

ประสบการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง



Christian University of Thailand

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง

นางสาวโรรัพย์ ตีระตะ

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D.

ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิญาชีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

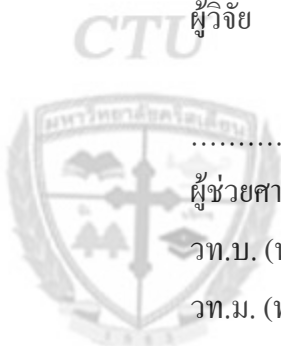
รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิญาชีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

Christian University of Thailand



วิทยานิพนธ์
เรื่อง

ประสบการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง
วันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2553



นางสาวโรรัักษ์ ศิริละ

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ ส. โมโนยพงศ์
ค.ม. (บริหารการพยาบาล)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์

ป.พ.ส. (พยาบาล), M.S.N., พย.ด

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิณูชีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

Christian University of Thailand

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิณูชีระนันท์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โดสิงห์ และ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ ส. โมโนยพงศ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์กฤษดา รอดประเสริฐ อายุรแพทย์ประสาทวิทยา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี อาจารย์พันเอกหญิง ดร. นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์ หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน และ คุณจรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือสำหรับกรวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านโป่งที่อนุเคราะห์อำนวยความสะดวกให้ความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาให้โอกาสผู้วิจัยให้ได้รับความรู้จากประสบการณ์ของท่านด้วยความเต็มใจ

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รัก พี่ และเพื่อนๆ ที่ได้ส่งเสริมสนับสนุน และเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยบุคคลหลายฝ่าย ซึ่งไม่อาจเอ่ยนามได้ครบทุกท่าน และแม้ไม่ได้เอ่ยนามถึง ผู้วิจัยซาบซึ้งและขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง คุณประโยชน์อันเกิดจากการวิจัยนี้ขอมอบแด่บุพการี ครูบาอาจารย์ ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน

512019 : สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง)

คำสำคัญ : ประสบการณ์การดูแล / ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง / ทีมสหสาขาวิชาชีพ

วโรวัรักษ์ ตีระละ: ประสบการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง (Multidisciplinary Patient Care Team Experiences for Stroke Patient at a Secondary Hospital in Central Region.) คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้, Ph.D., รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญชีระนันท์, M.S. ; 93 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึกโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2553 ถึง เดือนเมษายน 2553 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง ประกอบด้วยพยาบาล 6 ราย เภสัชกร 3 ราย แพทย์ 2 ราย นักจิตวิทยาคลินิก 1 ราย นักกายภาพบำบัด 1 ราย นักโภชนาการ 1 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 14 ราย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 19 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ ประกอบด้วย 1) การประสบปัญหาและอุปสรรคในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การแสดงบทบาทของแต่ละวิชาชีพในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การมีช่องว่างของการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) ข้อเสนอแนะในการลดช่องว่างของการทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่ครบวงจร โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล

ผลการศึกษานี้ควรใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และใช้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ นำไปศึกษาเพื่อวิเคราะห์ความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งนี้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

512019 : Major: Advanced Adult Nursing; M.N.S. (Advanced Adult Nursing)

KEY WORDS : CARING EXPERIENCES, STROKE PATIENTS, MULTIDISCIPLINARY PATIENT CARE TEAM

Warorak Teerata : Multidisciplinary Patient Care Team Experiences for Stroke Patient at a Secondary Hospital in Central Region. Thesis Advisors: Asst. Prot. Dr. Sakul Changmai, Ph.D., Assoc. Prof. Somphan Hinjiranan, M.S. , 93 pages

This study is exploratory descriptive research collected data by qualitative method. The purpose was to study the experience in caring for stroke patients of multidisciplinary patient care team. Data were collected from January 2010 to April 2010 by in-depth interview and non-participant observation of 14 samples including 6 nurses, 3 pharmacists, 2 physicians, one clinical psychologist, one physiotherapist and one nutritionist who have experiences in caring for patients with stroke around 19 years at a secondary hospital in central region. A content analysis method was applied for data analysis.

The results showed that the experience in caring for patients with stroke of multidisciplinary care team in this hospital contains the following : 1) the problems and difficulties in assessing patients with stroke 2) the function of multidisciplinary care team in caring stroke patient 3) the space of collaboration of multidisciplinary and 4) recommendations to reduce the gap of working, to promote quality care, to stop by using of patient centered care.

Results of this research should be used this information as a basic for nursing practice guidelines for stroke care, and to use for research to study and to determine the readiness of the multidisciplinary team for caring in stroke patients.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพประกอบ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามตัวแปร.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคหลอดเลือดสมอง.....	8
ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง.....	16
กิจกรรมและการจัดการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	21
แนวคิดเกี่ยวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ.....	26
สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม.....	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	32
ผู้ให้ข้อมูล.....	33
เครื่องมือที่ใช้การวิจัย.....	33
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	34
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล.....	34
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล.....	38
ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	40
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	66
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	75
ข้อเสนอแนะ	76
บรรณานุกรม	78
ภาคผนวก	
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	85
ข การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมงานวิจัย.....	87
ค เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	89
ประวัติผู้วิจัย.....	93

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูล	39



Christian University of Thailand

สารบัญแผนภาพประกอบ

แผนภาพที่		หน้า
1	แนวทางในการเก็บข้อมูล	4
2	ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	41



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้รักษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Hayes, 1999: 931-940) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (Thorvaldsen, et al., 2008: 361-367) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เป็นสาเหตุสำคัญของการตายที่สำคัญใน 10 อันดับแรกทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ด้วยโรคนี้ 600,000 ถึง 750,000 คนในแต่ละปี (Houglan-Adkins, 1993: 144-147) และโรคนี้ยังเป็นสาเหตุของการตายเป็นอันดับสามรองมาจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง ทุกๆ ปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่า 150,000 คน และมีจำนวนมากที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ (National Center for Health Statistics, 1996 cited in Lee & Paffenbarger, 1998: 99-100) อย่างไรก็ตามความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสมัยใหม่ สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงช่วยลดอัตราการตายได้เป็นอย่างมาก แต่จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการเรื้อรังกลับเพิ่มมากขึ้นทุกปี (Douglas & Peterson, 1995: 1999-2003) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขที่วราชนาจักรไทย จำนวน 107,246 ราย ในปี 2549 จำนวน 117,571 ราย ในปี 2550 และ จำนวน 124,532 ราย ในปี 2551 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) ในส่วนของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลางมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองที่เข้ารับการตรวจรักษาจำนวน 270 ราย ในปี 2549 จำนวน 333 รายในปี 2550 และจำนวน 280 ราย ในปี 2551 (หน่วยงานเวชสถิติโรงพยาบาลพุทธภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง, 2551) จากสถิติดังกล่าวอาจกล่าวได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่บุคลากรของโรงพยาบาลแห่งนี้ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของโรงพยาบาลพุทธภูมิแห่งนี้ ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเหมาะสมแล้วนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความพิการไม่สามารถดำรงชีพได้อย่างเป็นปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วทันเวลา อาจช่วยให้อัตราการเสียชีวิตหรืออัตราความพิการลดลงได้

อย่างไรก็ตาม ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์นั้นจำเป็นต้องอาศัยความรีบด่วนในการบำบัดรักษา ซึ่งไม่เพียงแต่การรักษาหรือให้ยากับผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะต้องมีการให้การสืบค้นเพื่อการวินิจฉัยโรค และการหาสาเหตุของโรคได้อย่างรวดเร็วอย่างทันท่วงที่เป็นแบบกรณีฉุกเฉินและรีบด่วนด้วยวิธีต่างๆ ดังกล่าวนี้จะทำให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันนั้นเกิดประสิทธิผลดี ด้วยความคิดนี้จึงได้มีการก่อตั้งหน่วยงานใหม่ขึ้นมาเพื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ (Stroke care unit, stroke unit, neurologic acute care unit) ขึ้นทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยนั้นได้มีการก่อตั้งศูนย์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute stroke unit) ขึ้นมาเป็นแห่งแรกในประเทศไทย คือที่สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ได้รับการบำบัดรักษาดูแลได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที เพื่อลดอัตราการตาย อัตราความพิการ และเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ อันจะเป็นการประหยัด และทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลงกว่าเดิม (อตุลย์ วิริยเวชกุล อังไฉ นินพนธ์ พวงวรินทร์, 2544: 497-498) จากการศึกษาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการดูแลที่แตกต่างกันตามระยะอาการของผู้ป่วย คือ ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) และระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) โดยเริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเข้ามาถึงโรงพยาบาลซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะไม่ได้ไม่เริ่มที่ระยะเฉียบพลันเหมือนกันทั้งหมด โดยอาจจะเริ่มที่ระยะหลังเฉียบพลันหรือระยะฟื้นฟูสภาพก็ได้ (นินพนธ์ พวงวรินทร์, 2544: 320-322) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติในด้านการรับรู้และในระบบต่างๆ ซึ่งทำให้ญาติหรือครอบครัวนั้นไม่ได้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตั้งแต่วางกายเริ่มมีพยาธิสภาพ แต่อย่างไรก็ตามการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ระยะนี้ต้องเป็นการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันแล้วครอบครัวเป็นผู้ที่มีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้มีขนาด 430 เตียง แพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นแพทย์อายุรศาสตร์ ดังนั้นการก่อตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะนั้นอาจไม่สามารถทำได้ในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยรวมทั้งด้านเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ต่างๆ แต่ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่สามารถก่อตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะได้ ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งนี้ได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งนี้แต่ละสาขาวิชาชีพได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเต็มกำลังความสามารถโดยการดูแลตามมาตรฐานของวิชาชีพของตนเอง แต่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นไม่ได้มุ่งหวังเพียงแต่การรักษาโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น แต่ต้องมุ่งหวังรักษาผู้ป่วยทุกคน คือต้องพิจารณาแบบองค์รวม (Holistic approach) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพต้องให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นครบองค์รวม แต่เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ยังไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกัน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้การวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึกโดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อนำไปเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

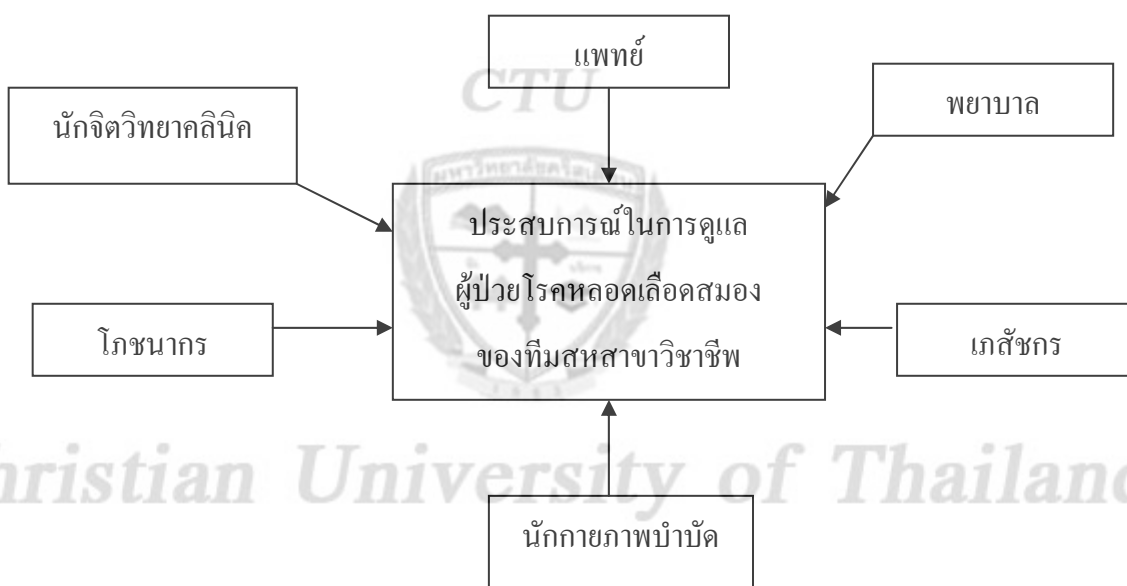
คำถามการวิจัย

ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง มีประสบการณ์การในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ของทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง

แนวทางในการเก็บข้อมูล



แผนภาพที่ 1 แนวทางในการเก็บข้อมูล

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการเจ็บป่วยและเกิดผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อผู้ป่วย โดยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านจิตใจและร่างกายคือ มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เหมือนคนปกติรวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือมีความพร่องในด้านต่างๆ เช่น ไม่สามารถสื่อสาร กลืนอาหาร หรือมีความผิดปกติด้านความทรงจำ การรับรู้ การเรียนรู้ และที่อันตรายรุนแรงคือ การที่ระบบการควบคุมการทำงานต่างๆของร่างกายล้มเหลว และสูญเสียหน้าที่ที่งานส่งผลถึงเศรษฐกิจของครอบครัวตามมาด้วย ผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง อารมณ์แปรปรวนเกิดความเครียด แล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยด้วยเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาและความ

ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่จำกัดต้องการพึ่งพามุคคนอื่น ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และในการจัดการการดูแลผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพแต่ละกลุ่มหรือแต่ละบุคคล ได้แก่ แพทย์ เน้นเฉพาะการตรวจวินิจฉัยและการรักษา พยาบาลเน้นการให้การดูแลตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยตามขอบเขตวิชาชีพของตน นักจิตวิทยาคลินิกให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โภชนากรให้ความรู้ในเรื่องอาหารที่ให้คุณค่าและพลังงานที่เหมาะสม นักกายภาพบำบัดให้การดูแลในการเคลื่อนไหวข้อและร่างกายเพื่อการฟื้นฟูและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม เกสซอร์ให้ความรู้ในการใช้ยาต่างๆ ซึ่งการจัดการการดูแลผู้ป่วย แต่ละคนแต่ละสาขาอาชีพนั้นมีความแตกต่างกันไปตามความรู้ที่สั่งสมมาและตามประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละคน ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่ในทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละคนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มความสามารถของตนเองและอย่างดีที่สุดแล้ว แต่การดูแลผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพสูงสุดได้ต่อเมื่อทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมมือกันทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบอาจจะมีหรือไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคก็ได้จึงเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยต้องทำการศึกษา

ต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึกด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์การของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนเมษายน 2553

นิยามตัวแปร

ประสบการณ์การของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง พฤติกรรมของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งให้การดูแลรักษาและร่วมมือกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบทบาทวิชาชีพของตนเองซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ภายหลังได้กระทำการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี หรือ ประสบการณ์การทำงานรวมกับการลาศึกษาต่อในระดับชั้นสูงรวมกันไม่น้อยกว่า 5 ปี

ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหลากหลายวิชาชีพ ที่มีหน้าที่ในการร่วมมือกันในการดูแล รักษา ให้การพยาบาล และให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก โภชนากร นักกายภาพบำบัด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำของสมอง หรือมีความผิดปกติของการไหลเวียนของหลอดเลือดสมองก็ได้ เช่น การมีก้อนลิ่มเลือดอุดในหลอดเลือดแดงของสมองที่หลุดมาจากหัวใจ และมีผลให้เนื้อสมองบางส่วน หรือทั้งหมดสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ซึ่งก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรคได้หลายรูปแบบต่างกันไป เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ชาครึ่งซีก พูดไม่ได้ กลืนลำบาก ชัก หมดสติ และอาจถึงแก่กรรมได้ในเวลารวดเร็ว

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจกระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคหลอดเลือดสมองและทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ทำให้เข้าใจกระบวนการรักษาพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลแบบทีมสหสาขา วิชาชีพอย่างสมบูรณ์



Christian University of Thailand

บทที่ 2

เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ
โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
ครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง
3. กิจกรรมและการจัดการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease/stroke) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองทำให้เซลล์สมองส่วนที่มีพยาธิสภาพได้รับเลือดและออกซิเจนลดลงจนอาจเกิดภาวะสมองตายได้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO อ้างใน นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544: 2) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง เป็นผลมาจากการรบกวนการทำหน้าที่ของสมองเฉพาะแห่งหรือทั้งหมด กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง สามารถแบ่งโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นสองกลุ่ม ดังนี้ โรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตัน (Occlusive stroke or ischemic stroke) ได้แก่ การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (Cerebral thrombosis) หรือ การอุดตันจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral embolism) และโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) คือ การแตกของหลอดเลือด

เลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) หรือเกิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage)

จากสาเหตุต่างๆ ดังกล่าวจึงทำให้ปรากฏกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาท ทำให้กระบวนการทำหน้าที่ของสมองถูกรบกวนหรือสูญเสียหน้าที่ ซึ่งอาจจะเป็นชั่วคราวและสามารถกลับคืนเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (Transient ischemic attack : TIA) หรือมีอาการคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง แต่หายอย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์ (Reversible ischemic neurological deficit : RIND) หรือมีอาการและอาการแสดงในลักษณะสมองเสียน้ำที่เล็กน้อยและคืบหน้าไปเรื่อยๆ อาจเป็นเวลาชั่วโมงหรือหลายวันจนกระทั่งเสียน้ำที่โดยสิ้นเชิง (Stroke in evolution หรือ progressive stroke) หรือสมองเสียน้ำที่โดยสิ้นเชิงและไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใดๆ ตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป (Complete stroke) ซึ่งอาการแสดงทั้งสองแบบนี้ถือเป็นโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง มักเกิดในช่วง 30 วันแรกของการเกิดโรค หลัง 30 วันจะมีผู้รอดชีวิตประมาณร้อยละ 70 – 85 ซึ่งในปัจจุบันนี้อัตราตายในช่วง 30 วันแรกลดลงเนื่องจากการที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น แต่ผู้ป่วยยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่และเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการรักษายาวนานและต่อเนื่อง

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544: 320-322) คือ ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) และระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) ดัง รายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1 – 14 วัน ส่วนใหญ่มักใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะนี้ได้ คือ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจและระบบการหายใจผิดปกติ ในระยะนี้ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำจะมีโอกาสในการรอดชีวิตต่ำด้วย

ในระยะนี้ทั้งผู้ป่วยและญาติต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่อยู่ในระยะวิกฤต ทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต้องร่วมมือกันจัดระบบการดูแลที่เน้นการติดตามอาการผิดปกติ การประเมินสุขภาพที่ถูกต้อง และการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด

2. ระยะหลังเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมง ในระยะนี้ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องการกลืน การเคลื่อนไหว การพูด และอาจเกิดปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อ ขาดสารอาหารจากการมีปัญหาเรื่องการกลืน

ในระยะนี้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยพ้นจากระยะเฉียบพลันแล้ว แต่ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิดเช่นกัน โดยพยาบาลต้องประเมินการกลืน ในผู้ป่วยกลืนอาหารไม่ได้ ฝึกการกลืนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยางแทนการรับประทานทางปาก นักกายภาพบำบัดต้องประเมินและฝึกผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวร่างกายและการพูด

3. ระยะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสภาพเพื่อที่จะลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะรับการดูแลอยู่ที่บ้าน ซึ่งในระยะนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ

3.1 ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (Early recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (Later recovery) เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก ระยะนี้ปัญหาต่างๆ จะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การพูด การเคลื่อนไหวร่างกาย การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เพียงพอและถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขหรือใกล้เคียงสภาวะเดิมมากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในระยะฟื้นฟูสภาพนี้ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพเพื่อที่จะลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองได้มากที่สุด จึงต้องอาศัยความร่วมมือกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติ โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลแก้ไขปัญหานั้นๆ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ นักกายภาพบำบัดต้องฝึกการทำกายภาพที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย อาจต้องฝึกให้ผู้ป่วยทำการบริหารด้วยตนเอง (Active exercise) หรือญาติเป็นผู้ทำให้ (Passive exercise) ก็ตาม ในผู้ป่วยที่ปัญหาเรื่องการกลืนที่ดีขึ้น คือสามารถรับประทานอาหารทางปากได้หรือจากที่สามารถกลืนอาหารได้แต่กลับมีการสำลักอาหาร พยาบาลต้องประเมินการกลืนที่เปลี่ยนแปลงเพื่อให้แพทย์พิจารณาในการให้อาหารทางสายยางแทน แล้วนักโภชนาการต้องจัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายไป แต่ท้ายที่สุดแล้วผู้ที่ติดตามผลการทำกายภาพบำบัดหรือการกลืนอาหารการได้รับสารอาหารของผู้ป่วย ก็คือพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดตลอด 24 ชั่วโมง

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไปสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดจากหลอดเลือดแดงแข็งหรือถูกปิดกั้นอย่างสมบูรณ์ ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้การทำหน้าที่ของสมองส่วนนั้นลดลง ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อมีก้อนแอมบูลอย (Embolism) หลุดลอยมาอุดที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่วนอีกกรณีหนึ่งเกิดจากทรมโบสิส (Thrombosis) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวทำให้สมองขาดเลือด

จึงเรียกโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) ส่วนโรคหลอดเลือดชนิดเส้นเลือดแตก (Hemorrhagic stroke) คือ เส้นเลือดเกิดการแตกทันทีที่หลอดเลือดจะแทรกซึมเข้าสู่เนื้อสมอง เกิดภาวะสมองบวม ในที่สุดสมองส่วนนั้นได้รับอันตราย จึงสูญเสียการทำงานที่ อาการต่างๆ ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ถ้าตำแหน่งของโรคอยู่ที่สมองซีกขวาซึ่งเป็นสมองซีกที่เด่นจะทำให้พูดไม่ได้ กลืนลำบาก สูญเสียการรับความรู้สึกเกิดอัมพาตของซีกซ้าย ถ้าตำแหน่งของโรคอยู่ที่สมองซีกซ้ายจะทำให้พูดไม่ชัด สูญเสียการรับความรู้สึกเกิดอัมพาตซีกขวา สำหรับอาการทั่วไปอื่นๆ ที่พบ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ ความดันโลหิตสูง มีความผิดปกติที่หัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งได้แก่ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและเบาหวาน นอกจากนี้มีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วยดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544: 39-52)

1. อายุ

โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่พบในประชากรที่มีอายุมากกว่า 55 ปี พบว่าอัตราการเกิดโรคสูงเป็นสองเท่าของคนอายุน้อย อุบัติการณ์เกิดโรคสูงสุดในประชากรอายุ 65-75 ปี จึงถือเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ

2. เพศ

พบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันสูงกว่าเพศหญิงประมาณร้อยละ 30 ส่วนอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดแตกพบมากในเพศหญิง เชื่อว่ามีอิทธิพลมาจากฮอร์โมนเพศหญิงลดลง

3. ความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70 จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4. โรคหัวใจ

โรคหัวใจนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นระริก (Atrial fibrillation) มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตัน มีภาวะหัวใจเต้นระริก (Atria fibrillation) ร่วมด้วยเสมอ หรือประมาณร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เนื่องจากภาวะหัวใจเต้นระริก (Atria fibrillation) ทำให้หัวใจห้องบนซ้าย

ขยาย เกิดการคั่งของเลือดและมีการรวมตัวกันของเลือด เกร็ดเลือด และเม็ดเลือดกลายเป็นลิ่มเลือด หลุดลอยไปอุดหลอดเลือดสมอง

5. โรคเบาหวาน

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ ประมาณ 2 – 3 เท่า อัตราเสี่ยงไม่แตกต่างในเพศและอายุ กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเชื่อกันว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว และความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

6. โคเลสเตอรอลและไลโปโปรตีน (Cholesterol and lipoprotein)

ความผิดปกติของไขมันในเส้นเลือด เช่น โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ Low density lipoprotein (LDL) ในเลือดสูง และ High density lipoprotein (HDL) ในเลือดต่ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

พยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมอง

สมองมีระบบหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนหลัง มีโครงสร้างและกลไกที่สามารถป้องกันตนเองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหลายส่วน ได้แก่ การเชื่อมประสานของแขนงหลอดเลือดแดงและกลไกการปรับตัว เพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมอง และเพิ่มการสกัดเอากลูโคสและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองมากขึ้นในภาวะปกติมีเลือดไปเลี้ยงสมอง ประมาณ 50 – 55 มล. / 100 กรัมของสมอง/นาที ถ้าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนใดส่วนหนึ่งลดต่ำกว่า 18 มล. / 100 กรัมของสมอง/นาที เซลล์สมองจะเสียหายที่ทางสรีระแต่ยังไม่ตาย สมองจะทำหน้าที่ปกติ ถ้าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองต่ำกว่า 15 มล. / 100 กรัมของสมอง/นาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวร และถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงโดยสิ้นเชิง 3 – 8 นาที เซลล์สมองจะถูกทำลายและไม่สามารถฟื้นได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544: 91-150) ได้แบ่งพยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุสมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เนื้อสมองตาย (Infarction stroke) เกิดจากมีการตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นจะเกิดอาการผิดปกติเฉพาะที่ อาการที่พบขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือด พยาธิสภาพของการขาดเลือดจะเปลี่ยนไปตามระยะเวลา

2. พยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุการแตกของหลอดเลือด (Hemorrhagic stroke) เกิดจากผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตกทั้งหมด เลือดจะเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง เมื่อก่อนเลือดโตขึ้นจะซึมเข้าไปในโพรงสมอง

(Ventricular system) ได้ถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วย ก่อนเลือดในสมองจะแข็งและกดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ก้านสมองถูกกดทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ

อาการเตือน ผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ อาจมีอาการเตือนแต่ผู้ป่วยไม่ได้สนใจ ได้แก่ อาการสับสน เวียนศีรษะ งุนงง ปวดศีรษะ พูดไม่ชัดเจนแขนขาชาหรือเป็นอัมพาตชั่วคราว ซึ่งอาจเป็นอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงต่อไป

อาการที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติ หรือมีอาการทางระบบประสาท เช่น อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ชัด เป็นต้น อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีทันใดและมากขึ้นเรื่อยๆ ใน 2 – 3 นาทีหรือชั่วโมง

อาการทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ ความดันโลหิตสูง อาจมีไข้มีความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง อาการต่างๆ ไป มักเกิดจากพยาธิสภาพที่สมองทันที แต่บางครั้งระดับความรู้สึกตัวอาจจะค่อยๆ น้อยลงจนถึงขั้นหมดสติ ในผู้ป่วยที่เลือดออกในสมองจะเกิดอาการขึ้นอย่างรวดเร็ว ถ้าเลือดออกต่อไปอาการจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และหากไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ ในผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการตีบตันของหลอดเลือดแดง อาการที่เกิดขึ้นจะค่อยเป็นค่อยไป มักจะเกิดอาการหลังตื่นนอน ในผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากลิ่มเลือดไปอุดตันอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการชักร่วมด้วย อาการชักจะเกิดติดต่อกัน หากลิ่มเลือดที่ลอยมาอุดเป็นก้อนขนาดใหญ่ ผู้ป่วยจะมีอาการอย่างรุนแรง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษามีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุดและป้องกันการเกิดซ้ำ นอกจากการรักษาตามสาเหตุสิ่งที่สำคัญต้องรักษาโรคที่เกิดร่วม และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจ แบ่งการรักษา ได้ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เป็นที่ทราบกันว่า ถ้าเนื้อสมองตายจะไม่มีการรักษาให้เนื้อสมองกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวเนื้อสมองก็มีโอกาสกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้น จึงต้องให้เลือดไปเลี้ยงสมองให้เร็วที่สุดโดยใช้วิธีการรักษาทางยาดังนี้ (อดุลย์ วิริยเวชกุล, 2534: 451-481)

