข) ประสานงานแพทย์เพื่อออกใบรับรองผู้พิการ ในรายที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและมีความพิการหลงเหลืออยู่ นาน เกิน 6 สัปดาห์

ค) ดำเนินการทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทองผู้พิการ)

ง) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับการติดต่อขึ้นทะเบียนผู้พิการและการขอรับเงินช่วยเหลือผู้พิการ

2.4.8 ศูนย์เยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์โรงพยาบาลนภากาศ พิจารณาการให้เยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ต่อเนื่องที่บ้าน

2.5 ประเมินผลการรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แผนการรักษาและความก้าวหน้าของการรักษาเป็นระยะ

## กระบวนการที่ 2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย หลักการจัดการดูแล ดังนี้ การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย โดยต้องดูแลทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเมื่อร่างกายปนเปื้อนกับสิ่งสกปรก เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และคอยดูแลเปลี่ยนอุปกรณ์ที่ใช้รองรับปัสสาวะ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งมีผลช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับและช่วยในการหายของแผล โดยการมีวิธีการให้อาหารที่ถูกต้อง เตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม มีสูตรอาหารเพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมอาหาร ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามเวลาที่กำหนด คำนึงถึงโรคเดิมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ช่วยฝึกการกลืนแก่ผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวและจัดท่านอนที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยกำหนดเวลาและพลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง ใช้อุปกรณ์ช่วยในการพลิกตะแคงตัวเพื่อลดการเสียดสีของผิวหนัง มีการบอกผู้ป่วยทราบเพื่อให้ความร่วมมือ และการฟื้นฟูบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการออกกำลังกายตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ใช้การละเล่นประกอบในการบริหารร่างกายเพื่อผู้ป่วยเกิดความสนุกสนาน และต้องมีการฝึกพูดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพูดได้เพื่อช่วยในการสื่อสาร กิจกรรมที่ปฏิบัติในบริการ ดังนี้

3.1 ให้การดูแลและทำหัตถการตามมาตรฐาน และยึดหลัก Aseptic technique

3.2 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง โดยมีตารางการพลิกตะแคงตัวกำกับไว้

ที่เตียงผู้ป่วย

3.3 นักกายภาพบำบัด ฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยตามโปรแกรม

3.4 ดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วย วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น และเมื่อจำเป็น

3.5 ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และคอยดูแลเปลี่ยนอุปกรณ์ที่ใช้รองรับ

ปัสสาวะ

3.6 ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ และสอดคล้องกับโรคเดิมที่เป็นอยู่เดิม

3.7 ตรวจสอบประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ได้แก่ ภาวะไข้ แผลกดทับตามส่วนต่างๆของร่างกาย ลักษณะปัสสาวะ อาการหายใจเหนื่อย ภาวะทุพโภชนาการ ผิวหนังเขียวแห้ง อาการบวม



### กระบวนการที่ 3 การสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วย

การสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมียังมี ศักดิ์ศรี มีเกียรติ มีคนคอยให้ความเคารพนับถือ การให้การดูแลด้วยความรัก ให้กำลังใจ การใช้หลักธรรมะในการดูแล ผู้ดูแลปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และช่วยรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วย จะช่วยทำให้ ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี มีความสุข ไม่รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง กิจกรรมที่ปฏิบัติในบริการ ดังนี้

- 4.1 เจ้าหน้าที่ให้การดูแลด้วยความสุภาพ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง
- 4.2 ให้การดูแลด้วยการป้องกันการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย
- 4.3 ให้กำลังใจและชื่นชมผู้ป่วย
- 4.4 ให้การดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สนับสนุนให้ครอบครัวมาดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
- 4.6 ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในกิจกรรมต่างๆทางศาสนาที่ผู้ป่วย / ผู้ดูแลต้องการ
- 4.7 ทีมเจ้าหน้าที่นำการสวดมนต์ / นั่งสมาธิ สักการะเครื่อง
- 4.8 สนับสนุนให้ผู้ดูแลพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และให้ผู้ป่วยได้พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายคลึงกัน
- 4.9 อนุญาตให้ครอบครัวผู้ป่วยพาผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านได้ ในกรณีเป็นผู้ป่วยที่เรื้อรัง นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน และไม่กระทบต่ออาการและแผนการรักษา

### กระบวนการที่ 4 การเสริมสร้างผู้ดูแลให้มีความรู้

การเสริมสร้างผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถ และมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ วิธีการที่จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแล ประกอบด้วย การประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล ตั้งแต่แรกรับ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ก่อนกลับบ้าน เมื่ออยู่บ้าน การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน การสอนและฝึกทักษะโดยผู้ที่มีความชำนาญเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทั้งทางปากและทางสายยาง การเตรียมอาหาร การทำแผล การดูดเสมหะ การดูแลด้านการขับถ่ายอุจจาระ - ปัสสาวะ การทำ

กายภาพบำบัด การเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ การให้กำลังใจ ให้คำชมเชย คอยเป็นเพื่อนให้คำปรึกษา และช่วยเติมพลังยามเหนื่อยแก่ผู้ดูแล

**กิจกรรมที่ปฏิบัติในบริการ ดังนี้**

5.1 ประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับขณะอยู่ในโรงพยาบาลหลังจากที่ให้คำแนะนำ ประเมินก่อนกลับบ้าน และเมื่ออยู่บ้าน

5.2 ทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ดูแล เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และวิธีการดูแล

5.3 ทีมสหวิชาชีพสอนและฝึกทักษะในการดูแล ได้แก่

5.3.1 พยาบาล ฝึกสอนและสาธิตเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทั้งทางปากและทางสายยาง การเตรียมอาหาร การทำแผล การดูดเสมหะ การดูแลด้านการขับถ่ายอุจจาระ - ปัสสาวะ

5.3.2 นักกายภาพบำบัด ฝึกสอนและสาธิต เกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัด การบริหารร่างกาย

5.3.3 เภสัชกร ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

5.3.4 งานรับผิดชอบด้านอาหาร ฝึกสอนและสาธิตการเตรียมอาหารและการทำอาหารทางสายยาง จัดเตรียมสูตรการทำอาหารทางสายยาง

5.4 จัดกลุ่มให้สุศึกษาผู้ดูแลด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์

5.5 ให้กำลังใจและชมเชยผู้ดูแล

5.6 ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเป็นระยะๆ

5.7 จัดกิจกรรมสันทนาการแก่ผู้ดูแล เช่น การออกกำลังกาย มุมหนังสือ ที่วี

## **กระบวนการที่ 5 การมีผู้ช่วยเหลือและปรึกษา**

การให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแนะนำ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ และช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วย การช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ ความต้องการด้านแหล่งให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ต่อเนื่อง การให้ความช่วยเหลือยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการช่วยเหลือด้านสวัสดิการ โดยการจัดการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับใบรับรองผู้พิการ การทำบัตรทองผู้พิการ การขอรับเงินช่วยเหลือ

### กิจกรรมที่ปฏิบัติในบริการ ดังนี้

- 6.1. ประสานศูนย์เยี่ยมอุปรณ์ / เครื่องมือโรงพยาบาลนภลัย สถานีนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล ในผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ต่อเนื่องที่บ้าน
- 6.2. แนะนำแหล่งช่วยเหลือยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือโดยการขอความช่วยเหลือจาก 1669
- 6.3 บริการด้านคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้บัตรขอรับบริการคำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ซึ่งระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อขอคำปรึกษา
- 6.4 ประสานแหล่งช่วยเหลือด้านสวัสดิการ โดย
  - 6.4.1 ประสานงานศูนย์ประกันสุขภาพเพื่อดำเนินการขอใบรับรองผู้พิการ และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทองผู้พิการ)
  - 6.4.2 แนะนำญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนการขึ้นทะเบียนผู้พิการและการขอรับเงินช่วยเหลือ โดยติดต่อกับ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ และองค์การบริหารส่วนตำบลใกล้เคียง