1.1 รักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะไม่ลดให้ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 – 100 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากกลไกการรักษาระดับเลือดที่ไป

เลี้ยงสมองของหลอดเลือดบริเวณนั้นเสียไป ถ้าความดันโลหิตต่ำเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและบริเวณเนื้อสมองตายจะขยายกว้างขึ้น

1.2 ให้ยากันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่ม (Platelet anti-aggregation drug) พบว่า สามารถลดอัตราการเกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราว และลดอัตราการเกิดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดเนื้อสมองตายมาแล้ว

1.3 ให้ยากันเลือดแข็ง (Anticoagulant) โดยใช้ในรายสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวและในผู้ป่วยที่เกิดจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นไปอุดตัน

1.4 ให้ยาลดสมองบวมที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ สเตียรอยด์ (Steroid) และ สารเข้มข้น (Hyperosmolar) ต่างๆ เช่น แมนนิทอล (Mannitol) ซึ่งใช้ในระยะเวลาที่สมองบวมมาก

2. โรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด การรักษาที่มีจุดมุ่งหมายป้องกันเลือดออกเพิ่มขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยเน้นการรักษาแบบประคับประคอง ส่วนยาที่นิยมใช้มีดังนี้

2.1 ยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตกเนื่องจากความดันโลหิตสูง แต่การให้ยาลดความดันโลหิตต้องใช้ด้วยความระมัดระวังเพราะอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง

2.2 การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกในรายที่ก้อนเลือด (Evacuation of hematoma) ในรายที่ก้อนเลือดไปเบียดเนื้อสมอง

2.3 การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องต่างๆ ของร่างกาย (Ventricular drainage) ในรายที่มีเลือดไหลซึมเข้าไปในโพรงสมอง

การพยากรณ์โรค

โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีการพยากรณ์โรคเลว กล่าวคือ มีอัตราการตายสูง หรือมีความพิการรุนแรงหลงเหลือตามมา คุณภาพชีวิตไม่ดี ผู้ป่วยต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นตลอดไป (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544: 55-69) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. พยากรณ์ตามลักษณะอาการ และอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย โดยพยากรณ์จากระดับความรู้สึกของผู้ป่วย อาการในระดับโคมาอัตราการตายสูงถึง 15 เท่าของผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง อายุของผู้ป่วย ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นระริก การหายใจผิดปกติ และภาวะไข้สูง

2. พยากรณ์การเกิดอาการกลับซ้ำ อาการมากขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ภาวะโรคต่างๆ ปัจจัยพื้นฐานทางครอบครัวและสังคม

3. การพยากรณ์โรคตามอาการของผู้ป่วย แบ่งได้ดังนี้

3.1 กลุ่มที่ขยับแขนขาได้ภายใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยขยับแขนขาได้เองภายใน 1 สัปดาห์ และขยับมือได้เองใน 2 สัปดาห์จะมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ จนสามารถใช้มือและขาได้ปกติ แต่ถ้าไม่ดีขึ้นเลยภายใน 2 สัปดาห์ อาการอ่อนแรงจะดีขึ้นไม่มากนัก แต่ถ้าเวลา 6 เดือนขึ้นไปอาการยังไม่ดีขึ้น ระยะยาวอาการมักจะไม่มีดีขึ้น

3.2 กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์และความผิดปกติทางจิตใจ อาการทางจิตที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น ปฏิเสธ เพิกเฉย และความผิดปกติ ด้านความรู้สึกมักดีขึ้นภายใน 1 เดือน และอาจหายใจเป็นปกติ สำหรับการพูดสำเนียงผิดปกติ การกลืนลำบาก วิงเวียน ส่วนใหญ่จะหายภายใน 4 – 8 สัปดาห์

3.3 กลุ่มอาการพูดไม่ได้ (Aphasia) กลุ่มอาการนี้การฟื้นตัวเป็นไปได้ยากแต่จะค่อยๆ ดีขึ้น

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากปัญหาที่เกิดขึ้น และการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ผู้ดูแลขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ที่พบมากได้แก่

1. แผลกดทับ สาเหตุของการเกิดแผลกดทับ คือ แรงกด โดยเฉพาะแรงกดบริเวณเนื้อเยื่อระหว่างปุ่มกระดูกกับพื้นผิวที่ร่างกายกดทับอยู่ หรือจากการเสียดทานและแรงถูไถ ซึ่งเป็นสาเหตุภายนอกร่างกาย หรือเกิดจากสาเหตุภายในร่างกายที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ เช่น การถูกจำกัดความเคลื่อนไหว การสูญเสียประสาทรับความรู้สึกของผิวหนังการไหลเวียนโลหิตลดลง การขาดสารอาหาร การบวม การติดเชื้อ บริเวณที่พบมากคือ จุดรับน้ำหนักของร่างกาย เช่น ก้นกบ ข้อศอก สะบัก ท้ายทอย ไบหู สะโพก เข่า ส้นเท้า และตาตุ่ม เป็นต้น (Maklebus, อ้างใน สุชาพร ขจรฤทธิ์, 2547: 25)

2. ข้อติดแข็ง เนื่องจากไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้พังผืดบริเวณข้อหดตัว หรือน้ำไขข้อลดลง หรือมีหินปูนมาเกาะ

3. ปอดบวม เนื่องจากการสำลักหรือสำรอกอาหาร จากการผิดปกติของการกลืน การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจและกระบังลม หรือมีการค้างของเสมหะในปอด

4. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จากการค้างค้ำของปัสสาวะจากการที่ถูกรองรับปัสสาวะอยู่สูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะในรายที่คาสายสวนปัสสาวะ หรือจากการเคลื่อนที่ไปมาของสายสวนปัสสาวะทำให้เกิดการเสียดสีขึ้น

5. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ อาการท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปลายเท้าตึง กระดูกผุ กร่อน เป็นต้น

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สถาบันประสาทวิทยาร่วมกับ 17 สถาบันวิชาการ (2545) ได้กล่าวถึง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรเริ่มต้นที่หลังจากสภาวะทางการแพทย์คงที่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีไข้ ความบกพร่องทางระบบประสาทคงที่หรือดีขึ้น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและน้ำตามที่กำหนดไว้ กล่าวว่าผู้ป่วยจะมีการฟื้นฟูสภาพดีขึ้นเรื่อยๆ ในด้านการเดิน การพูด การกลืน จะเป็นปกติต้องใช้เวลามากกว่า 1 ปี แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหลังจากฟื้นฟูสภาพ 6 เดือน ส่วนใหญ่มักมีความพิการอย่างถาวร ดังนั้น เมื่อทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทราบถึง ปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทีมจึงต้องจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยมีหลักการฟื้นฟูสภาพดังนี้

1. วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภายหลังอาการทางการแพทย์คงที่ หรือภายใน 24 – 48 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ สิ่งที่สำคัญคือ พยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา เพื่อทราบถึงการพยากรณ์โรค และแนวทางการช่วยเหลือ

2. การช่วยให้ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง และให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนถึงเข้านอน คือ การลุกจากที่นอนหรือจากเตียง การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด รับประทานอาหาร เข้าห้องสุขา อาบน้ำ ขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า และการกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะ ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องให้การช่วยเหลือและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็วและในระยะเวลาอันสั้นที่จะทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สมองจนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ถ้าผู้ป่วยรอดชีวิตก็มีโอกาสที่จะเกิดความพิการตามมาได้มาก เนื่องจากการมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ ผลจากการเกิดพยาธิสภาพที่สมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับร่างกายมากมาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วยดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหามากมาย นอกจากเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อถึงด้านอื่นๆ ด้วย คือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งจำแนกผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงจะมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทโดยตรง กล่าวคือ สมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงจะสูญเสียหน้าที่การ

ทำงาน ซึ่งระยะเวลาของการสูญเสียและการฟื้นคืนย่อมขึ้นกับว่าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงนานเพียงใด ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงนี้สามารถทำนายการสูญเสียการทำงานของร่างกาย อันเนื่องมาจากความบกพร่องทางระบบประสาท

ความบกพร่องทางด้านร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับสมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพโดยอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง คือ ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองซีกซ้ายผิดปกติ จะมีแขนขาซีกขวาอ่อนแรง หรือเกิดอัมพาต มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว มีความผิดปกติของการสื่อสาร การพูด จะพูดไม่ได้ (Aphasia) หรือพูดไม่ชัด (Dysarthria) อ่านและเขียนไม่ได้ (Mumma, 2000: 192-193) มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและความจำในระยะสั้น ทำให้ยากในการเรียนรู้สิ่งใหม่แต่มีความพยายาม ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองซีกขวาผิดปกติ จะมีแขนขาอ่อนแรงซีกซ้ายหรือเกิดอัมพาต อาจมีความบกพร่องด้านความจำ การเรียนรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความสนใจและการรับรู้ตำแหน่งของร่างกายปฏิเสธด้านที่มีพยาธิสภาพว่าไม่ใช่ของตน (Anosognosia) ไม่สามารถเลียนแบบการทำกิจกรรมได้ (Apraxia) มีความบกพร่องในการกะระยะ (Spatial-perceptual deficits) และมีความต้องการพึ่งพามาก (Mumma, 2000: 194-195)

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคนมักทำให้มีการสูญเสียการทำงานเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการรับรู้สติ ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยจะเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียอำนาจการควบคุมตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่สามารถนั่งหรือเดินได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาการพูด การเคี้ยว การกลืนอาหาร ลื่นไม่สามารถกวาดอาหารให้ไปในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากอ่อนแรงทำให้ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยกลืนอาหารลำบาก (Moore, 1994: 50-54; Mumma, 2000: 195) และถ้าเพดานอ่อน อ่อนแรงมากก็ไม่สามารถเคลื่อนปิดกับผนังคอหอยจะทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนอาหาร ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ บางรายอาจมีปัสสาวะคั่งค้างไม่สามารถถ่ายออกได้หมด บางรายไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง สำหรับความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระนั้น ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาในเรื่องท้องผูกเกิดจากผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เนื่องจากความพิการของร่างกายหรือเกิดจากการรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจเกิดการสูญเสียด้านความคิดไม่สามารถคิดและตัดสินใจได้ ความจำเสื่อมขาดสมาธิ การมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติไป

ผลจากความผิดปกติด้านร่างกายที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ (Disability) และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับร่างกายได้มาก เช่น การติดของข้อต่อที่พบบ่อย คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อเท้า ข้อไหล่ และข้อศอก นอกจากนี้ยังพบการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อต่างๆ มี

กระดูกโปรงบางทำให้มีโอกาสเกิดกระดูกหักได้ง่ายถ้าเกิดอุบัติเหตุ เส้นเลือดดำอุดตัน ความดันโลหิตต่ำ แผลกดทับและปอดบวมจากการนอนนานๆ หรือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจทางเดินปัสสาวะได้

2. ผลกระทบด้านจิตใจ จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ และการทำงานส่วนต่างๆ ของร่างกายมีความบกพร่องหรือสูญเสีย ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก หนึ่งสัปดาห์หลังการป่วยจะมีการซึมเศร้า สูญเสียความทรงจำ มีอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย ชีวิตไม่เป็นที่คาดหวังไว้ (Sision, 1998: 198-203)

ปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ คือ ภาวะซึมเศร้า ไฟเบล และสปริงเกอร์ (Feibel & Springer อ้างใน พรชัย จุลเมตต์, 2540: 13) ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 91 คน พบผู้ป่วยจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 26 มีอาการซึมเศร้า ภายหลังจากป่วยเป็นเวลาหกเดือน อาการซึมเศร้านี้เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและเป็นปัญหาสำหรับบุคคลอื่นเนื่องมาจากความคิดปกติ และความพิการของร่างกาย รวมทั้งความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งตรงกับการศึกษาของแซนตัส และคณะ (Santas, et al., 1999 อ้างใน สุตศิริ หิรัญชุนหะ, 2541: 18) พบว่าผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ภายหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ยังพบอีกว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนแรกจะเกิดขึ้นเนื่องจากสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี เกิดขึ้นเนื่องจากความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมของผู้ป่วย

นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหาด้านจิตใจอีกหลายประการ เช่น ความกลัว ได้แก่ กลัวพิการ กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง กลัวทุกข์ทรมาน กลัวการกลับเป็นโรคซ้ำ กลัวการถูกทอดทิ้งและกลัวตาย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลตามมา นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นยังมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจและความรู้สึกขัดแย้งในใจจากการที่ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่น (พรชัย จุลเมตต์, 2540: 14) เกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่างๆ มากมาย เช่น สูญเสียความรู้สึกที่ปกติ ความสุขสบายทางร่างกาย ความพึงพอใจในตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อผลกระทบด้านจิตใจด้วยการถอยหนีจากสังคม แยกตนเอง มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว

โกรธง่าย อาจทำร้ายตนเองหรือขว้างปาสิ่งของ ใช้วาจาหยาบคาย ทบทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น นอกจากนั้นยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับ ลดความอยากอาหาร ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย หดแรงแง และเหนื่อยง่าย

3. ผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสูญเสียการควบคุมเคลื่อนไหวของร่างกาย มีสภาพที่ไม่สามารถดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ การแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป สัมพันธภาพในครอบครัวเกิดความห่างเหินหรือเสื่อมทรามลง มีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดผลต่อการกระทำบทบาทในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำบทบาทเป็นบิดาหรือมารดา บทบาทการเป็นสามีหรือภรรยา ไม่สามารถกระทำบทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัวที่ต้องทำมาหากินเลี้ยงครอบครัวได้เช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ตลอดไป (Gaynor, 1990: 208-212) เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมและการทำงานที่เคยรับผิดชอบ ไม่สามารถรับผิดชอบในบทบาทเดิมได้ บางรายต้องออกจากงานหรือย้ายตำแหน่งหน้าที่การงาน ไปอยู่ในตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญอะไรเลย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น จากการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้จะรู้สึกว่าคุณเองหยองเหงา และทรามาน เนื่องจากกิจกรรมทางสังคมของตนเองลดลง และในช่วงหลังการเจ็บป่วยนี้ผู้ป่วยก็ต้องการที่จะได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมบ้าง

4. ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวมีส่วนสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีหรือมั่นคงมักรับรู้ถึงภาระการดูแลได้มากกว่าครอบครัวที่มีเศรษฐกิจไม่มั่นคง จากการศึกษาของ เอ็คเบิร์ก (Ekberg, 1997 อ้างใน สุคติริ หิรัญชุนหะ, 2541: 15) ศึกษาภาวะความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า รายได้หรือภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งทำให้มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้มาก เช่นเดียวกับ (จินตนา สมนึก, 2542: 28-29) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้านพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำงานบ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพถึงแม้จะใช้สิทธิบัตรต่างๆ ในการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษานาน ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลมาก ผู้ดูแลบางรายต้องออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาทางการเงินตามมาได้ ถ้า

ครอบครัวไม่มีเงินออมเพื่อใช้ในการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและรายได้ของครอบครัวได้ (รุจา ภูโพนุลย์, 2535: 41)

จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบกับผู้ป่วยและครอบครัวมาก ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่จำกัดต้องการพึ่งพามุคนคนอื่น แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะพักฟื้นแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่และต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ยังต้องการการฝึกฝนเป็นพิเศษเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดูแลตนเองและกลับไปดำเนินชีวิตได้เช่นเดิม ดังนั้นเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องการการพึ่งพา สมาชิกในครอบครัวจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านเป็นระยะที่ผู้ดูแลจะได้ใช้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ในการจัดการดูแล และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อการดูแลผู้ให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ภารกิจที่ครอบครัวจะต้องกระทำต่อผู้ป่วยคือ การช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุดคงไว้ซึ่งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคม เกี่ยวข้องติดต่อกับผู้อื่นให้ได้มากที่สุดจะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางด้านจิตใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น (อรฉัตร โดษยานนท์, 2539: 537-570) ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นญาติเป็นผู้ที่มีบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่ง ต้องมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อที่จะส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ และความมั่นคงของร่างกายได้ตามความต้องการของผู้ป่วย (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: 26-27) ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวจะต้องเรียนรู้ในการผสมผสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต จากการศึกษาของแกรนท์ (Grants, 1999: 254-260) ได้อธิบายถึงความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องที่คุกคามและก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่แน่นอนในบทบาทของการดูแล บางครั้งผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการเตรียมตัวที่ดีพอ ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาในการจัดการกับสุขภาพ ในการรับรู้และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ดังนั้น ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจึงเป็นภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบโดยมีผลมาจากสาเหตุ 3 ประการ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2541: 24) คือ การมีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะซึ่งเกิดจากโรคหรือความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วย มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานหรือกิจกรรมขั้นสูง มีปัญหาความบกพร่องทางความคิดสติปัญญา หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น

กิจกรรมและการจัดการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. การจัดระบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่ง เป็นระยะได้ ดังนี้

1.1 การพยาบาลระยะเฉียบพลัน

ในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จนกระทั่งอาการคงที่ ซึ่งมักใช้เวลา 24 ถึง 48 ชั่วโมงที่อยู่ในโรงพยาบาล แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจจะนานกว่านี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความผิดปกติเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว และมักจะหมดสติ จึงต้องให้การดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยในระยะแรกอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลต่อผู้ป่วยมากในเรื่องของการป้องกันโรคแทรกซ้อนและความพิการอย่างถาวรที่จะตามมา ปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยอาจจะกลายเป็นปัญหาใหญ่และอันตรายถึงชีวิต จุดสำคัญของการดูแล คือ การรักษาทางเดินหายใจให้โล่งและคอยเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการแสดงของระบบประสาท เพื่อรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ จนกระทั่งอาการของผู้ป่วยคงที่ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2534: 50-51) จากข้อความข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลมีความสำคัญมาก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จนกระทั่งส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยสามัญมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยให้รอดชีวิตและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

1.2 การพยาบาลระยะหลังเฉียบพลัน

ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ การดูแลก็ผ่านจากระยะเฉียบพลัน เข้าสู่ระยะที่มุ่งรักษาหน้าที่ของร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุดและเร็วที่สุด ซึ่งระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยนอนพักอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งกล่าวไว้ในกรณีการดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล

1.3 การฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล

การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลจะต้องอาศัยการประเมินความบกพร่องของหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายและส่วนดีที่ยังเหลืออยู่อย่างเป็นระบบและประจวบกันเป็นทีม ทั้งแพทย์พยาบาลบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวางแผนสำหรับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สมบูรณ์แบบ และอาจจะต้องปรึกษานักโภชนาการ นักจิตวิทยา หรือผู้ฝึกสอนอาชีพตามความต้องการของผู้ป่วย จุดสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มุ่งที่จะให้ผู้ป่วยฝึกฝนเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่สูญเสียไปใหม่ เพื่อที่จะให้พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด ในบางโรงพยาบาลจะส่งตัวผู้ป่วยไปหน่วย

กายภาพบำบัด ถึงแม้ว่าระยะนี้จะเป็นระยะที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ยังคงเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534: 56-57)

1.4 การวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน

การวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534: 63) ในครั้งแรกที่รับผู้ป่วยไว้ควรเก็บข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว ความเป็นอยู่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะต้องนำมาพิจารณาในการวางแผนจำหน่าย การประเมินสถานภาพของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นในครอบครัว และความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน บางครอบครัวที่สมาชิกทำงานนอกบ้านอาจจะไม่มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา อาจต้องใช้เวลาแก่ญาติในการจัดเตรียมหาบุคคลที่จะคอยช่วยเหลือผู้ป่วยและพยาบาลต้องเป็นผู้สอนบุคคลเหล่านั้นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในบางรายญาติอาจจะปฏิเสธไม่พร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน แพทย์และพยาบาลต้องค้นหาปัญหาและอาจต้องปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ ส่งผู้ป่วยต่อให้พยาบาลสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเขตที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะๆ ที่บ้านต่อไป

1.5 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534: 64) เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านต้องคำนึงถึงกิจวัตรประจำวันในแต่ละวันของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องมีเวลาพักผ่อน แต่เมื่อตื่นขึ้นควรมีกิจกรรมให้ทำ ตัวผู้ป่วยมักพึงพอใจที่จะให้บุคคลอื่นดูแลช่วยเหลือกระทำการกิจต่างๆ ให้ญาติต้องให้ความสนใจและต้องพยายามกระตุ้นผู้ป่วยช่วยตัวเองให้มากที่สุด ในขณะที่ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ หรือกระทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมกับกระตุ้นคอยให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อผู้ป่วยได้กระทำการกิจต่างๆ และควรมีเวลาพักเป็นระยะ

2. การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

2.1 การประเมินสุขภาพผู้ป่วยและการบันทึกสุขภาพผู้ป่วย มีความจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแล ควบคุมตนเอง ไม่สนใจและละเลยสุขภาพตนเอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ สามารถสังเกตอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ ทำการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ มีการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อเปรียบเทียบอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยได้ เพื่อประโยชน์ในการนำมาตัดสินใจในการดูแลที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วย

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนนานๆ หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากมาย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมักเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป หากผู้ดูแลไม่สนใจ ผลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้วอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยได้ การดูแลผู้ป่วยควรได้มีการป้องกันและกำจัดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสียตั้งแต่ระยะแรกซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุมีดังนี้

2.2.1 การป้องกันโรคผิวหนัง ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดผิวหนัง ดูแลไม่ให้ผิวหนังขึ้นหรือแห้งเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่มีพยาธิสภาพที่เกิดการอักเสบและหมักหมมได้ง่าย เช่น ขาหนีบ รักแร้ ซอกนิ้วมือและนิ้วเท้า เนื่องจากผู้ป่วยมักละเลยไม่เอาใจใส่ร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพทำให้เกิดโรคผิวหนัง และเกิดบาดแผลได้ง่าย โดยเฉพาะแผลกดทับดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า ที่นอน โดยเฉพาะความเรียบตึงของที่นอนจะช่วยป้องกันการเกิดรอยกดทับบนผิวหนังได้ ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีอัลบูมินสูง เสริมอาหารที่มีวิตามินบี 2 ธาตุเหล็ก กรดโฟลิกและวิตามินซี เช่น ไข่ขาว ผักใบเขียว ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ผลไม้ต่างๆ เป็นต้น

2.2.2 การป้องกันโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544: 38-39) โดยที่สาเหตุการเกิดมักมาจากการสำลักอาหารหรือการที่ร่างกายได้รับความอบอุ่นไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้ดูแลต้องจัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน จัดให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารและคอยดูแลให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารให้หมดก่อนจึงดื่มน้ำเพื่อป้องกันการสำลัก จัดเตรียมเสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายอย่างเพียงพอ เนื่องจากการรับรู้ความรู้สึกเสียไปของผู้ป่วยอาจรับรู้ความรู้สึกเย็นได้น้อยลงทั้งๆ ที่อากาศเย็นมาก จึงไม่สวมเสื้อผ้าที่อบอุ่นทำให้เป็นปอดอักเสบได้ง่ายขึ้น

2.2.3 การป้องกันอาการปวดไหล่และข้อติดแข็ง มักเกิดกับร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อต่างๆ ด้วยตนเอง ได้แก่ ข้อมือ ข้อศอก แขนและขาอย่างสม่ำเสมอ (Active range of motion) แต่ครั้งควรใช้เวลา 30 นาที (Gillen & Burkhardt, 1998: 49-51) ส่วนการป้องกันอาการปวดไหล่ให้ใช้ผ้าหรือวัสดุคล้องแขนข้างที่อ่อนแรงในขณะยืน หรือเดิน และหากผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่มากควรประคบ นวด หรือทายาแก้ปวดที่ไหล่

2.2.4 การป้องกันภาวะกระดูกโปรงบาง ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวไม่สามารถเดินหรือลงน้ำหนักบนแขนและขาได้ การสูญเสียมวลของกระดูกจะเริ่มหลังจาก 30 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการนอนอยู่บนเตียงนานๆ ถึง 30 – 36 สัปดาห์ ถ้าทิ้งไว้นานอาจทำให้กระดูกหักได้โดยเฉพาะกระดูกสะโพกด้านที่มีพยาธิสภาพ (Gillen &

Burkhardt, 1998: 50-51) ผู้ดูแลสามารถช่วยได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยยืนและเดิน โดยตั้งน้ำหนักตัวลงบนแขนและขาทั้งสองข้างเท่าๆ กัน หักเกร็งกล้ามเนื้อของแขนและขา

2.2.5 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการถ่ายปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือ โดยทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ ฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา ในบางรายที่ปัสสาวะไม่ออกควรพาไปพบแพทย์เพื่อทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ในรายที่ไม่มีข้อห้ามควรกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000 – 3,000 มิลลิลิตร

2.2.6 การป้องกันการปลายมือปลายเท้าบวมในกรณีที่การไหลเวียนโลหิตไม่ดี ผู้ดูแลควรใช้หมอนหรือวัสดุที่อ่อนนุ่มรองรับบริเวณปลายมือปลายเท้าให้สูงขึ้น นอกจากนี้กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ ไม่ควรให้ผู้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานๆ เพราะจะขัดขวางการไหลเวียนโลหิตกลับเข้าสู่หัวใจ

2.2.7 การป้องกันการเหี่ยวลีบของแขนขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และเกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองด้าน โดยเฉพาะด้านที่มีพยาธิสภาพต้องทำบ่อยๆ ในการเคลื่อนไหวข้อแต่ละท่าควรทำประมาณ 5 – 10 ครั้ง วันละ 1 – 2 ครั้ง ให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขน ขา มือ โดยฝึกให้กำมือ เขยิบมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนย้ายร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัว ฝึกนั่งจากท่านอน ตัวตรงไม่ให้เอียงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว การฝึกยืนขึ้นและนั่งลง การฝึกยืนและเดินโดยช่วยพยุงหรือใช้เครื่องช่วย เช่น เครื่องคามไม้เท้า การใช้เก้าอี้เข็น เป็นต้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2539: 88-92)

2.3 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค เช่น อาหารประเภทโปรตีน ผักและผลไม้ ควรลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน นอกจากนี้ควรให้ผู้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุราด้วย รวมทั้งป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะมากโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย มีอาการชาแขนและขา สับสน ซึมลง ต้องรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ การจัดการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาผู้ดูแลต้องติดตามผลของยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ผู้ดูแลจะต้องทราบชื่อ ขนาด เวลาที่รับประทาน การเก็บรักษา ฤทธิ์ของยา การสังเกตและการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ของยา

2.4 การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง การมองเห็นและการกระะยะทางผิดปกติ การจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยกระตุกไปร้งบางมีโอกาส

กระดูหักได้ง่าย ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เก็บสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น ของมีคมให้พ้นมือผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการจัดท่าราวีให้ผู้ป่วยเกาะเป็นระยะๆ ปรับระดับพื้นให้เท่ากันเพื่อป้องกันการหกล้ม

2.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามอัตรภาพ ดูแลผู้ป่วยให้มีการออกกำลังกายของข้อต่างๆ ออกกำลังกล้ามเนื้อ การฝึกลุกนั่งจากเตียง การฝึกเดิน รวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การแปรงฟัน การหวีผม เป็นต้น ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติให้มากที่สุด ไม่ต้องตกเป็นภาระของครอบครัว และสังคมตลอดไป หลักของการฟื้นฟูอยู่ที่การเน้นการลงน้ำหนักบนส่วนของร่างกายทั้งสองด้านเท่าๆ กัน พยายามฟื้นฟูสภาพส่วนที่เสียให้กลับคืนมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลักษณะท่าทาง และการเคลื่อนไหวอย่างคนปกติทั่วไป ที่มีความสมมาตรของร่างกายทั้งสองด้าน การฟื้นฟูสภาพจะต้องกระทำไปพร้อมๆ กับการกระตุ้นด้วยเสียงและการใช้สายตา เพราะตาจะมีการเคลื่อนไหวตามเสียงที่ได้ยิน และการมองเห็นถือว่าการกระตุ้นความรู้สึกที่อยากจะเรียนรู้ของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพไปสู่ผลสำเร็จ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นนั้น พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความต้องการในการได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรกซึ่งเป็นระยะเฉียบพลัน ต่อมาคือ ระยะหลังระยะเฉียบพลัน ระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล ระยะวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน และระยะสุดท้ายคือระยะการดูแลที่บ้าน ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ที่มีหน้าที่เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแล โดยเริ่มเตรียมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละสาขาอาชีพนั้นมีการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกันไปตามความรู้ที่สั่งสมมาและตามประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละคน แต่การดูแลผู้ป่วยนั้นไม่สามารถแบ่งแยกการดูแลของแต่ละวิชาชีพออกจากกันได้ ต้องอาศัยความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลนั้นถือเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา แต่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำได้โดยพยาบาลวิชาชีพเพียงลำพัง แต่ต้องการการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

แนวคิดเกี่ยวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ความหมายของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2548: 55-56) นิยามคำว่าทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ไว้ว่าเป็นโครงสร้างเพื่ออำนวยความสะดวกให้เกิดการประสานงานในแนวราบ จากแนวคิดเชิงระบบ ทีมเหล่านี้ไม่ควรมีลักษณะของการควบคุมและสั่งการ แต่ควรมีลักษณะของเครือข่ายของระบบย่อย เป็นที่รวมของตัวแทนของทีมต่างๆ เพื่อมาสร้างคุณลักษณะขึ้นใหม่ สร้างสิ่งที่แต่ละทีมไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเอง ซึ่งอาจเป็นการมองภาพรวมการกำหนดลำดับความสำคัญร่วมกัน การสร้างความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบงาน และการติดตามความก้าวหน้าด้วยมุมมองจากหลายฝ่าย

ความสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แมคเอลฮานซี และ บริกส์ (McElhancy & Briggs, 2001:72) กล่าวถึง การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพว่าเป็นรูปแบบการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานที่ประกอบด้วยบุคคลจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด มาร่วมกันทำงาน ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาในด้านที่ตนรับผิดชอบ โดยมุ่งประเด็นความสำคัญไปที่ผู้ป่วยแต่ละราย ซาลิปันเต้ (Salipante, 2002 อ้างใน มัลลิกา โชติสินิล, 2548) ได้กล่าวถึงงานแบบสหสาขาวิชาชีพว่า เป็นการทำงานของหลายๆ ฝ่ายประกอบไปด้วยหลายๆ สาขาวิชาชีพ ในการทำงานร่วมกันดังกล่าวจำเป็นต้องเป็นที่ยอมรับนับถือและไว้วางใจซึ่งกันและกันในแต่ละด้านของความชำนาญในแต่ละบุคคลซึ่งมาทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยมีเป้าประสงค์เดียวกันคือเพื่อให้ประสบความสำเร็จ

มีการวิจัยหลายเรื่องที่แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ซัลท์ และคณะ (Sulth, D, et al, 2000: 1929-1931) ได้ทำการศึกษาทดลองแบบแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยที่กลุ่มควบคุมได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายแบบไม่มีแบบแผน และกลุ่มทดลองได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีแบบแผน พบว่ากลุ่มทดลองนั้นมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าและการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงน้อยกว่า

แลนซ์ฮอร์น และ ดันแคน (Langhorne & Duncan, 2001: 268-269) ได้ทำการศึกษากการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลจำนวน 1,412 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายแบบไม่ใช่ทีมสหสาขาวิชาชีพ และกลุ่มที่สองใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูร่างกายจากทีมสหสาขาวิชาชีพมีอัตราการ

เสียชีวิตน้อยกว่า และมีการพึ่งพาการดูแลจากครอบครัวหรือสถานพยาบาลน้อยกว่า และยังพบว่าการฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นยังสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

อย่างไรก็ตามแม้การศึกษาจะแสดงให้เห็นว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของ แอทวอลล์ (Atwal, A, 2006: 362-363) ที่ศึกษา การรับรู้ของพยาบาลในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลจำนวน 9 คน ซึ่งทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอีก 14 คน ในหอผู้ป่วยฉุกเฉินอายุรกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ พบว่าการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพเป็นหนึ่งในกระบวนการสำคัญในการบริหารงานและยังเป็นปัญหาที่มากที่สุดในการทำงาน เนื่องจากสหสาขาวิชาชีพต้องใช้ทักษะหลายๆ อย่าง ที่ไม่เพียงเกี่ยวข้องกับบทบาทของตัวเองเท่านั้น แต่ยังต้องมีความเข้าใจในบทบาทของวิชาชีพอื่นในทีมด้วย ผลการศึกษาพบว่า มีอุปสรรคที่ขัดขวางการทำงานเป็นทีม 3 เรื่อง คือ การรับรู้ที่แตกต่างกันของการทำงานเป็นทีม ระดับของทักษะในการทำงานเป็นทีมที่แตกต่างกัน และการมีอำนาจเหนือบุคลากรสุขภาพอื่นของแพทย์ขณะปฏิบัติงานร่วมกัน

จากแนวคิดสหสาขาวิชาชีพข้างต้น สรุปได้ว่าการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นเป็นแนวคิดที่สำคัญยิ่งต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว เนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูหายจากโรคและมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพนั้นมีความสำคัญในการปฏิบัติงานเพราะทำให้เกิดการปฏิบัติงานแบบประสานงาน (Coordinative) และแบบบูรณาการ (Integration)

บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวมาแล้ว พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง แต่การดูแลผู้ป่วยนั้นต้องร่วมมือกันในหลายสาขาวิชาชีพ คือ สหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นการทำงานโดยประสานความร่วมมือของบุคลากรที่มีประสบการณ์ และการทำงานในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแต่ละสาขาวิชาชีพมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. แพทย์ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติวิชาชีพที่ต้องกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับ การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายรวม รวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยา หรือ สสาร การสอดใส่วัตถุใดๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อการ

คุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม มาตรา 4 (สภาการพยาบาล, 2540) ดังนั้น แพทย์ คือวิชาชีพที่กระทำการตรวจวินิจฉัยโรค ประเมินปัญหา เพื่อให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจแก่ทั้งผู้ป่วยและญาติเมื่อมีเสื่อมหรือความพิการเกิดขึ้น

2. พยาบาล คือบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของโรค การฟื้นฟูของโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การให้การดูแลในด้านที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: 26-27) การประกอบวิชาชีพการพยาบาลนั้นยังหมายถึงการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการกระทำดังต่อไปนี้

2.1 การสอนการแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

2.2 การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การดูแลของโรค การฟื้นฟูสภาพ

2.3 การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค

2.4 ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะในการประเมินสุขภาพการวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล (มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2 (สภาการพยาบาล, 2540) สรุปได้ว่า พยาบาลคือ บุคลากรที่ประกอบวิชาชีพที่กระทำต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ญาติ โดยทำหน้าที่ในการดูแล ประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของโรค การฟื้นฟูของโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งการฝึกสอนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลผู้ป่วยด้วย

3. เกษัชกร คือ บุคลากรที่ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวกับการกระทำการในการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ของ การเลือกสรรยา การวิเคราะห์ยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงและจ่ายยาตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพบำบัดโรคสัตว์ รวมทั้งการดำเนินการปรุงยาและการขายยาตามกฎหมายว่าด้วยการจำหน่ายยา ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 (สภาเภสัชกรรม, 2537) ดังนั้น เกษัชกร คือ วิชาชีพที่ให้การดูแลเกี่ยวกับการเลือกสรรยา การควบคุมและประกันคุณภาพยาที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการใช้ยาที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องในการสื่อสาร เกษัชกรจึงมีหน้าที่ในการให้ความรู้เรื่องยาให้แก่ทั้งผู้ป่วยและญาติ

4. นักจิตวิทยาคลินิก คือ บุคลากรที่สำเร็จการศึกษาด้านจิตวิทยาสาขาจิตวิทยาคลินิก ซึ่งมีใบประกอบโรคศิลปะ และการปฏิบัติงานในสถานพยาบาลต่างๆ นักจิตวิทยาคลินิกเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้ให้การรักษาทางการแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกมีความสำคัญต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย เนื่องจากผู้พิการหรือผู้ที่สูญเสียสมรรถภาพทางกายย่อมมีสภาพทางใจแย่งลง หน้าที่ของนักจิตวิทยา คือ การประเมินด้วยแบบทดสอบต่างๆ ให้คำปรึกษาและการรักษาทางจิตวิทยาร่วมกับจิตแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการปรับสภาพจิตใจภายหลังเกิดความพิการได้ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรักษาพยาบาลแห่งวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก 2549 (สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย, 2549) ดังนั้น นักจิตวิทยาคลินิก คือ วิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ เพื่อให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ

5. นักกายภาพบำบัด คือ บุคลากรที่ประกอบวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจประเมินการวินิจฉัยและการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพของร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดหรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศโดยคำแนะนำของคณะกรรมการให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์ กายภาพบำบัด งานกายภาพบำบัดเกี่ยวข้องกับการดูแลบำบัดผู้ป่วยหลายภาวะ ได้แก่ ภาวะทางระบบโครงร่าง กล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ประสาทวิทยา เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การยศาสตร์ และอื่นๆ ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทั่วไปและด้านการป้องกันความบกพร่อง ความผิดปกติ ข้อจำกัด ภาวะแทรกซ้อน ในการเคลื่อนไหวตามภาวะสุขภาพของร่างกาย ปัญหาทางการแพทย์ เศรษฐกิจและสังคมตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด 2547 (สภากายภาพบำบัด, 2547) ดังนั้นนักกายภาพบำบัด คือ วิชาชีพที่ตรวจประเมินการวินิจฉัยและการบำบัดความบกพร่องในร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพของร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดหรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการบำบัด

6. นักโภชนาการ คือ บุคลากรที่มีหน้าที่วางแผนงาน เตรียมการกำหนดรายการอาหาร สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายหรือบุคคลทั่วไป ตั้งชื่อเครื่องมือและวัสดุในการปรุงอาหาร ควบคุมดูแล การประกอบอาหารและโภชนาการ โดยมีคุณสมบัติดังนี้ คือ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องอาหารและโภชนาการ และสามารถคำนวณคุณค่าทางอาหาร กำหนดและจัดรายการอาหารสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือบุคคลทั่วไป ให้คำแนะนำและแก้ปัญหาด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยหรือบุคคล

ทั่วไปให้มีสุขภาพดี (สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย, 2550) ดังนั้น นักโภชนาการ คือผู้ที่ทำหน้าที่ในการกำหนดรายการอาหาร ควบคุมดูแลการประกอบอาหารและโภชนาการ รวมทั้งให้คำแนะนำและแก้ปัญหาด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเป็นกลับซ้ำหรือเป็นโรคซ้ำซ้อนและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิตินั้นไม่สามารถทำได้เพียงใครคนใดคนหนึ่งหรือเพียงเฉพาะแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น แต่ต้องเป็นการร่วมมือกันในการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ซึ่งประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละบุคคลนั้นมีความหมายต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างมาก โดยแต่ละบุคคลอาจมีประสบการณ์ในการดูแลที่แตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกัน แต่สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องได้รับความร่วมมือกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการทบทวนวรรณกรรมเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความต้องการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจมาก เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเกิดพยาธิสภาพที่ระบบไหลเวียนของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2544: 374-378) โรคหลอดเลือดสมองจึงถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ ที่จะต้องอาศัยความรีบด่วนในการบำบัดรักษา ซึ่งไม่เพียงแต่การให้การรักษาหรือให้ยากับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ต้องประกอบด้วยการวินิจฉัยโรค การหาสาเหตุของโรคได้อย่างรวดเร็วทันทั่วทั้งแบบกรณีฉุกเฉินและรีบด่วน จึงจะทำให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดประสิทธิผลดี (นิพนธ์ พวงวรินทร์, และอคุลย์ วิริยเวชกุล อังใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544: 497)

ในส่วนของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งนี้แต่ละวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเต็มกำลังความสามารถ ตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพของตนเอง แต่การดูแลตามมาตรฐานของวิชาชีพของตนเองนั้นอาจไม่เพียงพอ เพราะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบของทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพจึงจำเป็นต้องร่วมมือกันและทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายอย่างสมบูรณ์แบบ ซึ่งในการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นอาจจะมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้นซึ่งอาจจะเป็น

ปัญหาเดิมที่เคยได้รับการแก้ไขแล้วหรือเป็นปัญหาที่ยังไม่มีวิธีแก้ไขหรือยังไม่ทราบว่าใครต้องเป็น
ผู้แก้ไข



Christian University of Thailand

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึก (Exploratory descriptive research) โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์การวิจัยจากเนื้อหาข้อมูลที่รวบรวมจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง

ลักษณะของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานอายุรกรรม โดยมีได้เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ ได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ซึ่งมีขนาด 430 เตียง ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โดยมีทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ โดยมีการประชุมปรึกษาร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เมื่อได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาแล้วจึงแจ้งแนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาให้กับหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ โดยจัดการประชุมขึ้นทุก 2 เดือน หรือกรณีที่มีปัญหาเร่งด่วนนั้นสามารถนัดประชุมปรึกษาได้ก่อนวาระการประชุมในแต่ละครั้ง ซึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง ผู้ทำการรักษา คือ อายุรแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก และผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา คือ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคกลาง ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมานานมากกว่า 10 ปี (รวมระยะเวลา การลาศึกษาต่อ) จากคาลกินส์โมเดล (Calkin's Model of advanced nursing practice) ซึ่งสรุปว่า การสั่งสมประสบการณ์และความรู้ในงานอาชีพจากผู้เริ่มต้นจนกระทั่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญในงาน อาชีพนั้นใช้เวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี (Ann, Hamric, Spross and Hanson, 2001: 42-43) ดังนั้นผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. อายุรแพทย์ 2 ราย
2. พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ราย และอายุรกรรมหญิง 1 ราย
3. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 ราย และอายุรกรรมหญิง 2 ราย
4. เกษัตริ์ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ราย
5. นักจิตวิทยาคลินิก 1 ราย
6. นักกายภาพบำบัด 1 ราย
7. นักโภชนาการ 1 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึกด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative methods) รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากผู้วิจัยซึ่งเป็น เครื่องมือที่สำคัญที่สุดของการวิจัยเชิงคุณภาพ ยังมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยอีก 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัว การอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. กรอบคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเครื่องมือที่สำคัญที่สุดคือ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานพยาบาลอายุรศาสตร์ของโรงพยาบาลแห่งนี้ และแนวทางการสัมภาษณ์ (Morse & Field, 1996: 75) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมการดังต่อไปนี้

1. ศึกษาความรู้ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือและข้อคำถามต่างๆ ให้มีความครอบคลุม ในประเด็นที่ต้องการศึกษาและตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. เตรียมความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึก โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตลอดจนกระบวนการวิจัยเพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุมปรากฏการณ์ที่ศึกษา

3. เตรียมความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษาและฝึกทักษะ การสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดทักษะในการตั้งคำถาม การฟัง การจับประเด็น การซักถามเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก การถอดเทปบันทึกเสียงเวลาสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล และนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องศึกษา

4. ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสร้างแนวทางในการสัมภาษณ์จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารต่างๆ แล้วนำไปทดลองสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 3 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขภายใต้คำแนะนำและการกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาขั้นแรก จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบพิจารณาข้อคิดเห็น แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยขอให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก) และขออนุญาตในการใช้เครื่องบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์และการจดบันทึกประเด็นสำคัญระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะยุติการสัมภาษณ์เมื่อใดก็ได้ ข้อมูล

ทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้เพื่อแจ้งขอศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียนถึงโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง โดยขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้และฝ่ายการพยาบาลตามลำดับ

2. คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล จากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตรงกับที่กำหนดไว้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 จัดบันทึกข้อมูล เอกสาร ประวัติและข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง โดยผู้ให้ข้อมูลกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่ห้องปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูลในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง และขออนุญาตในการสัมภาษณ์และบันทึกเทป ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นและอาจตั้งคำถามเพิ่มเติมตามความสอดคล้องกับการพูดคุยของผู้ให้ข้อมูลขณะให้สัมภาษณ์ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45- 60 นาที ขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล และจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ ขึ้นกับความอุ่มของข้อมูล

4. การจดบันทึกภาคสนาม (Field notes) กระจ่างไปพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์โดยการสรุปสั้นๆ ส่วนรายละเอียดนำมาเขียนบันทึกเพื่อขยายความตามที่ได้รับข้อมูลภายหลัง โดยการดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในวันเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงที่สุด

5. การแปลผลข้อมูลรายวัน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทป บันทึกเป็นข้อความเชิงบรรยายตามคำพูดอย่างละเอียด ตรวจสอบข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือยังไม่ครบถ้วนเตรียมนำไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป จนเมื่อพบว่าการอุ่มตัวของข้อมูลแล้วจึงปิดการสัมภาษณ์

6. การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับความเป็นจริง ด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ร่วมกับข้อมูลจากบันทึกภาคสนาม และตรวจสอบ

ความจริงโดยนำข้อมูลที่ได้อ่านมาตีความเบื้องต้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อ่านมาตีความไปตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกันโดยอ่านให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายฟังอีกครั้งก่อนสรุป เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าเป็นจริงและตรงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เป็นกระบวนการค้นหา ค้นคิด ต่อเนื่องตลอดการวิจัย แบ่งเป็น

1. การวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละวัน โดยหลังเก็บข้อมูลเสร็จแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้แต่ละวันมาทำการวิเคราะห์อีกครั้งเพื่อจัดระเบียบข้อมูล จัดหมวดหมู่ และตรวจสอบข้อมูลที่ได้อ่านพบความไม่ชัดเจน เติรียมคำถามเพื่อถามซ้ำอีกจนมีความชัดเจนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลหลังเก็บข้อมูลอิมตัวแล้ว ใช้การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยารูปแบบโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978 อ้างใน รจน์เพ็งแก้ว, 2551: 35) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

2.1 เริ่มจากการอ่านซ้ำหลายๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจในภาพรวมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Description of phenomena of interest by researcher)

2.2 เลือกประโยคหรือวลีที่มีความหมาย (Significant statement)

2.3 นำมาให้ความหมายเป็นข้อความที่กระชับขึ้นโดยยังคงความหมายเดิมไว้

(Formulated meaning)

2.4 ใส่หมายเลขและจัดกลุ่มให้เป็นหมวดหมู่ (Clustering)

2.5 พิจารณาตั้งเป็นประเด็นย่อย (Sub themes)

2.6 จัดหมวดหมู่ของประเด็นย่อยอีกครั้งแล้วตั้งเป็นประเด็นหลัก / ประเด็นสำคัญ

(Themes)

2.7 นำมาเรียงเป็นข้อความเรียงที่แสดงสาระสำคัญของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งหมดอย่างละเอียด (Essence content)

2.8 นำข้อความที่เขียนมาให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน หรืออ่านให้ผู้ให้ข้อมูลฟังอีกครั้งเพื่อที่จะตรวจสอบความถูกต้อง (Returning the subjects for validation descriptive) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลด้วย

2.9 กรณีที่มีข้อมูลใหม่ หรือการตีความที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยนำข้อมูลนั้นๆ มาแก้ไข เพื่อเพิ่มเติมให้ความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น (If new data are revealed during the validations incorporating them into exhaustive description)



Christian University of Thailand

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึก เก็บข้อมูลด้วยวิธีเชิงคุณภาพเพื่ออธิบาย ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพที่โรงพยาบาลทุติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคกลาง ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มบุคลากรทีมสหสาขา วิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง จำนวน 14 ราย ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และการสังเกตแบบไม่มีส่วน ร่วม นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ที่ได้เป็นสองส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาค กลาง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ จำนวน 14 ราย เป็นเพศชาย 3 ราย เพศหญิง 11 ราย มีอายุระหว่าง 34 ปี ถึง 57 ปี (เฉลี่ย 42.43ปี) ซึ่ง ประกอบด้วย แพทย์ 2 ราย พยาบาล 6 ราย เภสัชกร 3 ราย นักกายภาพบำบัด 1 ราย นักจิตวิทยา คลินิก 1 ราย นักโภชนาการ 1 ราย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 10 ปี สถานภาพสมรส 6 ราย โสด 8 ราย โดยมีรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล (N = 14)

รายชื่อ	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา	ประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	วิชาชีพ	เวลาในการ สัมภาษณ์ (นาที)	จำนวน ครั้งในการ สัมภาษณ์
1	หญิง	42	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	20 ปี	พยาบาล 1	32	1
2	หญิง	35	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	13 ปี	พยาบาล 2	35	1
3	หญิง	43	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	23 ปี	พยาบาล 3	30	1
4	หญิง	48	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	26 ปี	พยาบาล 4	41	1
					(หัวหน้าหอผู้ป่วย)		
5	หญิง	44	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่นสูง	22 ปี	พยาบาล 5	58	1
6	หญิง	52	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	30 ปี	พยาบาล 6	31	1
					(หัวหน้าหอผู้ป่วย)		
		อายุเฉลี่ย 44 ปี		ประสบการณ์เฉลี่ย 22 ปี			
7	ชาย	57	แพทยศาสตรบัณฑิต ด้านเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์ทั่วไป	31 ปี	อายุรแพทย์ 1	33	1
8	ชาย	44	แพทยศาสตรบัณฑิต ด้านเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์ทั่วไป	15 ปี	อายุรแพทย์ 2	29	1
		อายุเฉลี่ย 50.5 ปี		ประสบการณ์เฉลี่ย 23 ปี			
9	หญิง	34	เภสัชศาสตรบัณฑิต	11 ปี	เภสัชกร 1	28	1
10	หญิง	37	เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก	13 ปี	เภสัชกร 2	32	1
11	หญิง	43	เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมชุมชน	19 ปี	เภสัชกร 3	31	1
		อายุเฉลี่ย 38 ปี		ประสบการณ์เฉลี่ย 14 ปี			
12	ชาย	42	จิตวิทยาคลินิก	16 ปี	นักจิตวิทยาคลินิก	57	1
13	หญิง	35	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขากายภาพบำบัด	13 ปี	นักกายภาพบำบัด	39	1
14	หญิง	38	อาหารและโภชนาการ สาขาคหกรรมศาสตร์	16 ปี	นักโภชนาการ	29	1
		อายุเฉลี่ยรวม 42.43 ปี		ประสบการณ์เฉลี่ยรวม 19 ปี			

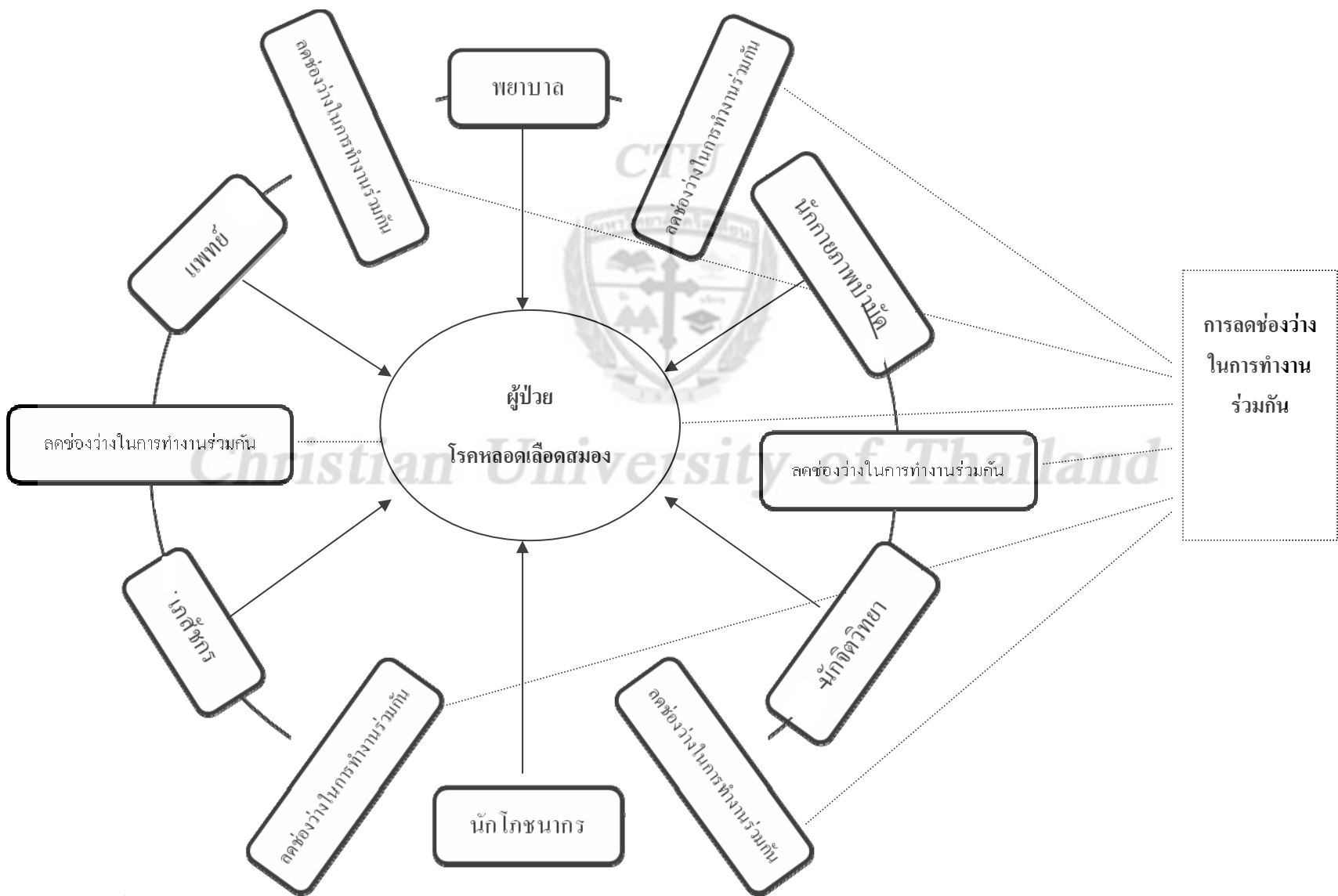
จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 14 ราย แบ่งได้เป็น 6 วิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพ 6 ราย ประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 รายและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ราย

สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลบาลผู้ใหญ่ 1 ราย และอีก 3 รายเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แพทย์ 2 ราย ซึ่งแพทย์ทั้งสองรายสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิปริญญาตรีทั่วไป เกษชกร 3 ราย รายที่ 1 สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต รายที่ 2 สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมชุมชน และรายที่ 3 สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก นักจิตวิทยาคลินิกสำเร็จการศึกษาสาขาจิตวิทยาคลินิก นักกายภาพบำบัด 1 ราย สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด และนักโภชนาการซึ่งสำเร็จการศึกษาอาหารและโภชนาการ สาขาคหกรรมศาสตร์ ซึ่งบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพทั้ง 14 ราย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 19 ปี

CTU

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพทั้ง 14 ราย ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ ประกอบด้วย 1) การประสบปัญหาและอุปสรรคในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การแสดงบทบาทของแต่ละวิชาชีพในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การมีช่องว่างของการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) ข้อเสนอแนะในการลดช่องว่างของการทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่ครบวงจร โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล (ดังแผนภาพที่ 2) โดยอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้



ตารางที่ 2 : ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของของทีมงานสาขาวิชาชีพ

1. การประสบปัญหาและอุปสรรคในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการรวบรวมข้อมูลในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล สรุปได้ว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมักประสบปัญหาและอุปสรรคในการประเมินปัญหาผู้ป่วย ลักษณะปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ การให้ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นจึงอาจคลุมเครือและสับสนส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคหรือให้การรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า ลักษณะของพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน ทำให้ต้องได้รับการรักษาที่ต่างกันและต้องรวดเร็วทันทั่วทั้งที่ อีกทั้งระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยก็มีความเกี่ยวข้องและนำไปสู่ปัญหาของการรักษาผู้ป่วยได้ ดังข้อมูลที่ได้ดังนี้

“ปัญหาที่คือการวินิจฉัยช้าไป คนไข้พวกนี้มาบางทีให้ประวัติไม่ชัดเจนหรือให้ประวัติไม่ได้หรืองงหัวสับสนหรือบางทีไม่มีญาติ ญาติไม่ร่วมมือจะมีปัญหาที่คือหนึ่งวินิจฉัยช้า ก็คือพอ (ผู้ป่วย) มาแล้วแทนที่จะสั่ง CT Brain (Computer Tomography Brain : การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง) ได้เร็ว ในคน (ไข้) ที่เป็นไม่หนักนะ” “บางทีก็คือ (คนไข้) มาแล้วแต่คือการวินิจฉัยอาจจะช้าไป แล้วก็บางที Brain (สมอง) มันบวมแล้ว มันหนักแล้ว อันนี้ก็คือการให้ประวัติไม่ดี ประวัติน่าถูกถ้าประวัติไม่ดีแล้ว Diagnosis (การวินิจฉัยโรค) ช้า ทำให้ปัญหา (ในการวินิจฉัยและรักษา) มันมีได้มาก” (แพทย์ 1)

“ซึ่งการรักษาก็ไม่เหมือนกันระหว่าง Infarct (เนื้อสมองตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง) และ Hemorrhage (เส้นเลือดในสมองแตก) จะแบ่งเป็นน้อยหรือว่าเป็น หรือเป็นมากจนกระทั่งมีโรคแทรกซ้อนแล้ว เช่น มีสมองบวมคนไข้พวกนี้ก็มีโอกาสตาย ดังนั้นการดูแลต่างๆ ก็ไม่เหมือนกัน อย่างเช่นพวกเป็น Infarction จาก Brain stem (ก้านสมอง) หรือพวก Cerebral infarction (เนื้อสมองตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง) (แพทย์ 1)

“คนไข้ที่มีพยาธิสภาพที่ใดที่หนึ่งหรือบางส่วน เช่น ลิ้นแข็งพูดไม่ชัดแต่สามารถเดินได้แขนขาที่ยังพอที่จะขยับได้บ้าง แล้วก็จะมีในเรื่องของความพร่องที่จะแตกต่างจากคนไข้ที่แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรงทั้งหมดหรือเป็นทั้งสองข้าง” (พยาบาล 5)

“ส่วนที่มีปัญหาอีกทีที่ระบบนะ คือที่มองว่าทำไมไม่ไป CT เลยพอเข้ามา Ward มันเป็นที่ระบบ ก็คือยุ่งยากอีกอย่างหมอบอกที่อยู่งานนอกก็เนาะเองง่ายเข้าว่า Admit (การให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล) ไปก่อนแล้วให้ Ward ทำ ให้ Ward ทำ (CT Brain) ถามว่ายุงยากไหม ช่างนอกนี่ก็ยากอีกอย่างหนึ่งคือเราไม่มีหมอบเฉพาะทางเลยอย่าง ER (Emergency room = ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) นี่ไม่เคยจะเป็นหมอบ Med (อายุรแพทย์) ไปอยู่เลย (พยาบาล 1)

“ส่วนใหญ่คนไข้จะมีการรับรู้ลดลงและคนไข้ต้องมีการใช้ยาหลายอย่างหลายตัวและวิธีการใช้ก็หลากหลาย คนไข้ก็อาจจะมีปัญหาเรื่องการใช้ยาไม่ถูกต้องจะมีปัญหาเมื่อเทียบกับคนไข้กลุ่มอื่น” (เกศขจร 3)

“ถ้ามีการ Consult (การปรึกษาระหว่างสหสาขาวิชาชีพ) คร่าวๆเราจะต้องดู Chart (เวชระเบียนผู้ป่วย) อย่างละเอียดว่าเคส (ผู้ป่วย) ที่ consult ผู้ป่วยเป็นอะไร Diagnosis ทางกายภาพก็จะ เป็น CVA (Cerebrovascular accident = โรคหลอดเลือดสมอง) Left hemiplegia (การมีแขนขาซีก ซ้ายอ่อนแรง) , Right hemiplegia (การมีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง) Diagnosis ก็จะเป็นแบบนี้ แต่เราก็ ต้องไปดูก่อนว่าเคส (ผู้ป่วย) นี้ได้ CT Brain ไหม แล้วการที่ CT Brain ก็ต้องดูอีกว่าคนไข้มี Infarct ที่ไหนหรือ hemorrhage ที่ไหน คือเราก็ต้องดู (ผล) CT Brain ส่วนหนึ่งดู Diagnosis แพทย์ร่วมด้วย ว่าแพทย์สันนิษฐานว่ามีพยาธิสภาพของคนไข้เคส (ผู้ป่วย) นี้เกิดขึ้นที่ไหนเพราะมีผลต่อการฝึกของ เราพอสมควรเพราะว่าอย่างในรายที่มัน Hemorrhage มีการแตกไปแล้วมันมีผลต่อ Progression (ความก้าวหน้าในการฝึกกายภาพบำบัด) ต่อการฝึกของเราเหมือนกัน” (นักกายภาพบำบัด)

จากการสัมภาษณ์พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยและญาติได้ก่อน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองส่งผลให้มีความ บกพร่องด้านการสื่อสาร การให้ประวัติคลุมเครือไม่ชัดเจน ประกอบกับญาติไม่ทราบประวัติผู้ป่วย ทำให้การวินิจฉัยโรคทำได้ยากขึ้น

2. การแสดงบทบาทของแต่ละวิชาชีพในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งนี้ให้การดูแล รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามขอบเขตวิชาชีพและบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มกำลังความสามารถ โดยแพทย์ตรวจ วินิจฉัยโรคให้การบำบัดรักษา ป้องกันการเกิดโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แก่ผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง พยาบาลให้การดูแลและรักษาภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์รวมทั้งการฝึกทักษะ ที่จำเป็นและเตรียมความพร้อมให้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งติดตามประเมินผลการ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกศขจรทำหน้าที่ควบคุมการใช้ยาภายใต้การควบคุมของแพทย์และให้ ความรู้ในการใช้ยาซึ่งมีความสำคัญมากกับผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับรู้ และการสื่อสาร นักจิตวิทยาคลินิกประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติเพื่อให้ การดูแล วินิจฉัยและบำบัดรักษาด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ นักกายภาพบำบัดตรวจประเมินและ การบำบัดความบกพร่องในร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเคลื่อนไหวผิดปกติ การ

ป้องกัน การแก้ไข และการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพของร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดหรือเครื่องมือ อุปกรณ์ในการบำบัด ภายใต้การควบคุมของแพทย์ นักโภชนาการทำหน้าที่ในการควบคุมควบคุมดูแลการประกอบอาหาร กำหนดรายการอาหาร และ โภชนาการรวมทั้งให้คำแนะนำและแก้ปัญหาด้าน โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ

จากการที่สหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ของตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเต็มความสามารถ แต่ขาดการประสานงานกันเป็นทีมเปรียบเสมือนการทำงานที่ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเอง แต่การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสหสาขาวิชาชีพไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ดังนั้นการประสานงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและญาติร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยและได้รับการดูแลครบถ้วนสมบูรณ์อย่างแท้จริง

2.1 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของแพทย์

2.1.1 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของแพทย์

หน้าที่หลักของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ การวินิจฉัยและรักษาแต่ยังมีหน้าที่อื่นที่นอกเหนือจากนั้นคือประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยร่วมกัน แต่การดูแลผู้ป่วยนั้นยังมีอุปสรรคที่แอบแฝงอยู่ด้วยเช่นกัน

“ของแพทย์ตามหลักก็มีการวินิจฉัยและการรักษา ถ้าเป็นเรื่องของ Stroke (โรคหลอดเลือดสมอง) หนึ่งต้องดูว่าเป็นจริงหรือไม่ ถ้าสงสัยถึงจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Stroke ก็ต้องมาด้วย Clinical (อาการแสดงของโรค) ที่เข้าได้กับ Stroke และสงสัยว่าจะเป็น Stroke แล้วเพื่อที่จะเตรียมการวินิจฉัยต่อ” “เราสงสัยเราตรวจแล้วมีแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งหรือมีเกร็งกระตุกซึ่งเกิดขึ้นมาฉับพลันพวกนี้แหละ เราก็สงสัยว่าพวกนี้มีอาการทางระบบประสาทวิทยาแล้วเราสงสัย Stroke ไม่ว่าจะเกิดกับสมองใหญ่หรือสมองน้อย หรือก้านสมองก็ตาม สงสัยตรงไหนเราก็ต้องส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย ที่นี้การวินิจฉัยตาม Standard (มาตรฐาน) ของมันก็ต้องส่งเอกซเรย์สมองดู ถ้าเอกซเรย์ จะชัดเจนว่าเป็นแบบไหน วินิจฉัยแยกโรคดูว่าจริงไหม” “และ Hemorrhage จะแบ่งเป็นน้อยหรือว่าเป็นมาก เคี้ยวนี้เขาจะแบ่งเป็นน้อยกับเป็นมากด้วย หรือเป็นมากจนกระทั่งมีโรคแทรกซ้อนแล้วเช่นมีสมองบวมคนไข้พวกนี้ก็มีโอกาสตายดังนั้นการดูแลต่างๆ ก็ไม่เหมือนกัน อย่างเช่นพวกเป็น Infarction จาก Brain stem หรือพวก Cerebella infarction ต้องดูแลใกล้ชิดต้องดูแลโดยประสาทแพทย์ ที่นี้ของ (โรงพยาบาล) เราไม่มีเรา (แพทย์) ก็ทำหน้าที่คล้ายๆ อย่างนั้นไป ถ้าคนไข้สามารถที่จะส่งตัว (เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า) ได้ เราควรส่งไปให้ประสาทวิทยาผ่าดูจะดีกว่า” (แพทย์ 1)

“ก็มีด้านการวินิจฉัยและการรักษา และการถ่ายภาพบำบัดอาจจะไม่ใช่หน้าที่โดยตรง แต่เราต้องเป็นคนส่งให้ถ่ายภาพบำบัด เราต้องประสานกับทีมงาน และตอนนี้เราก็ต้อง *consult* จิตเวชด้วย คนไข้ที่มาอาจจะเป็นไม่มากก็น้อย อาจจะมีเรื่องแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ได้ ถ้า *discharge* (การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน) ก็อาจจะมีปัญหาอย่างอื่นด้วยต้องใช้เวลา ในช่วงนี้คนไข้ อาจจะมีปัญหาซึมเศร้าได้” (แพทย์ 2)

2.1.2 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของแพทย์

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้จากการ ชักประวัติจากผู้ป่วยหรือญาติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ รวมทั้งการตรวจพิเศษทางรังสีต่างๆ แต่การชักประวัตินั้น เป็นการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การตรวจต่างๆ เพิ่มเติม หากการชักประวัตินั้นไม่สามารถทำได้อย่างครบถ้วน ทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ยากขึ้น

“คือมีปัญหาก็คือการวินิจฉัยช้าไป คนไข้พวกนี้มันมาบางทีแล้วให้ประวัติไม่ชัดเจน หรือให้ประวัติไม่ได้หรือหงหัวสลิ้มสลิ้อหรือบางทีไม่มีญาติ ญาติไม่ร่วมมือจะมีปัญหาก็คือ วินิจฉัยเนี่ยช้า” (แพทย์ 1)

จากการสัมภาษณ์พบว่าบทบาทของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยโรค การรักษาและประสานทีมที่เกี่ยวข้อง มีอุปสรรคที่เกิดขึ้นคือการวินิจฉัยโรค บางครั้งไม่ชัดเจนต้องใช้การ CT Brain (Computer Tomography Brain : เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง) ช่วย แต่ได้รับการตรวจล่าช้า และเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่มีประสาทแพทย์ทำให้การดูแลรักษาอาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร สำหรับการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพต้องมีการแบ่งตามสภาพความรุนแรงของโรคและการปรับตัวของผู้ป่วยร่วมด้วย

2.2 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของพยาบาล

2.2.1 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของพยาบาล

ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับต้องใช้แบบแผนการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ว่าจะอยู่ในหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร หรือสมาชิกในเวร จึงเริ่มต้นงานโดยการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล กำหนดปัญหาให้ได้ วางแผนการพยาบาลแล้วนำไปปฏิบัติ และติดตามประเมินผลการพยาบาล

“ถ้าพูดถึงพยาบาลมันก็จะมียหลายบทบาทมี *Head* (หัวหน้าหอผู้ป่วย) มี *Sub-head* (รองหัวหน้าหอผู้ป่วย) *Leader* (พยาบาลหัวหน้าทีมในเวร) *Member* (พยาบาลสมาชิกทีมในเวร) และหัวหน้าเวร ทีนี้พี่ก็เป็น *Sub-head* แล้วก็เอาหน้าที่ *Sub-head* ก่อนแล้วกันนะที่ได้อยู่ก็คือเอาตั้งแต่รับเวรเลยเราก็จะดูว่าในกรณีที่มีโรคหลอดเลือดสมองมาเราก็จะมีการกระตุ้นให้หน่อย (พยาบาลใน

เวร) ทำตาม Routine (เป็นประจำ) ของ Ward (หอผู้ป่วย) ว่า ต้องมีการประเมินการกลืนก่อนว่าทำหรือยัง เพราะอันนี้ถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ” (พยาบาล 1)

“ส่วนถ้ำลง (รับน้ำที่) มาเป็นหัวหน้าเวรเมื่อไรก็ตามมีเคส (ผู้ป่วย) เหล่านี้มาพี่ก็จะบอกเลยว่าอันแรกพี่ขอให้ประเมินการกลืนเลยแล้วก็ทำแบบประเมินลง Chart (เวชระเบียนผู้ป่วย) เลยจะได้ดูว่าคนไข้กินได้กินไม่ได้จะได้รายงานหมออีกทีหนึ่ง แต่ถ้าวันไหนก็ตามวันที่เป็น Leader หรือ Member ก็จะไปทำ (ทดสอบการกลืน) เลยโดยไม่ต้องบอกให้พี่เค้าทำเราก็จะดูแลตามขั้นตอนการดูแล ถ้าประเมินว่าได้เราก็ให้คนไข้กินได้เลย แต่ถ้าประเมินว่าไม่ได้ก็จะใส่ NG (Nasogastric tube: สายยางให้อาหาร) เพราะที่นี้หมอเค้าก็จะโอเคนะว่าถ้าคนไข้กินไม่ได้เราก็ใส่ NG รอเค้าได้ แล้วค่อยรายงานซ้ำอีกทีก็ได้” (พยาบาล 1)

“แรกรับพยาบาลต้องประเมินให้ได้ตั้งแต่แรกรับ และต้องประเมินคนดูแล ตั้งแต่แรก แต่ถ้าหากไม่ได้เราก็ต้องประสานงานขอให้คนอื่นมาช่วยหากคนดูแล ก็คือเป็นเรื่องของการวางแผนชะส่วนใหญ่” “ส่วนในเรื่องของการพยาบาลจะมีการใช้ Care map (Care multidisciplinary approach plan : แบบแผนการดูแลผู้ป่วย) วางไว้อยู่แล้วนะแต่ก็ต้องขอความเห็นจากแพทย์ทุกครั้งในการปฏิบัติตาม Care map แต่ละวัน” “แต่ถ้าเป็นเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะเป็นเรื่องของการพยาบาล แล้วก็จะเป็นเรื่องของการให้การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ตามการรักษาของแพทย์” “เมื่อก่อนเราจะฝึกญาติเพื่อสอนแต่ด้วยภาระงานเราจะฝึกญาติตั้งแต่แรกๆ การตีความหมายวิถีชีวิตมันเปลี่ยนไป อย่างคนสมัยก่อนก็จะฝึกๆ เตรียมแต่สมัยนี้เค้าคิดว่าเราลัทธิภาระให้เค้า (ญาติ) ก็จะเกิดปัญหาเรื่องการฟ้องร้องตามมา” “เพราะฉะนั้นการเตรียมคนไข้มันก็เป็นบทบาทหนึ่งที่เราจะเตรียมคนไข้ให้ได้ แต่ว่าจะไปทำยังไงที่ไม่ให้ไปกระทบกับคนอื่นในเรื่องของบทบาทที่ญาติเขาต้องมาเพิ่มตรงนี้” (พยาบาล 2)

“ไม่ว่าจะเป็น Head (หัวหน้าหอผู้ป่วย) Sub-head (รองหัวหน้าหอผู้ป่วย) Leader (พยาบาลหัวหน้าทีมในเวร) Member (พยาบาลสมาชิกทีมในเวร) และหัวหน้าเวร สามารถที่จะประสานแพทย์ ประสาน APN (Advance practice nurse : พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคหลอดเลือดสมอง) ที่นี้ APN ของเรา (โรงพยาบาล) ไม่อยู่แล้วเราก็จะประสานพวก APN โรคประจำตัวของผู้ป่วยอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดัน หรือนักโภชนาการที่จะประสานสองอย่างถ้าคนไข้สามารถกินเองเราก็จะตามเค้ามาสอนที่เตียงเพื่อให้เค้ามาดูว่าอาหารอะไรที่เหมาะสมกับคนไข้คนนี้” (พยาบาล 1)

“บทบาทในการดูแลผู้ป่วย Stroke ก็เริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพคนไข้ตั้งแต่แรกรับว่าคนไข้มีการเปลี่ยนแปลงยังไง แล้วก็วางแผนที่จะให้การพยาบาลเค้า การพยาบาลก็มีการพยาบาลเฉพาะหน้า และการพยาบาลในแต่ละเวร เราก็ต้องดูปัญหาที่เราจะเตรียมวางแผนจำหน่ายเค้าด้วยทั้ง

คนไข้และญาติ แล้วก็ดูแลเค้าจนเค้าพร้อมจนจำหน่าย ดูแลส่งต่อไป *Discharge plan* (การวางแผน การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน) ไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป” (พยาบาล 3)

“เราก็เน้นไปที่การวางแผนการทำงานว่าให้ดูแลครอบคลุมว่าคนไข้สามารถที่จะ กลับไปอยู่ที่บ้าน โดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่จะกลับมาโรงพยาบาลหรือเน้นในเรื่องของผู้ดูแลนั้นก็ คืออันที่ 1 ก็คือต้องค้นหาผู้ดูแลที่จะไปดูแลคนไข้ที่บ้านและก็ให้เขามาฝึกในเรื่องของการดูแลคนไข้ เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัว การบริหารร่างกาย และจะมีการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแล เช่น นักกายภาพบำบัด เข้ามาร่วมใน เรื่องของการสอนการบริหารร่างกาย นักโภชนาการก็จะมาในเรื่องของพวกการได้รับอาหาร ซึ่ง ส่วนใหญ่พวกผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรับประทานอาหารเองไม่ได้นะ ส่วนใหญ่ก็จะใช้ให้อาหารทาง สายยางเพราะฉะนั้นตรงนี้พยาบาลก็ต้องมีการสอนญาติที่ดูแลให้สามารถที่จะให้อาหารเองก็ได้รับ การสนับสนุนจากโรงคริวถ้าเกิดญาติเขามีปัญหาในเรื่องของการทำเตรียมอาหารเอง (พยาบาล 4)

“บทบาทของพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็มีเรื่องการประเมินความ รุนแรงหรือสาเหตุของการเกิดว่ามันเกิดจากอะไร มีความรุนแรงมากน้อยแค่ไหนส่งผลกับ ความสามารถของคนไข้อย่างไรของการมีกิจกรรมหรือการคงอยู่ แล้วก็บทบาทของพยาบาลโดยตรง ของการดูแลคนไข้กลุ่มนี้ก็คือในเรื่องของการดูแล การฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถที่จะอยู่ในสังคม ได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยการดูแลของพยาบาลจะครอบคลุมทางด้านร่างกายและ ด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ เศรษฐกิจทั้งหมด จะเป็นบทบาทที่ใกล้ชิดกับคนไข้มากที่สุด และจะต้อง ทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน สหสาขาวิชาชีพในเรื่องของการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพราะว่าพยาบาลต้องอยู่กับ คนไข้ 24 ชม. แล้วก็จะต้องติดตามว่าสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไรมีความก้าวหน้าหรือ ผู้ป่วยตอบสนองต่อการดูแลของพยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานของ งานเราอย่างไร” (พยาบาล 5)

“เรื่องของการประเมินสภาพคนไข้มันจะไม่มีปัญหาเนื่องจากว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจ วินิจฉัยอย่างเหมาะสม เช่น การ *CT scan* ทำได้รวดเร็วทำให้เรารู้ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง ส่วนในเรื่อง ของการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการใช่ *โคมาสกอร์* (แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว) ซึ่งดูทั้ง *Neuro signs* (สัญญาณระบบประสาท) และ *Motor power* (กำลังของกล้ามเนื้อ) ร่วมกันก็จะทำให้ เราสามารถประเมินผู้ป่วยได้ว่า หนึ่งมีความพร้อมในเรื่องของการดำรงชีวิตอยู่ในส่วนใดบ้าง หรือการ เปลี่ยนแปลงสมรรถนะจากพยาธิสภาพตรงไหนและสองมีความลดลงในความสามารถในการดูแล ตนเอง *ADL* (*Activity of daily living* : แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง) นะ คนไข้ที่มีพยาธิสภาพที่ใดที่หนึ่งหรือบางส่วน เช่น ลิ้นแข็งพูดไม่ชัดแต่สามารถเดินได้ แขนขาข้างพอที่จะขยับได้บ้าง แล้วก็จะมีส่วนในเรื่องของความพร้อมที่จะแตกต่างจากคนไข้ที่แขนขาซีก

โคซิกหนึ่งอ่อนแรงทั้งหมดหรือเป็นทั้งสองข้าง ที่นี้ในเรื่องของการประเมินคนไข้ถ้าเราประเมินถึงสภาพพยาธิสภาพ ปัญหาแล้วก็ประเมินสภาพของคนไข้ได้ การที่เราจะให้การดูแลเค้าอย่างเหมาะสมก็จะเกิดขึ้นตามมา เช่นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยเราก็จะต้องใช้ระบบทดแทนทั้งหมด โดยญาติหรือผู้ดูแลเราก็จะต้องค้นหาผู้ดูแลที่จะต้องช่วยดูแลแล้วก็ฝึกทักษะ” “สอง ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ซีกโคซิกหนึ่งเราก็ต้องฝึกทั้งผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพ และก็ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และถ้าหากว่าผู้ป่วยมีแค่บางส่วนเช่นในเรื่องของการพูดก็อาจจะฝึกในเรื่องของการพูดโดยประสานนักกายภาพบำบัดเข้ามามีส่วนร่วม ในเรื่องของการฟื้นฟูผู้ป่วยไม่ว่าจะมีพยาธิสภาพมากน้อยแค่ไหนจะต้องดูทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ป่วยร่วมกัน โดยพยาบาลส่วนหนึ่งและทำหน้าที่ประสานสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้นของผู้ป่วยแต่ละรายตามระดับของปัญหาที่เกิดขึ้น” (พยาบาล 5)

“ในบทบาทของพยาบาลแก้ไขโดย *Psycho support* (การดูแลด้านจิตใจ) ทั้งผู้ป่วยและญาติ แล้วก็ฝึกทักษะจากระดับง่ายไปสู่ยาก โดยให้ความช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลาไม่ละทิ้งหรือไม่ทำให้เค้ารู้สึกว่าเป็นภาระแต่ให้เค้าคิดว่านี่คือสิ่งที่มีคุณค่าในการที่เค้าจะได้ทำอย่างเต็มที่ เค้าได้เรียนรู้ เป็นประสบการณ์ใหม่ที่จะเกิดประโยชน์กับเค้าและผู้ป่วย ให้เค้าเห็นคุณค่าในสิ่งที่ต้องปฏิบัติไม่ใช่ภาระ แล้วก็เป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยได้ตลอดเวลาในการติดตามและประเมินผลหลังจากที่เราให้คำแนะนำในการฝึกทักษะด้วยอันนี้เราเรียกว่าการมีส่วนร่วม ไม่ใช่เราไปยื่นทำกันแล้วญาติก็ยืนมองดูโดยเค้าก็ไม่รู้ว่าเราทำอะไร เพราะฉะนั้นพยาบาลต้องให้ข้อมูลก่อนที่จะทำอะไรให้คนไข้ ขออนุญาตก่อน บอกก่อน ชี้แจงก่อนฝึกทักษะทุกครั้ง อยู่ด้วยช่วยกัน แล้วต่อไปเราถึงจะเป็นผู้ดูแลเค้าปฏิบัติได้ไหม เราเรียกว่าเป็นการฝึกปฏิบัติการย้อนกลับหรือว่าฝึกทักษะแบบสาธิตย้อนกลับให้เราดูก่อนที่เราจะให้เค้าสาธิตให้ดูเราต้องร่วมทำกับเค้าก่อน โดยเริ่มฝึกจากง่ายไปหายาก เรื่องที่ง่ายที่สุดก็คือเรื่องของการเช็ดตัวเพราะว่าทุกคนต้องอาบน้ำเช็ดตัว เราก็ต้องพูดถึงสุขวิทยาส่วนบุคคลก่อนแล้วเราก็พูดถึงในสิ่งที่เค้าเป็นกังวลก็คือเรื่องอาการผิดปกติ ซึมลง สะอึก มีไข้ ตัวร้อน เราต้องให้ดูในสิ่งที่มันเป็นเรื่องที่ง่ายเป็นชีวิตประจำวัน กับสิ่งที่เค้าเป็นกังวลคืออาการเปลี่ยนแปลง เราก็สอนเค้าไปที่ละอย่างสองอย่าง แล้วก็ค่อยเพิ่มขึ้นเรื่อย นั่นคือวิธีการ ถ้าเราให้คนไข้ทำเองให้ญาติทำเอง เค้าก็จะรู้สึกว่าเป็นภาระและไม่มั่นใจว่าถูกหรือไม่ถูกทำที่สุดก็จะเป็นความเบื่อหน่ายและคนไข้ถูกทอดทิ้ง” (พยาบาล 5)

“อย่าง (บทบาท) พยาบาลจะต้องแสดงถึง 4 บทบาทนะ ในเรื่องของการที่จะดูแลรักษาอย่างมีคนไข้มา (โรงพยาบาล) เราดูแลรักษาได้แต่ในขณะเดียวกันอีก 3 บทบาทที่จะต้องแสดง บทบาทส่งเสริม ฟื้นฟู ป้องกัน อีก 3 บทบาท พี่ว่ายังแสดงน้อยนะ แสดงไม่จริงจังไม่จริงใจ เพราะเราไปมุ่งแต่การเอา *Treatment* (กิจกรรมเกี่ยวกับการรักษา) เข้ามาเป็นส่วนใหญ่สำคัญของงาน เรา

คิดแต่ว่า Treatment ทางการรักษาทางการแพทย์เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้คนไข้ได้ออกจากตึก (หอผู้ป่วย) เราไปได้เร็วที่สุด แต่จริงแล้วเรากลับลืมน้ำที่นั่นไปในเรื่องของบทบาทฟื้นฟู ส่งเสริมป้องกัน นี่คือพยาบาลนะตัวปัจจัยเลยนะ” (พยาบาล 6)

“แต่ถ้ามีเงินจ้างพี่ก็มีเครือข่าย Care giver อยู่ถ้ามีเงินจ้างเราก็มีให้ แต่ถ้าถามว่าญาติไม่มาดูแลก็กลับไม่ทำที่บ้านไม่ได้ แต่ก็ส่วนใหญ่เราก็จะตามจนกว่าจะมีญาติมา ตามถึงสถานีอนามัยตามจนแบบให้สถานีอนามัยตามมาจนได้ ถึงจะปล่อยกลับเพราะฉะนั้นที่นี้จะไม่มีเคสค้างถึงยังงี้ก็ต้องตามให้ได้เอาญาติมาให้ได้ก็จะดีตรงนี้อย่าง สถานีอนามัยก็ดีก็จะให้ความร่วมมือตรงนี้ดี” (พยาบาล 1)

“ต้องประเมินคนดูแล (ผู้ป่วย) ตั้งแต่แรก แต่ถ้าหากไม่ได้เราก็ต้องประสานงานขอให้คน (หน่วยงาน) อื่นมาช่วยหากดูแล” (พยาบาล 2)

“เราก็ต้องดูปัญหาที่เราจะเตรียมวางแผนจำหน่ายเค้าด้วยทั้งคนไข้และญาติ แล้วก็ดูแลเค้าจนเค้าพร้อมจำหน่าย ดูแลส่งต่อไป Discharge plan ไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป” (พยาบาล 3)

“ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยเราก็จะต้องใช้ระบบทดแทนทั้งหมดโดยญาติหรือผู้ดูแลเราก็จะต้องค้นหาผู้ดูแลที่จะต้องช่วยดูแลแล้วก็ฝึกทักษะ และในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ซิกไดซิกหนึ่งเราก็จะต้องฝึกทั้งผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพและก็ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม” (พยาบาล 5)

“คนไข้โรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาเรื่องการรับรู้ แต่ว่าเวลาที่เราจะดูแลคนไข้โรคหลอดเลือดสมองคงจะใช้เฉพาะตัวผู้ป่วยเองไม่ได้คงจะต้องใช้ญาติด้วย ญาติในที่นี้หมายถึงผู้ดูแลนะ Care giver (ผู้ดูแลผู้ป่วย) นะ เวลาเรา (พยาบาล) ดูแลคนไข้เรา คุณคนเดียวไม่ได้ต้องร่วมกันระหว่างเราและผู้ดูแลนี้ในฐานะบทบาทมุมมองในฐานะพยาบาลนะ” (พยาบาล 6)

“ถ้าเป็นคนไข้ที่ Weak ข้างเดียว เราไม่เคยถามเรื่องปลีกย่อยแล้วไม่เคยกระตุ้นคนไข้ว่าเค้าต้องทำยังไง (เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน)” (พยาบาล 2)

“บางคนก็มาที่นี้เลย เมื่อเข้าก็มีมาบอกสถานีอนามัยเลยนะว่าช่วยตามหน่อยให้อุ้ม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ไปตามหน่อยเพราะเงินเดือนก็มีช่วยไปดูหน่อยว่าบ้านนี้สามมีเป็น CVA weak ข้างหนึ่งอยู่แล้ว แล้วภรรยาที่เป็น CVA มาอนโรงพยาบาล แต่เคสนี้เป็น CVA มา 5 – 6 ปี ที่แล้วแต่สถานีอนามัยก็ไม่รู้เลยว่าคนไข้เป็น CVA แล้วมารอบนี้เป็นมากกว่าเดิมแล้วเดินไม่ได้ ต้อง Feed อาหารแล้วสามมีก็เป็น CVA อยู่แล้วอย่างนี้ Feed ก็ไม่ได้ Feed แค่มือเดียวจนแทบจะเอาคอกไปบีบกับ Syringe อยู่แล้วแต่ลุงเขายังคินะ ยังพยายามทำอย่างนี้ ซึ่งเราก็โทรกระตุ้นตามสถานีอนามัยแล้วแต่ก็ยังไม่ไปดู” (พยาบาล 1)

“เพราะฉะนั้นถ้าให้ดีที่สุดถ้าอนามัยทำดีเยี่ยมบ้าน อสม. เก่งคนไข้เหล่านี้ไม่ต้องมา
 หรอกโรงพยาบาลไปวัดความดันที่บ้านได้ไปดูเรื่อง Feed เรื่องอะไรที่บ้านก็ได้ อนามัยแค่ไปเยี่ยม
 นิดๆ หน่อยๆ พอแค่ว่าเค้าทำได้ทำถูกแล้วก็ไปเอายาที่สอ.(สถานีอนามัย) ต่อไม่ต้องกระเสือก
 กระสนหามกันมาโรงพยาบาล” (พยาบาล 1)

“การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม คืออยากให้มีพยาบาล
 ที่ดูแลคนไข้แบบดีๆ แล้วอยากให้น้องเห็น (พยาบาล) ได้เห็นต้นแบบที่ดีๆ จริงๆ แล้วก็เสริมสร้าง
 แรงใจให้น้องๆ (พยาบาล) อยากที่จะทำตามบ้าง...” (พยาบาล 3)

“(การแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล) อยากให้การ
 ดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ แล้วเรา (ผู้วิจัย) ก็มาเป็นผู้จัดการ และก็มี APN เพราะต้องวิ่งหลาย
 Ward ในขณะเดียวกันก็สร้างเครือข่ายด้วยพยาบาลเจ้าของไข้ได้ จะได้ทำงานร่วมกันเราเป็นผู้จัดการ
 เราไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ปฏิบัติเราสามารถเป็นผู้จัดการให้ Ward นี้ทำแบบนี้เมื่อมี Stroke มันก็จะ
 เป็นการบูรณาการระหว่างการดูแลคนไข้โรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ผู้จัดการรายกรณีที่เหมาะสมกับ
 พยาบาลเจ้าของไข้อาจจะดูแลเองหรือไม่ได้ดูแลเองก็แล้วแต่” (พยาบาล 6)

“ถ้าเป็น (รูปแบบการทำงาน) พยาบาลเจ้าของไข้เจ้าของไข้จะเป็นคนเช็ดตัว อาบน้ำ
 Feed อาหารเป็น Total care ถ้าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ต้องให้ Nursing care ด้วยตนเอง” “อย่างเช่น
 ว่า วันนี้พอเราขึ้นเวรมามีคนไข้ Stroke มาแล้วเรารับไปเราก็ไปทำความเข้าใจกับคนไข้ ต่อไปนี่นะ
 เราจะเป็นคนดูแลคนไข้ตั้งตามจนได้กลับบ้าน เพราะในกรณีที่เรารับขึ้นเวร แต่ถ้าเราไม่ขึ้นเวรเราก็เอา
 แผนการดูแลให้กับเพื่อนเรา ทั้งบาย ดิก เช้า เวลาที่เราไม่อยู่เรื่องแผนการพยาบาลอันนี้เราเป็นคน
 วางแผนไว้ คนไข้มาถึงมีปัญหาเรื่องกลืนนะ มีโอกาสที่จะมี Air way obstruct (ทางเดินหายใจถูกอุด
 กั้น) ผลกดทับ ขาดสารอาหารเนื่องจากกลืนไม่ได้ มีโอกาสข้อติดแข็ง ญาติคนไข้อาจจะเครียด
 เนื่องจากปรับตัวไม่ได้คนไข้อาจจะมีความเครียด เรื่องภาพลักษณ์ เรื่องแขนขาพิการ เราจะ
 วางแผนไว้หมดเลยว่าการพยาบาลจะต้องทำอะไรบ้าง แล้วพอเราไม่อยู่เราก็จะวางแผนไว้ว่าที่หนึ่ง
 จะทำอะไร วันที่สอง จะทำอะไร พอวันที่สามเราไม่อยู่เพื่อนก็ต้องมาคิดว่าวันที่สามเราจะต้องทำ
 อะไรปัญหาใหม่ ฟีกการกลืนหรือยัง หมอเล็ก NPO (Nothing per oral = งดน้ำและอาหารทาง
 ปาก) แล้วเพื่อนก็ต้องมาฟีกการกลืนเราก็ต้องทึ่งคู่มือฟีกการกลืนให้เพื่อนไว้ หรืออาจจะส่งไว้ก็ได้
 ว่าเราหยุดวันเดียวนะ วันนี้นี้ยังไม่ให้ฟีกการกลืนนะเดี๋ยวเรามาเรามาฟีกเอง เพราะเพื่อนๆ ยังฟีกกลืน
 ไม่เป็น เดี่ยวเราฟีกเอง...” (พยาบาล 6)

“พัฒนารูปแบบ (รูปแบบการดูแลผู้ป่วย) แบบไหนหรือ ก็คือหนึ่งการมอบหมายงาน
 ในเรื่องของการมอบหมายงานเราจะดูว่าเราจะมอบหมายอย่างไรให้น้อง (พยาบาล) สามารถดูแล
 คนไข้ให้ได้แบบองค์รวมได้แบบปัจเจกบุคคล ก็คืออยู่ว่าจะทำอย่างไรซึ่งบางครั้งก็ภาระงาน (มาก)

มันก็มีส่วนเหมือนกันในเรื่องของการมอบหมายงานไม่สามารถทำให้เราสามารถจะมอบหมายงานได้ตรงตามที่เราจะดูแลคนไข้ได้มีคุณภาพได้มากขึ้น” “เพราะว่าจะเห็นว่าวันๆ หนึ่งพอรับเวรเสร็จหมาดมา Round (ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย) ก็ต้องการทำทรีทเม้นท์ (Treatment : กิจกรรมการรักษาของแพทย์หลังจากตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย) กันก็ทำให้เราเอาเวลาไปช่วยกันทำ (ทรีทเม้นท์) เราก็มีงานเราจะไปทำ (การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพะราย) พี่หนูรับใหม่ (ผู้ป่วย) พี่หนู (พยาบาลในเวร) (ปฏิบัติงาน) อย่างนั้นอย่างนี้ อะไรอย่างนี้ แม้กระทั่งตรวจเวรระเบียบยังต้องอาศัยตรวจจากคนที่เวรคึกที่เขาลงเวร ถ้าตรวจเวรเช้าตรวจไม่ได้ (เนื่องจากภาระงานมาก)” (พยาบาล 4)

2.2.2 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของพยาบาล

ถึงแม้ว่าพยาบาลวิชาชีพใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ถ้าขาดแนวทางในการดูแลที่ดี หรือขาดการทำงานร่วมกันเป็นทีมจากสาขาวิชาชีพ ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยย่อมไม่เกิดขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแล ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ

“ปัญหาที่นี้จะมีเรื่องอันแรกเลยที่ไม่อยากบอกคือภาระงานเยอะ” (พยาบาล 1)

“ส่วนที่มีปัญหาอีกก็ทีที่ระบบนะคือพี่มองว่าทำไมไม่ไป CT เลยพอเข้ามา Ward เป็นทีระบบ ก็คือยุ่งยากอีกอย่างหมอบที่อยู่อ่างนอก(ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) Admit ไปก่อนแล้วให้ Ward ทำ (CT brain) ถามว่ายุ่งยากไหม อ่างนอก (ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) นี้ก็ยากอีกอย่างหนึ่งคือเราไม่มีหมอบเฉพาะทางเลยอย่าง ER (Emergency room : ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) ไม่เคยจะเป็นอายุรแพทย์ไปอยู่เลย แล้วก็อีกอันหนึ่งก็คือคน ไข้ที่เป็นคน ไข้ผู้หญิงเวลาที่มานอน โรงพยาบาลผู้ชายจะไม่มาฝ้าซึ่งมันจะต่างจาก Ward ที่คนผู้ชายเป็นแล้วจะมีผู้หญิงฝ้าแต่เป็นผู้หญิงนอนมันก็จะ ไม่มีคนมาฝ้า ส่วนใหญ่มีคนฝ้าน้อยแต่ถ้ามีลูกสาวก็ดิ้นะเค้าก็จะฝ้าดีถ้าลูกชายก็ไม่ฝ้าสามีก็ไม่ทำ (ดูแลผู้ป่วย)” (พยาบาล 1)

“เมื่อก่อนเราจะฝึกญาติเพื่อสอนแต่ว่าด้วยภาระงานเนี่ยเราจะฝึกญาติตั้งแต่แรกๆ การตีความหมายวิถีชีวิตมันเปลี่ยนไป อย่างคนสมัยก่อนก็จะฝึกๆ เตรียมแต่สมัยนี้เค้าคิดว่าเราฝึกภาระให้เค้าก็จะเกิดปัญหาเรื่องการฟ้องร้องตามมา” “เพราะฉะนั้นการเตรียมคน ไข้มันก็เป็นบทบาทหนึ่งที่เราจะเตรียมคน ไข้ให้ได้ แต่ว่าจะไปทำยังไงที่ไม่ให้ไปกระทบกับคนอื่นในเรื่องของบทบาทที่ญาติเขาต้องมาเพิ่มตรงนี้” (พยาบาล 2)

“ในเรื่องของการจัดระบบการดูแลในเรื่องของการมอบหมายงานในขณะนี้ของเราทำในแบบทีมและแบบหน้าที่ซึ่งมันก็จะมมีปัญหาอยู่ตรงที่ว่าในเรื่องของการดูแล (ผู้ป่วย) ที่ครอบคลุมองค์รวมจะไม่ค่อยดี” (พยาบาล 4)

“ปัญหาในเรื่องของการดูแล การประเมิน ในบทบาทของพยาบาลๆ สามารถดูแลได้ โดยหน้าที่ของพยาบาลด้วยการประสาน ด้วยระบบ แต่ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ ไม่สามารถที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ได้ ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ หรือ ไม่มีผู้ดูแล นั่นคือ ปัญหาที่เกิดขึ้น” (พยาบาล 5)

“...การทำงานพยาบาลอายุรกรรม (งาน) ค่อนข้างเยอะก็จะมุ่งไปในเรื่องของการรักษา เช่น การกิจกรรมพวกการให้ยา (การฉีดยา การจัดแจกยารับประทาน) เสียมากกว่าในเรื่องการดูแลคนไข้ตรงนี้คุณภาพในเรื่องของการดูแลในเรื่องของการสอนมันจะมีค่อนข้างน้อย ในภาระงานของอายุรกรรมเนี่ยซึ่งตอนนี้... ซึ่งต้องมีการปรับบทบาทของพยาบาลว่าต้องมีการลง (การดูแล) คนไข้มากขึ้น” (พยาบาล 4)

“การมีคู่มือหรือ Care map ในเรื่องของการดูแล ก็จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแล แต่ถามว่าเมื่อมีแนวทางมาแล้วพยาบาลจะใช้ไหม ซึ่งก็ต้องไปปรับทัศนคติเจตคติของพยาบาลในการปฏิบัติงาน ไม่ใช่แค่มุ่งแต่การรักษามุ่งแต่การให้ยาที่ต้องมาดูแลคนไข้ให้เป็นปัจเจกบุคคลที่จะใช้แนวทางการดูแลให้คนไข้เฉพาะรายได้ตรงนี้คือปรับค่อนข้างยาก” (พยาบาล 4)

จากการสัมภาษณ์พบว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลพยาบาลมี 4 บทบาท คือ รักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู แต่พยาบาลมุ่งเน้นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาภายใต้คำสั่งแพทย์มากกว่า เนื่องด้วยกิจกรรมการรักษานั้นมีความสำคัญและความเร่งด่วนต้องปฏิบัติในทันที ส่งผลให้พยาบาลแสดงบทบาทด้านส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูน้อยลง และการขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ดี ทีมสหสาขาวิชาชีพไม่ได้ร่วมกันทำงานเป็นทีม และผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล

2.3 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของเภสัชกร

2.3.1 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของเภสัชกรของโรงพยาบาลแห่งนี้เน้นการดูแลเกี่ยวกับกรใช้ยาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้คำแนะนำกับแพทย์ กรณียาบางชนิดเมื่อใช้ร่วมกันอาจมีผลเสียกับผู้ป่วย

“อย่างเวลาที่คนไข้มาเราก็ต้องให้ข้อมูลเรื่องการให้ยาทั้งกับคนไข้ด้วยแล้วก็ญาติด้วย เนื่องจากคนไข้มีปัญหาเรื่องการรับรู้” (เภสัชกร 1)

“ถ้าเป็นหน้าที่ของเภสัชชณะก็จะมีการให้ความรู้เรื่องการให้ยาให้ถูกต้อง แล้วก็ทำให้เค้ารู้ว่ายาที่เค้ากินมีความสำคัญอย่างไร แล้วอย่างเวลาที่ Ward ส่งใบสั่งยามาพอมายืนในเครื่อง (คอมพิวเตอร์) เราก็ต้องดูว่ายาแต่ละตัวอยู่ในกลุ่มเดียวกันไหม มันมี Action (การออกฤทธิ์) ซ้ำกันไหม อย่างนี้ก็ต้อง Consult ward หรือ Consult หมอกลับไปว่าตั้งใจที่จะให้แบบนี้จริงๆหรือเปล่า ถ้าไม่อย่างนั้นก็ต้องให้หมอหยุดยาตัวนั้นไป” (เภสัชกร 2)

“การดูแลการใช้ยาของคนไข้ เช่นการให้คนไข้ใช้ยาได้ถูกต้อง รวมถึงอาการข้างเคียงของคนไข้ ต้องดูว่าการให้คนไข้ใช้ยาอย่างถูกต้อง และดูก่อนว่าคนไข้ใช้เองหรือให้ญาติช่วยใช้ ถ้าสมมติในกรณีที่คนไข้ไม่สามารถใช้เองได้มันก็เหมือนกับเราต้องดูแลญาติด้วย” (เภสัชกร 3)

2.3.2 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของเภสัชกร

ปัญหาของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเกิดจากการขาดความรู้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา และการขาดผู้ดูแล แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติด้านการสื่อสารและการรับรู้ ทำให้เภสัชกรดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยากขึ้น

“ปัญหาหรือก็จะมีเรื่องการที่คนไข้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา และไม่ตระหนักในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ อย่างแรกเลยนะคือหนึ่งคนไข้มีความรู้เรื่องโรคน้อยทำให้เขาไม่รู้ว่าต้องดูแลตัวเองอย่างไร สองคือไม่มีความรู้เรื่องการใช้ยา” (เภสัชกร 2)

“ส่วนใหญ่คนไข้จะมีการรับรู้ที่น้อยลงและคนไข้ต้องมีการใช้ยาหลายอย่างหลายตัว และวิธีการใช้ก็หลากหลาย คนไข้ก็อาจจะมีปัญหาเรื่องการใช้ยาไม่ถูกต้องจะมีปัญหามากเมื่อเทียบกับคนไข้กลุ่มอื่น” (เภสัชกร 3)

“ในส่วนของแพทย์และพยาบาลมักจะไม่มีปัญหาอะไรเพราะว่าในเรื่องของการวินิจฉัยการสั่งการรักษาอยู่ในระดับที่รวดเร็วทันการณ์ แต่ในส่วนของสาขาวิชาชีพซึ่งมีบุคลากรค่อนข้างจำกัดในการที่จะให้บริการนอกจากในหน่วยของตัวเองแล้วยังต้องมีระบบเชิงรุกต้องมาให้คำปรึกษา มาประเมินผู้ป่วยที่ตกทำให้บางครั้งมาล่าช้าหรือไม่ทันได้มา” (พยาบาล 5)

“(อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย) ก็จะมีแต่เรื่องของการที่คนไข้บางคนเค้าพูดไม่ได้เราก็อธิบายกับเค้าไม่ได้ เรายังต้องหันไปให้ความรู้ญาติแทน” (เภสัชกร 1)

“ที่ว่ามันต้องเป็นความร่วมมือระหว่างครอบครัวด้วย ถ้าสมมติครอบครัวสามารถดูแลคนไข้ได้อย่างดีปัญหา (เกี่ยวกับการใช้ยา) ตรงนี้ก็จะน้อยลง ก็เหมือนกับว่าสมมติว่าเราบอกว่าเราให้ความรู้ หรือว่าส่งเสริมเรื่องการใช้ยา แต่เนื่องด้วยการรับรู้ของคนไข้น้อยลงอย่างนี้ก็ต้องมีคนอื่นมาช่วยดูแลซึ่งก็คือคนในครอบครัว” (เภสัชกร 3)

จากการสัมภาษณ์พบว่าในการดูแลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเภสัชกรบทบาทด้านการให้ความรู้ในการใช้นั้นมีอุปสรรคคือการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการสื่อสารและการรับรู้ เภสัชกรจึงต้องให้ความรู้ในการใช้ยาแก่ญาติแทนเนื่องจากญาติคือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยตลอดไป

2.4 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักจิตวิทยาคลินิก

2.4.1 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักจิตวิทยาคลินิก

บทบาทหน้าที่นักจิตวิทยาคลินิกคือการประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ เพื่อให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ

“ตอนนี้จะเป็นการดูแลหลักๆ คือปัญหาสุขภาพจิต ภาวะทางอารมณ์และภาวะความเสื่อมของสมองที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke และก็เป็นการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาเพื่อเป็นข้อมูลทางการแพทย์แล้วก็ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเรื่องของกายภาพบำบัด แล้วก็เป็นเรื่องของการให้คำปรึกษารอบครัวและจิตบำบัดครอบครัว ส่วนในตัวผู้ป่วยที่มีปัญหา ก็จะให้จิตบำบัดด้วยเป็นรายบุคคลอันนี้คือบทบาทในส่วนของนักจิตวิทยา (นักจิตวิทยา)

“คือตรงนี้ต้องทำความเข้าใจว่าการรักษาหลักๆ ต้องเน้นที่ตัวผู้ป่วยกับครอบครัวเป็นหลักในการที่จะเสริมสร้างพลัง กำลังใจ เพราะฉะนั้นถ้าถามว่าจะต้องประสานในเรื่องของการใช้ยาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าไหม ถึงตรงจุดนี้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาและการศึกษาข้อมูลส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้ยา แต่สิ่งที่เราต้องใช้ก็คือเรื่องของจิตบำบัดแล้วก็ดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการที่ดูแลผู้ป่วยว่านี่นะคือผู้ป่วยมีปัญหาด้านอารมณ์เกี่ยวกับเรื่องของความรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายซึ่งตรงนี้ส่วนหนึ่งมันมาจากในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมองที่มันทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องของสมองเรารู้และเป็นเรื่องของความคิด อารมณ์ ความรู้สึก แล้วก็พฤติกรรมต่างๆ เพราะฉะนั้นพอมันมีปัญหาตรงจุดนั้นจะต้องฟื้นฟูทางด้านกายภาพแล้ว ตรงนี้ก็คือสิ่งที่จะช่วยให้อารมณ์เค้าดีขึ้นได้ก็คือครอบครัวแล้วก็เรื่องของการทำจิตบำบัดให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล” (นักจิตวิทยา)

“คือตรงนี้ต้องทำความเข้าใจว่าการรักษาหลักๆ ต้องเน้นที่ตัวผู้ป่วยกับครอบครัวเป็นหลักในการที่จะเสริมสร้างพลัง กำลังใจ เพราะฉะนั้นถ้าถามว่าจะต้องประสานในเรื่องของการใช้ยาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าไหม ถึงตรงจุดนี้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาและการศึกษาข้อมูล ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้ยา แต่สิ่งที่เราต้องใช้ก็คือเรื่องของจิตบำบัดแล้วก็ดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการที่ดูแลผู้ป่วยว่านี่นะคือผู้ป่วยมีปัญหาด้านอารมณ์เกี่ยวกับเรื่องของความรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายซึ่งตรงนี้ส่วนหนึ่งมันมาจากในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมองที่มันทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องของสมอง” (นักจิตวิทยา)

2.4.2 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักจิตวิทยาคลินิก

การประเมินภาวะทางจิต การบำบัดทางจิตให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย หรือภาวะแปรปรวนทางจิต สิ่งที่สำคัญที่สุด คือการสื่อสาร ดังนั้นการดูแลทางจิตหรือการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นักจิตวิทยาไม่สามารถทำได้เพียงลำพังแต่ญาติผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญมาก การที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลและไม่สามารถสื่อสารได้เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

“(อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) คงเป็นเรื่องเดียวคือเรื่องของครอบครัว คือ (นักจิตวิทยา) ไม่ได้พบครอบครัว” (นักจิตวิทยา)

“ในส่วนของแพทย์และพยาบาลมักจะไม่มีปัญหาอะไรเพราะว่าในเรื่องของการวินิจฉัยการสั่งการรักษาอยู่ในระดับที่รวดเร็วทันการณ์ แต่ในส่วนของสาขาวิชาชีพซึ่งมีบุคลากรค่อนข้างจำกัดในการที่จะให้บริการนอกจากในหน่วยของตัวเองแล้วยังต้องมีระบบเชิงรุกต้องมาให้คำปรึกษา มาประเมินผู้ป่วยที่ศึกษาให้บางครั้งมาล่าช้าหรือไม่ทันได้มา” (พยาบาล 5)

จากการสัมภาษณ์พบว่าการทำหน้าที่ของนักจิตวิทยาจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อญาติหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและการบำบัดทางจิตแก่ผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่สามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ นักจิตวิทยาจะเลือกการใช้การบำบัดทางจิตก่อนการพิจารณาเลือกการใส่ยาแก้ไขอาการซึมเศร้า แต่ด้วยความจำกัดทางด้านบุคลากรโรงพยาบาลแห่งนี้มีนักจิตวิทยาเพียง 1 คน จึงไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยซึ่งมีมากกว่า

2.5 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักกายภาพบำบัด

2.5.1 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักกายภาพบำบัด

นักกายภาพบำบัดมีบทบาทหน้าที่ในการตรวจประเมินการวินิจฉัยและการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกันแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกาย ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด แต่บทบาทหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้เพียงลำพัง จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและประสานงานกับวิชาชีพอื่นด้วย เนื่องจากการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงภาวะโภชนาการ และความเอาใจใส่ของญาติด้วย

“ในส่วนของกายภาพก็จะดูแลเรื่องที่เราจะฝึกคนไข้เพื่อให้ช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยรายนั้นจะทำได้แต่ก็ขึ้นอยู่กับว่าตัวโรคของสมองที่ได้รับผลกระทบกระเทือนด้วยเพราะแต่ละคนก็ได้รับการบาดเจ็บที่สมองไม่เหมือนกันเพราะฉะนั้นเราก็ต้องดูตรงพยาธิสภาพของโรคด้วยแล้วเราก็จะฝึกคนไข้ให้ชีวิตประจำวันได้มากที่สุดนี่คือบทบาทที่กายภาพช่วยได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” (นักกายภาพบำบัด)

“เราจะต้องดู Chart ละเอียกว่าเคสที่ Consult เราเนี่ยผู้ป่วยเป็นอะไร Diagnosis (การวินิจฉัยโรค) ทางกายภาพก็จะ CVA (Cerebrovascular accident = โรคหลอดเลือดสมอง) Left hemiplegia (การมีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง), Right hemiplegia (การมีแขนขาซีกขวาอ่อนแรง) diagnosis ก็จะเป็นแบบนี้ แต่เราก็ต้องไปดูก่อนว่าเคส (ผู้ป่วย) นี้ได้ CT Brain ใหม่ แล้วการที่ CT Brain ก็ต้องดูอีกว่าคนไข้มี Infarct ที่ไหนหรือ Hemorrhage ที่ไหน คือเราก็ต้องดู (ผล) CT Brain

ส่วนหนึ่งคือ *Diagnosis* แพทย์ร่วมด้วยว่าแพทย์สันนิษฐานว่ามีพยาธิสภาพของคนไข้เคส (ผู้ป่วย) นี้เกิดขึ้นที่ไหนเพราะมีผลต่อการฝึกของเราพอสมควรเพราะว่าอย่างในรายที่มัน *Hemorrhage* มีการแตกไปแล้วมันมีผลต่อ *Progression* (ความก้าวหน้าในการฝึกกายภาพบำบัด) ต่อการฝึกของเราเหมือนกัน” (นักกายภาพบำบัด)

“เกณฑ์ในการประเมินคนไข้ *CVA* เราจะมี *Barthrel index score* (แบบประเมินกิจกรรมประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) กับ *ลิตรินธ สกอร์* อันที่จริงเวลาที่เรทำงานในชีวิตประจำวันเราไม่ได้ใช้กระดาษตีกหรือกว่าข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 3 เป็นยังไง คือเราดูในภาพรวมว่าเราอ้างอิงคือมี *Reference* (การอ้างอิง) จาก *ลิตรินธ สกอร์* กับ *Barthrel index score* คือเราจะดูว่าหนึ่งคนไข้เคลื่อนไหวร่างกายได้มากแค่ไหน ในการใช้แขนขา ในการขยับตัว พลิกตัว ลูกนั่ง ลูกยืนว่าสามารถทำได้มากแค่ไหน แล้วเราก็ใช้วิธีการตรวจกล้ามเนื้อใช้ตรวจ *Muscle power* (กำลังกล้ามเนื้อ) ด้วยส่วนหนึ่งกับตรวจ *Activity* (การมีกิจกรรม) สองตัวนี้จะเป็นตัวหลักว่าคนไข้อยู่ในระดับไหนเราประเมินออกมาแล้วถ้าคนไข้ยังทำไม่ได้เราก็จะไปแก้ไขตรงนั้นก่อนจนกล้ามเนื้อตรงนั้นมันขึ้นมาเราถึงจะ *Train* (ฝึกผู้ป่วย) ให้มัน *Advance* (มีกิจกรรมที่ยากมากขึ้น) ขึ้น” (นักกายภาพบำบัด)

“การทำงานร่วมกับสาขาวิชาชีพถ้าเป็นสมัยก่อนนะมีเนื่องจากการประสานงานเขาจะไม่ค่อยขึ้นมาดูเพราะว่าจำนวนบุคลากรเขาน้อยนะ แต่ ณ ปัจจุบันนี้ของกายภาพบำบัดจะขึ้นมาแบบเป็นเชิงรุกมากขึ้นก็เวลาเราประสานไปแล้วเขาจะขึ้นมาเลยทุกเช้า” (พยาบาล 4)

“แล้วถ้าเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่แล้วเราต้องพึงญาติเป็นส่วนใหญ่ที่นี้ เราจะคุยกับญาติก่อนเลยว่าช่วงนี้คนไข้แขนขาอ่อนแรงสามารถทำได้แค่นี้ก่อน แต่ถ้าเกิดกลับบ้านไปแล้ว ก็อยากจะมาเป็นคนไข้ นอกก็ให้มายื่นบัตรเพื่อที่จะฝึกเพิ่มเติมต่อได้ เราก็จะบอกทุกครั้งแต่เราก็ขึ้นอยู่กับญาติว่าจะสามารถมาทำได้รีبل่านี้ก็เป็นจุดๆ หนึ่งที่เราก้ปัญหาได้แล้วอีกอย่างหนึ่ง เราจะสอนญาติไปก่อนเลยว่าคนไข้เป็นแบบนี้ ตอนนี้ต้องทำแบบนี้ไปก่อนให้ญาติดู ให้ญาติช่วยเพื่อที่จะได้ไปทำถ้าเกิดเค้าไม่ได้มาเป็นคนไข้ นอกต่อ” (นักกายภาพบำบัด)

“เรื่องของนักกายภาพก็คือการฟื้นฟูสภาพคนไข้แล้วก็อีกเรื่องหนึ่งก็จะเป็นเรื่องของ การค้นศักยภาพของคนไข้เอาออกมาใช้” (พยาบาล 2)

2.5.2 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักกายภาพบำบัด

การทำกายภาพบำบัดนั้นต้องทำอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถฟื้นฟูร่างกายได้ภายในวันเดียว ดังนั้น นักกายภาพบำบัด คือ ผู้ที่ฝึกสอนการทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องเป็นปัญหาสำคัญมากสำหรับนักกายภาพบำบัด

“ปกติแล้วในการดูแลคนไข้โรคหลอดเลือดสมองที่ใน Ward มักจะมีปัญหาไม่ค่อยเจอญาติ พอไม่พบญาติเราก็ไปต่อไม่ได้ หน้าที่ของเรา เราก็จะมาทำให้คนไข้แต่ว่ามันไม่ได้เป็นการทำที่ต่อเนื่องเพราะคนไข้โรคหลอดเลือดสมองมันจะเป็นคนที่ต้องต่อเนื่องระยะยาวคือในกรณีอย่างนี้ มันเป็นผลที่ตรงกับคนไข้โดยเฉพาะญาติจะเป็นผู้ที่ได้รับกลับไปดูแลต่อ อย่างในกรณีสาขาที่เราทำงานด้วยก็ไม่ได้มีปัญหาเพราะว่าทุกคนก็ Action (การทำหน้าที่) เต็มที่เพื่อที่จะให้(ให้การดูแล) คนไข้ในตอนสุดท้ายจะได้กลับบ้านและได้กลับไปใช้ชีวิตประจำวันอยู่ได้” (นักกายภาพบำบัด)

“ในส่วนของแพทย์และพยาบาลมักจะไม่มีปัญหาอะไรเพราะว่าในเรื่องของการวินิจฉัยการสั่งการรักษาอยู่ในระดับที่รวดเร็วทันการณ์ แต่ในส่วนของสาขาวิชาชีพซึ่งมีบุคลากรค่อนข้างจำกัดในการที่จะให้บริการนอกจากในหน่วยของตัวเองแล้วยังต้องมีระบบเชิงรุกต้องมาให้คำปรึกษา มาประเมินผู้ป่วยที่ศึกษาให้บางครั้งมีค่าซ้ำหรือไม่ทันได้มา” (พยาบาล 5)

จากการสัมภาษณ์พบว่าบทบาทหน้าที่ของนักกายภาพบำบัด คือ การประเมินความพิการทางด้านร่างกายของผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อปรับการทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นๆ แต่เนื่องจากนักกายภาพบำบัดนั้นมีจำนวนไม่เพียงพอกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ นักกายภาพจึงให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก

2.6 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักโภชนาการ

2.6.1 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักโภชนาการ

ถึงแม้ว่านักโภชนาการของโรงพยาบาลแห่งนี้ยังไม่มีการคำนวณปริมาณพลังงานของอาหาร (แคลอรี) แก่ผู้ป่วยแต่ละราย แต่นักโภชนาการทำหน้าที่ควบคุมและจัดอาหารให้เหมาะสมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งให้ความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์

“บทบาทหรือ ก็จะมีหนึ่งนะเรื่องการจัดการอาหารตามที่แพทย์สั่งอย่างหนึ่งนะแต่ที่ยังไม่ได้มีการคำนวณแคลอรี” “สองประเมินเรื่องการกินอาหารที่ส่งเสริมการมีเส้นเลือดในสมองแตกที่ซึ่งพี่ก็จะประเมิน 24 ชั่วโมงนะแต่อาจารย์ที่บางคนเค้าให้ประเมิน 48 ชั่วโมงแต่ส่วนมากก็จะประเมิน 24 ชั่วโมง” “จะถามตั้งแต่เช้าเลยนะว่าเค้ากินอะไรบ้างกินข้าวเข้ากับข้าวอะไรหรือกินกาแฟกับขนมปังแล้วกลางวันกับเย็นกินอะไร แล้วกินแบบนี้ทุกวันไหม แล้วชอบกินอะไรเป็นพิเศษและอาหารแบบไหนที่กินบ่อยๆ เราก็จะรู้ว่าในชีวิตประจำวันเค้ากินอะไรบ้าง เราก็จะบอกคนไข้ว่าอันนี้นะอย่างเช่นข้าวขาหมู แกงกะทิอย่างนี้เราก็จะบอกเค้าตอนนั้นไปเลยว่าอันนี้นะกินไม่ได้แต่พี่ก็

จะแบบว่าพูดแบบหยิกแกมหยอกไม่เชิงต่อว่าเขาซะทีเดียว เราก็จะแบบว่าบอกเขาว่ากินแบบนี้ละซี ถึงไขมันขึ้นน้ำตาลขึ้นแบบนี้” (นักโภชนาการ)

“ส่วนของนักโภชนาการที่จะประสานสองอย่าง ถ้าคนไข้สามารถกินเองเราก็จะตามเค้ามาสอนที่เตียงเพื่อให้เค้ามาดูว่าอาหารอะไรที่เหมาะสมกับคนไข้คนนี้” (พยาบาล 1)

2.6.2 อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักโภชนาการ

การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ยอมปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เป็นปัญหาด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

“คนไข้กินอาหารของโรงพยาบาลไม่ได้เพราะเขาติครสชาติ (อาหาร) เค็มๆ อย่างคนไข้ที่เป็นแม่ครัวมาก่อนการเปลี่ยนพฤติกรรมกินจะยาก” (นักโภชนาการ)

“ในส่วนของแพทย์และพยาบาลมักจะไม่มีปัญหาอะไรเพราะว่าในเรื่องของการวินิจฉัยการสั่งการรักษาอยู่ในระดับที่รวดเร็วทันการณ์ แต่ในส่วนของสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีบุคลากรค่อนข้างจำกัดในการที่จะให้บริการนอกจากในหน่วยของตัวเองแล้วยังต้องมีระบบเชิงรุกต้องมาให้คำปรึกษา มาประเมินผู้ป่วยที่ตกทำให้บางครั้งมาล่าช้าหรือไม่ทันได้มา” (พยาบาล 5)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า นักโภชนาการมีเพียงคนเดียวการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเชิงรุกนั้นทำได้ยาก แต่ถ้านักโภชนาการได้รับการประสานงานจากสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็สามารถที่จะส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยได้

3. การมีช่องว่างของการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

เนื่องด้วยโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ที่มีจำนวนบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวนไม่เพียงพอกับผู้รับบริการและภาระงาน จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานร่วมกันได้ และกลายเป็นช่องว่างของการทำงานที่หากสามารถเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวจะทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่องว่างดังกล่าวเกิดขึ้นจากการทำงานที่ไม่เป็นทีมการดูแลที่แท้จริง ความรวดเร็วต่อการตอบสนองความต้องการของแต่ละวิชาชีพมีต่อกัน การขาดบุคลากรบางสหสาขาวิชาชีพและการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อนกันในบางสหสาขาวิชาชีพ

“เรื่องของนักกายภาพก็คือการฟื้นฟูสภาพคนไข้แล้วก็อีกเรื่องหนึ่งก็จะเป็นเรื่องของ การค้นศักยภาพของคนไข้เอาออกมาใช้ อย่างคนไข้ถึงเค้าจะเป็น Stroke ก็จริง ในเรื่องของกายภาพเราสอนเค้าแค่เรื่องออกกกำลังกาย แต่ว่าเราไม่ได้ค้นศักยภาพของเค้าว่าถ้ากลับไปบ้านเค้าจะกินข้าว ยังไง หรือว่าถ้าเค้าจะเข้าห้องน้ำคนไข้จะเข้ายังไง เราก็ไม่เคยคุย” “ทีม (สหสาขาวิชาชีพ) ต้องช่วยกันประเมิน ไม่ใช่ทำหน้าที่คนละอย่างมีเจ้าภาพหลักเป็นพยาบาล แล้วก็ก็มีเจ้าภาพรองเป็นคนโน้น คนนี้แบบนี้ใช้เปล่าช่วยเหลือนิดๆ หน่อยๆ ไม่ได้ คือคนไข้เป็นของคนทุกคน ทุกคนต้องดูว่า

คนไข้คนนี้เราจะทำอะไรให้เค้าได้บ้าง ศักยภาพของคนไข้เขามี พอกลับไปบ้านกินไม่ได้ โอ้ยทำงินไม่ได้ ก็ต้องให้กินให้ได้ แต่ว่าไม่รู้หรือว่าที่มันถูกจริงมันเป็นอย่างนี้” (พยาบาล 2)

“ปัญหาคือบางอย่างที่เราให้เค้า (นักโภชนาการ) มาดู คือสมมุติเวลาที่เราให้มาดูคนไข้ที่มีปัญหาเรื่องการเตรียมอาหาร การ Feed อาหาร บางที่เราต้องการส่งเดี๋ยวนั้นเลย บางที่เรา Consult ทันทีแต่เค้าไม่สามารถมาได้ หรือ Consult ภายภาพบำบัดเค้าน่าจะมาได้เลยแต่เค้าก็ไม่สามารถมาได้ แล้วก็จะได้ฝึกหัดคนไข้ทำไม่อย่างนั้นเวลาที่คนไข้ฝึกทำมันน้อยเกินไป จริงๆ ออกมาให้มีเหมือนคล้ายๆ Care map กำหนดไปเลยว่าวันแรกคุณสามารถประสานใคร ได้เลย แล้วก็ตามมาให้ดูคนไข้ได้เลย แต่ที่ทำอยู่นะขณะนี้ต้องรอแพทย์สั่งแล้วบางครั้งแพทย์สั่ง Consult ภายภาพวันนี้ พรุ่งนี้คนไข้ก็กลับบ้านละ ก็กลายเป็นว่าวันนี้ทำกายภาพแล้วก็กลับบ้านเลย คนไข้แทบไม่ได้ฝึก (ทำกายภาพบำบัด) เลย” (พยาบาล 3)

“การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพถ้าเป็นสมัยก่อนนะมีเนื่องจากการประสานงาน เขาจะไม่ค่อยขึ้นมากเพราะว่าจำนวนบุคลากรเขาน้อยนะ แต่ขณะนี้ปัจจุบันนี้ของกายภาพบำบัดจะขึ้นมาแบบเป็นเชิงรุกมากขึ้นก็เวลาเราประสานไปแล้วเขาจะขึ้นมาเลยทุกเช้า” (พยาบาล 4)

“ในส่วนของแพทย์และพยาบาลมักจะไม่มีปัญหาอะไรเพราะว่าในเรื่องของการวินิจฉัย การสั่งการรักษาอยู่ในระดับที่รวดเร็วทันการแต่ในส่วนของสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีบุคลากรค่อนข้างจำกัดในการที่จะให้บริการ นอกจากในหน่วยของตัวเองแล้วยังต้องมีระบบเชิงรุกต้องมาให้คำปรึกษา มาประเมินผู้ป่วยที่ติดทำให้บางครั้งมาล่าช้าหรือไม่ทันได้มา” (พยาบาล 5)

“...อาจจะเป็นเรื่องปัญหาความไม่เข้าใจกันมากกว่าอย่างเราบอกว่า พยาบาล เกสซ์ หรือ หมอ บางส่วนในการทำงานมันอาจจะคาบเกี่ยวกัน พยาบาลดูแลคนไข้เรื่องการดูแลทั่วๆ ไป จริงๆ ก็ต้องเกี่ยวกับยาด้วย เพราะต้องดูแลเกี่ยวกับการดูแลคนไข้ทุกอย่าง และอย่างที่สองอย่างเกสซ์ แนะนำคนไข้เกี่ยวกับการใช้ยาที่อาจจะเกี่ยวกับเรื่องอาหารด้วย ถ้าเกิดว่าการใช้ยากับอาหารทั้งส่วนนี้เข้าใจกันดีมันก็ดีด้วย อย่างในส่วนของหมอถ้าหมอจริงๆ เค้าต้องให้ทุกอย่างทั้งให้การรักษา การให้ยา การให้ความรู้ หรือว่าเรื่องการออกกำลังกาย ถ้าสมมติทั้งสามส่วนนี้เข้าใจบทบาทของตัวเองก็โอเค บางคนบอกว่าไม่ใช่เรื่องของฉัน มองแต่แค่เรื่องของตนเอง หรือบางกลุ่มคิดว่ากลุ่มนี้ให้ (ความรู้หรือการดูแลผู้ป่วย) แล้วมันก็จะทำให้คนไข้บางคนอาจจะได้รับบางส่วนขาดไป เพราะบางส่วนขอแต่ละวิชาชีพคิดว่าอีกวิชาชีพหนึ่งให้ (ความรู้หรือการดูแลผู้ป่วย) แล้ว” (เกสซ์กร 3)

“เป็นเพราะแผนการดูแลเราไม่ทำร่วมกันมากกว่าแผนการดูแลนะ มันทำโดยพยาบาล 1 คน ภายภาพ 1 คน หมอ 1 คน” (พยาบาล 6)

“PCT (Patient Care Team = ทีมสหสาขาวิชาชีพที่หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย) มันเหมือนเพิ่งจะวางกระดาน อย่าง PCT บอกเลยว่าถือว่ามีน้อยมาก ประชุมแล้วความคืบหน้าก็มีน้อย

เพราะว่าทุกคนที่มาก็คือตัวเองมีรายชื่อ มีเรื่องที่จะต้องลง คือทุกคนไม่ได้มองที่งาน คือถ้าทุกคนมองว่างานของตนมีอะไรใหม่แล้วเราจะทำอะไร แบบนั้นแล้วเราจะทำอะไรมันก็คือต้องต่อยอดให้ใหม่คะ ทุกคนมาเพราะว่า PCT จะให้ทำอะไร มาโดยไม่มีเป้าหมาย PCT ไม่ได้เป็นตัวกระตุ้นอย่างจริงๆ จังๆ ว่าจะให้ทำงานมันเดินไปได้ “แต่ถ้าเกิดการเรียกคน โน่นคนนี่มาช่วยก็คือไม่มีหลักฐาน แต่ว่าการกระตุ้นจริงๆ ยังไม่มี คือคนที่เข้ามาต้องเข้ามาเพราะอยากทำอะไรใหม่ แล้วก็ต้องทำให้เป็นรูปธรรมด้วยนะ ไม่ใช่ว่าทำออกมาแล้ววางมาเป็นแผนแบบนี้แล้วก็ทำ Care map แบบนี้ แต่ว่าหมอเค้าไม่ใช่ ฉะนั้นจะใช้ของฉันทันแบบนี้ คือมันที่ระบบ เป็นเพราะว่าระบบ ถ้าบอกว่าทำ ก็ต้องทำแต่ระบบมันเป็นเรื่องใหญ่ นะ มันแก๊ยาก แล้วถ้าหมอไม่ใช่มันก็แก้ไม่ได้” (พยาบาล 2)

“จริงๆ อยากให้มีเหมือนคล้ายๆ Care map กำหนดไปเลยว่าวันแรกคุณสามารถประสานใครได้เลย แล้วก็ตามมาให้คุณไข้ได้เลย แต่ที่ทำอยู่นะขณะนี้ต้องรอแพทย์สั่ง” (พยาบาล 3)

“มัน (การดูแลผู้ป่วย) ก็จะแม่นยำขึ้น ง่ายๆ Guideline มันทำไม่ยากหรอกทำเดี๋ยวนี้ก็เสร็จเดี๋ยวนี้แต่ปัญหามันอยู่ที่การยอมรับไง โดยทั่วไปเค้าก็จะเอา Guideline กลางมาใช้เดี๋ยวนี้ก็จะมีการสมาคมก็มีใช้ใหม่ ประสาทวิทยา Guideline ของสปสช. (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ) ก็มี ซึ่งจะใช้กันเยอะที่สุดหรือว่า Guideline ของโรงเรียนแพทย์ ต่างประเทศ เอามานั่งไล่ดูอันไหนทำได้อันไหนทำไม่ได้ อันไหนทำไม่ได้ก็ต้องเลิกก็ต้องละไว้มันง่ายนิดเดียว Guideline มันไม่ยาก มันยากตรงที่คุณ (ทีมสหสาขาวิชาชีพ) จะทำรีเปลาและจะทำกันยังไง” (แพทย์ 1)

“ก็ Guideline กับ Care map มันต้องมาพร้อมกันรวมทั้ง Standing order (คำสั่งแพทย์พื้นฐานสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง) มันต้องมาด้วยกัน ความจริงการที่มันมี (Standing order) มันดี นะแต่คนไม่ค่อยมองเห็น ข้อดีก็คือเก็บข้อมูลขึ้นพื้นฐานได้หมด” “คุณบอกว่า คุณจะให้คนทำงานก่อน โดยที่ไม่มีข้อมูลมันยาก เพราะฉะนั้นการที่มี Care map กับ Guideline เป็นส่วนที่สำคัญถ้าคุณไปอ่านให้ดี ผมเชื่อว่าที่อื่นเค้ามีกันหมดแหละ” (แพทย์ 1)

“แล้วก็ระบบการนัดมาตรวจอีกอย่างหนึ่งเวลาที่ไปรักษาที่สถานีนอนมัย หมอที่ประจำที่สถานีนอนมัยก็ไม่ใช่หมออนามัย คือใคร (แพทย์) ไปอยู่ที่ใด บางที่การดูแลคนไข้พวกนี้มันก็ไม่โอเค แต่การที่จะให้เค้าหามาโรงพยาบาลมันเป็นเรื่องยาก เพราะรถไม่มีข้างเดินทางลำบาก เคลื่อนย้ายลำบาก เพราะฉะนั้นถ้าให้ดีที่สุดถ้านอนมัยทำดี เยี่ยมบ้าน ถ้าสม.เก่งคนไข้เหล่านี้ไม่ต้องมาหรอก ไปวัดความดันที่บ้านได้ไปดูเรื่อง Feed เรื่องอะไรที่บ้านก็ได้ นอนมัยแค่ไปเยี่ยมนิดๆ หน่อยๆ พอแค่นี้ รู้ว่าเค้าทำได้ทำถูกแล้วก็ไปเอาสถานีนอนมัยต่อไม่ต้องกระเสือกกระสนหามาโรงพยาบาล.” “แล้วก็อีกอย่างหนึ่งที่อยากให้มีคือ Case manager เพราะว่าเคยเห็นที่เค้าทำ Case manager DM แล้วคนไข้ Work ถ้าที่นี่มี Case manager ของ Stroke น่าจะโอเคมากกว่า” (พยาบาล 1)

“จะพูดว่าเป็นปัญหาที่ไม่เชิงแต่พูดว่าน่าจะเป็นบทบาทหน้าที่ที่ไม่เข้าใจกันมากกว่า เราไม่เข้าใจบทบาทตนเอง” (พยาบาล 6)

จากการสัมภาษณ์พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง แต่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นไม่สามารถแบ่งแยกการดูแลออกจากกันหรือแบ่งเป็นส่วนๆ ได้ ในบางครั้งสหสาขาวิชาชีพมีความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตนและทำหน้าที่ซ้ำซ้อนกัน แต่ปัญหาดังกล่าวนั้นสามารถแก้ไขได้โดยการประสานงานกันและทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างแท้จริง

4. ข้อเสนอแนะในการลดช่องว่างของการทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่ครบวงจรโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล

เนื่องด้วยโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ที่มีจำนวนบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวนไม่เพียงพอกับผู้รับบริการและภาระงาน จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานร่วมกัน ดังนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพจึงมีข้อเสนอแนะในการลดช่องว่างของการทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่ครบวงจรโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล

“การทำคู่มือก็ต้องอาศัยพยาบาลเป็นแกนนำและก็มีสหสาขาวิชาชีพมาร่วมๆ และก็จัดทำคู่มือที่จะสามารถดูแลคนไข้ในเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหรือว่ากลับมาเป็นซ้ำของโรคนะ และก็มีการสอนญาติผู้ดูและ ใช้อย่างนี้แล้วก็มาเป็นคู่มือกลางแล้วพอเสร็จก็สามารถที่จะลงได้กับคนไข้เฉพาะราย” (พยาบาล 4)

“เราไม่สามารถที่จะระบุอะไรที่ตายตัวได้” “ถ้าเกิดให้ทีมสหสาขามาประชุมร่วมกันแล้วสร้างแนวทางร่วมกันก็น่าจะดีนะ” (เภสัชกร 1)

“Pattern (รูปแบบ) ในการดูแลคนไข้หรือ พี่ว่าก็ Care map พี่ว่ามันดีเป็นอะไรที่เป็นรูปเป็นร่างและสามารถใช้ได้จริงๆ” “สหสาขาวิชาชีพร่วมกันทำขึ้นมาเพราะอย่างที่บอกตอนต้นคือเภสัชก็ไม่รู้งานของกายภาพ ซึ่งกายภาพก็อาจจะไม่รู้งานของเภสัช ดังนั้นมันจึงต้องมาร่วมกันสร้างขึ้นมาให้เป็นการดูแลที่เป็นสหสาขาวิชาชีพจริงๆ แต่มันก็ต้องมีคนที่เป็นแกนหลักในการทำขึ้นมา” (เภสัชกร 2)

“คิดว่าตอนนี้ นักโภชนาการเองยังแสดงบทบาทไม่ชัดเจน หมายถึง บทบาทของตัวเองนะ แต่เนื่องจากตอนนี้เรามีคนไม่พอ ในอนาคตพี่ว่าตรงนี้น่าจะดีขึ้น นักโภชนาการน่าจะมีเวลาที่จะเข้าไปดูแลคนไข้ได้อย่างจริงจังและได้ทำบทบาทของตัวเองเพราะทุกวันนี้ นักโภชนาการยังไม่ได้แสดงบทบาทของตนเอง เพราะพี่เองก็อยากที่จะมีเวลาที่ไปดูแลคนไข้ร่วมกับทีมสหสาขามากกว่านี้” (นักโภชนาการ)

“ทุกๆ วิชาชีพอาศัยองค์ความรู้ของวิชาชีพตัวเองเข้ามาร่วมจัดทำโดยการตั้งเกณฑ์ออกมา” (พยาบาล 5)

“อย่างโรงพยาบาลเราไม่มีคลินิก Stroke โดยเฉพาะนะแต่เมื่อก่อนตึกพีเคยที่จะทำนะแต่พอดี APN คนเก่าไม่อยู่ที่เลยปิด โครงการไปตอนแรกจะเปิดอยู่แล้วประมาณ 4 - 6 เดือน” (พยาบาล 1)

“ถ้ามันมี Sunit (หอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) ก็ดี แต่มันก็ทำยาก มันน่าจะทำได้เป็น Corner (มุมในหอผู้ป่วย) ผู้ป่วยเล็กๆ” (พยาบาล 2)

“ส่วนที่อยากจะพัฒนาก็คือ ในเรื่องบุคลากรทางการแพทย์อายุรกรรม ถ้าพร้อมก็อยากจะให้มีคลินิกโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบเหมือนกับคลินิกเบาหวาน คลินิกมะเร็ง เพราะว่าตอนนี้โรคหลอดเลือดสมองคือแนวโน้มในอนาคตคือประชาชนยังไม่มีในเรื่องของความใส่ใจในการดูแลตนเองอย่างนี้ เพราะฉะนั้นมันก็ไม่ต่างอะไรกับโรคเบาหวาน ความดัน ทำไมเรามีคลินิกเบาหวาน คลินิกมะเร็งที่ต้องมาตรวจตามนัด คลินิกเท้าเบาหวานยังมีเลย เพราะฉะนั้นคลินิกโรคสมองมันก็ควรที่จะต้องมี” (นักจิตวิทยา)

“พอมีคลินิกโรคหลอดเลือดสมองแล้วก็อยากจะให้มีเรื่องของ Stroke corner อันนี้ก็เป็นที่ที่เราเคยๆ กันมาแล้วและเป็นสิ่งที่อยากให้เกิดขึ้นเพราะว่าเวลาที่ตรวจสอบสุขภาพจิตกับผู้ป่วยและพบญาติผู้ดูแลก็ๆ หมายความว่าในหอผู้ป่วยจะมีมุมไว้เลย อย่างวันนี้ก็จิตจะเข้าก็ดูคนไข้ Stroke ไปแล้วก็ดูคนไข้อื่นๆ ไปด้วย แต่ว่าเวลานี้ก็ยังไม่ค่อยชัดเจนคนไข้จะกระจายอยู่ตามตึก (หอผู้ป่วย) ต่างๆ” (นักจิตวิทยา)

“การรักษามันไม่มีอะไร เพราะการรักษามันแค่เฝ้าให้ยากันไม่ให้มันเป็นซ้ำเท่านั้นเอง” “ขึ้นอยู่กับแพทย์อาจจะไม่มีบทบาทมากถึงบอกว่า Stroke unit สามารถลดการตายได้มากเทียบเท่ากับการรักษาด้วยยาฉีด RTPA (ยาละลายลิ่มเลือด) ตึกว่าไม่ใช้มากกว่า คือ ฉีดยาไม่มี Stroke unit กับมี Stroke unit ไม่ฉีดยามี Stroke unit ไม่ฉีดยาคือว่า” (แพทย์ 1)

“อย่างเวลาที่คนไข้จะกลับที่จะโทรไปบอกก่อนเพื่อให้หอสม. เขาไปช่วยดูเพราะว่าจริงๆ หอสม. เขาต้องช่วยเราดูเพราะเขาก็มีเงินเดือนกันแล้ว อย่างนี้เขาต้องไปดูเพราะเคสที่น่าจะต้องไป (พยาบาล 1)

“ส่วนรูปแบบก็คือว่าเวลาที่ส่งพบนักจิตก็จะเป็นผู้ป่วยใหม่ทุกรายที่สื่อสารได้ แล้วก็ผู้ป่วยเก่าก็ได้รับการตรวจสอบสุขภาพจิตที่สามารถโต้ตอบสื่อสารได้เช่นเดียวกัน อีกนิตหนึ่งก็คือในการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน” (นักจิตวิทยา)

“(การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) จากชุมชนส่งมาที่โรงพยาบาลเพราะว่าอันนี้เป็นรูปแบบที่นักจิตมองไว้ คือ ถ้ามองภาพรวมคือโรงพยาบาลเราตั้งรับส่วนของตัวเอง ณ เวลานี้ก็

คือตั้งรับส่วนหนึ่งแล้วอีกส่วนหนึ่งก็คือจะมีเชิงรุกด้วย ทีนี้เชิงรุก ทั้ง โรงพยาบาลมี (นักจิตวิทยาคลินิก) อยู่คนเดียวที่นี้เชิงรุกมันยังน้อยอยู่แต่ก็คือ ณ เวลานี้ถ้าใครดึงให้ไปไหน (ออกชุมชน ออกหน่วยสุขภาพของโรงพยาบาล กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย) ก็พยายามที่จะไปด้วยถ้าสมมติว่าคนไข้ที่โรงพยาบาลไม่มีนัดหรือว่าไม่มีอะไรยุ่ง ทีนี้สิ่งอยากจะพัฒนารูปแบบก็คือว่าถ้าสมมติมีผู้ป่วยในชุมชนส่งมาที่โรงพยาบาลอย่างนี้ เช่น ผู้ป่วย Stroke ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์เราจะมีคลินิกคลายเครียดอยู่แล้วก็มาได้เลยซึ่งเปิดให้บริการทุกวันพฤษภาคมเช้าและบ่าย ก็คือถ้าผู้ป่วยมา สมมติว่าเรามีคลินิกโรคหลอดเลือดสมองแล้วอย่างนี้ ผู้ป่วยมาแล้วก็อยากจะพบนักจิตเราก็นัดวันมาคลินิกคลายเครียดหรือว่าผู้ป่วยมาวันพฤษภาคมก็ส่งมาคลินิกคลายเครียดเลยตามทีผู้ป่วยร้องขออย่าง เช่น ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายตัวเอง ไม่มีกำลังใจแล้วกับโรคที่เป็นอยู่อะไรอย่างนี้ ก็เป็นรูปแบบให้มันชัดเจนมากกว่านี้ คือๆ ตอนนี้นั้นเหมือนกับมีกรอบอยู่แล้ว ก็เหมือนกับเพิ่มกระบวนการขึ้นมา” (นักจิตวิทยา)

“การมีคู่มือหรือ Care map ในเรื่องของการดูแลก็จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแล (ผู้ป่วย)” (พยาบาล 4)

“การทำคู่มือก็ต้องอาศัยพยาบาลเป็นแกนนำและก็มีสหสาขาวิชาชีพมาร่วมกัน และก็จัดทำคู่มือที่จะสามารถดูแลคนไข้ในเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหรือว่ากลับมาเป็นซ้ำของโรค และก็มีการสอนญาติผู้ดูแลอะไรอย่างนี้และก็มาเป็นคู่มือกลาง แล้วพอเสร็จก็สามารถที่จะลง (ใช้ในการดูแลผู้ป่วย) ได้กับคนไข้เฉพาะรายได้” (พยาบาล 4)

“ทุกๆ วิชาชีพอาศัยองค์ความรู้ของวิชาชีพตัวเองเข้ามาร่วมจัดทำโดยการตั้งเกณฑ์ออกมา” (พยาบาล 5)

“แล้วก็คืออย่างหนึ่งที่อยากให้มีคือ Case manager (พยาบาลผู้จัดการ) เพราะว่าเคยเห็นพี่เค้าทำ Case manager โรคเบาหวาน (พยาบาลผู้จัดการ โรคเบาหวาน) แล้วคนไข้ Work ถ้าที่นี้มี Case manager ของ Stroke น่าจะโอเคมากกว่า” (พยาบาล 1)

“(พยักหน้า) อยากให้เกิด (พยาบาลเจ้าของไข้) ซึ่งอันนี้ไม่ต้องใช้ปริญญาโท แต่ถ้าเป็น Case management คือ เป็นผู้จัดการไม่ได้ลงมือปฏิบัติแต่เราจะเป็นคนบอกว่าให้พยาบาลคนนี้ดูแลแล้วก็พอถึงเวลาจะไปเรียกผู้จัดการมาแล้วก็เข้าไปคุยบ้าง ไปประเมินด้วยถึงผลการพยาบาลที่เรามอบหมาย เขาทำได้หรือไม่ หรือติดขัดตรงไหน” “ขณะเดียวกันเค้า (Case management) จะเป็นตัวเชื่อมระหว่างชุมชนด้วย เขาอาจจะโทรหาอนามัย อบต. หาแหล่งสนับสนุนว่าคนไข้คนนี้นักำลังจะกลับบ้านนะที่บ้านไม่มีเงิน อบต. ช่วยหน่อยได้ไหม นี่เค้าเรียกว่าวิธีการจัดการ เป็น Organize (เป็นผู้จัดระเบียบ) อย่างหนึ่งซึ่งการที่จะใช้ตรงนี้ได้ ปรินซิเพิลที่ทำได้แต่มันจะต้องใช้ประสบการณ์พอสมควรแล้วก็ต้องใช้ความสนใจ” (พยาบาล 6)

“แต่ว่าเราใช้ไม่เป็น เพราะถ้าเราใช้ไม่เป็น มุ่งงาน มุ่งฉีดยาไปหมดแล้วไง ไอ้คนที่ จะหยิบ *Care map* ไม่มีแล้วไง เจ้าของเตียงจะต้องไปฉีดยา เจาะเลือดคนไข้ตั้ง 10 คนจะเอาเวลาที่ไหนไปหยิบ *Care map* โดยเฉพาะ *Stroke* ชักแผ่นก็ไม่มีเวลาแล้ว หรือว่าเรามีเจ้าของไข้หรือผู้จัดการมาดูแล การดูแลคนไข้ว่าเรามีแผนการดูแลแบบนี้ สมาชิกหรือคนที่ดูแลคนไข้ที่จะมุ่งงานทำอย่างนี้เวลานี้ ต้องแบบนี้ละผู้จัดการเค้าบอกเลยว่าวันนี้ พยาบาลเค้าผู้จัดการเค้าจะบอกเลยว่าเอาคนไข้คน นี้ฝึกกายภาพ ถ้าใช้ระบบผู้จัดการโดยไม่ใช้ระบบเจ้าของไข้ ผู้จัดการเค้าจะบอกว่าวันนี้คน นี้ต้องทำอะไรเขาที่จะเป็นคนมองว่าพยาบาลได้ทำไหมในทีม นี้เค้าเรียกว่าพยาบาลผู้จัดการ” (พยาบาล 6)

“รูปแบบในการดูแลหรือคือ ตอนนี้อยู่ไม่มี *APN* มันน่าจะมียกที่เป็น *APN stroke* มา *Support* (สนับสนุน) ไม่ใช่ว่าเป็น *Stroke* จะไปตาม *APN DM* (พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง โรคเบาหวาน) *APN Hypertension* (พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง โรคความดันโลหิตสูง) อะไรอย่างนี้มาดูแล ซึ่งถามว่ามันก็เกี่ยวข้องแต่เขาไม่ได้โดยตรงนี่คนไข้มันก็ครอบคลุม” (พยาบาล 1)

“ถ้ามี *Stroke unit* จะโอเคมากเพราะเหล่านี้จะชำนาญ แล้วก็ *Stroke* ส่วนใหญ่จะมาแบบมี *Bird's* (เครื่องช่วยหายใจ) ถ้ามี *Stroke unit* ก็จะโอเค” (พยาบาล 1)

“มัน (การดูแลผู้ป่วย) ก็จะแม่นยำขึ้น ง่ายๆ *Guideline* มันทำไม่ยากหรือทำเดี๋ยวนี้ก็เสร็จเดี๋ยวนี้แต่ปัญหามันอยู่ที่การยอมรับ ใจ โดยทั่วไปเค้าก็จะเอา *Guideline* กลางมาใช้เดี๋ยวนี้ก็มีของสมาคมก็มีใช้ใหม่ ประสาทวิทยา *Guideline* ของสสช. (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ) ก็มี ซึ่งจะใช้กันเยอะที่สุดหรือว่า *Guideline* ของโรงเรียนแพทย์ ต่างประเทศ เอามานั่งไล่ดูอันไหนทำได้ อันไหนทำไม่ได้ อันไหนทำไม่ได้ก็ต้องเลิกก็ต้องละไว้มันง่ายนิดเดียว *Guideline* มันไม่ยาก มันยากตรงที่คุ้ม (ทีมสหสาขาวิชาชีพ) จะทำรีเปลาและจะทำกันยังไง” (แพทย์ 1)

“...ระบบมอบหมายงานเนี่ยอาจจะใช้ระบบมอบหมายงาน เช่น พวกงานในกรณี *Assignment* (การมอบหมายงาน) หรือพยาบาลพวกเจ้าของไข้เข้ามาช่วย... *Case management* ก็จะช่วยให้ในเรื่องของการดูแล ก็ส่งเสริมความรู้ด้วย ส่งเสริมความรู้” (พยาบาล 4)

“แล้วอีกอย่างโรงพยาบาลนี้ก็ไม่ค่อยส่งคนอบรมแนวทางใหม่ๆ อะไรอย่างนี้ อย่างถามว่าที่อื่นเขามีแพทย์ *stroke* แล้วแต่ที่นี้ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทาง *Stroke* ไม่มี *Neuro med* (อายุรศาสตร์ แพทย์) *Neuro* ศัลย์ (ศัลยแพทย์ระบบประสาท) มันก็เป็นปัญหาทำให้เราต้อง *Refer*” “แล้วก็อีกอย่างหนึ่งที่ยากให้มีคือ *Case manager* เพราะว่าเคยเห็นที่เค้าทำ *Case manager DM* แล้วคนไข้ *work* ถ้าที่นี้มี *Case manager* ของ *Stroke* น่าจะโอเคมากกว่า แต่ตอนนี้เราก็ไม่มีแล้วเพราะเค้าไม่ให้เราไปเรียน ไปอบรมก็ไม่ได้ไป” (พยาบาล 1)

“คือยาในโรงพยาบาลเรานั้นมีอยู่ไม่กี่ตัวแล้วยาพวกนี้ก็ซ้ำๆ” “ถ้าถาม (การมีคำแนะนำในการใช้ยาที่ไม่สามารถจดหรือละลายน้ำได้แจ้งให้พยาบาลทราบ) พี่นะ พี่คิดว่าแบบ 2 – 3 เดือน

เรามาทวนความรู้เรื่องยากันสักครั้งน่าจะดีกว่า” “ฝอยยาครั้งแรกมันจะสำคัญก็จะสำคัญแค่ครั้งแรกเท่านั้นต่อไปก็กลายเป็นเหมือนขยะ” (เกตุชกร 3)

“ถ้าเกิดสมมติว่าคนไข้ในระหว่างอยู่โรงพยาบาลซึ่งตอนนี้อาจจะไม่มีปัญหาแล้ว หรือปัญหาน้อย เรื่องค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลส่วนที่เกี่ยวข้องเรื่องสังคมสงเคราะห์อาจจะน้อย แต่ว่าถ้าเกิดต้องกลับไปดูแลที่บ้านผู้ดูแลที่สำคัญ ส่วนของสังคมที่ต้องมาดูแลร่วมมันก็มีเรื่องข้อจำกัดในเรื่องของผู้ป่วยและญาติส่วนนั้นนะที่คิดว่าชุมชนหรือสังคมสงเคราะห์ก็ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรืออบต. ที่จะต้องมาดูแลเค้าว่าอยู่ได้ยังไงในเศรษฐกิจแบบนั้น เพราะว่าเค้าจะต้องสูญเสียรายได้ก็อย่างก็คือ ทีมสุขภาพที่อยู่ดูแลคนไข้ที่บ้าน คือพวก PCU (Primary care Unit = ศูนย์สุขภาพชุมชน) หรือเจ้าหน้าที่อนามัย อาจจะเป็นอสม. อะไรพวกนี้ก็ได้แล้วก็ที่เหลือก็จะ เป็นสังคมที่ต้องร่วมกันแต่จะทำได้แค่ไหนไม่รู้” (พยาบาล 6)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่ขาดโอกาสและความร่วมมือกันในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย แต่ถ้ามีโอกาสที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยทีมสหสาขาวิชาชีพทุกวิชาชีพยินดีให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี

ประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแลนั้นก็มีความต้องการในการดูแลมากด้วยเช่นกัน แต่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นมี ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย คือ โครงสร้างขององค์กร นโยบายขององค์กร ทรัพยากร ระบบการทำงาน บุคลากร รวมทั้งอุปสรรคที่เกิดจากตัวผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล นอกจากนั้นยังพบว่ามี การเกิดช่องว่างในการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเอง แต่ทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นมีข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพื่อลดช่องว่างที่เกิดขึ้นเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่ครบวงจร โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง จังหวัดราชบุรี ในการวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงเจาะลึกเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ราย รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. การประสบกับปัญหาและอุปสรรคในการประเมินปัญหาและผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง

จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสารทำให้การประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยการซักประวัติโดยทีมสุขภาพทำได้ยากลำบาก จนกลายเป็นอุปสรรคสำคัญของการประเมินปัญหาและให้การรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับที่มัมมา (Mumma, 2000: 192-193) กล่าวว่าไว้ว่า ความบกพร่องทางด้านร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับสมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพ โดยอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองซีกซ้ายผิดปกติ จะมีแขนขาซีกขวาอ่อนแรง หรือเกิดอัมพาตซีกขวา มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว มีความผิดปกติของการสื่อสาร การพูด จะพูดไม่ได้ (Aphasia) หรือพูดไม่ชัด อ่านและเขียนไม่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและความจำในระยะสั้น ทำให้ยากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ซึ่งสนับสนุนการศึกษานี้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีปัญหาด้านการสื่อสารซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือไม่สามารถให้ประวัติได้หรือให้ประวัติไม่ชัดเจนให้การรักษานั้นล่าช้า และผลเสียจากการรักษาที่ล่าช้านี้อาจส่งผลให้เซลล์สมองตายได้ซึ่งสอดคล้องกับนิพนธ์ พวงวรินทร์ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544: 91-150) กล่าวว่าไว้

ว่า ในภาวะปกติมีเลือดไปเลี้ยงสมอง ประมาณ 50 ถึง 55 มล. ต่อ 100 กรัมของสมองต่อนาที ถ้า ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนใดส่วนหนึ่งลดต่ำกว่า 18 มล. ต่อ 100 กรัมของสมองต่อนาที เซลล์ สมองจะเสียหายที่ทางศีรษะแต่ยังไม่ตาย สมองจะทำหน้าที่ปกติ ถ้าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองต่ำ กว่า 15 มล. ต่อ 100 กรัมของสมองต่อนาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวร และถ้า สมองขาดเลือดไปเลี้ยงโดยสิ้นเชิง 3 ถึง 8 นาที เซลล์สมองจะถูกทำลายและไม่สามารถฟื้นได้

อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพประสบ กับปัญหาในการประเมินผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลได้ จึงเป็นเรื่องที่ ทีมสหสาขาวิชาชีพจะต้องเร่งเพิ่มสมรรถนะให้กับตนเองในการประเมินผู้ป่วย เช่นจากการตรวจ ร่างกายอย่างแม่นยำ เพราะการประเมินปัญหาผู้ป่วยไม่ได้มีเพียงการสัมภาษณ์หรือซักประวัติเพื่อให้ ได้ข้อมูลเท่านั้น

2. การแสดงบทบาทของแต่ละวิชาชีพในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ การวางแผนสำหรับการดูแลในระยะเฉียบพลัน ระยะหลังเฉียบพลัน และระยะของการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับที่ สมจิต หนูเจริญกุล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534: 56-57) กล่าวไว้ ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลจะต้องอาศัยการประเมินความ บกพร่องของหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายและส่วนดีที่ยังเหลืออยู่อย่างเป็นระบบและประชุมร่วมกันเป็น ทีมทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวางแผนสำหรับโปรแกรมการ ฟื้นฟูสมรรถภาพที่สมบูรณ์แบบ และอาจจะต้องปรึกษาโภชนากร นักจิตวิทยา หรือผู้ฝึกฝนอาชีพ ตามความต้องการของผู้ป่วย จุดสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มุ่งที่จะให้ผู้ป่วยฝึกฝนเรียนรู้สิ่ง ต่างๆ ที่สูญเสียไปใหม่ เพื่อที่จะให้พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด ในบางโรงพยาบาลจะส่งตัวผู้ป่วยไป หน่วยกายภาพบำบัด ถึงแม้ว่าระยะนี้จะเป็นระยะที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ยังคงเฝ้าระวังการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซัลท์และคณะ (Sulch, et al, 2000: 1929-1931) ซึ่งทำการศึกษาคัดลองแบบแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีแบบ แผน มีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงน้อยกว่า และ สอดคล้องกับการศึกษาของโลเวนไฮสตีนิ และ โฮฟ (Lowenstien & Hoff, 1994: 1226-1227) กล่าว ว่าการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ หรือการปฏิบัติจากการดูแลร่วมกัน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ สมาชิกในทีมมีหน้าที่ในการดูแลที่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าสหสาขาวิชาชีพนั้นมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันแต่จำเป็นต้องให้การดูแล

ผู้ป่วยร่วมกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของแลนซ์ฮอร์น และดันแคนน์ (Langhorne & Duncan, 2001: 268-269) แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายแบบไม่ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ และกลุ่มที่สองใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูร่างกายจากทีมสหสาขาวิชาชีพมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า และมีการพึ่งพาการดูแลจากครอบครัวหรือสถานพยาบาลน้อยกว่า และยังพบว่าการฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นยังสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และสอดคล้องกับแมคเอลฮานซี และ บริกส์ (McElhancy & Briggs, 2001 :72) ที่กล่าวถึงการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพว่าเป็นรูปแบบการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานที่ประกอบด้วยบุคคลจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดมาร่วมกันทำงาน ให้คำแนะนำให้คำปรึกษาในด้านที่ตนรับผิดชอบ โดยมุ่งประเด็นความสำคัญไปที่ผู้ป่วยแต่ละราย และสอดคล้องกับซาลิปันเต้ (Salipante, 2002 อ้างใน มัลลิกา โชติสินิล, 2548: 45) ที่กล่าวถึงงานแบบสหสาขาวิชาชีพว่า เป็นการทำงานของหลายๆ ฝ่ายประกอบไปด้วยหลายๆ สหสาขาวิชาชีพ ในการทำงานร่วมกันดังกล่าวจำเป็นต้องเป็นที่ยอมรับนับถือและไว้วางใจซึ่งกันและกันในแต่ละด้านของความชำนาญในแต่ละบุคคลซึ่งมาทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยมีเป้าประสงค์เดียวกันคือเพื่อให้ประสบความสำเร็จคือการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาพบว่าลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความต้องการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นมีหน้าที่สำคัญในการให้การดูแลรักษา รวมทั้งเตรียมร่างกายเพื่อให้พร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง และช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะพ้นระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤตแล้วแต่ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของตนเองดังต่อไปนี้

2.1 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของแพทย์

จากการศึกษาพบว่าบทบาทของแพทย์คือวิชาชีพที่กระทำการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาและป้องกันโรคแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม มาตรา 4 (สภาการพยาบาล, 2525) แต่การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของแพทย์นั้นมีอุปสรรคคือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะให้ประวัติได้หรือให้ประวัติไม่ชัดเจนหรือการที่ไม่มีญาติในการให้ประวัติเพื่อช่วยในการวินิจฉัยรักษา เพราะความสำคัญของการรักษาโรคหลอดเลือดสมองคือความรวดเร็วในการวินิจฉัยและการให้ยาที่สามารถช่วยละลายลิ่มเลือด ในกรณีที่เกิดจากการอุดตันของลิ่มเลือด และการวินิจฉัยเพื่อส่งต่อเพื่อรับการผ่าตัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีเส้นเลือดในสมองแตก ดังนั้นแพทย์จึงจำเป็นต้องอาศัยการวินิจฉัยโรค

จากการประเมินผู้ป่วยด้วยวิธีอื่น นอกเหนือจากการพิจารณาจากประวัติการเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ซึ่งกรณีโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ได้มีการส่งตรวจ CT Brain (Computer Tomography Brain : เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง) โดยส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการตรวจในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือ ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยเฉพาะ

2.2 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบทบาทของพยาบาลนั้น ประกอบด้วยบทบาท 4 ด้าน คือ ดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน โรคและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับที่ โอเร็ม (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: 26-27) กล่าวไว้ คือ พยาบาลมีหน้าที่ในการ ประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของโรค การฟื้นฟูของโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การให้การ ดูแลในด้านที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและเป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่การพยาบาลต่อ บุคคล ครอบครัว และชุมชน และสอดคล้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุง ครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ที่ระบุว่าพยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคทั้งนี้โดย อาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะในการประเมินสุขภาพการวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล (มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และ ที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2 (สภาการ พยาบาล, 2540) แต่การทำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลนั้นมีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยคือการ จัดระบบการทำงานของพยาบาลจนพยาบาลนั้นไม่สามารถที่จะแสดงบทบาทของตนเองได้ ซึ่ง พยาบาลนั้นได้พยายามที่จะทำหน้าที่ในบทบาทของตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ได้รับการดูแลแบบครอบคลุมองค์รวม ไม่ว่าจะเป็นการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ การดูแลผู้ป่วย การค้นหาผู้ดูแลผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแล ผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการค้นหาผู้ดูแลในบางครั้งทำได้ยากซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองนั้นยากขึ้น

2.3 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของเภสัชกร

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเภสัชกร มีบทบาทหน้าที่ในการดูแล เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 (สภาเภสัชกรรม, 2537) คือ เภสัชกร คือ วิชาชีพที่ เกี่ยวกับการกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การเลือกสรรยา การวิเคราะห์ยา การควบคุมและการ ประกันคุณภาพยา การปรุงและจ่ายยาตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากการศึกษาที่มสท สาขาวิชาชีพคิดว่าเภสัชกรนั้นมีหน้าที่หลักในการให้ความรู้ในการใช้ยาให้ทั้งผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งการให้ความรู้นั้นต้อง

ครอบคลุมถึงการสังเกตอาการผิดปกติจากการใช้ยา การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับการใช้ยานั้น จึงแสดงให้เห็นได้ว่าการทำงานของเภสัชกรนั้นมีความเกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่นด้วย เช่น โภชนากร และอุปสรรคในการทำงานของเภสัชกรนั้นคือการที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล และผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งเป็นปัญหาที่ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา

2.4 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักจิตวิทยาคลินิก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจมากกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นต้องได้รับการดูแลจากนักจิตวิทยาคลินิกซึ่งสอดคล้องกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก 2549 (สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย, 2549) ดังนั้น นักจิตวิทยาคลินิก คือ วิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ เพื่อให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติว่า นักจิตวิทยาคลินิกเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้ให้การรักษาทางการแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกมีความสำคัญต่อการบำบัดฟื้นฟูมาก เนื่องจากผู้พิการหรือผู้ที่มีความพิการทางกายย่อมมีสภาพทางใจแยกลง หน้าที่ของนักจิตวิทยา คือ การประเมินด้วยแบบทดสอบต่างๆ ให้คำปรึกษาและการรักษาทางจิตวิทยา ร่วมกับจิตแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการปรับสภาพจิตใจภายหลังเกิดความพิการได้ จากการศึกษาพบว่า การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นคนที่สำคัญที่สุดไม่ใช่ทีมสหสาขาวิชาชีพแต่คนที่สำคัญที่สุดคือ ครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับความเจ็บป่วยและมีส่วนสำคัญในการปรับตัวเพื่อการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ และปัญหาการที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลนั้นเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก

2.5 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของนักกายภาพบำบัด

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบทบาทของนักกายภาพบำบัดมีหน้าที่ในการตรวจประเมินการวินิจฉัยและการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย โดยการดูแลผู้ป่วยนั้นต้องได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพด้วย ซึ่งสอดคล้องกับร่างมาตรฐานกายภาพบำบัด 2542 ที่กำหนดว่า นักกายภาพบำบัด คือ วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจประเมินการวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกัน การแก้ไข และ

การฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพของร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดหรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศโดยคำแนะนำของคณะกรรมการให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์กายภาพบำบัด งานกายภาพบำบัดเกี่ยวข้องกับการดูแลบำบัดผู้ป่วยหลายภาวะ ได้แก่ ภาวะทางระบบโครงร่าง กล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ประสาทวิทยา เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การยะศาสตร์และอื่นๆ ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทั่วไปและด้านการป้องกันความบกร่อง ความผิดปกติ ข้อจำกัดภาวะแทรกซ้อน ในการเคลื่อนไหวตามภาวะสุขภาพของร่างกาย ปัญหาทางการแพทย์ เศรษฐกิจ และสังคมตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน (สภากายภาพบำบัด, 2547) แต่ปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยคือการที่ไม่ได้รับความร่วมมือจากญาติทำให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่มีความก้าวหน้า และการที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่น้อยทำให้การดูแลและติดตามความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสภาพร่างกายนั้นยังไม่ครอบคลุม แต่ถ้าได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล โดยการพาผู้ป่วยมาตรวจรับการทำกายภาพบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Out patient department) นักกายภาพบำบัดสามารถที่จะประเมินความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสภาพได้ และสามารถที่จะฝึกการทำกายภาพบำบัดที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ป่วยได้

จึงอาจกล่าวได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะฟื้นฟูสภาพร่างกายได้มากน้อยแค่ไหนไม่ได้ขึ้นอยู่กับนักกายภาพบำบัดเพียงผู้เดียว แต่ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย ครอบครัวและญาติผู้ดูแลเป็นสำคัญด้วย

2.6 การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของโภชนาการ

การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของโภชนาการ จากการศึกษาในบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพคิดว่าโภชนาการ คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการกำหนดรายการอาหาร ควบคุมดูแลการประกอบอาหารและโภชนาการ รวมทั้งให้คำแนะนำและแก้ปัญหาด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ และการที่ผู้ป่วยที่คุ้นเคยกับรสชาติอาหาร ปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารได้ยากนั้นเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า บุคลากรทุกวิชาชีพได้ปฏิบัติหน้าที่ของวิชาชีพตนเองอย่างเต็มความสามารถตามบทบาทของวิชาชีพ แต่การปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีช่องว่างของการทำงานร่วมกันเกิดขึ้น

3. การมีช่องว่างของการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการศึกษาพบว่า ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นต้องทำงานร่วมกัน โดยต้องขอคำปรึกษาและให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครบองค์รวม แต่ในขณะนี้การทำงานร่วมกันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรค

ตลอดเลื้อยคสมองนั้นยังขาดความเข้าใจในบทบาทของกันและกัน ซึ่งตรงกับการศึกษาของแอนีต้า แอทวอลล์ (Atwal, A, 2006: 362-363) พบว่า การทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพเป็นหนึ่งในกระบวนการสำคัญในการบริหารงานและยังเป็นปัญหามากที่สุดในการทำงาน เนื่องจากสหสาขาวิชาชีพต้องใช้ทักษะหลายๆ อย่าง ที่ไม่เพียงเกี่ยวข้องกับบทบาทของตนเองเท่านั้น แต่ยังต้องมีความเข้าใจในบทบาทของวิชาชีพอื่นในทีมการดูแลด้วย ผลการศึกษาพบว่า มีอุปสรรคที่ขัดขวางการทำงานเป็นทีม 3 เรื่อง คือ การรับรู้ที่แตกต่างของการทำงานเป็นทีม ระดับของทักษะในการทำงานเป็นทีมที่แตกต่างกัน โดยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นบางครั้งการดูแลของสหสาขาวิชาชีพนั้นมีการคาบเกี่ยวบางบทบาทต่อกัน กล่าวคืองานบางอย่าง ไม่สามารถที่จะแยกออกจากวิชาชีพนั้นได้ เช่น การที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยรวมทั้งดูแลเกี่ยวกับการได้รับยาของผู้ป่วยซึ่งคาบเกี่ยวกับงานของเภสัชกร เป็นต้น จากการศึกษาจึงพบว่าบุคลากรบางวิชาชีพคิดว่าอีกวิชาชีพหนึ่งได้ให้การดูแลผู้ป่วยในด้านที่ตนเองมีส่วนเกี่ยวข้องไปแล้ว แต่ในความเป็นจริงวิชาชีพนั้นอาจยังไม่ได้ให้การดูแลนั้นหรือให้การดูแลไปแล้ว แต่การที่สหสาขาวิชาชีพนั้นกลัวว่าจะเป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อนกัน อาจส่งผลให้ผู้ปวยนั้นไม่ได้รับการดูแล

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ประเด็นให้เห็นว่า กลไกการสื่อสารกันในองค์กรแห่งนี้ยังต้องการความชัดเจนเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน หรือการประสานงาน เพื่อการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ นอกจากโครงสร้างองค์กรที่แต่ละวิชาชีพอยู่ภายใต้สังกัดวิชาชีพของตนเอง จึงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดของการทำงานร่วมกันได้

4. ข้อเสนอแนะในการลดช่องว่างเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่ครบวงจรโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล

จากการศึกษาพบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นมีความคิดเห็นที่ตรงกัน คือ ต้องการที่จะลดช่องว่างในการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และร่วมกันพัฒนารูปแบบและสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.1 นโยบายการทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary care team)

เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง แต่การทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นยังขาดการร่วมมือกัน การประสานงานกัน เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพขาดความเข้าใจในรูปแบบการทำงานซึ่งกันและกัน จึงส่งผลให้การทำงานในรูปแบบของทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่เกิดขึ้น โดยแท้จริง

4.2 แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical path way)

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ซึ่งขาดทรัพยากร และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบถ้วน จากการศึกษาพบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นต้องการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพ โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยดังนี้

4.2.1 แนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคเฉพาะราย (Care map / Guideline) ทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นคิดว่าการสร้าง Stroke care map หรือ Stroke guideline นั้นสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.2.2 หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) จากการศึกษาพบว่า แพทย์พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นั้นมีความต้องการที่จะให้มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.3 ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit) ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลแห่งนี้มีศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่แล้ว แต่เนื่องจากการมีบุคลากรและทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ และการมีช่องว่างในการประสานงานและทำงานร่วมกัน จึงทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นยังไม่มีการทำงานที่ชัดเจน

4.2.4 คู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Guide for stroke care) เนื่องจากโรงพยาบาลแห่งนี้ยังไม่มีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพจึงต้องการให้มีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้น

4.2.5 การให้บริการแบบเชิงรุก (Health promotion) เนื่องจากการทำงานของโรงพยาบาลแห่งนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ทีมสหสาขาวิชาชีพคิดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือที่อยู่ในชุมชน ไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

4.2.6 การเปลี่ยนรูปแบบการมอบหมายงาน และ การปรับระบบการทำงานของพยาบาล (Re-assignment and modernize nursing management)

เนื่องจากพยาบาลนั้นเป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นวิชาชีพหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ในการมอบหมายงานในการทำงานนั้นไม่เอื้ออำนวยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะรายได้อย่างสมบูรณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเห็นว่าควรที่จะจัดระบบการมอบหมายงานใหม่เพื่อให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะรายได้ นอกจากนี้พยาบาล 2 ราย จาก 8 ราย คิดว่าการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะพยาบาลผู้เป็น

เจ้าของไข้จำเป็นต้องการดูแลผู้ป่วยของตนเองตั้งแต่แรกเริ่มและเป็นผู้วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล ประเมินการพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

4.3 พยาบาลผู้จัดการ (Case manager)

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นการดูแลที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเริ่มเข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพคิดว่ากรณีที่พยาบาลผู้จัดการนั้นมีผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวได้รับการดูแลที่ครบถ้วน และเข้าถึงผู้ป่วยอย่างแท้จริง โคนมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลอย่างแท้จริง และนอกจากพยาบาลผู้จัดการแล้วถ้าหากมีพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคหลอดเลือดสมอง (Advance practice nurse stroke) นั้นยิ่งดีมากขึ้น

CTU



Christian University of Thailand

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง ใช้ในการวิจัยเชิงบรรยายเจาะลึก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 3 เดือน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงเจาะลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ราย รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ประสบกับปัญหา อุปสรรคในการประเมินปัญหาและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพยาธิสภาพที่สมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสารทำให้การประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยการซักประวัตินั้นทำได้ยากลำบาก เป็นอุปสรรคสำคัญของการประเมินปัญหาและให้การรักษาพยาบาลอย่างมากอาจส่งผลให้วินิจฉัยและรักษาล่าช้าได้

2. การแสดงบทบาทของสหสาขาวิชาชีพแต่ละวิชาชีพในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งนี้นั้นเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างดี และแต่ละวิชาชีพได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดีด้วยเช่นกัน แต่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน โดยมีการวางแผนและให้การดูแล รักษาพยาบาลร่วมกัน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพที่แท้จริงนั้นยังไม่เกิดขึ้น เนื่องจากการมีช่องว่างในการทำงานร่วมกัน และการขาดทรัพยากร บุคลากร และรูปแบบโครงสร้างขององค์กร

3. การมีช่องว่างของการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการศึกษาที่ทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นไม่ได้มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันจึงส่งผลให้เกิดการมีช่องว่างในการทำงานร่วมกัน

4. ข้อเสนอแนะในการลดช่องว่างของการทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่ครบวงจรโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล จากการศึกษาที่ทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นไม่ได้มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันจึงส่งผลให้เกิดการมีช่องว่างในการทำงานร่วมกัน ทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นมีความต้องการในการลดช่องว่างนั้นและมีข้อเสนอแนะเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น นโยบายการทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary care team) แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical path way) ประกอบด้วย แนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคเฉพาะราย (Care map / Guideline) หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit) คู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Guide for stroke care) การให้บริการแบบเชิงรุก (Health promotion) การเปลี่ยนรูปแบบการมอบหมายงาน และการปรับระบบการทำงานของพยาบาล (Re-assignment and modernize nursing management) และการมีพยาบาลผู้จัดการ (Case manager)

Christian University of Thailand

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จัดทำคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกัน สร้างขึ้นโดยเป็นแบบแผนเดียวกันและสามารถใช้ร่วมกันได้
2. ปรับนโยบายการปฏิบัติงาน โดยการสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสมบูรณ์แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ใช้แบบแผนของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเข้าร่วมประชุมพร้อมผู้บริหารระดับสูง และองค์กรแพทย์เพื่อปรับแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. ควรพัฒนาระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย (Case management) และการระบุตัวพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Nurse case manager)

5. จัดเวทีเผยแพร่แนวคิดกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสร้างกระแสให้ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องมีความสนใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. จัดโครงการอบรมความรู้ใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความก้าวหน้าขึ้น และควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่นั้นๆ ได้มีโอกาสในการเรียนรู้โดยการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม หรือการศึกษาเพิ่มเติม

2. ควรจัดให้มีการเรียนการสอนสำหรับพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อป้องกันการสับสนจากการได้รับการฝึกทักษะจากพยาบาลคนละคนกัน

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ใช้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ นำไปศึกษาเพื่อวิเคราะห์ความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งนี้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หน่วยงานเวชสถิติ โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง (2552). รายงานประจำปี. 2552.

จินตนา สมนึก. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 19(1), 28-39.

เจียมจิตร แสงสุวรรณ และ อัจฉรา หล่อวิจิตร. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

ฉัฐยา จิตประไพ และภาริต วังศ์แพทย์. (2542). เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ: กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

ชญานิศ ลีอวานิช. (2540). แนวคิดที่สำคัญสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. สารสภากาพยาบาล, 12(2), 24-25.

ชาย โพธิ์ธิดา (2547). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนพลาบลิชชิง จำกัด (มหาชน).

นภาพรณี แก้วภรณ์. (2533). ผลการงูใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (บรรณาธิการ). (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แก้วการพิมพ์.

นุจรินทร์ ลักษณ์ทกุล. (2543). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลของการสนับสนุนข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- มหาวิทยาลัยคริสเตียน. (2551). คู่มือการทำวิทยานิพนธ์. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- มัลลิกา โชคดีสินิล. (2548). ผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยการใช้นิทาสหสาขาวิชาชีพต่อระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รจน์ เฟ็งแก้ว. (2551). การปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล, 41, 9-19
- วรารักษ์ ประทุมนันท์. (2545). รูปแบบการบริหารทีมสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาระบบการบริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2539). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. วารสารพยาบาล, 44(2), 88-92.
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2546). ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันประสาทวิทยาพร้อมกับ 17 สถาบันวิชาการ. (2545). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2548). มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บุคลากรภาพรวมระดับโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

- สภาการพยาบาล. (2540). พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม มาตรา 4 2525. เข้าถึง เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2552 จาก :<http://www.tmc.or.th/psb.phb>
- _____ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2528. เข้าถึง เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2552 จาก :<http://www.tmc.or.th/psb.phb>
- สภาเภสัชกรรม. (2537) พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม เข้าถึง เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2552 จาก :<http://www.pharmacy council/org/main/law.php>
- สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย (2549). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก เข้าถึง เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2552 จาก :<http://www.thaiclinicpsy.com/index.php?>
- สภากายภาพบำบัด. (2547). พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด เข้าถึง เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2552 จาก :<http://www.pt.or.th/poror.html>
- สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย. (2550). หน้าที่ของนักโภชนาการ เข้าถึง เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2552 จาก :<http://www.nutrition.or.th./scripts/index.asp?>
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ (เล่ม 4). กรุงเทพมหานคร: วีเจพรีนติ้ง _____ (2540). การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วีเจพรีนติ้ง
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- สุธาพร ขจรฤทธิ์. (2547). ลักษณะการกลับมาอยู่รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2544). ตำราตรวจโรคทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552). จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2543 – 2552 . เข้าถึง เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2552 จาก :<http://www.nso.go.th/nsopublic/basestat/tables/0000.../in43-53.xle>

- อรฉัตร โดษยานนท์. (2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน *เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู (เล่ม 2)*. กรุงเทพมหานคร: หน้า 537-570.
- อดุลย์ วิริยเวชกุล. (2534). การบำบัดฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 382-385, 451-481.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2541). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*

ภาษาอังกฤษ

- Ann B., Hamric, J.A., Spross, C.M. and Hanson. (2001) **Advanced nursing practice**, 6 (2) , 42-43
- Astrom, M., Asplund, K. and Astrom, T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. **Stroke**, 23, 527-531.
- Atwal A. (2006). Caldwell K Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. **Journal article**, 25(6), 359-360
- Bergstrom,N., Passarella, P. and Gee, Z. (1997). Starting right after stroke. **American Journal of Nursing**, 13(5), 802-807.
- Brenden and Orem, D.E. (1995). **Nursing: Concepts of practice**. 5th ed. St Louise: Mosby. 198-203.
- Doughlas, J.L. and Peterson, P.M. (1995). Geographic variation in reporting of stroke deaths to underlying or contributing cause in the United States. **Stroke**, 26(11), 1999-2003
- Gaynor, S.E. (1990). The long haul: The effect of home care on the caregiver.image. **The Journal of Nursing Scholarship**, 22(4), 208-212.
- Gillen, G. and Burkhardt, A. (1998). **Stroke rehabilitation : A function-based approach**. St. Louis: Mosby.

- Granger, C.V., Hamilton, B.B., Gresham, G.E. and Kramer, A.A. (1983). The stroke rehabilitation outcome study. **Arch Phys Med Rehabil**, 70, 100-103.
- Grants, J.S. (1999). Social problem-solving pattern ships wick family caregiver. **Rehabilitation Nursing**, 24(6), 254-260
- Hay, M.A. and Fisher, T.R. (1997). Stroke rehabilitation: Salvaging ability after stroke. **Nursing**, 97, 40-46.
- Hayes, M.K. (1999). A preventive approach to stroke. **Nursing Clinics of North America**, 26, 931-940
- Houglan-Adkins, E.R. (1993). Quality of life after stroke : Exposing a gap in nursing literature. **Rehabilitation Nursing**, 18, 144-147.
- Kemp, M., Champagne, N. and Ruby, E. (1998). Predicting pressure Ulcer risk. **Nursing Research**, 4(5), 261-269.
- Langhorne, P. and Duncan, P. (2001). Does the Organization of Post acute Stroke Care Really Matter?. **American Journal of Nursing**, 27(2), 268-269
- Lee, L. and Paffenbarger, R.S. (1998). Physical activity and stroke incidence: The Harrard Alumni health study. **Stroke**, 29, 2049-2054
- Linvesly, B. (1996). Pressure sores: Aspects of their prevention and management. **Internet Medicine**, 12(4), 99-100.
- Liwis, S.M. and Collier, I.C. (1997). **Medical-Surgical nursing Assessment and management of clinical problem**. 2nded. New York: McGraw-Hill Books.
- Lowenstien, A.J. and Hoff, P.S. (1994). Discharge plan: A study of nursing staff involvement. **American Journal of Nursing**, 24, 1126-1227
- McElhancy, L. and Briggs, M. (2001). Process and out come measures for the multidisciplinary collaborative project of a critical care CNS. **Critical nurse specialist**, 3, 72.
- Moore, K. (1994). Stroke: The long road back. **Nursing Research**, 57(3), 50-54.
- Morse, J.M. and Field, P.A. (1996). **Nursing research: The application of qualitative approaches**. London: chapman and Hall.

- Mumma, C.M. (2000). Perceived losses following stroke. **Rehabilitation Nursing**, 25(5), 192-195.
- Perad, M.E., and Ames, B.D. (1993). Lifestyle changes and coping Patterns among caregivers of stroke survivors. **Public Health Nursing**, 10, 252-256.
- Sision, R.A. (1998). Life after stroke: Coping with change. **Rehabilitation Nursing**, 23(4), 202-203
- Sulth, D., Melbourn, A. and Lalit, K. (2000). Randomized Controlled Trial of Integrated (Managed) CarePathway for Stroke Rehabilitation. **Stroke**, 24, 1929-1931
- Thorvaldsen, P., Asplund, K., Kuulasmaa, K., Rajakangas, A.M. and Schroll, M. (2008). Stroke incidence, case fatality, and mortality in the WHO MONICA project. **Stroke**, 26(3), 361-367.
- Watson, L.D. and Quinn, D.A. (1998). Stage of Stoke: A model for Stroke rehabilitation. **British Journal of Nursing**, 7(11), 631-640.
- Ignatavicius, D.D., Workman, M.I. and Mishler, M.A. (1999). **Medical-Surgical nursing across the health care continuum**. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders. pp.553-555.
- Phipps, M.A. (1999). Assessment of neurologic deficits in stroke: Acute care and rehabilitation implication. **Nursing Clinical of North America**, 26(4), 957-970.

CTU



Christian University of Thailand

CTU



Christian University of Thailand

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแนวทางการสัมภาษณ์ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ

1. นายแพทย์กฤษดา รอดประเสริฐ

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (วุฒิบัตรเชี่ยวชาญสาขาประสาทวิทยา)
โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี

2. อาจารย์พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอนันท์

หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
พย.บ.,วท.ม.(พยาบาลศาสตร์)
ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)

3. คุณจรูญลักษณ์ ป็องเจริญ

พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

Christian University of Thailand

CTU



ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

Christian University of Thailand

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน นางสาวโรรัชน์ ติระณะ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ชั้นสูง มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลตฤณภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง” มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยใช้วิจัยเชิงบรรยายเจาะลึกโดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นระเบียบวิธีวิจัย เพื่อนำไปเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาการจากระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะไม่มีคำตอบถูกหรือผิด การเข้าร่วมการวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใดๆ หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วภายหลังเกิดเปลี่ยนใจ ท่านมีสิทธิไม่ตอบหรือขอยุติการสัมภาษณ์หรือขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาขณะสัมภาษณ์ โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดจะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเกี่ยวกับวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านตลอดเวลาและขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....
(นางสาวโรรัชน์ ติระณะ)

Christian University of Thailand

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ. ดร.ศากุล ช่างไม้

มหาวิทยาลัยคริสเตียน 144 หมู่ 7 ถ.พระประโทน-บ้านแพ้ว ต.ดอนยายหอม อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

หมายเลขโทรศัพท์ : 034-229480 , 09-2126961

.....
สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า ชื่อ – สกุล.....ได้รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย ดังได้อธิบายไว้ข้างต้น โดยมีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

Christian University of Thailand

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

ลำดับที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. วุฒิการศึกษา
 () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
 สาขา/เอก(โปรดระบุ).....
4. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 () 5-9 ปี
 () 10 ปีขึ้นไป
5. วิชาชีพ/อาชีพ
 () แพทย์ () นักจิตวิทยาคลินิก () เภสัชกร
 () พยาบาล () นักกายภาพบำบัด

Christian University of Thailand

ข้อเสนอแนะสำหรับแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์ ประสพการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งประกอบด้วยแนวคำถามดังต่อไปนี้

1. ในฐานะ(แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักโภชนาการ) ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร
2. จากประสบการณ์ที่ผ่านมาท่านพบปัญหาอะไรบ้าง
3. ผลกระทบของปัญหานั้นเกิดขึ้นกับใคร อย่างไร
4. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองท่านต้องทำงานร่วมกับใครบ้างหรือท่านต้องการให้ใครมาช่วยดูแลผู้ป่วย
5. จากการทำงานร่วมกับผู้อื่นท่านพบประเด็นหรือปัญหาอะไรบ้าง
6. ท่านได้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร ผลจากการแก้ปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างไร และท่านได้เรียนรู้อะไรจากการแก้ปัญหานั้น
7. ตามหลักการทำงานของวิชาชีพของท่าน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีแนวปฏิบัติอย่างไร
8. ท่านต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เป็นไปในรูปแบบใดหรืออย่างไร
9. ท่านต้องอาศัยใครหรือต้องทำอะไร ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว

Research Question: ประสบการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพของ โรงพยาบาลแห่งนี้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

Topic (หัวข้อเรื่อง)	Main Question (คำถามหลัก)	Follow up (คำถามติดตาม)	Probe (คำถามลึกลับ)	แหล่งข้อมูล
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ในฐานะวิชาชีพของท่านมีประสบการณ์หรือบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร	จากประสบการณ์ที่ผ่านมาท่านพบปัญหาอะไรบ้าง	1. ปัญหาที่เกิดขึ้นใครทำให้เกิดปัญหานั้น 2. ผลกระทบของปัญหานั้นเกิดขึ้นกับใคร(ผู้ป่วย,ญาติ,ผู้ดูแลผู้ป่วย, ผู้ร่วมงาน) อย่างไร	สหสาขาวิชาชีพ
การทำงานร่วมกับผู้อื่น	ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองท่านต้องทำงานร่วมกับใครบ้างหรือท่านต้องการให้ใครมาช่วยดูแลผู้ป่วย	1. จากการทำงานร่วมกับผู้อื่นท่านพบปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้าง 2. และท่านคิดว่าการทำงานร่วมกับผู้อื่นมีข้อดีอย่างไรบ้าง 3. ท่านต้องการให้วิชาชีพอื่นช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไรบ้าง	1. ท่านได้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร ผลจากการแก้ปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างไร 2. ท่านได้เรียนรู้อะไรจากการแก้ปัญหานั้น	สหสาขาวิชาชีพ
การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ตามหลักการงานของวิชาชีพของท่านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีแนวปฏิบัติอย่างไร	ท่านต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เป็นไปในรูปแบบใด/ อย่างไร	ท่านต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เป็นไปในรูปแบบใด/อย่างไร	สหสาขาวิชาชีพ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล	นางสาวโรรัักษ์ ตีระณะ
วัน-เดือน-ปี-เกิด	17 ธันวาคม พ.ศ. 2523
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี พ.ศ. 2546
ประวัติการทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2546 - ปัจจุบัน



Christian University of Thailand