### กระบวนการที่ 6 การติดตามดูแลต่อเนื่อง

การติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่องต้องประกอบด้วย การประสานเจ้าหน้าที่ชุมชนร่วมวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การส่งต่อประวัติ ผู้ป่วยยังชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการนัดผู้ป่วยมาตรวจเพื่อประเมินอาการต่อเนื่อง

### กิจกรรมที่ปฏิบัติในบริการ ดังนี้

- 7.1 พยาบาลประสานงานเจ้าหน้าที่เวชกรรมครอบครัวและชุมชน / เจ้าหน้าที่สถานีนามัยในเขตรับผิดชอบเพื่อร่วมวางแผนการดูแลและอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ - ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
- 7.2 เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านพยาบาลบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งต่อยังงานเวชกรรมครอบครัวและชุมชน / สถานีนามัยในเขตรับผิดชอบ ข้อมูลที่ส่งต่อ ได้แก่
  - 7.2.1 วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
  - 7.2.2 วันที่จำหน่ายผู้ป่วย
  - 7.2.3 การวินิจฉัยโรค
  - 7.2.4 ผลการตรวจที่สำคัญ
  - 7.2.5 การรักษาที่ได้รับ

7.2.6 การรักษาต่อเนื่องที่บ้าน

7.2.7 ปัญหาที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง

7.3 นัดผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดย

7.3.1 นัดช่วงเวลา 13.00 - 14.30.00 น.

7.3.2 กรณีมีการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประสานงานเวชกรรม  
ครอบครัวและชุมชน / สถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบเก็บส่งตรวจให้ก่อนแล้วส่งผู้ป่วยมาช่วง  
13.00 - 14.30 น.

7.4 งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน / เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขต  
รับผิดชอบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามแผน โดย

7.4.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย

7.4.2 ประเมินความรู้และทักษะผู้ดูแล และปัญหาในการดูแล

7.4.3 ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านและช่วยให้จัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้

เหมาะสม

7.4.4 ให้คำแนะนำตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

7.4.5 สาริการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะหรือปฏิบัติ

ไม่ถูกต้อง

7.4.6 ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการแก้ปัญหา

7.4.7 นัดวัน เวลาที่จะมาเยี่ยมในครั้งต่อไป บอกสถานที่และวิธีติดต่อ

กรณีผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการคำปรึกษา

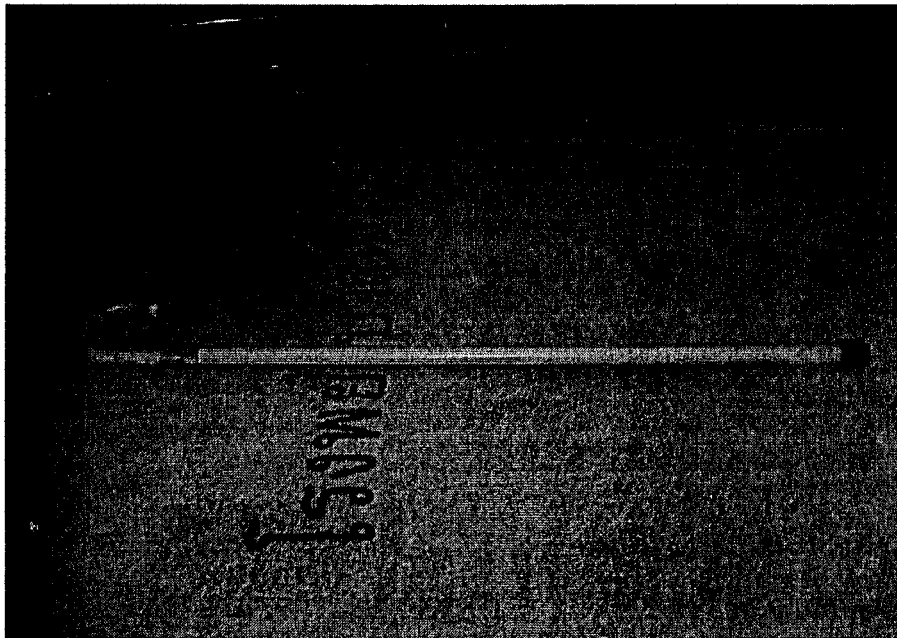
7.4.8 บันทึกการเยี่ยม

7.4.9 ฝึกสอนบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้นำในชุมชนให้มีความรู้และ  
ทักษะในการดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแล

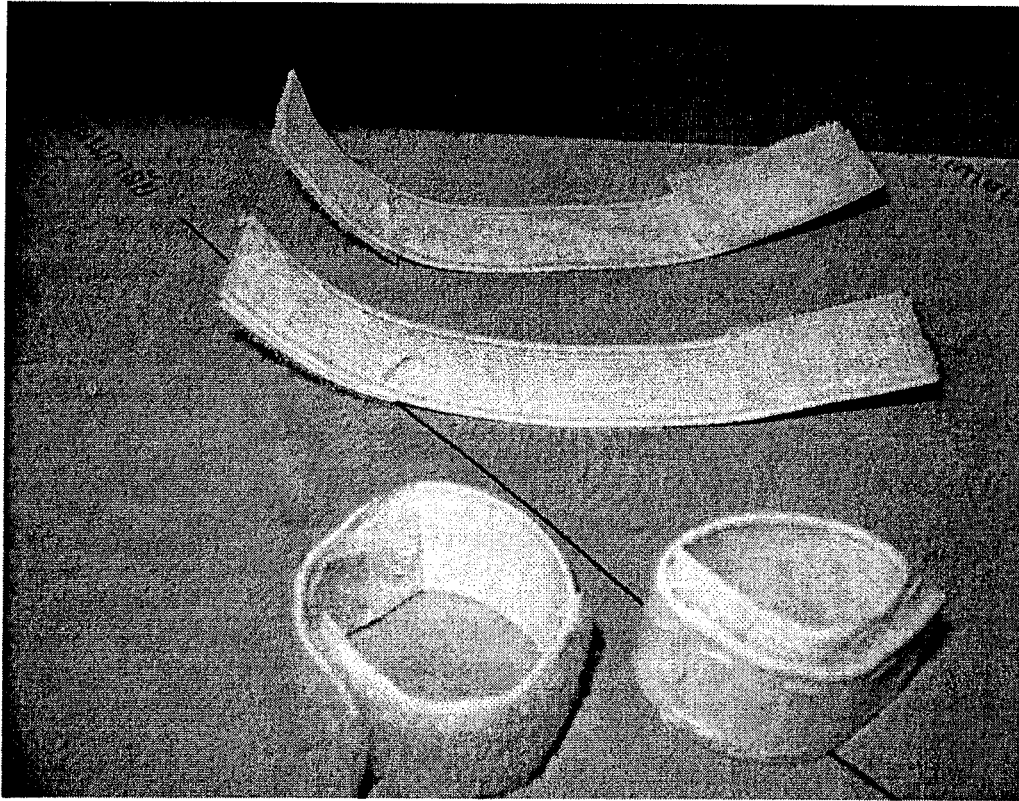
**ภาคผนวก ฉ**  
**ถึงประติษฐ์ : นวัตกรรม**



ส้วมเคลื่อนที่  
ผู้ประดิษฐ์ : นายศิริ นาคสวัสดิ์



ไม้เท้าทำจากด้ามร่ม  
ผู้ประดิษฐ์ : นายศิริ นาคสวัสดิ์



ที่รัด **Condom** และ ถุงรองรับปัสสาวะ  
ผู้ประดิษฐ์ : นางสาวอรนิภา ทองวารี

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางลักขณา ผ่องพุทธ
วัน เดือน ปีเกิด	20 กรกฎาคม 2508
สถานที่เกิด	อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช พิษณุโลก ปี พ.ศ.2531
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างาน ตึกพิเศษอาคารเฉลิมพระเกียรติชั้น 2
ทุนวิจัย	ทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช