

การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน
จากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

พัชรี โชติพันธ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

มกราคม 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน
จากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

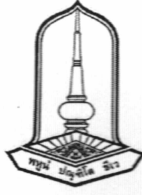
พัชรี โชติพันธ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

มกราคม 2557

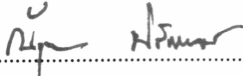
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม






คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวพัชรี โชติพันธ์
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(รศ.ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์)

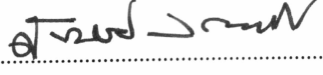
ประธานกรรมการ
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(ผศ.ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์)

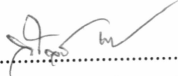
กรรมการ
(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)


.....
(อาจารย์ ดร.อุรารัช บุรณะคงคาตรี)

กรรมการ
(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)

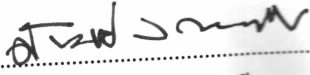

.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

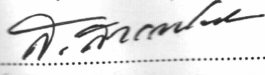
กรรมการ
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(อาจารย์ ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์)

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม


.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)
คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์


.....
(รศ.ดร.สุนันท์ สายกระสุน)
ผู้รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
วันที่ 31 เดือน ๒๑ พ.ศ. 2559



วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อพัฒนานิสิต
ระดับบัณฑิตศึกษา (ปริญญาโท) งบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.อุรารักษ์ บุรณะคงคาตรี กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือและตรวจแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แพทย์หญิงปัทมา สงวนตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม นางเมธีรัตน์ มั่นวงศ์ อาจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และนางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์ นักกายภาพบำบัดเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ขอขอบคุณขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอู่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ผู้พิการและผู้ดูแลผู้พิการอำเภอู่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ได้เสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ให้พื้นที่ในการทดลองเครื่องมือวิจัย

ขอขอบคุณกลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอู่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาร่วมเป็นวิทยากรในการทบทวนความรู้ด้านการฟื้นฟูสุขภาพผู้พิการ

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้กำลังใจ ส่งเสริม สนับสนุนด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณผู้ช่วยเหลือทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ คุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอ มอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบุพการี คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนให้ชีวิตและปัญญาแก่ผู้วิจัยจน ประสบความสำเร็จ

พัชรี โชติพันธ์



ชื่อเรื่อง	การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
ผู้วิจัย	นางสาวพัชรี โชติพันธ์
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ อาจารย์ ดร. อุรารัช บุรณะคงคาตรี
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2557

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การดูแลสุขภาพที่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้ดูแล 41 คน และผู้ให้บริการ 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา กระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การศึกษาข้อมูลบริบท 2) การสนทนากลุ่ม 3) การวางแผนการดำเนินงาน 4) ดำเนินการตามแผน 5) ติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล 6) ถอดบทเรียนและสรุปผล และ 7) ประเมินผลเพื่อติดตามการดำเนินงาน ส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีแนวทางการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน 4 ขั้นตอน คือ 1) เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 2) เยี่ยมบ้าน (ภายใน 4 สัปดาห์ หลังจำหน่าย) 3) ติดตามประเมินผล (4-16 สัปดาห์หลังจำหน่าย) 4) ดูแลตนเอง (หลัง 16 สัปดาห์) เมื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลและผู้ให้บริการหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

โดยสรุปกระบวนการพัฒนาเพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้พิการในชุมชน เป็นความร่วมมือกันทั้งทีมผู้ให้บริการที่เรียกว่าสหวิชาชีพร่วมมือกับผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดโดยการระดมสรรพกำลังเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน ใช้ทุนทางสังคมในบริบทพื้นที่มาเป็นองค์ประกอบสนับสนุนส่งผลให้เกิดการพัฒนาาระบบที่มีคุณภาพในที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลสุขภาพที่บ้าน



TITLE Development of Quality in The Disabled's Health Care System at Home Because of Stroke, Developed by Primary Service Unit, Thung Si Udom District, Ubon Ratchathani Province.

AUTHOR Miss Patcharee Chotipun

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Public Health.

ADVISORS Asst. Prof. Dr.Cheerasak Charoenpan, P.H.
Dr.Urarat Buranakongkatri, Ph.D

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2014

ABSTRACT

Stroke is an important neurological disorder in public health problem. Health care at home is very necessary to reduce complications and severity of the disease. Action research was performed to improve the system of the Thung Si Udom primary care unit disable care at home by using of the empowerment theory. The specific sample group consisted of 41 care providers and 18 service providers. The information was collected from questionnaires and interviews. Qualitative data were analyzed by observing and interviewing. Content analysis was made by quantitative analysis by using statistics of percentage, mean, standard deviation and paired sample t-test.

Studying result generated system development process of 7 steps, consisting of 1) to study context data; 2) group discussion; 3) planning of the operation; 4) to operate according to the plan; 5) follow-up and collecting data; 6) to hold meetings to know about lessons and summarize about results and; 7) to evaluate data to follow up the operation result. As a result, guidelines for taking care the disable at home was 1) Preparing before discharging to home; 2) Home visit (4 weeks after discharge); 3) Evaluating the result (4-16 weeks after discharge); 4) Step of self-care (after 16 weeks). Compared to the start, care providers had additional knowledge and attitude and complacence statistic a significant at p-value < 0.05.

In conclusion, the development of the disable home-care was a coordination of the multidisciplinary team and care providers.

Keywords: System development, the disabled from stroke, health care at home.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	7
2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	7
2.2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)	12
2.3 คุณภาพบริการ	26
2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	29
2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	32
2.6 แนวคิดและทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ	40
2.7 วิจัยที่เกี่ยวข้อง	48
2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
3.1 รูปแบบการวิจัย	55
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	57
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	60
3.6 การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	61
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	62



	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	64
4.1 ข้อมูลบริบทโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	64
4.2 ศึกษาข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	68
4.3 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	73
4.4 ผลการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	75
4.5 ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน จากโรคหลอดเลือดสมอง	104
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	106
5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย	106
5.2 สรุปผล	106
5.3 อภิปรายผล	112
5.4 ข้อเสนอแนะ	115
เอกสารอ้างอิง	116
ภาคผนวก	120
ภาคผนวก ก ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	121
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	123
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	126
ภาคผนวก ง แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	130
ภาคผนวก จ เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา	150
ภาคผนวก ฉ ภาพประกอบการจัดกิจกรรม	157
ประวัติย่อผู้วิจัย	162



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 4.1 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม	65
ตาราง 4.2 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเฉลี่ยต่อวันในแต่ปีงบประมาณ ของงานบริการผู้ป่วยนอก	66
ตาราง 4.3 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ปีงบประมาณของงานบริการผู้ป่วยใน	67
ตาราง 4.4 งานบริการผู้ป่วยนอก 10 อันดับโรค	67
ตาราง 4.5 งานบริการผู้ป่วยใน 10 อันดับโรค	68
ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	78
ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้พิการ จากโรคหลอดเลือด สมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	80
ตาราง 4.8 จำนวนและร้อยละของความรู้ของผู้ดูแลที่ตอบคำถามถูกต้องในการพัฒนาระบบ การดูแลสุขภาพผู้พิการของผู้ดูแลผู้พิการจำแนกรายข้อ	81
ตาราง 4.9 ข้อมูลความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน จากโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนา	82
ตาราง 4.10 ระดับคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ	83
ตาราง 4.11 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน จากโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนา	84
ตาราง 4.12 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน จากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกเป็นรายด้าน	84
ตาราง 4.13 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ด้านการได้รับข้อมูลและความรู้ จำแนกเป็นรายข้อ	85
ตาราง 4.14 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ด้านความเอาใจใส่ช่วยเหลือ จำแนกเป็นรายข้อ	86
ตาราง 4.15 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ด้านความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก และความสะดวก จำแนกเป็นรายข้อ	87
ตาราง 4.16 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ด้านการได้รับโอกาสและการมีส่วนร่วม จากทีมสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ	88
ตาราง 4.17 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ จำแนกตามลักษณะทางประชากร	89
ตาราง 4.18 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการ จากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	92
ตาราง 4.19 จำนวนและร้อยละของความรู้ของผู้ให้บริการ ที่ตอบคำถามถูกต้องในการดูแลสุขภาพ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อ	92



ตาราง 4.20	คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา	96
ตาราง 4.21	ระดับคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายชื่อ	96
ตาราง 4.22	คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา	97
ตาราง 4.23	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้านของผู้ให้บริการในการให้บริการดูแลผู้พิการที่บ้าน จากโรคหลอดเลือดสมอง	97
ตาราง 4.24	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ด้านบุคลากรจำแนกเป็นรายชื่อ	98
ตาราง 4.25	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ด้านงบประมาณจำแนกเป็นรายชื่อ	99
ตาราง 4.26	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ จำแนกเป็นรายชื่อ	100
ตาราง 4.27	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ด้านบริหารจัดการ จำแนกเป็นรายชื่อ	101
ตาราง 4.28	เปรียบเทียบระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบเดิมและระบบใหม่	103



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิด	54
ภาพประกอบ 4.1 แผนที่แสดงอาณาเขตติดต่ออำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	64
ภาพประกอบ 4.2 แนวทางการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	72
ภาพประกอบ ฉ-1 ชี้แจงวัตถุประสงค์	158
ภาพประกอบ ฉ-2 การประชุมวางแผนดำเนินการ	158
ภาพประกอบ ฉ-3 พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล	159
ภาพประกอบ ฉ-4 ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ	159
ภาพประกอบ ฉ-5 ออกเยี่ยมบ้าน	160
ภาพประกอบ ฉ-6 เยี่ยมบ้านและแนะนำทักษะการดูแล	160
ภาพประกอบ ฉ-7 ให้ความรู้การดูแลผู้พิการที่บ้าน	161
ภาพประกอบ ฉ-8 ดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน	161



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาตนั้น ปัจจุบันเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและประเทศไทย โดยสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกนั้น องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) รายงานว่า สถานการณ์ทั่วโลกโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี และในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ประมาณ 6,000,000 คน ซึ่งมีจำนวนมากกว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์, วัณโรค และมาลาเรียรวมกัน แต่ทั้ง 3 โรคดังกล่าว นั้นกลับถูกตั้งเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จด้านนโยบายสาธารณสุข อยู่ในความสนใจของสื่อทั่วโลกและภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องของสังคม ในการร่วมกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขดังกล่าว แต่กลับมองข้ามโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นภัยเงียบคุกคามชีวิตของคนทั่วโลก (ธิดารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุเวทย์, 2554)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) พบว่าโรค หลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ในประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลในปี 2552 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 176,342 คน หรือคิดเป็น 3 คน ในทุก 2 ชั่วโมง และเมื่อพิจารณาข้อมูลสถานการณ์ อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากสถิติสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2547 – 2552 ตาม สรุปได้ว่า แนวโน้มภาระโรคหลอดเลือดสมองในคนไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จากอัตราป่วยทั่วประเทศ 152.59 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มเป็น 277.67 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2552 และยังมีแนวโน้มเหมือนกันเมื่อพิจารณา แยกรายภาค โดยพบว่าภาคเหนือ, ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ

การพิจารณาถึงความรุนแรงและความสำคัญของปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองนั้น นอกจากต้องคำนึงถึงอัตราป่วยและอัตราตายตามข้อมูลข้างต้นแล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years : DALYs) ที่สำคัญของประเทศ โดยพบว่าในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียอันดับ 3 ในผู้ชายรองจากโรคเอดส์ และอุบัติเหตุการจราจร และอันดับ 2 ในผู้หญิงรองจากโรคเอดส์ เนื่องมาจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกาย ที่สำคัญ คือ ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยเฉพาะแบบครึ่งซีกของร่างกาย นำไปสู่ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน เกิดเป็นปัญหาภาระต่อครอบครัวและสังคมตามมา และต้องใช้เวลาอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย นอกจากนี้ได้มีการคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการใน กรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการรับบริการเป็นผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง และ



ยังมีค่าเสียโอกาส (Indirect Cost) เนื่องจากการขาดงาน และความพิการ อยู่ที่ 101,681.2 บาท และความสูญเสียอื่น เนื่องมาจากการเสียชีวิต คิดเป็น 15,766.66 บาท ดังนั้น ต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วย เท่ากับ 162,664,97 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ทำให้เกิดภาระต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวจำนวนมาก และหากผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระดังกล่าวได้ ภาครัฐจะต้องเข้ามารับภาระดังกล่าว ทำให้รัฐต้องสูญเสียรายได้จำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม (ธิดารัตน์ อภิญญา และ นิตยา พันธุเวทย์, 2554)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รายงาน 3 ปี ย้อนหลัง อัตราการตายด้วยโรคเรื้อรัง สาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2551, 2552, และ 2553 คิดเป็นร้อยละ 20.44, 21.90 และ 21.18 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูล อัตราผู้ป่วยของผู้ป่วยใน ตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศโรคหลอดเลือดสมอง จากรายงาน 505 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พ.ศ. 2551, 2552, และ 2553 คิดเป็นร้อยละ 236.26, 248.80 และ 267.00 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล จากการป่วย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2551 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1.56 เท่า จากข้อมูลสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการตายและอัตราป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนั้นทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักและร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย พิกัด และเสียชีวิต สาเหตุสำคัญเกิดจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือดส่งผลต่อการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมีเพียงร้อยละ 10 ที่หายเป็นปกติ อีกร้อยละ 90 มีความพิการเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักพบว่ามีความพิการหรือรอยโรคหลงเหลือ ได้แก่ การเกิดอัมพาตครึ่งซีก มีอาการของระบบประสาท เช่น ปัญหาการสื่อสาร พูดช้า หรือพูดตะกุกตะกัก การเคี้ยวหรือการกลืนอาหารผิดปกติ มีปัญหาการขับถ่าย ความจำเสื่อมหรือสับสน บางรายไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว การดูแลสุขภาพที่บ้านและการดูแลโดยครอบครัวที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์ หรือการมีสุขภาพที่ดี จะประสบผลได้ต่อเมื่อผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจตรงกัน ในระบบที่เอื้ออำนวยต่อการช่วยเหลือและสนับสนุนให้บุคคลสามารถค้นหาศักยภาพ เพื่อการจัดบริการสุขภาพที่สมดุลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความพิการและต้องการการบริการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการดูแลจากครอบครัวและสถานบริการสุขภาพ (อุไรวรรณ จาริก, 2551)

โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมปี 2553 ได้รายงานผู้พิการที่ยังมีชีวิตอยู่ 540 คน และปี 2554 พบว่ามีผู้พิการที่ยังมีชีวิตอยู่ 790 คน เพิ่มขึ้น 250 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.30 มีผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 5.10 ของผู้พิการทั้งหมดในพื้นที่ จากการสอบถามข้อมูลเชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้พิการอำเภอทุ่งศรีอุดม พบว่าสาเหตุที่ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ไม่บรรลุระดับความสำเร็จตามเป้าหมายที่ร้อยละ 90 ได้แก่ 1) ด้านผู้รับบริการ ปรับตัวไม่ได้เกิดปัญหา



สุขภาพจิต ร้อยละ 60.00 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ร้อยละ 40.00 เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 20.00 2) ด้านผู้ให้บริการ ขาดการประสานคนเพื่อร่วมดูแลคนพิการ ร้อยละ 53.33 ขาดการพัฒนาบุคลากรและสร้างเครือข่ายดูแลผู้พิการ ร้อยละ 46.66 ขาดความชำนาญในการดูแลสุขภาพผู้พิการ ร้อยละ 20.00 ไม่มีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลรับผิดชอบชัดเจน ร้อยละ 13.30 3) ด้านระบบบริการ ขาดแนวทางการดูแลร่วมกันอย่างชัดเจน ร้อยละ 66.60 ไม่มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 58.32 ขาดระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษาที่ต่อเนื่อง ร้อยละ 33.34 การติดตามเยี่ยมบ้านล่าช้า ร้อยละ 16.67 ผู้พิการไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ตามสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 8.32 4) ด้านบริบทสังคม งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ร้อยละ 46.67 การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อคนพิการทั้งในสถานบริการและชุมชน ร้อยละ 25.00 ความยากลำบากของถนนและการเดินทางรวมทั้งพาหนะสำหรับเดินทาง ร้อยละ 6.67 สรุปคือผู้พิการส่วนใหญ่เข้าถึงระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยมาก เนื่องจากห่างไกลสถานบริการ งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ผู้พิการเองมีความลำบากในการเดินทางมารับบริการ แต่มีผู้พิการหรือผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวัง (Sub Acute) จำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ได้เข้าถึงระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพกระทั่งสามารถ ใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ แต่ผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวัง (Sub Acute) อีกจำนวนหนึ่งที่ต้องพิการมากกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วงเวลาที่เหมาะสม ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว ชุมชน อีกทั้งการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ยังขาดการส่งต่อข้อมูลเนื่องจากยังไม่มีเครือข่ายการฟื้นฟูผู้พิการที่ชัดเจนในชุมชน และทีมฟื้นฟูออกฟื้นฟูคนพิการเฉพาะทางการเคลื่อนไหวต่อวันได้สูงสุดไม่เกิน 5 คน ผู้พิการ ได้รับการดูแล 1 ครั้งใน 1 ปี และเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนทีมฟื้นฟูเป็นผู้ให้ฝ่ายเดียว โดยชุมชน/ผู้พิการเข้ามามีส่วนร่วมน้อย และยังไม่เห็นประโยชน์ที่ได้รับ ทำให้กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการหยุดชะงักไป ส่งผลให้ระดับความสำเร็จในการปฏิบัติงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการกระจายงบประมาณลงสู่พื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้พิการทุกคนในทุกพื้นที่เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างทั่วถึงและยังส่งเสริมรวมทั้งสนับสนุนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ภาคประชาชนและองค์กรวิชาชีพ ด้านการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ โดยมีบทบาทหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพและให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในหมู่บ้านและชุมชนโดยมีความรับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือนต่อหมู่บ้าน กลุ่มคนพิการในหมู่บ้านเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาบทบาทงานฟื้นฟูรูปแบบเดิมและได้พัฒนาระบบการฟื้นฟูผู้พิการรูปแบบใหม่ โดยเน้นไปที่การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมโดยความร่วมมือของผู้พิการและทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้พิการและผู้ดูแลสามารถใช้ศักยภาพสูงสุดของตนในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในครอบครัวและสังคมต่อไป



1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเลวิน (Kemmis and Mc Taggart, 1990) เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ใช้ระยะเวลาศึกษา 6 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึง เดือนมีนาคม 2556

1.4.1 ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

1.4.1.1 ผู้ดูแลผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีหน้าที่ดูแลผู้พิการและอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้พิการ จำนวน 41 คน

1.4.1.2 เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนากร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 18 คน

1.4.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้



1.4.2.1 ผู้ดูแลผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีหน้าที่ดูแลผู้พิการและอาศัยอยู่ภายใน บ้านเดียวกันกับผู้พิการ จำนวน 41 คน

1.4.2.2 เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เกษัสกร นักโภชนากร และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 18 คน

1.4.3 ตัวแปรที่ทำการศึกษา

1.4.3.1 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ ผลของกระบวนการพัฒนา คุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกับ ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.4.3.2 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกับทฤษฎี เสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

- 1) ขั้นตอนการวางแผน
- 2) ขั้นตอนการปฏิบัติและสังเกต
- 3) ขั้นตอนการสะท้อนกลับ
- 4) ขั้นปรับปรุงแผน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะของบริการ กล่าวคือเน้นระบบและการ บริการคุณภาพเพื่อให้ได้มาซึ่งลักษณะประจำของบริการ เน้นระบบบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้ได้มา ซึ่งลักษณะความดีของคน ลักษณะประจำของคนซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคล สรุปความความสอดคล้อง ความหมายของคุณภาพ ได้ 3 ด้าน คือ 1) การเป็นไปตามมาตรฐานหรือข้อกำหนด 2) การสร้างความ พอใจให้กับผู้รับบริการ 3) มีต้นทุนการดำเนินงานที่เหมาะสม

1.5.2 การพัฒนาระบบ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงโดยผ่านลำดับขั้นตอนต่างๆ ไปสู่ระดับที่ สามารถขยายตัวขึ้น เติบโตขึ้น มีการปรับปรุงให้ดีขึ้น และเหมาะสมกว่าเดิมหรืออาจก้าวหน้าไปถึงขั้น สมบูรณ์เป็นที่น่าพอใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสภาพหนึ่งไปสู่อีกสภาพหนึ่งที่ดีกว่าเดิมอย่างเป็น ระบบ

1.5.3 การพัฒนาคุณภาพผู้พิการ หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็น มนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพภายใต้ สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

1.5.4 ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะความพิการของร่างกายที่เป็นผลมาจากโรคหลอดเลือดในสมอง แตก ตีบ หรือตัน และมีได้เกิดจากการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายของสมองที่เกิดจากอุบัติเหตุ ซึ่งทำ



ให้เกิดอาการอ่อนแรง หรือเกร็งซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายที่เรียกว่าอาการอัมพาตครึ่งซีก ในพื้นที่อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.5 การดูแลสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพ ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และด้านสุขภาพจิตกับการจัดการความเครียด

1.5.6 การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การบริการดูแลรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังจากผู้ใช้บริการมารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการแล้ว โดยมุ่งเน้นการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่บุคคลและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัยของประชาชนโดยทึ่มสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง บรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยลดภาวะความพิการ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ใช้บริการและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยให้บริการแบบองค์รวมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมกับความต้องการของบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขตามอัตภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.5.7 หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด ดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

1.5.8 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองเมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วให้มีความสามารถในการปรับคืนสภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.5.9 ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ช่วยเหลือผู้พิการด้านสุขภาพและเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้พิการ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร เป็นต้น โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้พิการและรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้พิการ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่าย และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

1.5.10 เจ้าหน้าที่ทึ่มสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานบริการดูแลสุขภาพของผู้พิการทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน ประกอบด้วยบุคลากรหลายระดับ ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัย “การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการทำงานของทีมสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านให้สามารถดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในสังคมได้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 2.3 คุณภาพบริการ
- 2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- 2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 แนวคิดและทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2.7 วิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organisation (WHO), 1999) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) ไว้คือ เป็นอาการทางคลินิกของสมองที่เกิดและพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เสียชีวิตหรือเกิดอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง (Edmans et al., 2001) คนไทยเรียก โรคอัมพาต แต่ถ้าผู้ป่วยรายใดมีอาการไม่รุนแรงยังพอขยับได้เรียก โรคอัมพฤกษ์ ซึ่งจะต้องมี 3 ภาวะ กล่าวคือ 1) ภาวะนี้จะต้องเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง 2) จากเหตุในข้อ 1 มีผลทำให้สมองบางส่วนสูญเสียหน้าที่ เช่น พูดไม่ได้ อ่อนแรง 3) ระยะเวลาที่เป็นต้องเกิน 24 ชั่วโมง

อัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาวิจัยนี้ หมายถึง ภาวะความพิการของร่างกายที่เป็นผลมาจากโรคหลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรือตัน และมีได้เกิดจากการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายของสมองที่เกิดจากอุบัติเหตุ ซึ่งทำให้เกิดอาการอ่อนแรง หรือเกร็งซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายที่เรียกว่าอาการอัมพาตครึ่งซีก

2.1.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตัน (Occlusive Stroke or Ischemic Stroke) ได้แก่ การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (Cerebral Thrombosis) หรือการอุดตันจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral Embolism)



2.1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) คือการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) หรือเกิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) จากสาเหตุต่างๆ ดังกล่าวจึงทำให้ปรากฏกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาททำให้กระบวนการทำหน้าที่ของสมองถูกรบกวนหรือสูญเสียหน้าที่ ซึ่งอาจเป็นชั่วคราวและสามารถกลับคืนเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (Transient Ischemic Attack: TIA) หรือมีอาการคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง แต่หายอย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์ (Reversible Ischemic Neurological Deficit: RIND) หรือมีอาการและอาการแสดงในลักษณะสมองเสียหายที่ทีละน้อยและคืบหน้าไปเรื่อยๆ อาจเป็นเวลาชั่วโมงหรือหลายวันจนกระทั่งเสียหายที่โดยสิ้นเชิง (Stroke in Evolution หรือ Progressive Stroke) หรือสมองเสียหายที่โดยสิ้นเชิงและไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป (Complete Stroke) ซึ่งอาการแสดงทั้งสองแบบหลังนี้ถือเป็นโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถ้าเสียชีวิตมักเกิดในช่วง 30 วันแรกของการเกิดโรค หลัง 30 วันจะมีผู้รอดชีวิตประมาณร้อยละ 70-85 ซึ่งในปัจจุบันนี้อัตราการตายในช่วง 30 วันแรกลดลงเนื่องจากการที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น แต่ผู้ป่วยยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่และเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการรักษายาวนานและต่อเนื่อง (ฉันทยา จิตประไพ และภาริส วงษ์แพทย์, 2542; Periard & Ames, 1993; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอัมพาตและการป้องกัน

แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

2.1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงแน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้

1) ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยอัมพาตร้อยละ 40 เกิดจากความดันโลหิตสูงให้คุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/85 มม.ปรอท แรงดันที่มากกว่า 160/90 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลักในการคุมความดันโลหิตเบื้องต้นประกอบไปด้วย การคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก หากการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตแล้วความดันโลหิตยังไม่ลดควรปรึกษาแพทย์ ขอแนะนำให้ตรวจวัดความดันโลหิตทุก 2 ปีถ้าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มม.ปรอท หลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือความดันโลหิตมากกว่า 180/100 มม.ปรอท ก็ให้ยาลดความดันโลหิต

2) การสูบบุหรี่ ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแดงเกร็งลดความยืดหยุ่นของเส้นเลือด เพิ่มระดับ Fibrinogen และการเกาะตัวของเกร็ดเลือดลด HDL หัวใจทำงานมากขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น CO ในบุหรีจะแย่ง Oxygen ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นหากหยุดสูบบุหรี่วันนี้ก็ทำให้ความเสี่ยงลดลงวันนี้ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ร่วมกับการกินยาคุมกำเนิดทำให้ปัจจัยเสี่ยงโรคอัมพาตเพิ่ม พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้น 2 เท่า ยิ่งเล็กนานเท่าใดความเสี่ยงก็จะลดลง เมื่อเลิกมากกว่า 5 ปีความเสี่ยงจะเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ การเปลี่ยนไปสูบอย่างอื่นก็ไม่มีประโยชน์ นอกจากนั้นผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้ที่สูบบุหรี่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ขอแนะนำคือ ให้เลิกสูบบุหรี่

3) โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจวาย ลิ้นหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดปกติ Atrial Fibrillation เป็นการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติไม่สม่ำเสมอ เลือดไม่ถูกสูบฉีดออกไป ทำให้กลายเป็นลิ่มเลือดในหัวใจ แพทย์จะทราบจากการจับชีพจร และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG ผู้ป่วย



เหล่านี้เกิดลิ่มเลือดในหัวใจและสามารถหลุดลอยไปสมองได้ แพทย์อาจให้ Warfarin เพื่อป้องกันลิ่มเลือดแข็งตัว

4) Transient Ischemic Attacks (T.I.A) ผู้ป่วยอัมพาตร้อยละ 15-20 เคยมีอาการนี้ต้องรีบปรึกษาแพทย์และรับประทานยา Aspirin ป้องกัน

5) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมักจะมีไขมันในเลือดสูงทำให้เพิ่มโอกาสเกิดโรคอัมพาตมีอัตราเสี่ยงต่อโรคเป็น 2-4 เท่าของคนปกติการรักษาเบื้องต้นคือการคุมอาหารการออกกำลังกายและลดน้ำหนัก

6) ไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะ Cholesterol และ LDL Cholesterol การควบคุมประกอบด้วยคุมอาหารออกกำลังกายและการใช้ยา

7) ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงแข็ง Atherosclerosis โดยเฉพาะหลอดเลือด Carotid Artery Disease เป็นเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหากมีลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดสมองทำให้เกิดโรคอัมพาตพบว่าผู้ชายจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 7-10 ส่วนผู้หญิงจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 5-7 เมื่ออายุเกิน 65 ปีแพทย์จะทราบโดยการฟังได้ยินเสียงฟู่ที่หลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงที่ขาตีบ (เวลาเดินจะปวดขา) จะมีโอกาสเกิดหลอดเลือดที่คอตีบด้วย ข้อเสนอแนะหากผู้ที่มีหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบก็ควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อผ่าตัด

2.1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงไม่แน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้

1) คนอ้วนจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย โดยเฉพาะอ้วนแบบลงพุงข้อเสนอแนะให้ลดน้ำหนัก

2) ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดยิ่งออกกำลังกายยิ่งคุ้มครองมาก ข้อเสนอแนะให้ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที

3) โภชนาการที่ไม่เหมาะสมมีหลักฐานยืนยันว่าการบริโภคผักและผลไม้จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อเสนอแนะให้รับประทานผักและผลไม้วันละ 5 ส่วน (ผลไม้หนึ่งส่วน = ส้มหนึ่งผล หรือ กล้วยหนึ่งใบ กล้วยหอมครึ่งใบ มะละกอ 8 ชิ้นคำ สับปะรด 6 ชิ้นคำ แตงโม 12 ชิ้นคำ ชมพู 3 ผล ขนุนสองยวง เป็นต้น)

4) การดื่มสุรา ผู้ป่วยที่ดื่มสุรามากกว่า 5 แก้วต่อวันจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ข้อเสนอแนะให้ดื่มสุราน้อยกว่า 2 แก้วต่อวันในผู้ชายส่วนผู้หญิงให้น้อยกว่า 1 ดื่มแก้วต่อวัน

5) การใช้ยาคุมกำเนิด ความเสี่ยงเกิดจากการใช้ยาคุมกำเนิดที่มีระดับฮอร์โมนสูง ปัจจุบันมีระดับฮอร์โมนต่ำความเสี่ยงจึงไม่มาก ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่ไม่มีการตั้งครรภ์ก็ให้รับประทานยาคุมกำเนิดได้แต่ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาคุมกำเนิด

6) ผู้ที่เป็น Hyperhomocystien (สูงกว่า 16 ไมโครโมล/ลิตร) ความเข้มข้นของสารตัวนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ข้อเสนอแนะควรรับประทานผักใบเขียว ผลไม้ พืชตระกูลถั่ว ปลา ข้าวกล้องเป็นประจำหากกระดับสูงให้ยากรดโฟลิก 400 มก. และวิตามิน บี 1, 6, 12

7) ผู้ที่ติดยาเสพติด



2.1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

- 1) พันธุ์พ่อแม่เป็นอัมพาต มีความเสี่ยงที่จะเกิดอัมพาต
- 2) อายุยิ่งมากความเสี่ยงยิ่งเพิ่ม ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้นหลังอายุ 55 ปี
- 3) เพศโรคหลอดเลือดสมองมักเป็นกับเพศชาย แต่การตายผู้หญิงจะตายมากกว่าอายุผู้ชายอายุมากกว่า 45 ปีความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น ผู้หญิงอายุมากกว่า 55 ปีความเสี่ยงจะเพิ่มมาก
- 4) เชื้อชาติ บางเชื้อชาติมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคอัมพาตได้ง่าย

2.1.4 วิธีลดปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลง หรือรักษาหรือควบคุม ได้แก่

2.1.4.1 โรคความดันโลหิตสูง

2.1.4.2 โรคเบาหวาน

2.1.4.3 โรคหัวใจ เช่น การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ

จากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่แล้วมาจากสาเหตุของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพส่วนตัวของแต่ละบุคคล มีเพียงส่วนน้อยที่อาจเกิดจากพันธุกรรม อายุและเพศซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงสามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยง นอกจากการรักษาความดันโลหิตสูง การรักษาเบาหวาน การงดบุหรี่ การรักษาไขมันในเลือดสูง ยังสามารถป้องกันโรคอัมพาตได้ดังนี้

- 1) ลดอาหารไขมันโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว เนื้อสัตว์ติดมัน หนัง นม เนย ปลาทองไก่ ของทอด เช่นไก่ทอด กลัวยแซก โรตีสี มันทอด ให้ใช้น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก
- 2) รับประทานผักและผลไม้ให้มากเนื่องจากมีแร่ธาตุโปแตสเซียม Folic และสารต้านอนุมูลอิสระ Antioxidant ซึ่งช่วยป้องกันโรคอัมพาตได้รับประทานอาหารตามหลัก
- 3) จำกัดการดื่มสุราไม่เกิน วิสกี้ 1 เป๊ก ไวน์ไม่เกิน 1 แก้ว เบียร์ไม่เกิน 1 ขวด
- 4) ลดอาหารเค็ม ไม่ใส่เกลือ ไม่รับประทานอาหารดอง
- 5) ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ อาจเดินเร็ว ๆ วันละ 30 นาทีอาจจะเดินกับเพื่อนสนิห ผู้รู้ใจทำให้เป็นกิจวัตรประจำวัน ถ้าไม่ชอบเดินอาจหากิจกรรมอื่น เช่น การเต้นรำ การว่ายน้ำ ซี่จักรยาน เล่นกีฬา

6) รักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.1.5 สัญญาณอันตราย

2.1.5.1 มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้าข้างใดข้างหนึ่ง

2.1.5.2 ตามัวหรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง

2.1.5.3 พูดลำบากหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด

2.1.5.4 มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง โดยไม่มีสาเหตุชัดเจน

2.1.5.5 มีอาการมึนงง หรือเดินไม่มั่นคง เสียศูนย์

2.1.6 ผลของโรคอัมพาต ต่อร่างกาย จิตใจ และความรู้สึก

สมองของคนเราแบ่งออกเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆได้แก่ 1) สมองซีกขวา (Right Cerebral Hemisphere) 2) สมองซีกซ้าย (Left Cerebral Hemisphere) 3) สมองน้อย (Cerebellum) และ 4) ก้านสมอง (Brain Stem) โดยสมองแต่ละส่วนทำหน้าที่ต่างกัน



2.1.6.1 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกขวา สมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกซ้าย การกระชยะ และตำแหน่ง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้จะมีอาการอ่อนแรงข้างซ้าย บางคนไม่สามารถใส่กระดุมเสื้อได้หรือใส่เสื้อผ้าผูกเชือกกรองเท้า

2.1.6.2 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้าย สมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกขวา การพูด และภาษา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้จะมีอาการอ่อนแรงข้างขวาบางคนพูดไม่ได้แต่รับรู้เรื่องถ้าเป็นมากจะไม่สามารถทั้งรับฟังและการพูด

2.1.6.3 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองน้อย สมองน้อยทำหน้าที่การทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่สมองส่วนนี้เสียหายจะมีอาการทรงตัวไม่ได้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

2.1.6.4 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ก้านสมองก้านสมองเป็นทางผ่านของเส้นประสาทที่นำคำสั่งจากสมองไปยังร่างกาย นอกจากนั้นยังควบคุมการหายใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ผู้ป่วยที่มีโรคตำแหน่งนี้อาจจะอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่งหรืออ่อนแรงแขนขาทั้งสองข้างผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และความรู้สึก ได้แก่

- 1) อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อข้างใดข้างหนึ่ง อาจจะเป็นทั้งแขนและขา
- 2) มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น การนั่ง การยืน หรือการเดินไม่ได้ แม้ว่ากล้ามเนื้อยังคงมีแรงอยู่
- 3) ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถพูดและไม่สามารถเข้าใจภาษาทั้งพูดและเขียน (Global Aphasia) บางรายพูดไม่ได้แต่ฟังรู้เรื่อง (Motor Aphasia) บางรายพูดลำบาก (Dysarthria)
- 4) ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจอวัยวะข้างใดข้างหนึ่ง มักเกิดในผู้ป่วยที่อ่อนแรงข้างซ้าย
- 5) มีอาการชา หรือปวดข้างใดข้างหนึ่ง
- 6) ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเรียนรู้
- 7) ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหาร
- 8) มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ
- 9) ผู้ป่วยอาจจะมีอาการเหนื่อยง่าย
- 10) ผู้ป่วยอาจจะมีอารมณ์ผันผวนเช่น หัวเราะ หรือร้องไห้เสียงดัง

2.1.7 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)

เป้าหมายสำคัญคือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตัวเอง และมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถให้การฟื้นฟูได้ดี เป็นผู้ป่วยที่สามารถที่จะรับรู้ เข้าใจ และติดต่อคำบอกเล่า เพราะการเรียนรู้เป็นขั้นตอนการฝึกที่สำคัญของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

2.1.7.1 ผู้ป่วยที่การฟื้นฟูได้ผลดีจะต้องมีลักษณะดังนี้ คือ

- 1) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย
- 2) มีการฟื้นตัวของความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เร็วภายใน 1-2 สัปดาห์
- 3) มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อลำตัว สะโพก หัวไหล่โดยเร็วโดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนต้นได้ภายใน 2-4 สัปดาห์



4) มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อแต่ละมัด โดยเร็วสามารถควบคุมกล้ามเนื้อแต่ละมัดได้ภายใน 4-6 สัปดาห์

5) มีอารมณ์ดี ไม่มีอาการซึมเศร้า มีการรับรู้ที่ดี

2.1.7.2 ผู้ป่วยที่การฟื้นฟูได้ผลไม่ดี

1) ผู้ป่วยอยู่ในระยะ Coma นานไป

2) อยู่ในระยะปวกเปียก นานเกิน 2 เดือน

3) มีอาการเกร็งหรืออ่อนแรงกล้ามเนื้อต้นขา

4) ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย

5) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

6) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสายตา

7) ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

8) ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า

9) ผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ (บุษราคัม คาบเพ็ชร, 2548; อ้างอิงจาก

Patel, Coshall, Rudd & Wolfe, 2002; Tatemichi et al., 1994; Woodson, 2002)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เพราะจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะเกิดตามมาเช่น อาการข้อติด ผิดรูป ข้อไหลหลุด เป็นต้น ซึ่งจะเป็นอุปสรรคขัดขวางทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่น มีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางลบ ไม่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย รวมถึงเป็นภาระของญาติ ผู้ดูแล รวมถึงสังคมรอบข้าง อีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้พิการ มีแนวโน้มอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งมาจากภาวะพร่องความสามารถจากความพิการที่เกิดขึ้น ดังนั้นการบำบัดฟื้นฟูร่างกาย และกล้ามเนื้อโดยกระบวนการทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ในที่นี้รวมไปถึงการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน การเข้ากลุ่ม สื่อและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือด้านการบำบัดฟื้นฟู จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้พิการฟื้นความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ ช่วยเหลือตนเองและลดภาระของผู้ดูแล

2.2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

คำว่า Home Health Care ได้มีผู้นำมาใช้ในภาษาไทยไว้หลายประการ คือ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การบริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การบริการพยาบาลที่บ้าน สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน หรือการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยขอใช้คำว่า “การดูแลสุขภาพที่บ้าน” (ประพิน วัฒนกิจ, 2543)

ความหมาย Stanhope และ Lancaster (วาสนา พงษ์สุภะ, 2542; อ้างอิงจาก Stanhope and Lancaster, 1998) ได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นการบริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนประกอบของความต่อเนื่องของการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานที่ให้บริการแก่บุคคลและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัยของประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับการพึ่งตนเอง ลดภาวะความเจ็บป่วยและความพิการที่เกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อช่วยบรรเทาทุกข์ทรมานต่างๆ และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพหรือถ้าตายก็ให้ตายอย่างสงบ



สมศักดิ์ศรี ให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มีการวางแผนในการให้บริการโดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพทุกฝ่าย

Keating และ Kelman (มนัสนิตย์ บุญยธรรม, 2536; อ้างอิงจาก Keating and Kelman, 1988) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นการบริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษทางการพยาบาลที่บ้านแก่สมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการ รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบริการมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องเมื่อมีการส่งต่อให้อยู่ในความดูแลในชุมชน โดยให้บริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

Rovinski Zastocki (วาสนา พงษ์สุภษะ, 2542; อ้างอิงจาก Rovinski Zastocki, 1989) อธิบายถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบเป็นบริการที่เตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เพื่อการรักษาพยาบาลการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการดูแลต่อเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือมีความพิการ ซึ่งบริการที่จัดให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน มีทั้งบริการทางการแพทย์ การพยาบาล ทันตกรรม กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด สังคมสงเคราะห์ โภชนาการ ผู้ช่วยดูแลที่บ้าน บริการชันสูตรและศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์ เป็นต้น

มนัสนิตย์ บุญยธรรม (2536) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า หมายถึง การบริการดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัย หรือบ้านของผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยบรรเทาความพิการและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือพิการ ผู้สูงอายุ มารดา และทารก ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โรคจิต โรคประสาท ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงตนอยู่ได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประพิณ วัฒนกิจ (2543) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นการให้บริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health services) ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้เจ็บป่วยที่บ้าน ร่วมกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่จะช่วยให้เกิดสภาวะสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โดยในระหว่างการให้บริการ จะมีการสอน แนะนำความรู้ ฝึกหัดการปฏิบัติในเรื่องการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเบื้องต้น เพื่อเป็นการติดอาวุธทางปัญญาให้แก่ประชาชน (Empowerment) อันจะทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกในครอบครัว และครอบครัวชุมชนได้ทั่วประเทศ ในที่สุด

สายพิณ หัตถิรัตน์ และคณะ (2549) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าหมายถึง การบริหารให้มีการจัดบริการเต็มรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว วิทยานิพนธ์ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้าน การประสานงานกับทีมรักษาว่าจะรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือส่งต่อการมอบหมายให้หน่วยงานหรือแผนกต่าง ๆ รับผิดชอบหน้าที่ใดบ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ ร่วมกัน การประเมินความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ เช่น หุงหาอาหาร ไปซื้อข้าวของ ทำความสะอาดบ้านเรือน ซักเสื้อผ้า น้ำกิน น้ำใช้ ไฟฟ้า



ความปลอดภัยของทรัพย์สินในบ้าน เป็นต้น การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจจะกลับไปเป็นระยะ ๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ ถ้าจะให้สมบูรณ์แบบ แพทย์อาจจะนำทีมออกเยี่ยมบ้าน ทุกครั้งก็ได้ การรับปรึกษาสุขภาพทางโทรศัพท์ (House Call) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและการเยี่ยมบ้าน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีช่องทางที่จะดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านด้วยการโทรศัพท์มาปรึกษา และ/หรือขอความช่วยเหลือจากแพทย์และทีมงานที่รู้จักกันให้ไปติดตามเยี่ยมบ้านในบางโอกาส

วรรณ ประสารอติคม (2549) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตัวเองในขณะที่ต้องการการดูแลสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ

กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ (2549) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า หมายถึง แบบแผนการดูแล ให้บริการที่เป็นทางการ อย่างสม่ำเสมอโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพหลากหลายสาขาวิชา ต่อผู้ป่วยโดยตรงในบ้านของผู้ป่วย เหตุผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuous) และครอบคลุม (Comprehensive) แก่ผู้ป่วยในบริบทของครอบครัวผู้ป่วย ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ทำให้การดูแลโรคที่เรื้อรังและโรคที่รักษาไม่หายดีขึ้น ค่ารักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นเนื่องจากการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การบริการดูแลรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังจากที่ผู้ใช้บริการมาทำการรักษาพยาบาลจากสถานบริการแล้ว โดยมุ่งเน้นการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่บุคคลและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัยของประชาชนโดยทีมดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง บรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยลดภาวะความพิการ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ใช้บริการและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยให้บริการแบบองค์รวม ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมกับความต้องการของบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2.1 ประวัติความเป็นมาโครงการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน

ประวัติความเป็นมา โครงการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน มีประวัติเริ่มต้นที่เมืองกิล ประเทศเบลเยียม ตั้งแต่ศตวรรษที่ 14 (ค.ศ. 1400) ต่อมาโครงการนี้ได้ขยายไปสู่ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1796 ที่เมืองบอสตัน จนกระทั่งปัจจุบันผลการดำเนินงานโครงการนี้ในสหรัฐอเมริกาปรากฏว่า ผู้เจ็บป่วยที่ไม่ถึงขีดภาวะอันตรายจะได้รับการดูแลที่บ้านโดยแพทย์และพยาบาลจะมาให้การดูแลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จะมีคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติได้รับความรู้และให้การดูแลผู้ป่วย คอยรายงานผลให้กับแพทย์และพยาบาล โครงการนี้จะช่วยลดภาระการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยให้ประชาชนมีความรู้และมีส่วนร่วมรับผิดชอบบริการสาธารณสุขให้กับตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยร่วมงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเทศสหรัฐอเมริกาให้แนวคิดของรูปแบบการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้านว่า เป็นการทำให้บ้านเปรียบเสมือน



โรงพยาบาลและให้ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาพยาบาลในบ้านตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลใหญ่หลวงหลายประการตามมา

การสัมมนาทางวิชาการเพื่อเผยแพร่แนวคิดและวางแผนดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้านของประเทศไทย เริ่มขึ้นในเดือนกุมภาพันธ์ 2536 โดย ดร.ประพิณ วัฒนกิจ นักวิชาการพยาบาล 8 หัวหน้าฝ่ายมาตรฐานและวิชาการกองการพยาบาลเป็นผู้เริ่มโครงการนี้ โดยการสนับสนุนของอดีตปลัดกระทรวง (นายแพทย์อุทัย สุดสุข) ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและอธิบดีกรมอนามัยสมัยนั้นและได้รับเชิญเป็นที่ปรึกษาโครงการด้วย โรงพยาบาลศูนย์ซึ่งทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายในระบบเครือข่าย ได้ดำเนินการกระจายความรู้และแนวคิดให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่ายให้นำไปปฏิบัติและร่วมมือเป็นทีมปฏิบัติการในโครงการดังกล่าว โดยที่กำหนดระยะเวลา 1 ปี ให้ลงมือดำเนินการ จากนั้นจึงจะมีการติดตามประเมินผลและให้ทุกแม่ข่ายมานำเสนอผลงานเพื่อการปรับปรุงหรือสนับสนุนการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนในชาติต่อไป

การดำเนินงานบริการ “สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน” ของ ประพิณ วัฒนกิจ (2543) มีแนวคิด 5 ประการ ในทฤษฎีสุขภาพดีเริ่มที่บ้านที่สำคัญ คือ

2.2.1.1 ให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก ไปถึงมือประชาชนที่บ้าน เนื่องจากบริการตั้งรับเพียงอย่างเดียวจะรับไม่ไหวในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยให้บ้านของผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นเสมือนเตียงรับผู้ป่วยในไว้รักษาที่บ้าน (Homeward)

2.2.1.2 ให้บริการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพในลักษณะการสาธารณสุขของครัวเรือน ร่วมไปพร้อมๆกับการให้ความรู้ ให้การสอน ฝึกหัดการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองที่บ้าน โดยเน้นให้ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเลือกใช้บริการอย่างถูกต้อง เพื่อให้ได้รับประโยชน์อย่างแท้จริงจากการติดต่อทางปัญญา

2.2.1.3 ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยมีหน่วยงานประสานข้อมูลปัญหา ความพิการ ความก้าวหน้าของอาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล นั่นคือศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โดยมี โทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร ติดต่อประสานความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และหรือทางจดหมาย ไปรษณีย์ที่มี การทำหน้าที่ของศูนย์ฯ บริการประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นนี้ บางครั้งอาจเรียกว่าการให้ คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือทางการสื่อสารอื่นนอกเหนือจากการมาพบปะปรึกษาปัญหาด้วยตนเองเพื่อ ลดการสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

2.2.1.4 ปฏิบัติการในลักษณะทีมสุขภาพ ทีมละไม่เกิน 2 คน ออกดำเนินงาน ทีมละ 3-5 ทีม สัปดาห์ละอย่างน้อย 7 ชั่วโมง

2.2.1.5 จัดระบบการบันทึกและรายงานผลอย่างเป็นระบบ และมีเวชระเขียนประจำ บ้าน

2.2.2 วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ คือ

2.2.2.1 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ช่วยเหลือตนเอง มีอิสระในการดูแลตนเองด้าน สุขภาพอนามัยอย่างเต็มภาคภูมิ โดยได้รับความรู้ การฝึกปฏิบัติ คำแนะนำ การเลือกปฏิบัติตนเมื่อเกิด โรคหรือให้ปลอดภัยจากโรค จากทีมงานสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสุขภาพศึกษา นัก กายภาพบำบัด นักโภชนาการและนักสังคมสงเคราะห์



2.2.2.2 ฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยไม่รุนแรงและยังไม่ถึงขีดอันตราย ให้ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยตนเองและครอบครัว ภายใต้การช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสามารถติดต่อถึงกันได้ตลอดเวลา ช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดี เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการเข้ามารับบริการรักษาในโรงพยาบาล

2.2.2.3 ฝึกและช่วยเหลือผู้ป่วยที่พิการหรือมีโรคเรื้อรังที่อวัยวะบางส่วนสูญเสียหน้าที่ ให้สามารถใช้อวัยวะส่วนที่เหลือให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง โดยฝึกทักษะการใช้งานจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้พึ่งพาตนเองมากขึ้นและเป็นการลดภาระของครอบครัว

2.2.2.4 เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไปโดยมีความรู้สึกว่ามีคนเป็นห่วง เอาใจใส่ รวมทั้งมีเพื่อนที่จะปรึกษาได้ตลอดเวลา

2.2.2.5 ลดจำนวนผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

2.2.2.6 ลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายของประชาชนในชุมชน จากการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการสอนให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างถูกต้อง

2.2.3 กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน

การดำเนินโครงการดูแลสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน มุ่งสมาชิกของครอบครัวทุกคน ทั้งที่เป็นโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยและบุคคลที่สุขภาพดี โดยมุ่งส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย ส่วนการรักษาพยาบาลจะจัดกลุ่มปัญหาที่ต้องแก้ด้วยการรักษาพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายได้ดังนี้

2.2.3.1 จัดแบ่งกลุ่มเป้าหมายตามระบบของโรคโดยกลุ่มเป้าหมายนี้แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้คือ

1) โรคที่ไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ระบบการไหลเวียนล้มเหลว มะเร็ง เป็นต้น

2) โรคที่ติดต่อ (Communicable Disease) ได้แก่ เอดส์ วัณโรค ตับอักเสบ เป็นต้น การดำเนินงานจะต้องกำหนดเป้าหมายให้แน่ชัด อาจเริ่มต้นด้วยการดูแลตนเองในโรคใดโรคหนึ่งเพื่อการทดลองเป็นโครงการนำร่อง โดยใช้ระยะเวลาหนึ่งในการปฏิบัติงานจากนั้นจึงจะติดตามประเมินผล ซึ่งถ้าได้ผลดีตามวัตถุประสงค์อาจจะขยายการดูแลในเรื่องอื่นต่อไป หรือถ้าหน่วยงานใดมีความพร้อม ทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณค่าใช้จ่าย รวมทั้งการวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานอย่างรัดกุม และจัดระบบการปฏิบัติงาน การติดต่อสื่อสาร การติดตามอาการและความก้าวหน้าทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หากงานดำเนินไปได้ดีตามแผนที่วางไว้ อาจจะทำให้การดูแลสุขภาพดีในแต่ละครอบครัวทุกคนตามแผนงานบริการสาธารณสุขมูลฐานและแผนงานโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้จะเป็นการช่วยให้ประชาชนเพิ่มพูนความสามารถการดูแลตนเองได้มากขึ้นเป็นการเพิ่มศักยภาพพึ่งพาตนเองมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการบ่งชี้ภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนในชาติได้เร็วขึ้นและคุณภาพชีวิตของประชาชนจะดีขึ้นตามความมุ่งหมายด้วยเช่นกัน

2.2.3.2 การดำเนินงานตามเป้าหมายกลุ่มบุคคล นอกจากการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานด้วยระบบของโรคทั้งที่ติดต่อและไม่ติดต่อแล้ว การดำเนินงานโครงการ “สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน” อาจดำเนินไปตามกลุ่มบุคคลต่อไปนี้

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุ
- 2) กลุ่มมารดาและเด็ก



- 3) กลุ่มผู้พิการ หรือมีปัญหาอวัยวะบางส่วนไม่ทำงานหรืออัมพาต
- 4) กลุ่มผู้ติดยาเสพติด
- 5) กลุ่มผู้รกร่วมเพศ
- 6) กลุ่มผู้พิการแต่กำเนิด

2.2.3.3 การดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาพยาบาลและดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและช่วยสอนผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวให้รู้จักสังเกตอาการผิดปกติ การรักษาสุขภาพอนามัยให้ถูกต้องเพื่อมิให้เป็นโรคนี้ซ้ำอีก อันจะเป็นการกระทบกระเทือนต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและบั่นทอนภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนที่บ้าน ซึ่งมุ่งดูแลกลุ่มเป้าหมายนี้จะช่วยลดอัตราการเกิดโรค ลดอัตราการตาย และช่วยติดตามกระตุ้นสอนผู้ป่วยให้รู้จักวิธีการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างถูกต้อง กลยุทธ์นี้จะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดได้

2.2.3.4 การดำเนินงานในรูปแบบบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม เป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ครอบครัวตามสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพในการดำรงชีวิต ทั้งนี้เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สูงขึ้น

2.2.4 ขอบเขตการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ขอบเขตการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีพื้นฐาน 4 ประการ ดังนี้คือ

2.2.4.1 การดูแลรักษาพยาบาล เป็นการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจของบุคคลที่เจ็บป่วย โดยมีการตรวจร่างกาย รักษาพยาบาลเบื้องต้น และช่วยเหลือให้การดูแลรักษาพยาบาล ตามอาการและการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนแผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การสังเกตอาการ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวน ปัสสาวะ การฉีดยา การให้ยาบรรเทาความเจ็บปวด การให้น้ำเกลือ การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันความพิการและการลุกลามของโรค การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นบริการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เกี่ยวกับการได้รับอาหาร น้ำ อากาศบริสุทธิ์ การพักผ่อน การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและปลอดภัย เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพอนามัยที่ดีตามสภาพของผู้ป่วย วิธีปฏิบัติการช่วยเหลือมีทั้งการทำทดแทนให้ผู้ป่วยในรายที่ช่วยตัวเองไม่ได้ แล้วจะค่อยๆเปลี่ยนเป็นการสอน การให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมาะสมตามอัตรภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีการนิเทศหลังการสอนและให้คำแนะนำ รวมถึงการช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ

2.2.4.2 การป้องกันโรค เป็นการจัดกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลทั้งสุขภาพดีและเจ็บป่วยให้พ้นจากการเกิดโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรคในแต่ละวัย การช่วยเหลือให้พ้นจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน โดยให้ความรู้สอนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ช่วยเหลือและแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การติดตั้งเหล็กที่ห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่นล้มให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

2.2.4.3 การส่งเสริมสุขภาพ เป็นบริการช่วยให้บุคคลทั้งที่มีสุขภาพดีให้สามารถรักษาสุขภาพที่ดีไว้ได้ตลอดไปและช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยหรือพิการให้มีสุขภาพดีขึ้น เช่น การแนะนำให้



รับประทานอาหารที่ถูกส่วน การแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอนามัยและวิธีแก้ไขปัญหา วิธีปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การจัดโครงการออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพอนามัยแข็งแรง เป็นต้น

2.2.4.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเพื่อให้บุคคลดำรงภาวะปกติสุขหลังการเจ็บป่วยและรอดพ้นจากความพิการ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม ถ้าต้องพิการก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข เป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์และสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น บริการด้านกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด การบริหารร่างกาย การฝึกหัดใช้เครื่องช่วยพยุงหรือกายอุปกรณ์ การให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคมให้ผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้พิการ ให้สามารถใช้อวัยวะที่เหลืออยู่เป็นประโยชน์มากที่สุดและให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ ตลอดจนประกอบอาชีพได้ตามอัธยาศัยและมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมน้อยที่สุด

2.2.5 ทีมบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Team)

การดำเนินงานบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะดำเนินงานโดยทีมสุขภาพที่ให้บริการโดยตรงหรือมาจากหลายหน่วยงาน สมาชิกในทีมบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยบุคลากรหลายระดับ ดังที่ประพิน วัฒนกิจ (2543) วิลาวรรณย์ เสนารัตน์ (2544) ได้เสนอไว้คล้ายกันว่าควรประกอบด้วย

2.2.5.1 พยาบาล (Nurse) จะเป็นผู้วางแผนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทำหน้าที่ประสานงานกับบุคลากรหลายวิชาชีพที่จะให้การดูแลรักษาพยาบาลและช่วยเหลือผู้รับบริการที่บ้าน ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล สามารถวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว สอนการปฏิบัติด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการต่างๆเมื่อจำเป็น

2.2.5.2 แพทย์ (Physician) มีหน้าที่ในการวินิจฉัยโรคและกำหนดแผนการรักษา การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษและมีบทบาทในการช่วยสนับสนุนความต้องการการดูแลต่อเนืองที่บ้าน โดยใช้ระบบส่งต่อเพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ

2.2.5.3 นักกายภาพบำบัด (Physical Therapist) จะดำเนินงานด้านการให้ความรู้ให้คำแนะนำการออกกำลังกายและกายภาพบำบัด เพื่อการฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยมีทักษะการใช้อวัยวะในร่างกายให้เป็นประโยชน์รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพอวัยวะข้างที่อ่อนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้พึ่งพาตนเองได้ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อช่วยลดภาระของครอบครัว

2.2.5.4 นักสังคมสงเคราะห์ (Social Workers) ดำเนินงานในด้านการประสานระหว่างทีมการรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาล ที่บ้านและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาทางด้านภาวะเศรษฐกิจสังคม การประกอบอาชีพและการหารายได้เพิ่มให้แก่ครอบครัว



2.2.5.5 นักอาชีพบำบัด (Occupational Therapist) จะให้การดูแลประสานการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้สามารถใช้งานได้อย่างสูงสุด เพื่อช่วยให้ประกอบอาชีพได้ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

2.2.5.6 นักอรรถบำบัด ดำเนินงานแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด การกลืน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพูด การใช้ภาษา ให้สามารถสื่อสารภาษากับผู้อื่นได้

2.2.5.7 นักโภชนาการ (Nutritionists) ดำเนินงานด้านการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค อาหารที่จะช่วยรักษาโรคและอาหารที่มีคุณค่าต่อสุขภาพอนามัย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถประกอบอาหารเพื่อตนเองและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง

2.2.5.8 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เช่น เภสัชกร ทันตแพทย์ และพนักงานวิทยาศาสตร์ เป็นต้น

2.2.6 ความสัมพันธ์ระหว่าง Home Health Care กับผู้ป่วยและญาติ

ระยะที่ 1 Dependence พึ่งพาเกี่ยวกับการดูแลเป็นส่วนใหญ่ เริ่มสอนสาธิตเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และหรือสอนสาธิตผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 Interdependence เมื่อทักษะ ความรู้ และความมั่นใจเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลกระทำกิจกรรมการดูแลเป็นส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนชี้แนะ

ระยะที่ 3 Independence ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง และจัดการกับความต้องการด้านสุขภาพได้ โดยต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยจากเจ้าหน้าที่

2.2.7 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในทีม Home Health Care

2.2.7.1 สอนหรือแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหรือความพิการ และช่วยให้ตระหนักถึงความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพที่อำนวยความสะดวกสูงสุด หรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดและการดูแลตนเอง

2.2.7.2 ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู การฟื้นฟูสุขภาพ และการพยาบาลแบบประคับประคอง

2.2.7.3 ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีกลไกการเผชิญปัญหาและการตัดสินใจที่เหมาะสม สำหรับการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต บทบาท และอัตมโนทัศน์ซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ

2.2.7.4 พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการตัดสินใจในการจัดการการดูแลตนเองที่บ้าน

2.2.7.5 ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างมีคุณภาพ

2.2.8 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ถ้าได้รับการดูแลและการกระทำกิจกรรมทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้อง มักมีปัญหากการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับประกอบด้วย (อุไรวรรณจาริก, 2551; อ้างอิงจาก เจียมจิต โสภณสุขสถิต, 2544)



2.2.8.1 การดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล โดยยึดหลักพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งได้รับการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวเองซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง อันจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น การดูแลที่ผู้ป่วยควรได้รับด้านกิจวัตรประจำวันมีดังต่อไปนี้

1) การรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารครบถ้วน มีทั้งข้าวหรือแป้ง เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ และได้รับน้ำอย่างเพียงพอประมาณ 8-10 แก้ว ขณะรับประทานอาหาร ผู้ป่วยอาจสำลักได้ ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเริ่มทดสอบรีเฟริกซ์ในการกลืนของผู้ป่วย เริ่มจากบ้วนอาหารเหลวที่มีลักษณะข้นให้ผู้ป่วยครั้งละน้อยๆ ถ้าผู้ป่วยกลืนได้ ให้กระตุ้นการกลืนโดยการบ้วนของเหลวอื่นหรืออาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มให้บ่อยครั้งขึ้น ต่อจากนั้นจึงให้ดื่มน้ำเมื่อผู้ป่วยสามารถกลืนได้ดี จากการศึกษาของ Bulow, Olsson และ Ekburg (1999) เกี่ยวกับเทคนิคที่ช่วยให้การกลืนอาหารดีขึ้น โดยให้ผู้ผู้ป่วยพยายามกลืน กัมหัวและคางขณะกลืน จะช่วยป้องกันการสำลักได้มากกว่า ส่วนในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อของฐานลิ้นอ่อนแรง การสอนให้ผู้ผู้ป่วยพยายามกลืนและหดลิ้นจะทำให้การกลืนดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดคอเมื่อกลืนอาหารจะทำให้อาหารติดคอและสำลักได้ง่าย ดังนั้น การกลืนโดยให้ผู้ผู้ป่วยนั่งในท่าก้มหัวให้คางชิดคอจะช่วยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำได้ เนื่องจากฝาปิดกล่องเสียงจะปิด นอกจากนี้จากการศึกษาของ Smithard และคณะ (1996) ในการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นหลังจากการประเมินภาวะกลืนลำบาก จากการตรวจโดยใช้กล้องและประเมินการกลืนจากภาพที่ถ่ายออกมากับการให้ผู้ผู้ป่วยกลืนโดยการบ้วนน้ำหรืออาหารทางปากที่ใช้กันทั่วไป ผลปรากฏว่าการประเมินโดยใช้กล้องซึ่งดูจากภาพถ่ายผู้ป่วยปลอดภัยจากการสำลัก ปอดบวมและลดอัตราการตายได้มากกว่าการประเมินแบบการบ้วนน้ำไป ในการบ้วนอาหารผู้ป่วยต้องทำความสะอาดในช่องปากก่อนรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นน้ำลายและความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร ควรตัดอาหารคำเล็กๆ บ้วนให้ทางปากด้านที่ไม่มีพยาธิสภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถบ้วนอาหารได้เอง ควรสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำ โดยผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยให้การสนับสนุนในเรื่องการจัดเตรียมถาดอาหารให้วางในตำแหน่งที่เหมาะสมตรงหน้าและอยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัด พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์หรือวิธีการกลืนตามที่ได้รับคำแนะนำ รวมทั้งให้เวลากับผู้ป่วยในการรับประทานอาหารโดนไม่เร่งให้ผู้ผู้ป่วยรีบรับประทานอาหาร การพูดคุยเรื่องอาหารก่อนมีอาหารจะช่วยเรียกน้ำลายซึ่งจำเป็นสำหรับการเคี้ยวและการกลืน ในผู้ป่วยที่มีน้ำลายน้อยอาจเตรียมอาหารที่มีรสเปรี้ยว เช่น ซีนมะนาวใส่ถาดอาหารมาด้วย แม้จะรับประทานไม่ได้แต่ก็ช่วยการหลั่งน้ำลายได้จากการมองเห็น นอกจากนี้อาหารในแต่ละมื้อ ควรมีอุณหภูมิแตกต่างกันบ้างเพื่อกระตุ้นการเคี้ยวและการกลืน ส่วนในด้านการรักษาความสะอาด ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลปากและฟันให้สะอาดสดชื่น ขจัดเสมหะให้หมดก่อนและหลังรับประทานอาหาร ซึ่งวิธีนี้จะช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำลายและช่วยการรับรสดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารเสร็จแล้วควรให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งอีก 30-45 นาที เพื่อป้องกันการสำลัก

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง ผู้ดูแลควรดูแลให้สายอาหารอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไว้ ไม่มีการเลื่อนเข้าออกหรือหลุด ผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ผู้ป่วย



ได้รับสารอาหารและน้ำทางสายยางอย่างเพียงพอวันละ 4-6 มื้อหรือประมาณ 2,000-3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

2) การขับถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีปัญหาจากการมีปัสสาวะไหลตลอดเวลา ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นเปียกชื้น เนื่องจากความชื้นจะทำให้ผิวหนังเกิดการเปลี่ยนแปลงอาจจะใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะสำหรับผู้ป่วยชาย และใส่ผ้ากันซึมหรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ สำหรับผู้หญิง ผู้ป่วยควรสวมเสื้อผ้าที่ถอดง่ายสะดวกต่อการขับถ่าย จัดวางหมอนนอนไว้ใกล้ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยิบมาใช้ได้สะดวก ปลอดภัย การให้กำลังใจและการประคับประคองจิตใจ อารมณ์ เพื่อช่วยให้การขับถ่ายปัสสาวะดำเนินไปได้ด้วยดีและที่สำคัญคือ ได้รับการช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วยหลังการขับถ่ายทุกครั้ง จะสามารถป้องกันการแตกทำลายของผิวหนัง ทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับน้ำในปริมาณที่พอเหมาะอย่างน้อยวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร

ในส่วนของการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนปัสสาวะเป็นระยะๆ เมื่อผู้ป่วยเริ่มปัสสาวะได้เอง ให้หยุดสวนปัสสาวะและฝึกการขับถ่ายปัสสาวะควรได้รับการฝึกในท่าที่เป็นปกติ เช่นผู้หญิงให้นั่งถ่ายปัสสาวะและผู้ชายให้ยืนถ่ายปัสสาวะ

3) การขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ควรได้รับการดูแลทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้งและได้รับการกระตุ้นในการออกกกำลังกายในห้องน้ำท่าองและมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ หลังรับประทานอาหาร ควรหัดให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระโดยนั่งส้วมหรือกระโถนในเวลาเดียวกันทุกวัน แม้ว่าจะไม่ปวดเพื่อฝึกสุขนิสัยโดยเฉพาะหลังอาหารเข้าเป็นเวลาที่ดีที่สุด เพราะอาหารเข้าจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหวทำให้ถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น รับประทานอาหารที่มีกากประเภทผัก ผลไม้เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ 2-3 ลิตรต่อวัน ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้ ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปถ่ายในห้องน้ำ เพราะการให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระบนเตียงบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่พยายามช่วยเหลือตัวเองและต้องให้เวลาผู้ป่วยในการขับถ่ายอุจจาระประมาณ 30 นาที แต่ถ้าผู้ป่วยเดินลำบากควรจัดให้ผู้ป่วยได้ถ่ายอุจจาระที่เตียงและจัดสถานที่ให้มิดชิด การจัดทำควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งซึ่งจะช่วยให้มีแรงดันในช่องท้องมากขึ้น ช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของอุจจาระและแรงดึงดูดของโลกจะช่วยให้ลำไส้ส่วนเรคตัมตรงมีอุจจาระเต็ม เพิ่มรีเฟร็กซ์ในการขับถ่ายสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ถ่ายอุจจาระ 3-4 วันหรืออุจจาระอัดแน่นเป็นก้อนแข็ง อาจต้องใช้ยาเหน็บหรือยาสวนอุจจาระหรืออาจจล้วงทุก 2-3 วัน และทุกครั้งผู้ป่วยต้องการขับถ่ายต้องรีบให้ถ่ายหรือพาผู้ป่วยไปห้องน้ำทันที ไม่ควรให้ผู้ป่วยรอหรือผัดเวลาออกไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหยาบปวดและมีการดูดซึมน้ำในอุจจาระกลับ ทำให้อุจจาระแข็งได้ การขับถ่ายอุจจาระมักจะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น คือ สามารถนั่ง ยืน แต่งตัว อาบน้ำ เคลื่อนย้าย ออกกำลังกายและเดินได้ เพราะกิจกรรมดังกล่าวจะทำให้เกิดความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้นแต่เนิ่นๆ จะทำให้การขับถ่ายอุจจาระประสบผลสำเร็จและมีการขับถ่ายได้ปกติ

4) การดูแลสุขอนามัย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่แต่การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยที่ช่วยตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาด หลังจากล้างสบู่ออกหมดซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม สำหรับผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองและเช็ดตัวบนเตียงได้ ผู้ดูแลเตรียมอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด สระผม ตัดเล็บให้พร้อม ในการเช็ดตัวผู้ดูแลควรช่วยเช็ดตัว



เฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยขีดไม่ถึงเท่านั้น เช่น บริเวณแผ่นหลังและไม่ควรขีดตัวให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองถึงแม้จะใช้เวลานานเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเอง

5) การแต่งกาย ผู้ป่วยควรเลือกใช้เสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย สะดวก หลวมๆ ใสบาย เสื้อผ้าที่ใส่จะต้องโปร่งไม่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกายเนื่องจากเสื้อผ้าที่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังอักเสบ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองให้มากที่สุดในการเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือการแต่งกายอื่นๆ เช่น หวีผม ทาแป้ง โกนหนวด ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยที่จะเอื้ออำนวยในการทำกิจกรรม ในกรณีที่แขนและมือข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนแรงมาก ต้องให้ผู้ป่วยสวมเสื้อโดยใส่ข้างที่เป็นอัมพาตก่อนใส่ข้างที่ดี ส่วนการถอดเสื้อจะต้องถอดข้างที่ดีก่อน

6) การนอนหลับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนไป ควรให้ผู้ป่วยได้เข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลา และควรได้รับความช่วยเหลือในการจัดเตรียมที่นอน สิ่งแวดล้อมให้สะอาดน่านอน ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวนการนอนหลับ เช่น เสียง แสงสว่าง กลิ่น และควรให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับแสงแดดในตอนเช้า พร้อมทั้งได้รับการจัดท่านอนที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย มีการไหลเวียนของโลหิตได้ดี โดยจัดแขนข้างที่เป็นอัมพาตให้ปลายมือสูงกว่าข้อศอกและให้ข้อศอกสูงกว่าไหล่ นอกจากนี้ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมช่วงกลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตื่นในช่วงกลางวันและสามารถหลับได้นานในเวลากลางคืน รวมทั้งหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

2.2.8.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ภาวะที่ญาติจะต้องกระทำต่อผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คือ การช่วยให้ผู้ป่วยกลับสภาพเดิมเร็วที่สุดคงไว้ซึ่งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่าและคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น หรือระดับความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลมากขึ้น ผู้ดูแลผู้หญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ชาย การฟื้นฟูสภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้สูงสุดทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ โดยมีเป้าหมาย 3 ประการ คือ 1) ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น 2) ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ดีให้คงไว้ 3) ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะของร่างกาย ที่เสียไปให้กลับคืนมา การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพโดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระเพื่อพัฒนาระดับความสามารถในการทำหน้าที่สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายใต้ข้อจำกัดของความพิการ โดยเน้นศักยภาพทางด้านช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนที่ให้มีประสิทธิภาพใกล้เคียงปกติมากที่สุดเท่าที่ความพิการจะอำนวย รวมทั้งฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ อาชีพ และสังคม

1) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูในกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1) การบริหารกล้ามเนื้อ เริ่มตั้งแต่การจัดของใช้และสิ่งแวดล้อม การจัดทำที่ถูกต้อง การออกกำลังกายด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นช่วยออกกำลังกายเคลื่อนไหวการเคลื่อนย้ายตัวเองและการฝึกเดินซึ่งการฝึกเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเวลา 1-3 เดือนหลังเกิดโรค เป็นระยะเวลาที่ได้ประโยชน์และได้ผลดีที่สุด นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปตามขั้นตอนของการพัฒนาการเคลื่อนไหว โดยเริ่มจากศีรษะไปเท้า และจากส่วนต้นไปส่วนปลาย เช่น จากไหล่ไปแขนและมือ จากลำตัวไปสะโพก ขาและเท้า เป็นต้น การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆ เพื่อป้องกันความพิการและส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป และเพื่อเสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรง และทำงานให้ได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง



เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ความมีคุณค่าในตนเองและลดการพึ่งพาผู้อื่นลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang and Mackenzie (1998) พบว่าความมีคุณค่าในตัวเองสัมพันธ์กับการทำหน้าที่โดยอิสระโดยที่ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและระยะของความมีคุณค่าในตัวเองนั้น พยาบาลจะต้องพยายามให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเองและให้เวลาผู้ป่วยแสดงความสามารถและให้รางวัลหรือชมเชยผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมได้สำเร็จ ปัญหาที่ทำให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง ได้แก่ ความเจ็บปวด การเกิดภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อ การขับถ่ายและแผลกดทับ หลักของการฟื้นฟูอยู่ที่การเน้นการลงน้ำหนักบนส่วนของร่างกายทั้ง 2 ด้านเท่าๆ กัน พยายามฟื้นฟูสภาพส่วนที่เสียให้กลับคืนมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีความตั้งตัวของกล้ามเนื้อ ลักษณะท่าทางและการเคลื่อนไหวอย่างคนปกติทั่วไป ที่มีความสามารถของร่างกายทั้ง 2 ด้าน การฟื้นฟูต้องทำไปพร้อมๆ กับการกระตุ้นด้วยเสียง การสัมผัสร่างกายผู้ป่วยและการใช้สายตา เพราะอาจจะมีการเคลื่อนไหวตามเสียงที่ได้ยินและการมองเห็นจะช่วยกระตุ้นความรู้สึกที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการที่อยากจะเรียนรู้ จากหลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Bobath ซึ่งสร้างโดยอาศัยทฤษฎีพัฒนาการของระบบประสาท ซึ่งเชื่อว่ากระตุ้นร่างกายทั้ง 2 ด้านจะช่วยให้ร่างกายที่เป็นอัมพาต สามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ทั้งนี้เซลล์สมองที่ถูกทำลายจากพยาธิสภาพของโรคสามารถเรียนรู้การทำกิจกรรมใหม่ได้ และระบบประสาทส่วนกลางมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนโครงสร้างและหน้าที่ของมันเองได้ ซึ่งหลักการพยาบาลของ Bobath สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ร่างกายด้านที่เป็นอัมพาตในการทำหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติและการแสดงออกที่ดีมีความเป็นอิสระและช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้

1.2) การสื่อสาร ผู้ป่วยควรได้รับการยอมรับและเห็นอกเห็นใจจากผู้ดูแล เข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ไม่แสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้ป่วย ต้องคอยสังเกตอาการ สื่อสารและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหลักในการฝึกพูดหรือสื่อสารใช้ภาษาหรือประโยคที่สั้นง่าย ชัดเจน และพูดซ้ำถ้าไม่เข้าใจ ถามทีละคำถามเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนได้ ไม่คาดหวังคำตอบเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและเบื่อหน่าย กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการพูดโดยพูดซ้ำๆ ชัดถ้อยชัดคำ บรรยากาศในการสื่อสารควรเงียบสงบ ไม่ขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย ขณะพูดพยายามสบตากับผู้ป่วยใช้ท่าทางหรือแสดงออกทางสีหน้าประกอบการพูด น้ำเสียงที่พูดอ่อนโยน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดหรือเขียนได้ควรใช้คำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยการพยักหน้าและสั่นศีรษะ

1.3) การกลืน ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับกลืนลำบาก ลื่น ปากข้างอัมพาต จะขาและกลัวสำลัก ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารแม้จะหิว ผู้ป่วยควรได้รับฝึกในการกลืนและการรับประทานอาหาร แนะนำผู้ป่วยตัดอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ สอนการกินเป็นระยะ วางอาหารบนลิ้น เคี้ยว หยุดหายใจแล้วกลืน ฝึกจนทำได้ การดื่มน้ำแนะนำให้จิบน้ำ ไม่ควรกลืนรวดเร็ว เอียงศีรษะไปด้านปกติทำให้กลืนง่าย ส่วนการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่น ใช้ลิ้นเลียริมฝีปาก หัดผิวปาก ห่อปาก เป่าแอมป์ กระดกลิ้นไปมาในแต่ละทิศทาง ใช้ลิ้นแตะเพดานและอยู่ในท่านั่งหัวคร่อม การฝึกควรทำหน้ากระจกเงาเพื่อมองเห็นได้ นอกจากนี้การกระตุ้นบริเวณไค้งทอนซิลและเพดานอ่อนด้วยการใช้ไม้พันสำลีชุบมะนาวจะช่วยให้กล้ามเนื้อหดตัวได้



2) การฟื้นฟูสภาพจิตใจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความพิการเกิดขึ้นเห็นได้ชัด กระทั่งกระเทือนจิตใจอย่างมากต่อผู้ป่วยแลครอบครัว ระยะแรกผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมากเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ผู้ป่วยต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิต กลัวความพิการที่เกิดขึ้นรู้สึกไม่แน่นอน ไม่แน่ใจในการฟื้นฟูสภาพของตนเอง มีความเครียดเกิดขึ้นและเพิ่มขึ้นตามความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะการพึ่งพา การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สภาวะทางเศรษฐกิจที่แย่ลง อาการที่แย่ลง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ มีความอดทนต่อความเครียดน้อยลง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง จากการศึกษาของ Han and Haley (1999; 1478-1485) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านระยะ 3 เดือนหลังเกิดโรคพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ดูแลต้องเข้าใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองมากที่สุด เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจ ยกย่องชมเชยเมื่อสามารถทำได้สำเร็จด้วยตนเอง ให้ความสนใจไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง

2.2.8.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดหลายด้านโดยเฉพาะความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้มาก จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดเมื่อกลับบ้าน คือ

1) การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดร่วมกับความเจ็บป่วยที่พบได้ทั่วไป เนื่องจากการเกิดแผลกดทับจะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 45 และมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวในขอบข่ายที่จำกัดมาก เป็นสิ่งบ่งชี้และแสดงถึงการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพควรได้รับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ได้รับการตรวจดูบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หรือขณะทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย เช่น ขณะเช็ดตัว หลีกเลี่ยงการจัดท่าที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เลือดดำไหลกลับไม่สะดวกและไม่เลื่อนตัวผู้ป่วยโดยวิธีลาก เพราะจะเป็นการทำลายหนังกำพร้าจากการเสียดสี ซึ่งแรงที่เกิดจากการเสียดสีเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดการระคายเคืองและเป็นแผลได้ในด้านความ ต้องการสารอาหารของร่างกาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดแผลกดทับผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารโปรตีน เพื่อจำเป็นสำหรับซ่อมแซมเนื้อเยื่อช่วยให้กระบวนการหายใจของแผลกดทับเป็นไปด้วยดี แผลหายเร็วขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับอาหารโปรตีนสูงวันละ 80-100 กรัม และได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากน้ำจะช่วยทำให้ผิวชุ่มชื้น มีแรงต้านทานต่อต่อสิ่งระคายเคืองต่างๆที่มาสัมผัสกับผิวหนังช่วยไม่ให้ผิวหนังแห้งแตกง่าย ในผู้ป่วยที่ซิดควรได้อาหารเสริมพวกเกลือแร่และวิตามินในการดูแลรักษา

2) การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะแรกและระยะหลัง โดยเฉพาะระยะหลังของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักพบสาเหตุการเสียชีวิตจากการติดเชื้อได้บ่อยๆ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและทางเดินหายใจ ซึ่งการติดเชื้อที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบอัตราการเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 33 อาจเนื่องจากหลายสาเหตุเช่น เช่น การสำลัก การนอนนานๆ ทำให้การเคลื่อนไหวของเสมหะเป็นไปไม่ได้ มีการสะสมของน้ำเมือกเหนียวภายในหลอดลมหรืออุดตันภายในปอด นำไปสู่ปัญหาปอดแฟบ (Atelectasis) เนื่องจากหลอดลมปอดถูกอุดกั้น และมีการติดเชื้อภายในปอด เพราะน้ำเมือกเป็นปัจจัยส่งเสริมการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการคนไข้ ลักษณะของเสมหะ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ ตลอดจนดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟันของ



ผู้ป่วยเพื่อลดการหมักของเชื้อโรคในปาก ส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมาจากหลายสาเหตุ เช่น จากการใส่สายสวนปัสสาวะหรือการสวนปัสสาวะเป็นระยะๆ การคั่งค้างของปัสสาวะและปัสสาวะกระปริดกระปรอย ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อ โดยผู้ดูแลควรสังเกตอาการใช้ ลักษณะของปัสสาวะรวมทั้งดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

3) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ซึ่งสามารถกระทำได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง หรือบุคคลอื่นช่วยออกกำลังเคลื่อนไหวได้ ในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อแต่ละท่าควรทำประมาณ 5-10 นาที วันละ 1-2 ครั้ง ให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขยียดมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนย้ายร่างกายบนเตียงโดยการขยับพลิกตะแคงตัวฝึกนั่งจากท่านอน ฝึกนั่งตั้งตรงไม่ให้เอียงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว การฝึกยืนขึ้นและนั่งลง การฝึกยืนและเดินโดยช่วยพยุงหรือใช้เครื่องช่วย เช่น การใช้เก้าอี้เข็น

2.2.8.4 การดูแลด้านการรักษาพยาบาล บางรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากอยู่ในสภาพที่ต้องหายใจผ่านทางเดินหายใจ ให้อาหารทางสายยาง การคาสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลดังต่อไปนี้

1) ได้รับการดูแลในการหายใจผ่านทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและหายใจผ่านทางเดินหายใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเรื่องการหายใจ ผู้ดูแลต้องเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ เช่น เครื่องดูดเสมหะ สายยางดูดเสมหะ ภาชนะใส่สายยางดูดเสมหะ และภาชนะสำหรับใส่ท่อเหล็กดัม ผู้ดูแลจะต้องจัดสถานที่ที่บ้านและวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะดวกต่อการใช้และคอยดูแลให้ผู้ป่วยหายใจโล่งไม่มีเสมหะ และไม่เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ โดยการดูดเสมหะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่มีเสมหะ ถ้าพบว่ามีลักษณะการหายใจผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว หอบ เสมหะมีสีเขียว มีไข้ ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล

2) ได้รับการดูแลในการให้อาหารทางสายให้อาหาร ผู้ป่วยต้องได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ควรได้รับอาหารที่มีคุณค่าประมาณวันละ 3,000-4,000 แคลอรี และได้รับน้ำประมาณ 2,000 ซีซี สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย ต้องได้รับอาหารและน้ำทางสายให้อาหาร ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างผู้ดูแลต้องเตรียมและดูแลการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ อีกทั้งผู้ดูแลยังต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยป้อนอาหารและดื่มน้ำเองรวมถึงคอยดูแลป้องกันผู้ป่วยมิให้สำลักอาหารและน้ำขณะรับประทานอาหารอีกด้วย

3) ได้รับการดูแลในการปัสสาวะทางสายสวนคา มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะเนื่องจากการทำงานของกระเพาะปัสสาวะบกพร่อง ทำให้การขับถ่ายผิดปกติ ถ้ามีปัสสาวะคั่งค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะนานอาจมีการอักเสบจากการติดเชื้อได้ง่าย แพทย์จึงต้องให้การดูแลรักษาโดยการใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อช่วยระบายปัสสาวะออกจากร่างกาย ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก มิให้สายพับหักหรืองอ ได้รับการเปลี่ยนชุดสายต่อถุงของปัสสาวะ การฝึกการขับถ่าย และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ผู้ดูแลต้องสังเกตสีของปัสสาวะถ้าพบมีตะกอนต้องรับน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี หากมีปัสสาวะขุ่นร่วมกับมีไข้ ให้พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที



4) ได้รับการดูแลในการรักษาต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน แพทย์จะให้ยา Warfarin เพื่อป้องกันการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเป็นเวลาติดต่อกัน 3 เดือน และหลังจากนั้นจะให้ยาแอสไพรินจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน เนื่องจากจะไปลดการอักเสบของหลอดเลือดได้มากกว่าป้องกันการแข็งตัวของเลือด เพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคโดยแพทย์จะให้ยาไปรับประทานต่อที่บ้าน ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องทั้งการทำกายภาพบำบัดและการไปรับการตรวจตามนัด

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้นเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ใกล้ชิดและรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยแต่ละคนอาจได้รับการดูแลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพครอบครัว ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในบ้าน ฐานะเศรษฐกิจ ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเป็นบุคคลสำคัญในการวางแผนการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพต้องเข้าใจพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นและผลต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคลแบบองค์รวม เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลที่บ้านได้ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ควรได้รับการดูแลจากญาติต่อไปเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสภาพกลับมาช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลครอบคลุมในด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการรักษาพยาบาล โดยให้ญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลอย่างจริงจัง

2.3 คุณภาพบริการ

คุณภาพบริการ (Service Quality) เป็นสิ่งสำคัญของระบบบริการที่เกิดขึ้นในยุคของการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา ที่ประชาชนให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ ซึ่งเป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของตนเอง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2545)

ความหมายคุณภาพบริการ

คุณภาพบริการเป็นกิจกรรมที่ผู้ให้บริการให้แก่ผู้รับบริการได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยที่ผู้รับบริการได้สัมผัสบริการนั้นๆ มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพบริการไว้ใกล้เคียงกัน ดังนี้

คณะกรรมการร่วมในการประกันคุณภาพบริการสุขภาพ (The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization; JCAHO) (วิภาดา คุณาวิกิตกุล, 2538; อ้างอิงจาก The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, 1989) กล่าวว่า คุณภาพการดูแล (Quality of Care) หมายถึง ระดับของบริการหรือการดูแลผู้รับบริการซึ่งทำให้ผลลัพธ์ที่ต้องการ คุณภาพของการพยาบาลจะบอกได้จากมาตรฐานที่ตั้งไว้สามารถวัดและประเมินได้ คุณภาพการพยาบาลจะวัดที่ผลลัพธ์การให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจจากการรับรู้ ความคาดหวังของผู้รับบริการ

คุณภาพบริการ หมายถึง การที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ เป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ตลอดจนขั้นตอนของบริการนั้นและภายหลังบริการด้วย ทั้งนี้ต้องตอบสนองความต้องการเบื้องต้นและความคาดหวังของผู้รับบริการจะมีผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2542)



คุณภาพบริการ หมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการหรือระดับความสามารถของบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการหรือระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับบริการแล้ว (วีระพงษ์ เณลิมจิระรัตน์, 2543)

การศึกษาครั้งนี้คุณภาพบริการ หมายถึง การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากทีมดูแลสุขภาพที่มุ่งให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้พิการได้รับครอบคลุมทุกมิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพจากทีมดูแลสุขภาพ ตามความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยการวัดความพึงพอใจต่อการพยาบาล ด้านการได้รับข้อมูลและการให้ความรู้ ด้านความเอาใจใส่ช่วยเหลือของพยาบาล ด้านการช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ด้านการได้รับโอกาสและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และด้านการได้รับความเคารพในสิทธิของผู้ใช้บริการ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามความเหมาะสม

การบริการที่มีคุณภาพ

การบริการที่มีคุณภาพในทัศนะของผู้รับบริการมีลักษณะดังนี้ เป็นการให้บริการแก่ผู้มารับบริการทุกคนโดยฉับไว เสมอภาค ด้วยความรู้ ความชำนาญ ใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม ใช้เทคนิคที่ถูกต้องมีเหตุผลดี มีความปลอดภัยและมีผลดีต่อการปรับดูแลสุขภาพและช่วยให้สุขสบายมากขึ้น โดยพยาบาลต้องมีมารยาทและอัธยาศัยดี เอาใจใส่เอื้ออาทรแก่ผู้รับบริการ บอกกล่าวเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและร่วมมือในการรักษาพยาบาล ให้ความรู้ และข้อมูลที่จำเป็นต่อการปรับตัวและการดูแลรักษาสุขภาพ ทำให้มีความเข้าใจ อบอุ่นใจ คลายความกังวล ช่วยให้ผู้รับบริการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลาน้อยที่สุด

องค์ประกอบของคุณภาพบริการ

องค์ประกอบของคุณภาพอยู่บนพื้นฐานของระบบซึ่งจำแนกระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องของคุณภาพได้ 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) อย่างไรก็ตามการที่ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ได้รับนั้น งานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของการบริการ โดยใช้องค์ประกอบ 10 ประการ

1. ความเชื่อมั่นไว้วางใจ (Reliability) บริการที่ให้นั้นต้องถูกต้องแม่นยำและเหมาะสม รวมทั้งมีความสม่ำเสมอ
2. ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ผู้ให้บริการต้องมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการ สามารถจัดบริการได้ตามความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม มีการสื่อสารที่ดีในการให้บริการทุกครั้ง
3. สมรรถภาพในการให้บริการ (Competence) ผู้ให้บริการมีทักษะ ความรู้ความสามารถในการให้บริการ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้
4. การเข้าถึงบริการ (Access) ผู้รับบริการต้องเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการรับบริการ บริการนั้นต้องกระจายไปอย่างทั่วถึง การบริการเป็นไปอย่างเสมอภาค
5. ความสุภาพอ่อนโยน มีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) มีความสุภาพ มีความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการ การแต่งกายที่สุภาพ ใช้งานจาเหมาะสม
6. การสื่อสาร (Communication) ควรให้ข้อมูลต่างๆ การชี้แจงขอบเขตและลักษณะงานบริการ อธิบายขั้นตอนบริการเหมาะสมและเข้าใจง่ายตามสภาพผู้รับบริการ



7. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เกิดจากความซื่อสัตย์ ความจริงใจ ความสนใจอย่างแท้จริงของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้รับบริการ

8. ความปลอดภัยมั่นคง (Security) ได้แก่ มีความมั่นใจว่ามีความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน รวมทั้งชื่อเสียง ปราศจากข้อสงสัยต่างๆ

9. ความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the Customer) รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการ

10. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangible) เนื่องจากคุณภาพบริการถูกเปรียบเทียบจากบริการที่คาดหวังกับบริการที่ได้รับจริง

นอกจากนี้ คณะกรรมการร่วมในการประกันคุณภาพบริการสุขภาพ (เพชรฯ จอมงาม, 2543; อ้างอิงจาก The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, 1989) ได้เสนอแนะองค์ประกอบคุณภาพการให้บริการไว้ 11 ประการ ได้แก่

1. ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (Accessibility of Care) หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลที่จำเป็น

2. เวลาในการให้บริการ (Timeliness of Care) หมายถึง ความพร้อมในการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้ป่วยที่มีความต้องการได้ทันเวลาที่

3. ประสิทธิภาพของการดูแล (Effectiveness of Care) หมายถึง การดูแลรักษาที่กระทำได้อย่างดีโดยใช้ศิลปะทางด้านกิริยามารยาท ความรู้ในการให้บริการ

4. ความเหมาะสมของการดูแล (Appropriateness of Care) หมายถึง การบริการที่ให้นั้นตรงกับความต้องการของผู้มารับบริการ

5. ศักยภาพของการดูแล (Efficacy of Care) หมายถึง การบริการที่มีศักยภาพที่จะบรรลุถึงความต้องการของผู้มารับบริการ

6. ประสิทธิภาพของการดูแล (Efficiency of Care) หมายถึง การดูแลรักษาที่ได้ผลตามต้องการโดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อย หรือความเสียหายเกิดขึ้นน้อยที่สุด

7. ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care) หมายถึง มีการประสานกันอย่างต่อเนื่องในบุคลากรกลุ่มต่างๆที่เข้ามาให้การดูแลเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

8. ความรโหฐานของการให้การดูแล (Privacy of Care) หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย เช่น การเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากแฟ้มข้อมูล จากบุคลากรวิชาชีพ

9. การดูแลรักษาความลับ (Confidentiality of Care) หมายถึง การดูแลรักษาความลับเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยไม่ให้มีการถูกเปิดเผยแก่ผู้อื่น โดยปราศจากความยินยอม

10. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (Participation of Patient and Patient Family in Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

11. ความปลอดภัยจากการดูแลสภาพแวดล้อม (Safety of Care Environment) หมายถึง การเตรียมสถานที่และเครื่องมือที่จำเป็นไว้พร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยได้ทันทีเมื่อต้องการ



2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

2.4.1 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสมรรถภาพดีขึ้น โดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา สังคม และการฝึกอาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนทั่วไป สำหรับ Community-based rehabilitation (CBR) หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน มีความหมายดังที่บัญญัติขึ้นจากที่ประชุมระหว่างองค์กรต่างประเทศ 3 องค์กร ได้แก่ ILO, UNESCO และ WHO ใน ค.ศ.1994 ดังนี้

“Community-based rehabilitation is a strategy within community development for the rehabilitation, equalization of opportunities and social integration of all people with disabilities. CBR is implemented through the combined efforts of disabled persons themselves, their families and communities, networking with the appropriate health, education, vocational and social services.”

จากความหมายข้างต้นจะเห็นได้ว่า CBR เป็นหลักยุทธศาสตร์ที่รวมอยู่ในการพัฒนาชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2) ความเท่าเทียมกันของโอกาส และ 3) ให้คนพิการมีส่วนร่วมและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคม ซึ่งวิธีการที่จะทำให้ได้มาซึ่งเป้าหมายทั้งสามนี้ จะต้องอาศัยการประสานกันระหว่างตัวของคนพิการเอง ครอบครัวของคนพิการ และชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่ โดยเป็นโครงข่ายที่เชื่อมโยงกันอย่างเหมาะสมในด้านต่างๆ ได้แก่ การแพทย์ การศึกษา การอาชีพ และการบริการทางสังคม สำหรับคำว่า “ชุมชน” ไม่มีความหมายที่กำหนดตายตัว การให้ความหมายของชุมชนจะขึ้นอยู่กับบริบทที่เหมาะสมกับสถานการณ์ทางสังคมสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเป็นหลักสำคัญ เช่น ชุมชนอาจหมายถึงชุมชนในชนบท ชุมชนในเขตเมือง เป็นต้น นอกจากนี้ แนวคิดและแนวทาง CBR นี้ ยังสามารถนำมาปรับใช้ได้กับการพัฒนาชุมชน การพัฒนาสังคม รวมถึงการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคมด้านอื่นๆ อีกด้วย

2.4.2 ลักษณะของ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation: CBR)

จากที่กล่าวข้างต้นว่า CBR เป็นการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนต้องเป็นฐานของการฟื้นฟูนั้นและริเริ่มโดยความต้องการของชุมชนเอง ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า CBR เป็นแนวคิดที่มีลักษณะสำคัญดังนี้

2.4.2.1 เป็นยุทธศาสตร์ “เชิงรุก” เข้าถึงคนพิการในชุมชน โดยคนพิการแลครอบครัวตลอดจน ชุมชนต้องมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ซึ่งแตกต่างจากการบำบัดฟื้นฟูคนพิการโดยระบบการ รักษาพยาบาลในปัจจุบันที่อยู่ในลักษณะ “เชิงรับ”

2.4.2.2 การดำเนินงานต้องเป็นไปตามความต้องการของชุมชน เน้นการค้นหาและพัฒนาศักยภาพของคนพิการ ครอบครัวและชุมชน โดยสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูทั้งในระดับการวางแผนและการดำเนินงาน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และมีการประสานงานกัน



2.4.2.3 แสวงหาและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาชาวบ้าน ความรู้เดิมของชุมชน เทคโนโลยีพื้นบ้าน และทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว หรืออาจกล่าวว่าจะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้นให้เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มากที่สุด ไม่พึ่งพิงทรัพยากรภายนอกมากนัก

2.4.2.4 ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้อง เหมาะสมและประหยัด

2.4.3 เงื่อนไขของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation; CBR)

กิจกรรมหรือโครงการที่จัดว่าเป็น CBR จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้

2.4.3.1 คนพิการจะต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการนั้นทุกขั้นตอนของโครงการ นับตั้งแต่เริ่มการออกแบบโครงการ

2.4.3.2 วัตถุประสงค์หลักของโครงการจะต้องเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Quality of Life; QOL) ของคนพิการ ให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ (Independent Living) ไม่ใช่มุ่งหวังเพียงให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living, ADL) อย่างที่ผ่านมามีเท่านั้น

2.4.3.3 มุ่งเน้นในการทำงานกับชุมชนเพื่อส่งเสริมให้คนพิการเกิดทัศนคติทางบวกและให้สมาชิกในชุมชนมีแรงจูงใจที่จะให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมกับโครงการ CBR

2.4.3.4 ต้องเป็นโครงการที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะของชุมชนแต่ละแห่ง

2.4.4 ปัจจัยหลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based rehabilitation; CBR)

โครงการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based rehabilitation; CBR) จะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยปัจจัยหลัก 4 ประการ ดังนี้

2.4.4.1 การสร้างความตระหนักในปัญหาความพิการและตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2.4.4.2 การประสานทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและฟื้นฟูคนพิการ

2.4.4.3 การพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านให้แก่สมาชิกในชุมชน

2.4.4.4 การให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการทำโครงการ CBR ตั้งแต่การวางแผน การอำนวยการ การประเมินผล การปฏิบัติการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนา ตามแนวคิดที่เป็นหลักการบริหารการพัฒนาที่ยั่งยืน

2.4.5 บุคคลที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based rehabilitation: CBR)

การทำงาน CBR จะเริ่มต้นดำเนินไปและคงอยู่ได้ในชุมชนนั้นๆ จะต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ การประสานสัมพันธ์กันของกลุ่มบุคคล 7 กลุ่ม ได้แก่

2.4.5.1 คนพิการในชุมชนนั้น

2.4.5.2 ครอบครัวของคนพิการ

2.4.5.3 ชุมชนของคนพิการ

2.4.5.4 หน่วยงานภาครัฐ ทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และประเทศ

2.4.5.5 องค์กรเอกชน ทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค ประเทศ และต่างประเทศ



2.4.5.6 บุคลากรทางการแพทย์ นักการศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ และวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.4.5.7 นักธุรกิจ

2.4.6 บทบาทหน้าที่ของผู้ทำงานในชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation: CBR)

ดังที่ทราบ CBR เป็นการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยคนในชุมชนเองและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้นให้เป็นประโยชน์มากที่สุด ดังนั้น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน จึงถือเป็นเพียงผู้ทำงานในชุมชนในการดำเนินโครงการ CBR เท่านั้น ซึ่งจะต้องตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนในขอบเขต ดังนี้

2.4.6.1 เป็นผู้แนะนำ สาธิต ให้ความรู้แก่คนพิการ ญาติ ครอบครัวคนพิการ และชุมชน

2.4.6.2 เป็นผู้กระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

2.4.6.3 เป็นผู้ประสานงาน

2.4.6.4 เป็นผู้ส่งต่อในกรณีที่คนพิการต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ

2.4.6.5 เป็นผู้สนับสนุนทางด้านเทคนิคและให้กำลังใจ เพื่อพัฒนางานให้มีในชุมชนต่อไป

2.4.6.6 เป็นแหล่งข้อมูลต่างๆ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ทำงานในชุมชนในการดำเนินโครงการ CBR จะเป็นเพียงพี่เลี้ยงหรือผู้คอยกระตุ้น (Facilitator) ชุมชนในระยะแรกให้สามารถดำเนินโครงการไปได้เท่านั้น มิใช่เป็นผู้ลงมือกระทำโครงการเอง และเมื่อเห็นว่าชุมชนมีความเข้มแข็งพอที่จะดำเนินโครงการได้เองแล้ว ผู้ทำงานในชุมชนฯ จะต้องลดบทบาทของตนลงและถอนตัวออกจากโครงการในที่สุด เพื่อให้โครงการ CBR มีความยั่งยืนด้วยความรับผิดชอบของชุมชนนั่นเอง แต่หากพบว่าเมื่อลดบทบาทลงแล้ว การดำเนินโครงการ CBR ของชุมชนเกิดความไม่ราบรื่น ผู้ทำงานในชุมชนฯ ก็อาจจำเป็นต้องกลับไปมีบทบาทในโครงการนั้นอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งความยั่งยืนของโครงการ CBR แต่ละโครงการ อาจใช้เวลาอย่างน้อยต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับหลากหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านความเข้มแข็งของชุมชนนั้นๆ CBR มีคุณค่าและมีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคมไทย โดยนำไปสู่สิ่งต่างๆ ดังนี้ การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน การจัดการทรัพยากรที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนการปรับทัศนคติในทางบวกแก่คนในชุมชนและตัวคนพิการเอง การสนับสนุนโอกาสและสิทธิของคนพิการ การสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพทุกส่วนตามศักยภาพที่มีอยู่ของคนพิการ การสนับสนุนให้คนพิการอยู่ร่วมกับชุมชนในฐานะสมาชิกที่เสมอภาคในชุมชน มีความสุขและความอบอุ่น

2.4.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนกับประเทศไทย

CBR ได้เป็นที่รู้จักแพร่หลายในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ เป็นเวลานานหลายสิบปีแล้ว เช่น ประเทศอินโดนีเซียได้เริ่มนำ CBR ไปใช้ในการจัดการปัญหาคนพิการของประเทศตั้งแต่ ค.ศ. 1978 ประเทศมาเลเซียได้เริ่มใช้ใน ค.ศ.1983 เป็นต้น สำหรับประเทศไทยการดำเนินงาน CBR เริ่มจากความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกกับกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ.2526 โดยมีการแปลคู่มือการฝึกคนพิการโดยชุมชนขององค์การอนามัยโลกและฝึกอบรมอาสาสมัครให้ใช้คู่มือดังกล่าว ซึ่งพบว่าผลการดำเนินงานสามารถทำให้คนพิการในชุมชนสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง



ขึ้นมาได้ระดับหนึ่ง จากนั้นกระทรวงสาธารณสุขโดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติได้ดำเนินงาน CBR อย่างต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน โดยพยายามให้มีการขยายงาน CBR ไปทั่วประเทศ นอกจากนั้น ในช่วงเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานอื่นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการ หรือมีความสนใจในงานคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ มูลนิธิศรียุวเรื่อเพื่อคนพิการ มูลนิธิช่วยเหลือเด็กพิการอุบลราชธานี เป็นต้น ได้นำ CBR มาใช้ในการดูแลคนพิการบางส่วนของประเทศเช่นกัน โดยมีมูลเหตุจูงใจจากสิ่งต่อไปนี้

2.4.7.1 จำนวนคนพิการในชนบทมีจำนวนมาก

2.4.7.2 บริการที่รัฐให้แก่คนพิการที่มีอยู่เดิมนั้นไม่ทั่วถึงและคนพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการเหล่านั้นได้

2.4.7.3 การดูแลฟื้นฟูในศูนย์หรือโรงพยาบาลต้องใช้งบประมาณและบุคลากรมาก

2.4.7.4 คนพิการ ครอบครัว และชุมชนของคนพิการ ขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

2.4.7.5 ความยากลำบากในการกลับสู่สังคมเดิมของคนพิการหลังจากได้รับบริการ

2.4.7.6 ชุมชนของคนพิการมีศักยภาพเพียงพอในการดูแลสมาชิกของตนเอง แต่ไม่ได้มีการนำศักยภาพเหล่านั้นมาใช้ให้เป็นประโยชน์

2.5 การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research)

2.5.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (สมนึก ปฏิพานนท์, 2550; อ้างอิงจาก ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการวิจัยที่ใช้กระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบ โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติ จากการใช้วงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือกระทำ การสังเกตและการสะท้อนการปฏิบัติ ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องกันไป ผลที่ได้นำไปปรับแผนเข้าสู่วงจรใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง

สมนึก ปฏิพานนท์ (2550) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มุ่งจะนำหลักการของวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อแก้ปัญหาในสภาพการณ์เฉพาะ เน้นการวิจัยที่ง่ายไม่สลับซับซ้อน และนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงๆ

Lewin (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2552; อ้างอิงจาก Lewin, 1946) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการวิจัยที่ใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มรวมกันทำงานและตัดสินใจ อย่างมีพันธะต่อกันเพื่อมุ่งมั่นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และใช้การปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือการวางแผน การปฏิบัติการ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

Dick (สุวิมล ร่องวานิช, 2551; อ้างอิงจาก Dick, 2000) กล่าวว่า การวิจัยปฏิบัติการ ประกอบด้วยวิธีวิทยาการการวิจัยที่ทำให้เกิดผลของการปฏิบัติ และผลของการวิจัย ในเวลาเดียวกัน โดยมีขั้นตอนการวิจัยที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นข้อความที่เป็นภาษามากกว่าตัวเลข นอกจากนี้ยังมีการสะท้อนผลซึ่งครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ มีความยืดหยุ่น ตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ เป็นการวิจัยที่มีการสร้างสมมติฐานการวิจัยจากข้อมูลที่รวบรวมได้ระหว่าง



การทำวิจัย และสามารถใช้กระบวนการดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยนําร่อง การนำไปใช้เป็นเครื่องมือวินิจฉัยจุดบกพร่องต่างๆ หรือใช้เพื่อการประเมินผล

ธีรฤทธิ เอกะกุล (2552) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรวบรวมและหรือการแสวงหาข้อเท็จจริง โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการซ้ำหลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุจุดประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ

พินดา แก้วกึ่ง (2551) ให้ความหมายว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชั้นเรียน ครูสามารถนำผลมาใช้ในการปรับปรุงการเรียนการสอนหรือส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนให้ดียิ่งขึ้นโดยมีการแก้ปัญหา 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ ดำเนินการต่อไปจนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง อีกทั้งข้อค้นพบที่ได้มาจากกระบวนการสืบค้นที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาการเรียนรู้และครูเกิดการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนส่งผลต่อการพัฒนาวิชาชีพครู

ประพร โชติพงษ์ (2552) ให้ความหมายว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการศึกษาค้นคว้าร่วมกันด้วยวิธีการอย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ซึ่งถ้ากล่าวในบริบทของโรงเรียนการวิจัยเชิงปฏิบัติการก็เป็นการหาแนวทางปรับปรุง หรือพัฒนาวิธีการจัดการเรียนรู้ของครูจากการทดลองปฏิบัติ เพื่อสรุปแนวทางแก้ปัญหาด้านการเรียนการสอนที่ครูผู้สอนกำลังเผชิญอยู่

สุทธิดา รักษาพันธ์ (2550) ให้ความหมายว่า การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง การแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาค้นคว้าที่เกิขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง โดยผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้วิเคราะห์ วิจัยและสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เพื่อนำผลหรือสรุปผลที่ได้จากการวิจัยให้ได้เป็นรูปแบบหรือแนวทางในการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อนำผลหรือข้อสรุปที่ได้ไปเป็นรูปแบบหรือแนวทางในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

2.5.2 ประเภทของการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (ประวิต เอราวรรณ์, 2545; อ้างอิงจาก McKernan, 1996) ดังนี้

2.5.2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิธีวิทยาศาสตร์ (Scientific Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เป็นวิธีวิจัยหรือวิธีแก้ปัญหา เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของเคิร์ต เลวิน ตาบา โนเอล และลิปพิท แรดเก (Kurt Lewin, Taba – Noel, Lippitt – Radke)

2.5.2.2 การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical – Deliberative Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจและปรับปรุงพัฒนาวิธีการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติการเป็นผู้เริ่มโครงการและบทบาทของผู้วิจัย คือ การกระตุ้นและช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจและทำการปรับปรุงการปฏิบัติงาน เช่น รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการของจอห์น เอลเลียต และเดวิด เอบบัท (John Elliott, avid Ebbutt)



2.5.2.3 การปฏิบัติการเชิงอิสระ (Emancipatory Action Research Deakin) เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขององค์กร โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มผู้วิจัยมีอิสระในการเผชิญหน้ากับปัญหาและร่วมมือกัน แสวงหาวิธีที่ดีที่สุดที่จะแก้ไข แล้วส่งสะท้อนตนเองจากผลการปฏิบัติ เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของ Kemmis และคณะ ซึ่งมีความเห็นว่า กระบวนการวิจัยปฏิบัติการมีลักษณะเป็นเกลียว (Spiral) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล

2.5.3 หลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ

หลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ (ประวิต เอราวรรณ์, 2545; อ้างอิงจาก McKernan, 1996) มีหลักการสำคัญซึ่งสรุปได้ดังนี้

- 1) เพิ่มพูนความเข้าใจในปัญหาต่างๆ
- 2) มุ่งปรับปรุงการปฏิบัติตนและการปฏิบัติงานของบุคคล
- 3) เน้นที่ปัญหาเร่งด่วนของผู้ปฏิบัติงาน
- 4) ให้ความสำคัญต่อการร่วมมือกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 5) ดำเนินการวิจัยภายใต้สถานการณ์ที่กำลังเป็นปัญหา
- 6) ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติ
- 7) เน้นการศึกษาเฉพาะกรณีหรือศึกษาเพียงหน่วยเดียว
- 8) ไม่มีการควบคุมหรือจัดกระทำต่อตัวแปร
- 9) ปัญหา วัตถุประสงค์ และระเบียบวิธีมีลักษณะเป็นกระบวนการสืบเสาะหาความรู้

ความจริง

- 10) มีการประเมินหรือส่งสะท้อนผลที่เกิดขึ้นเพื่อทบทวน
- 11) ระเบียบวิธีวิจัยมีลักษณะเป็นนวัตกรรม สามารถคิดขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับ

ปัญหาได้

12) กระบวนการศึกษามีความเป็นระบบหรือเป็นวิทยาศาสตร์และมีการแลกเปลี่ยนผลวิจัยและมีการนำไปใช้จริง

- 13) ใช้วิธีการแบบบรรยายข้อมูล หรือการอภิปรายร่วมกันอย่างเป็นธรรมชาติ
- 14) คติวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล ซึ่งต้องมาจากการทำความเข้าใจการตีความหมายและการคิดอย่างอิสระ

15) เป็นการวิจัยที่ปลดปล่อยความคิดอย่างอิสระ และเป็นการเสริมสร้างพลังร่วมในการทำงาน (Empowerment) ให้ผู้เกี่ยวข้อง

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของมหาวิทยาลัยเดคิน (Deakin) ในประเทศออสเตรเลีย สตีเฟน เคมมิส และคณะ (Stephen Kemmis) ได้นำเอาแนวคิด เลวิน (Lewin) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงการจัดการศึกษาของออสเตรเลีย จนได้รับการยอมรับและเผยแพร่ไปกว้างขวาง ซึ่งในความคิดของ Kemmis และคณะนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยแบบมีส่วนร่วมและการร่วมมือกันเป็นหมู่คณะ จะกระทำคนเดียวไม่ได้ เพราะการกระทำเพียงคนเดียวถึงแม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ก็จะทำลายพลังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกลุ่ม ดังนั้น ในขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงต้องกำหนดจุดสนใจร่วมกัน (Thematic Concern) เช่น สนใจที่จะพัฒนาหลักสูตรและวิธีสอนให้มีประสิทธิภาพ หรือพัฒนาให้ผู้เรียนเข้าใจวิธีการวิทยาศาสตร์ให้ลึกซึ้ง เป็นต้น เมื่อได้จุดสนใจ



ร่วมกันแล้วก็นำไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญ 4 ประการที่เกี่ยวข้องกันเป็นวงจร (ประวิต เอรารวรรณ์, 2545) ดังนี้

- 1) การพัฒนาแผนการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงสิ่งที่เป็นปัญหา ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่มีโครงสร้างและแนวทาง การวางแผนต้องมีความยืดหยุ่น และต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่อาจส่งผลกระทบต่อแผนที่กำหนดไว้
- 2) การปฏิบัติตามแผน ซึ่งเป็นการดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้อย่างละเอียดรอบคอบ และมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์
- 3) การสังเกตผลการปฏิบัติ เป็นการบันทึกข้อมูล หลักฐาน หรือร่องรอยต่างๆ อย่างมีวิจรรย์ญาณเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติ โดยอาจใช้วิธีการวัดต่างๆ เข้ามาช่วยซึ่งสารสนเทศจากการสังเกตนี้จะนำไปสู่การสะท้อนและการปรับปรุงการปฏิบัติอย่างเข้าใจและถูกต้อง
- 4) การสะท้อนผลของการปฏิบัติ เป็นกระบวนการทบทวนการปฏิบัติจากบันทึกที่ได้จากการสังเกตว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรือข้อขัดแย้งอย่างไร เพื่อเป็นพื้นฐานการวางแผนในวงจรต่อไป

ดังนั้นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย DEAKIN จึงมีส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งมีการเคลื่อนไหวลักษณะ “เกลียวสว่าน”

2.5.4 จุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ ความพยายามที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับปรุงการปฏิบัติงานทางการศึกษา (ธีรวิฑูมิ เอกะกุล, 2552; อ้างอิงจาก Ebbutt, 1985) เพราะครูเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับการจัดการศึกษามากที่สุด อันส่งผลกระทบบโดยตรงต่อนักเรียน ซึ่งเป็นผลผลิตของการศึกษา Carr และ Kemmis (ธีรวิฑูมิ เอกะกุล, 2552; อ้างอิงจาก Carr and Kemmis, 1986) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการว่าเพื่อปรับปรุง และเพื่อสร้างความเกี่ยวข้องกับผูกพัน

Cohen และ Manion (ธีรวิฑูมิ เอกะกุล, 2552; อ้างอิงจาก Cohen and Manion, 1992) ได้จำแนกจุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการไว้ ดังนี้

- 1) เป็นแนวทางการวิเคราะห์ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นหรือเพื่อปรับปรุงเงื่อนไขสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น
- 2) เป็นแนวทางในการฝึกอบรมบุคลากรประจำการ โดยมุ่งส่งเสริมให้ครูได้รับทักษะและวิธีการใหม่ๆ ให้มีความชัดเจนในการวิเคราะห์ และตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตน
- 3) เป็นแนวทางของการเพิ่มพูนหรือเสนอนวัตกรรมต่างๆ ทางการเรียนการสอนเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- 4) เป็นแนวทางของการปรับปรุงการสื่อสารที่ลุ่มเหลว ระหว่างครูผู้ปฏิบัติงานกับนักวิจัย และแก้ไขปรับปรุงความลุ่มเหลวของการวิจัยแบบดั้งเดิมให้มีความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
- 5) เป็นแนวทางของการเสนอทางเลือกใหม่ ที่มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นและแนวทางที่เหมาะสมกับการแก้ปัญหาในชั้นเรียน



นอกจากนี้ ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (รุ่งทิวา มากสกุล, 2552; อ้างอิงจาก ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการว่า เป็นการปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำงานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์หาสาระสำคัญของสาเหตุที่เป็นปัญหา อันเป็นเหตุให้งานที่ปฏิบัตินั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นจะใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมา แสวงหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาได้ แล้วนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่จำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่าง เพราะกลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรของเรื่องที่ศึกษาไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานหรือห้องเรียนซึ่งมีขนาดไม่ใหญ่นักและประการสำคัญการวิจัยชนิดนี้ไม่ต้องการที่จะนำผลไปสรุปอ้างอิง (Generalization) ถึงกลุ่มคนอื่นๆ ด้วย

2.5.5 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการเมื่อพิจารณาจากความหมายและจุดประสงค์แล้ว กล่าวได้ว่าเป็นวิธีการปฏิบัติงานวิธีหนึ่งที่น่ามาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้มีคุณภาพดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ โดยขั้นตอนที่น่ามาใช้ในวิธีการปฏิบัติงานนั้นเป็นขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์และเมื่อนำวิธีการวิจัยปฏิบัติการมาใช้กับการจัดการศึกษา จะเป็นการพัฒนาคุณภาพของการจัดการศึกษา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการวิจัยปฏิบัติการมีจุดกำเนิดมาจากแนวคิดของเคอร์ท เลวิน นักจิตวิทยาสังคมชาวอเมริกัน (Kemmis and Mc Taggart, 1990: 6; citing Lewin, 1946) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการสามารถนำไปใช้ในการพัฒนา หรือปรับปรุงผลการปฏิบัติงานในสาขาวิชาใดๆ ก็ได้ นอกจากนี้บุคคลที่เป็นผู้ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการนั้น จะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถดำเนินการโดยใช้วิธีการวิจัยปฏิบัติการ ซึ่งบุคคลนั้นอาจจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในหน่วยงานนั้นๆ หรือไม่ก็ได้ (ธีระวุฒิ เอกะกุล, 2552)

2.5.6 การวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของเลวิน

เลวิน (ธีระวุฒิ เอกะกุล, 2552; อ้างอิงจาก Kemmis and Mc Taggart, 1990) ได้อธิบายถึงการวิจัยปฏิบัติการว่าเป็นขั้นตอนการดำเนินงานในลักษณะบันไดเวียน (Spiral of Steps) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการจะเริ่มต้นด้วย แนวคิดทั่วไปที่ต้องการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง การพิจารณาว่าจะเริ่มต้นปรับปรุงในส่วนไหนนั้นกลุ่มผู้ร่วมงานจะเป็นผู้กำหนดว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหาที่แท้จริง และผลที่ตามมา กลุ่มผู้ร่วมงานคิดวางแผนการทำงานร่วมกันในรูปแบบที่เป็นความสนใจร่วมกัน (Thematic Concern) กลุ่มผู้ร่วมงานคิดว่าจะเริ่มต้นเปลี่ยนแปลง ณ จุดใด ซึ่งเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของความเป็นไปได้ แนวความคิดทั่วไปเกิดขึ้นจากการสำรวจสภาพความเป็นจริง โดยผลที่ได้จากการสำรวจเบื้องต้นนี้ กลุ่มผู้ปฏิบัติการวิจัยปฏิบัติการจะนำไปกำหนดเป็นแผนงานทั่วไปในการปฏิบัติงาน

การแบ่งแผนงานทั่วไปออกเป็นขั้นตอนการปฏิบัติผู้วิจัยเริ่มต้นขั้นตอนแรกด้วยการเปลี่ยนแปลงวิธีการที่ใช้ในการปรับปรุงงาน และต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลที่คาดว่าจะได้รับก่อนที่จะเริ่มต้นปฏิบัติการวิจัยในขั้นตอนนี้ กลุ่มผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบด้วยความรอบคอบและวางแผนติดตามผลที่จะเกิดตามมา แล้วพิจารณาว่าวิธีการนั้นสามารถปฏิบัติได้จริง เมื่อเริ่มต้นดำเนินการ ผู้วิจัยจะได้รับข้อมูล ข้อเท็จจริงใหม่ ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยแต่ละคนต้องมีการสะท้อนกลับอย่างชัดเจน เพื่อที่จะนำ



ข้อมูลสารสนเทศที่ได้ไปใช้ในการวางแผนใหม่ จากนั้นจึงดำเนินการปฏิบัติงานในแผนงานที่สอง ซึ่งจะมีการตรวจสอบ ประเมินผล และการวางแผนใหม่เช่นกัน

ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของเลวินนี้ เน้นที่ความจำเป็นสำหรับการวางแผนการปฏิบัติงานที่ต้องมีความยืดหยุ่นและมีการตอบสนอง แต่ในสภาพของความเป็นจริงทางสังคม ต้องยอมรับว่าในการปฏิบัตินั้นไม่สามารถทำทุกสิ่งทุกอย่างได้ตามความต้องการ เลวินได้กล่าวถึงความคาบเกี่ยวของการปฏิบัติ และการสะท้อนกลับว่าได้มีการออกแบบเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแผนสำหรับการปฏิบัติงานในลักษณะที่มนุษย์เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการวิจัยปฏิบัติการเป็นวิธีการที่กลุ่มคนสามารถจัดรวบรวมสถานการณ์จากสิ่งที่สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคล

ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบบันไดเวียน ตามวิธีการของเลวินสรุปได้ว่าขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการจะต้องเริ่มต้นด้วยการกำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไปก่อนว่า ผู้วิจัยต้องการอะไร จากนั้นจึงเริ่มต้นที่ 1 คือ การวางแผน ซึ่งได้มาจากการตรวจสอบแนวความคิดอย่างละเอียดรอบคอบโดยพิจารณาในแง่ของความเป็นไปได้ รวมทั้งปฏิบัติจริง ขั้นตอนต่อมาคือ การติดตามผลการปฏิบัติงานด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงานตามแผนและนำข้อมูลที่ไปใช้ในการปรับปรุง แก้ไขแผนงานแล้วดำเนินการตามขั้นตอนเดิมซ้ำอีก จึงกล่าวได้ว่าเป็นการวิจัยปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นการวิจัยแบบต่อเนื่องเพื่อแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน นั่นคือ แม้แก้ปัญหาหนึ่งได้อาจเกิดปัญหาอื่นหรืออาจจะส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาใหม่ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องเริ่มทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเช่นนี้เรื่อยๆ ไป จึงมีลักษณะเป็นบันไดเวียนหรือเกลียวสว่าน

วิธีการวิจัยปฏิบัติการของเลวินทุกขั้นตอนในการวิจัยต้องอาศัยความร่วมมือจากกลุ่ม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการวิจัยปฏิบัติการนั้นเป็นขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ใช้กระบวนการกลุ่มมาเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน ซึ่งแนวคิดของเลวินนี้มีอิทธิพลต่อแนวคิดการวิจัยปฏิบัติการของฮิลเลียตในเวลาต่อมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเคมิสนั้นได้นำเอาวิธีการของการวิจัยปฏิบัติการแบบบันไดเวียนของเลวิน มาใช้กับการวิจัยปฏิบัติการด้านการศึกษาในประเทศออสเตรเลียจนเป็นที่แพร่หลาย

2.5.7 ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการมีการกำหนดขั้นตอนของการวิจัยไว้ดังนี้ (ธีรฤทธิ เอกะกุล, 2552; อ้างอิงจาก วรยา เพชรประดับ, 2534)

- 1) ศึกษา วิเคราะห์ปัญหาในชั้นเรียน และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- 2) คัดเลือกปัญหาที่สำคัญมาทำการวิจัย
- 3) สร้างกิจกรรม วิธีการ หรือนวัตกรรม เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา
- 4) นำกิจกรรมวิธีการหรือนวัตกรรมมาทดลองใช้กับนักเรียนในห้องเรียน โดยบูรณาการกับการเรียนการสอนตามปกติ
- 5) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทดลองอย่างมีระบบ
- 6) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติอย่างง่าย
- 7) แปลข้อมูลจากตัวเลขเพื่อแสดงให้เห็นข้อเท็จจริงที่ได้จากการทดลอง
- 8) เขียนรายงานเผยแพร่ผลการทดลอง
- 9) จำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่พึงประสงค์จะศึกษา ซึ่งเกี่ยวข้องกับนักเรียนเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม



10) เลือกปัญหาโดยอาศัยทฤษฎีแล้วกำหนดวัตถุประสงค์ ประสงค์ สมมติฐานที่แสดงให้เห็นถึง วัตถุประสงค์ และกระบวนการที่นำไปสู่เรื่องที่ศึกษา

11) เลือกเครื่องมือที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหา ตามสมมติฐานที่กำหนดขึ้น

12) บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดและเก็บสะสมไว้ เพื่อให้ได้คำตอบของสมมติฐานที่กำหนดไว้

13) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทดลองอย่างมีระบบ

14) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติอย่างง่าย ๆ

15) แปลข้อมูลจากตัวเลข เพื่อแสดงให้เห็นข้อเท็จจริงที่ได้จากการทดลอง

16) เขียนรายงานเผยแพร่ผลการทดลอง

ขณะที่ ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2552; อ้างอิงจาก ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537) ได้เสนอขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการไว้ดังนี้

1) การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัย จะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นในห้องเรียนที่ทำการวิจัย ปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพของปัญหาควร พิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบ คือ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับครู นักเรียน เนื้อหาวิชา และสภาพแวดล้อม

2) เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วม พิจารณาลักษณะของ แล้วสร้างวัตถุประสงค์การวิจัย ตลอดจนอาจจะต้องสร้างสมมติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่จะประเมิน ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของปัญหาหลักกับหลักการ หรือกับทฤษฎีพื้นฐาน ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

3) เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัย ที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือที่ใช้จะมี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการ เช่น อุปกรณ์การเรียนการสอน แบบฝึก เป็นต้น และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

4) บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็น ความก้าวหน้าและเป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนงาน การ ปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อบันทึกไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจร ปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

5) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจความถูกต้อง แสดง รายละเอียดอธิบายสถานการณ์ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่ม ผู้วิจัย

6) ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มผู้วิจัยได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็น สาเหตุ ผลและวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และจะก่อประโยชน์สูงสุดโดยสรุปประมวล เป็นหลักการ รูปแบบของการปฏิบัติ หรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยาโดยวิธีอุปนัย และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัย



ธีรฤทธิ เอกะกุล (2552) กล่าวว่า จากขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้นพบว่า มีลักษณะการดำเนินงานเช่นเดียวกับการวิจัยทางการศึกษาทั่วไป เพียงแต่กำหนดขอบเขตการวิจัยภายในห้องเรียนเท่านั้น ซึ่งมีความขัดแย้งกับแนวคิด กระบวนการ รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการของนักวิชาการต่างประเทศ อาทิ Kemmis and Mc Taggart (1990) Stenhouse (1970) Elliott และ Adelman (Ebbutt 1985: citing Elliott and Adelman, 1973) Corey (1953) เป็นต้น กล่าวคือ การวิจัยปฏิบัติการนั้นจะหมายถึง การแสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหามาจากการศึกษาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริง (Sowell and Casey, 1982: 225) และประเด็นสำคัญคือการวิจัยปฏิบัติการมีการดำเนินการในลักษณะบันไดเวียน และเป็นการวิจัยที่ต้องอาศัยความร่วมมือ (Kemmis and Mc Taggart, 1990) ตลอดจนสามารถดำเนินการวิจัยได้หลายระดับทั้งในระดับห้องเรียนและระดับโรงเรียน (Calhoun, 1993: 63) สำหรับประโยชน์ที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการคือ ทำให้ผู้เรียนมีความสามารถในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ (Zuber – Skerritt, 1992: 215)

- 1) แก้ปัญหาการปฏิบัติงานที่เกิดจากการใช้หลักสูตรอย่างเป็นระบบและร่วมมือกัน
- 2) ปรับปรุงการเรียนการสอนและพัฒนานาวิชาชีพครู
- 3) ปรับปรุงบริบททางสังคมและเงื่อนไขต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน
- 4) พัฒนาความรู้ในการศึกษาระดับสูง โดยการสรุปไปสู่ทฤษฎีการวิจัยและสิ่งพิมพ์
- 5) สนับสนุนส่งเสริมการสอนที่ดี

2.5.8 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญในเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำไปสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไข้ปัญหาในเรื่องราวของสิ่งที่ตนศึกษานั้น จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสามารถสรุปหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ดังนี้

- 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการศึกษา โดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้น และการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น
- 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำงานของกลุ่ม (Participatory) การปรึกษาหารือร่วมกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการปฏิบัติตามที่กลุ่มกำหนด
- 3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยการประเมินตรวจสอบในทุกๆ ขั้นตอน เพื่อปรับปรุงฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย
- 4) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการเรียนอย่างมีระบบ (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความตึงเครียดนามธรรมมาสร้างเป็นข้อสมมุติฐานทดลองฝึกปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดสอบ (Test) ว่าข้อสมมุติฐานตามแนวคิดนั้นถูกหรือผิด
- 5) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นจากจุดเล็กๆ (Start Small) อาจจะเริ่มต้นจากบุคคล (ครู หรือนักเรียน) คนเดียวที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างทางการศึกษาให้ดีขึ้น โดยขณะที่ปฏิบัติต้องปรึกษา รับฟังข้อคิดเห็นและอาศัยการร่วมปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง
- 6) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่ให้แนวทางปฏิบัติเชิงรูปธรรมจากการบันทึก (Record) พัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เห็นกระบวนการเข้าสู่ปัญหา การแก้ปัญหา การปรับปรุง และได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผล ในขณะที่เดียวกันสามารถนำปรากฏการณ์ที่ศึกษา มาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้



จากการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะเห็นว่าเป็นกระบวนการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนา เพื่อแก้ปัญหาในหน่วยงานโดยอาศัยความร่วมมือของบุคลากร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในหน่วยงานให้ประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาโดยแท้

2.6 แนวคิดและทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.6.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พิกุล นันทชัยพันธ์ (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก พิกุล นันทชัยพันธ์, 2542) ให้ความหมายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจตามความหมายทั่วไป คือ การกระทำในรูปแบบต่างๆ ที่มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถความมีประสิทธิภาพแก่บุคคล จึงเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ความสามารถความแกร่งในการทำกิจกรรมหรือการดำรงชีวิต เป็นการใช้ในเชิงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (Interactional Process) ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตการงาน ความสำเร็จ และความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจที่ทำให้เกิดความร่วมมือ หรือให้มีพลังอำนาจมากขึ้น

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2540) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นการเชื่อใจในความสามารถของบุคคลที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์และการคิดเชิงวิเคราะห์ ส่วนในแง่ของสุขภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง

กิบสัน (สนทยา อนุสรณ์รัชดา, 2551; อ้างอิงจาก Gibson, 1991) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ ดังนี้

1. เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุม กำกับ การดำรงชีวิตของตนเอง
2. เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน
3. การเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง การสร้างประสิทธิภาพของตนในการจัดกิจกรรมต่างๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย
4. การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคลและที่มีอยู่ในชุมชน
5. กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น
6. กระบวนการที่เป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่ง สิทธิความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด หรือจุดด้อยของบุคคล
7. กระบวนการที่มีกลไกเกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่เป็นผู้ใช้อำนาจ พยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจถ่ายโอนอำนาจ



8. กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญเติบโต การพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ

9. กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและ/หรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

10. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงออกการยอมรับชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the necessary resources) ในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

11. การใช้ในความหมายทั่วไป พลังอำนาจเป็นผลของกระบวนการให้อำนาจหรือเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองขึ้น เป็นคุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถ ศักยภาพและควมมีอำนาจในการควบคุมจัดการและตัดสินใจในเรื่องราวหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก Llewellyn, 1989)

12. การใช้ในทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับสิทธิมนุษยชน เป็นสิ่งที่สามารถให้แก่กันและกันได้ อำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันในสังคมทำให้เกิดการเคลื่อนไหวเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจเรียกร้องให้ได้มาซึ่งอำนาจ (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก Parker and Mc Farlane, 1991)

13. การใช้ในทางบริหาร จัดการเกี่ยวกับองค์กรหรือสถาบันต่างๆ ซึ่งเชื่อว่าบุคคลทุกคนย่อมมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง มีคุณค่าและมีความต้องการที่จะพัฒนาตนเอง เป็นการบริหารที่เน้นการมีส่วนร่วม มุ่งกระจายอำนาจออกจากส่วนกลาง (Decentralization) โดยเน้นที่จะพัฒนาคนในองค์กร และส่งเสริมให้มีศักยภาพในตนเองเพื่อให้เกิดผลสำเร็จในหน่วยงาน หรือองค์กรนั้น (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก Clarke and Mass, 1998)

14. การใช้ในด้านการศึกษา โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าบุคคลย่อมมีศักยภาพในตนเองที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถและพลังอำนาจแห่งตนได้ เป็นรูปแบบการศึกษาแบบมีส่วนร่วม (Participatory education) หรือการศึกษาที่ให้นักเรียนเป็นศูนย์กลาง (Studentcentred learning) โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นกันระหว่างผู้เรียน ให้ผู้เรียนร่วมกันระบุปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ญาณการมองภาพสังคมที่ควรจะเป็น และการพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2538)

15. การใช้ในระบบบริการด้านสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ มุ่งส่งเสริมให้บุคคลได้มีอำนาจในการควบคุมตนเองเพื่อการมีภาวะสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลย่อมมีศักยภาพในตนเองที่จะเจริญเติบโต มีพัฒนาการและเป็นเจ้าของชีวิตของตนเอง (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก Haney, 1988)

ศิริรัตน์ จุลสร (2544) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ถูกมองได้ว่าเป็นทั้งกระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Result) จากกระบวนการหรือผลิตภาพ (Productivity) ที่เกิดขึ้นจากการทำงานและยังเกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือความต้องการ ตลอดจนพฤติกรรมของ



บุคคลที่แสดงออกมาต่อองค์กรในทางบวก ในแง่กระบวนการ (Process) หมายถึง กระบวนการปรับปรุง เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานขององค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของ ผู้ปฏิบัติงานและทีมงานให้ครอบคลุมขอบข่ายและสภาพการทำงานทั้งหมดขององค์กร ในแง่ผลลัพธ์ หมายถึงศักยภาพที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งมองได้จากการพัฒนาตนเองมีความรู้สึก มั่นใจเป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นอิสระ รู้คุณค่าของชีวิต สามารถตัดสินใจและจัดการกับ งานของตนเองได้จนประสบความสำเร็จดังที่ตั้งใจ ในแง่ผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง ระดับ ผลผลิตที่เกิดจากศักยภาพของบุคคลและทีมงานในองค์กรซึ่งถ้าได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว ประสิทธิภาพการทำงานทั้งส่วนบุคคลและทีมงานก็จะเพิ่มขึ้น อันส่งผลให้ผลิตภาพจากการทำงานเพิ่ม สูงขึ้นด้วย เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อนหลายระดับซึ่งต้องพิจารณาจาก องค์กรประกอบ 3 ระดับรวมกัน คือ

1) ระดับองค์กร

องค์กรถ้าแบ่งตามระบบการบริหารจะมี 2 ลักษณะ คือ แบบปิรามิด (Pyramid) และแบบวงจรร (Circle) การบริหารงานแบบปิรามิดนั้นมีลักษณะการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมาย นโยบายและการกระทำจากบนลงล่าง ทุกคนต่างทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย องค์กรปรับเปลี่ยนได้ช้า มีความยืดหยุ่นน้อย การส่งข้อมูลย้อนกลับและการติดต่อสื่อสารทำได้ลำบากองค์กรที่มีลักษณะดังกล่าว คือ องค์กรราชการ ส่วนการบริหารงานแบบวงจรรนั้นมีลักษณะตรงกันข้าม เป้าหมายสำคัญขององค์กร อยู่ที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรคือกุญแจสำคัญที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ องค์กร ในลักษณะนี้ส่วนใหญ่เป็นองค์กรของภาคเอกชน

ปัจจุบันองค์กรทุกองค์กรพยายามที่จะปรับปรุงพัฒนาระบบการบริหารงานองค์กร จากแบบปิรามิดไปเป็นแบบวงจรร ซึ่งถือได้ว่าเป็นก้าวแรกของการบริหารที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างพลัง อำนาจให้แก่องค์กร นอกจากนี้แล้วการปรับโครงสร้างหรือการดำเนินการทุกอย่างขององค์กรต้องมี จุดเน้นที่จะมุ่งไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจ นั่นคือการทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความคาดหวังในความสำเร็จ ในงานที่ทำ ได้งานตามความต้องการไม่ใช่จากการบีบบังคับหรือเพราะผลตอบแทน แต่ทำงานด้วยความ เต็มใจและต้องการความสำเร็จ เพราะหลักการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความเชื่อว่า คนทุกคนต้องการ ความเปลี่ยนแปลงในการทำงาน และองค์กรผู้ที่จะหยิบยื่นโอกาสนั้นให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

2) ระดับบุคคล

ในระยะแรกของการเกิดองค์กรการทำงานขึ้นในโลก องค์กรต้องการเพียงกำลัง แรงแยกของผู้ปฏิบัติงานเท่านั้น ผู้ปฏิบัติงานมีหน้าที่เพียงทำงานตามคำสั่งให้เสร็จสมบูรณ์ และไม่ต้องมี คำถามว่าทำไมต้องทำ แต่ในปัจจุบันไม่เป็นเช่นนั้น องค์กรไม่ได้ต้องการเพียงผู้ปฏิบัติงานที่สามารถ ทำงานให้เสร็จตามคำสั่ง แต่ต้องการผู้ปฏิบัติงานที่สามารถตัดสินใจเป็นนักแก้ปัญหาที่ดี มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ และรับผิดชอบงาน ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลจึงต้องการให้ ผู้ปฏิบัติงานมีลักษณะดังกล่าว เพื่อให้ทุกคนมีความรู้สึกต้องการทำงานให้ดีที่สุด “เพื่อองค์กร” ไม่ใช่ ทำงานเพราะหน้าที่หรือคำสั่งเท่านั้น

3) ระดับทีมงาน

ทีมในการทำงาน คือ ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันเป็น กลุ่ม ทีมงานได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะพบว่า ทุกคนในทีมงานต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและ รับผิดชอบร่วมกันในผลงานที่เกิดขึ้น มีการปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานของทีมงานอย่างต่อเนื่อง



และผลสัมฤทธิ์ในงานหรือผลิตผลจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนั้นแล้วยังต้องมีการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการทำงานทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มอีกด้วย จากที่มีผู้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มุ่งให้เกิดการพัฒนาความสามารถและศักยภาพในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในหน่วยงานหรือองค์กรนั้นๆ โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับองค์กรมาใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

2.6.2 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่ได้รับการกล่าวถึงและมีการนำมาใช้ในระบบบริการด้านสุขภาพมากขึ้น (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก Gilbert, 1995) เนื่องจากเป็นกลวิธีที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง หน่วยงานและวิชาชีพได้ (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2539) ประกอบกับการบริการของรัฐได้เน้นการพัฒนาคุณภาพและความครอบคลุมของบริการส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องมีค่านิยมที่จะมีสุขภาพดี ตลอดจนมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพดี และป้องกันมิให้เจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะสนับสนุนให้ประชาชนได้ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมและมีความรับผิดชอบในตนเอง เพราะเชื่อว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นหนทางไปสู่การมีชีวิตและสุขภาพที่ดี อีกทั้งสังคมปัจจุบันประชาชนมีความตระหนักถึงสิทธิและการมีส่วนร่วมมากขึ้น มีการเรียกร้องสิทธิและความเท่าเทียมกันในสังคมมากขึ้น (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก พิกุล นันทชัยพันธ์, 2540; สิริลักษณ์ ฉัตรชัยสุชา, 2538)

อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดหลายมิติที่มีความสลับซับซ้อนและกว้างขวาง ยากลำบากในการให้คำจำกัดความ เนื่องจากความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะแตกต่างกันไปเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มบุคคลและบริบทที่แตกต่างกัน (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก Gibson, 1991)

ตามแนวคิดของ Gibson (จิรชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก Gibson, 1993) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคล (Interpersonal process) ที่ก่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังและพัฒนาศักยภาพความสามารถของตนเองในการที่จะควบคุมและจัดการสถานการณ์ได้ เกิดความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตของตนเอง สามารถใช้ความรู้ ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับ Wallerstein และ Benstein (วิภาภรณ์ เหมไพศาลพิพัฒน์, 2541; อ้างอิงจาก Wallerstein and Benstein, 1988) ได้กล่าวว่า การจัดการศึกษาโดยการสร้างพลังนี้ จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ มีการนับถือคุณค่าในตนเองสูงขึ้น และ Jurmo (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2538; อ้างอิงจาก Jurmo, 1989) ได้กล่าวถึงกระบวนการสร้างพลังว่า การศึกษาแบบสร้างพลังจะช่วยพัฒนาบุคคลด้านความคิด บุคลิกภาพทางสังคม การคิดอย่างใช้วิจารณญาณ มีการนับถือคุณค่าในตนเอง สนใจที่จะเรียนรู้หรือศึกษาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง เพราะกลวิธีทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ผู้เรียนจะไม่ได้มีสภาพเหมือนถูกป้อนด้วยกระบวนการทางการศึกษา แต่ผู้เรียนจะเป็นผู้กำหนดการเรียนรู้ของตนเอง บรรยากาศการเรียนรู้แบบนี้จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกเป็นอิสระ เกิดความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง



กล่าวโดยสรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มคน หรือชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพในการตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตของตน สามารถควบคุมและจัดการกับ สถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามามีผลกระทบต่อชีวิตของตนเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองที่จะกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ตลอดจน สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนให้สำเร็จลุล่วงได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดบรรลุ ตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

2.6.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของ Gibson (สนทยา อนุสรณ์รัชดา, 2551; อ้างอิงจาก Gibson, 1993) ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้ง การมีปัญหาอุปสรรค การมีความคาดหวัง การขาดภาวะสมดุลซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำ พฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นประกอบกับการมีความมุ่งมั่นทุ่มเท ความผูกพัน และความรัก (Commitment, Bond, Love) โดยพบว่าความรู้สึกดังกล่าวเป็นสิ่งผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ สามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด และการที่บุคคลจะ สามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคลและ ปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

1) ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อจะมีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคล สามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การมีความเชื่อที่ดีต่อการ ให้การดูแลผู้ป่วยหรือเชื่อว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น ความเชื่อ ดังกล่าวก็จะส่งผลให้บุคคลเกิดความคาดหวัง มีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี มีความคิดที่ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสิ่งที่ดี รวมทั้งเกิดความมั่นใจว่าตนสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพ ทั้งหมดนี้จะ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน สิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถทำได้

2) ค่านิยม (Values) ค่านิยมของบุคคลจะเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดกระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งค่านิยมที่เกี่ยวกับผู้ป่วย และในด้านบทบาทของการให้การดูแลผู้ป่วย

3) ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญต่อ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษาข้อมูลความรู้จากแหล่งต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้มี แนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) เป้าหมาย (Determination) ของตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิตจะช่วยผลักดันให้ บุคคลมีพลังที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ดีที่สุด แม้ว่าจะมีอุปสรรคส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

สำหรับปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทุก ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงผู้ป่วยซึ่งมีส่วนให้การ สนับสนุน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคอง และให้ความมั่นใจในการดูแล การ ที่บุคคลได้รับสิ่งเหล่านี้จะทำให้สามารถยืนหยัดในการปฏิบัติงานได้ต่อไป ปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจะ ส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลทุกขั้นตอน



2.6.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน

ตามแนวคิดของ Gibson (สนทยา อนุสรณ์รัชดา, 2551; อ้างอิงจาก Gibson, 1993) ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้ง การมีปัญหาอุปสรรค การมีความคาดหวัง การขาดภาวะสมดุลซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นประกอบกับการมีความมุ่งมั่นทุ่มเท ความผูกพัน และความรัก (Commitment, Bond, Love) โดยพบว่าความรู้สึกดังกล่าวเป็นสิ่งผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ สามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด และการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

1) ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อจะมีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การมีความเชื่อที่ดีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยหรือเชื่อว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น ความเชื่อดังกล่าวก็จะส่งผลให้บุคคลเกิดความคาดหวัง มีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี มีความคิดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสิ่งที่ดี รวมทั้งเกิดความมั่นใจว่าตนสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพ ทั้งหมดนี้จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถทำได้

2) ค่านิยม (Values) ค่านิยมของบุคคลจะเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งค่านิยมที่เกี่ยวกับผู้ป่วย และในด้านบทบาทของการให้การดูแลผู้ป่วย

3) ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษาข้อมูลความรู้จากแหล่งต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้มีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) เป้าหมาย (Determination) ของตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิตจะช่วยผลักดันให้บุคคลมีพลังที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ดีที่สุด แม้ว่าจะมีอุปสรรคส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

สำหรับปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงผู้ป่วยซึ่งมีส่วนให้การสนับสนุน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคอง และให้ความมั่นใจในการดูแล การที่บุคคลได้รับสิ่งเหล่านี้จะทำให้สามารถยืนหยัดในการปฏิบัติงานได้ต่อไป ปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลทุกขั้นตอน

2.6.5 การรับรู้พลังอำนาจ

ตามแนวคิดของ Gibson (จิรัชชาติ ชุมภู, 2550; อ้างอิงจาก Gibson, 1993) การรับรู้พลังอำนาจ (Sense of Power) เป็นผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการภายในบุคคล (interpersonal process) ที่นำมาซึ่งคุณลักษณะ 4 ด้าน ได้แก่



1) ความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา การแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินงานได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยอาศัยสถานการณ์ปัญหาซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ประกอบกับการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

2) ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดีและเป็นประโยชน์กับตนเอง ยินดีในผลงานที่เกิดขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานต่อไป ส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

3) การพัฒนาตนเอง หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่างๆ ไปสู่สิ่งที่ดี เหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในความสามารถเพิ่มขึ้น

4) การมีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่า ความหมายของตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นความสำคัญของตนเองต่องานในความรับผิดชอบและต่อผู้อื่น

กิบสัน (Gibson) เชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้านระดับสูงก็สามารถให้การดูแลผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความมีคุณภาพ และความสำเร็จในงานได้ นั่นคือคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านเป็นคุณลักษณะสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาบุคคล แม้ผลการศึกษาของกิบสันจะพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำมาซึ่งคุณลักษณะของบุคคลทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น แต่จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจอาจเกิดผลต่อการรับรู้ของบุคคลในทางลบ ได้แก่

ถูกปฏิเสธ (Rejection) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการตอบสนองหรือยอมรับในการแสดงความคิดเห็น หรือไม่มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การรับรู้ดังกล่าวเกิดจากบุคคลที่มีพลังอำนาจในตนเองมักจะเป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นและมีความต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ซึ่งบางครั้งอาจได้รับการละเลยหรือได้รับการปฏิเสธ

มีภาระรับผิดชอบที่มากเกินไป (Responsibility Overload) หมายถึง การที่บุคคลมีศักยภาพและความสามารถของตนจนเป็นที่ยอมรับ ก็จะทำให้ได้รับความไว้วางใจมอบหมายให้รับผิดชอบภาระต่างๆ มากขึ้นจนบุคคลนั้นรับรู้ได้ถึงภาระรับผิดชอบที่หนักเกินไป

ขาดการสนับสนุน (Less Support) หมายถึง การที่บุคคลรู้ว่าเมื่อความสามารถของตนได้รับการยอมรับทำให้เกิดความไว้วางใจจนอาจทำให้ถูกละเลย หรือได้รับการสนับสนุนน้อยลง เมื่อคิดว่าสามารถพึ่งตนเองได้อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของกิบสันเองพบว่า ยังมีความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่น และพึงพอใจในตนเองในระดับสูง

2.6.6 การวัดหรือประเมินผลการสร้างพลัง

เนื่องจากแนวคิดการสร้างพลังเป็นปรัชญาที่กว้าง ดังนั้น ผู้ที่จะประเมินผลการศึกษาเพื่อการสร้างพลังต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ในการนำกระบวนการสร้างพลังมาใช้ ซึ่งจะทำให้สามารถกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินได้อย่างเหมาะสม สำหรับตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลมีได้ 3 ลักษณะ คือ



1) กรณีใช้การสร้างพลังเป็นกระบวนการ (Means) ที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การประเมินจะวัดที่ตัวแปรพฤติกรรมที่เป็นผลจากการเรียนรู้ เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การปฏิบัติ

2) กรณีต้องการให้การสร้างพลังเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย (Ends) จะวัดที่พลังของบุคคลและกลุ่ม ถ้าเป็นพลังในเรื่องทั่วไปของบุคคลสามารถวัดที่ตัวแปรการนับถือตนเอง (Self – esteem) แต่ถ้าต้องการวัดพลังเฉพาะเรื่องที่เน้นด้านสุขภาพของบุคคลจะสามารถวัดที่ตัวแปรความเชื่อในความสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพ หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ (Self – efficacy) หรือวัดที่พฤติกรรมการปฏิบัติโดยตรง ถ้าต้องการวัดพลังกลุ่มสามารถวัดที่การรวมตัวกันวางแผนและจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของกลุ่ม ความเป็นปึกแผ่นของกลุ่ม หรือเครือข่ายความพึงพอใจในการรวมกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกกลุ่ม เป็นต้น

3) กรณีต้องการวัดผลกระทบของการสร้างพลังที่มีต่อการแก้ไขปัญหาระบาดสุขภาพ สามารถวัดที่การเปลี่ยนแปลงสภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม การลดลงของปัญหาระบาดสุขภาพซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลและกลุ่มสามารถแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองและกลุ่มได้ ในการประเมินผลการสร้างพลัง อาจประเมินลักษณะที่ 2 และ 3 ร่วมกันเพื่อให้มีเหตุผลและน้ำหนักในการอธิบายผลกระทบที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นได้

แนวคิดการสร้างพลังเป็นกระบวนการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพได้ ทั้งการสร้างพลังให้กับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร และกลุ่มแกนนำต่างๆ เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มและชุมชน โดยส่งเสริมให้ทุกๆ ฝ่ายเข้ามามีบทบาทในการร่วมกันเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของตน อย่างไรก็ตามรูปแบบการศึกษาเพื่อสร้างพลังเป็นแนวคิดที่มีปรัชญาหรือหลักการที่แตกต่างกัน จากการศึกษาแบบดั้งเดิมเป็นแนวคิดที่กว้างและมีหลายมิติจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับปรัชญาหรือหลักการของการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ควรได้รับการฝึกอบรมเทคนิคการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบ เนื้อหา และการประเมินผลให้สอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและเรื่องที่จะนำไปใช้ดังกล่าว (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2543)

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์ได้ว่า การทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นคือ ความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้ง การมีปัญหาอุปสรรค การมีความคาดหวัง และการขาดภาวะสมดุล ทำให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย 4 กระบวนการคือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า โดยการวัดหรือประเมินผลการสร้างพลังอำนาจนั้นจะต้องวัดได้ตรงกับวัตถุประสงค์ในการนำกระบวนการสร้างพลังมาใช้ จะทำให้สามารถกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การสร้างพลังเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การประเมินจึงวัดที่ตัวแปรการดูแลสุขภาพผู้พิการที่เป็นผลจากการเรียนรู้ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองนั่นเอง



2.7 วิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิตติมา พรพิศ (2549) ศึกษาผลการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา เริ่มตั้งแต่ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาและความต้องการพัฒนา 2) การแสวงหาแนวทางและวิธีการพัฒนา การกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนา 3) การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวทางการดูแลได้แก่ ด้านการดูแลอาหารและน้ำ ด้านการได้รับออกซิเจน ด้านการขับถ่าย ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการจัดการด้านยาและการรักษา

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรีมีความต้องการการพัฒนาความสามารถ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลอาหารและน้ำ ด้านการได้รับออกซิเจน ด้านการขับถ่าย ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ ปัญหาคือ ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้อง

2. ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการพัฒนา คือ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคน ได้แก่ 1) ระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ 2) การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยมีดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการพัฒนาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ จนได้คะแนนเต็มจากการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3. ผลจากการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ดูแลได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาตามความต้องการของตนเองครบทุกคน จนเกิดความรู้ ความเข้าใจ จนได้คะแนนเต็มจากการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกด้านครบทุกคน

สรุป การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความรู้จะทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการของผู้วิจัยเลือกมาใช้ในการดำเนินงาน

บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ (2549) ศึกษาถึงผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย ของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี และถูกจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน และได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ และระดับความพิการ กลุ่มทดลองจะได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน กลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) แบบประเมินคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิต (3) โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และ (4) แบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ



ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. คะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ดีกว่าคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การฟื้นฟูสภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการยืนยันว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นงานวิจัยนี้สามารถนำไปอ้างอิงได้

เปรมจิต จันทะแจ่ม (2550) ได้ศึกษาการฟื้นฟูสภาพโดยโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเคลื่อนไหว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งจะต้องออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคอาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล

ผลการศึกษาคือ การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

สรุป ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข โดยการออกกำลังกาย ซึ่งพัฒนามาจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพราะฉะนั้นจึงสามารถอ้างอิงไปยังการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้

พิชาติ ดลเฉลิมยุทธนา และปิยนุช บุญกอง (2550) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสกลนคร มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพและศักยภาพการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสร้างเสริมศักยภาพให้คนพิการและครอบครัวเกิดทักษะในการดูแลตนเอง สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยเน้นปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์, ประเมินความต้องการของผู้รับบริการและหน่วยงาน, พัฒนาบุคลากร, วางแผนจัดการระบบ, ดำเนินการตามแผนและร่วมประเมินผลการดำเนินงาน รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบโดย 1) จัดบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) 2) กระบวนการดูแลสุขภาพครอบคลุมองค์รวมและต่อเนื่องทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะฝึกทักษะ และระยะให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง 4) ประยุกต์กายอุปกรณ์ที่สามารถผลิตเองได้จากวัสดุในท้องถิ่นราคาเยอ ราคาเทียบเท่าอุปกรณ์นำเข้าจากต่างประเทศ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการจำนวน 58 ราย ทุกรายได้รับบริการจากสถานบริการใกล้บ้าน ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย และระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นทุกราย



สรุป การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวโรงพยาบาลสกลนคร ด้านกระบวนการดูแลสุขภาพครอบครัวและต่อเนื่องทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะฝึกทักษะ และระยะให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้านจัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทาง โทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยขั้นนี้ได้

กนกวรรณ พุทธรังศรี (2551) ศึกษาคุณภาพของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ตัวชี้วัดคุณภาพบริการประเภทหนึ่ง คือ ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังในตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง ที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นผู้ที่ถูกเยี่ยมโดยทีมดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลสบปราบในปีงบประมาณ 2449 มาแล้ว 2 ครั้ง จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\mu=3.949$, $\sigma=0.249$) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า มีความพึงพอใจทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับมากไปน้อย คือ ด้านการได้รับความเคารพในสิทธิของผู้ใช้บริการจากทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ($\mu=4.08$, $\sigma=0.243$) ด้านความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกจากทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ($\mu=3.94$, $\sigma=0.278$) ด้านการเอาใจใส่ช่วยเหลือจากทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ($\mu=3.93$, $\sigma=0.274$) ด้านการได้รับข้อมูลความรู้จากทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ($\mu=3.88$, $\sigma=0.409$) และด้านการได้รับโอกาสและการมีส่วนร่วมจากทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ($\mu=3.87$, $\sigma=0.306$)

สรุป ผู้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับมาก ดังนั้น จึงควรพัฒนาในด้านการได้รับความเคารพในสิทธิ ด้านความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ด้านการเอาใจใส่ช่วยเหลือ ด้านการได้รับข้อมูลความรู้ และด้านการได้รับโอกาสและการมีส่วนร่วม

ปิยนุช บุญกอง, ชนานุช พันธุ์เพรียง และชาติรี คำชมพู (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบมี 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือ สหวิชาชีพกำหนดนโยบายร่วมกัน มีคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้พิการที่ประกอบด้วยทีมสุขภาพ ตัวแทนคนพิการ ตัวแทนภาคประชาชนและตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง 2) ด้านกระบวนการ เป็นการประสานคนเพื่อร่วมดูแลคนพิการ พัฒนาบุคลากรและสร้างเครือข่ายดูแลคนพิการ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อคนพิการทั้งในสถานบริการและในชุมชน 3) ด้านผลลัพธ์พบว่า ได้แก้ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการเช่น มีฐานข้อมูลคนพิการ มีคู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทำให้คนพิการทุกคนได้รับการขึ้นทะเบียนคนพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน

ผลการศึกษาพบว่า อัตราความพึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 93.85 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ทุกคนมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น



สรุป การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวควรพัฒนาให้ครบทั้ง 3 ด้านไปพร้อมกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้บริหารควรเห็นความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบาย กระบวนการทำงานควรเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และควรมีคณะกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการติดตามประเมินผลทั้งด้านผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้สนับสนุนบริการชุมชน สามารถนำแนวทางการพัฒนาระบบฟื้นฟูผู้พิการนี้ไปอ้างอิงกับงานวิจัยชิ้นนี้ได้

อุไรวรรณ จาริก (2551) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้พิการที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลได้จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้พิการจำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียลจำนวน 19 คนวิธีการดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขึ้นวางแผน โดยการศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดรูปแบบ 2) ขั้นตอนทดลองปฏิบัติและสังเกต โดยการนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้และสังเกตติดตามผล 3) ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองปฏิบัติมาปรับวิธีการดูแลและปรับรูปแบบ และ 4) ขั้นปรับปรุงแผนและประเมินผล โดยการสรุปประเมินผลทั้งในขณะดำเนินการและหลังการดำเนินการพัฒนา

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลผู้พิการ หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกคน

สรุป จากผลการดำเนินงานดังกล่าวสามารถยืนยันได้ว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในลักษณะการมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพและมีทักษะการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง จึงสามารถนำแนวทางการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพในลักษณะนี้มาใช้กับงานวิจัยชิ้นนี้ได้

บุษราคัม คาบเพชร (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสันทราย เคยมารับการบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูผู้พิการวัดห้วยเกียง แต่ไม่สามารถมารับบริการการบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์อย่างต่อเนื่องได้ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 11 กิจกรรม โดยในการจัดโปรแกรมมีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมคือ 1) กลุ่มผู้พิการในชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย 2) กลุ่มผู้พิการที่มารับการบำบัดฟื้นฟูในศูนย์ 3) ญาติผู้ป่วย และ 4) อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการด้วย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสังเกต แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบทดสอบกำลังกล้ามเนื้อ และแบบประเมินกิจวัตรประจำวันผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งก่อนและหลังการทำกิจกรรม 4 สัปดาห์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ Paired Samples t-test



ผลการศึกษาพบว่า

1. ด้านการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดีมาเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง มีความกระตือรือร้นและให้ความสนใจในการเสนอข้อมูลในส่วนของตนเอง และบอกถึงความต้องการในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตน
2. ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
3. ด้านการฟื้นคืนความสามารถ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
4. ด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์ หลังเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและการฟื้นคืนความสามารถ เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น โปรแกรมนี้สามารถนำไปอ้างอิงใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อผูก ขัยมงคล (2553) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด The Samphan Framework of Practice เป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 13 คน ผู้นำชุมชน 9 คน และผู้พิการ 4 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มเป็นหลัก ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยมีปฏิริยาโต้ตอบและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้นำชุมชน ได้แก่ ด้านการเงินและงบประมาณ ด้านการให้บริการสาธารณสุขในชุมชน ด้านร่างกายและจิตใจ ด้านเจตคติของสมาชิกในชุมชนต่อผู้พิการและเจตคติของผู้พิการต่อตนเอง

สรุป ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้พิการ ในลักษณะร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นเพื่อหาปัญหาและความต้องการที่สอดคล้องกับความต้องการกับบริบทของชุมชน เพื่อส่งผลให้ผู้พิการพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ช่วยให้เกิดเป็นชุมชนที่พึ่งพาตนเองได้และส่งเสริมสังคมสุขภาวะต่อไป

สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้ (2553) ศึกษาระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้บริการทางการเคลื่อน ไหว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้รับ ผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 132 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามตรวจสอบเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าความตรงเท่ากับ 0.98 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้ด้วยวิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ 0.73 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติ การสนับสนุนการดำเนินงาน และคุณภาพบริการสุขภาพ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค



ได้ค่าเท่ากับ 0.83, 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การสรุปเนื้อหาและการจัดหมวดหมู่

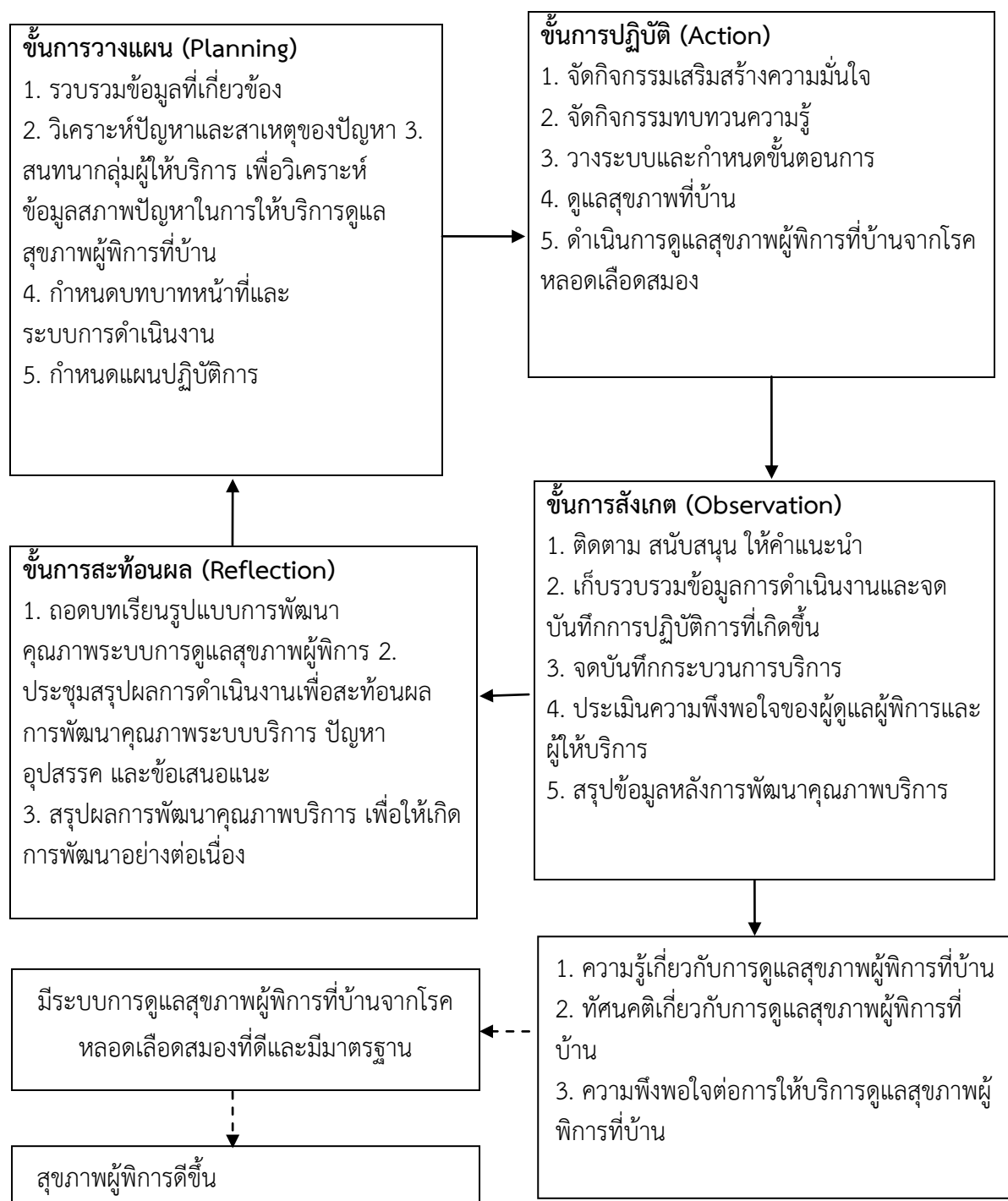
ผลการวิจัย พบว่าระดับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง คือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการจัดบริการ ร้อยละ 65.15 และปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.47$, $p=0.05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การได้รับการฝึกอบรม และจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อเดือน ($r=0.24$, 0.18 , 0.24 , 0.17 และ $p=0.05$ ตามลำดับ) ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และทักษะ ร้อยละ 78.09 ขาดงบประมาณ ร้อยละ 64.86 ขาดวัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ 69.70 นโยบายและการบริหารจัดการงานด้านผู้พิการไม่ชัดเจน ร้อยละ 61.36 และระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความล่าช้า ร้อยละ 56.70

สรุปผลการวิจัย พบว่าคุณภาพบริการสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง กระทรวงสาธารณสุขอาจใช้งานวิจัยนี้ไปใช้ในการกำหนดงานด้านผู้พิการไว้ในแผนงานหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ และสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ ส่วนเครือข่ายปฐมภูมิควรพัฒนาความรู้และทักษะให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และปรับปรุงระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่างหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งสามารถนำปัญหานี้ไปพัฒนางานต่อในงานวิจัยชิ้นนี้ได้

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework) ประยุกต์จากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) และทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใน 1 วงรอบ ดังภาพประกอบ 2.1





ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิด



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อมุ่งพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเลวิน (Kemmis and Mc Taggart, 1990) เป็นการวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวิธีการของการวิจัยปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด 1 วงจร ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน ขั้นการปฏิบัติและสังเกต ขั้นการสะท้อนกลับ และขั้นปรับปรุงแผน เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น ในวงจรต่อไปอย่างต่อเนื่องและเป็นวงรอบจนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือแก้ปัญหาได้สำเร็จ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

3.2.1.1 ผู้ดูแลผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีหน้าที่ดูแลผู้พิการและอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้พิการ จำนวน 41 คน

3.2.1.2 เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 18 คน



3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

3.2.2.1 ผู้ดูแลผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีหน้าที่ดูแลผู้พิการและอาศัยอยู่ภายใน บ้านเดียวกันกับผู้พิการ จำนวน 41 คน

3.2.2.2 เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เกษัชกร นักโภชนาการ และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 18 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการดูแลผู้พิการที่บ้าน จากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ พิการ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้พิการ โรคประจำตัว ภาวะรับผิดชอบ ประสบการณ์ในการดูแลผู้พิการ และแหล่งความรู้ที่ได้รับ

ตอนที่ 2 ความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ในการปฏิบัติในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและ พื้นฟูสภาพ ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และด้านสุขภาพจิตกับการจัดการความเครียด

ตอนที่ 3 ทักษะในการดูแลผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 5 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการดูแลผู้พิการที่บ้าน จากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สำหรับผู้ ให้บริการ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาการให้บริการ ประสบการณ์การ ฝึกอบรม หน่วยงานที่ให้การสนับสนุน ภาระงาน

ตอนที่ 2 ความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพและระบบการดำเนินงานด้านผู้พิการโรค หลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 3 ทักษะในการดูแลผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะ



วิธีสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัย

การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. รวบรวมเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. จัดกรอบแนวคิด
4. สร้างเป็นกรอบเนื้อหาของแบบสอบถาม
5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นปรึกษาและขอคำแนะนำจากคณะกรรมการที่ปรึกษา

วิทยานิพนธ์

6. ปรับปรุงแบบสอบถามตามที่คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แนะนำ
7. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของคณะกรรมการที่ปรึกษา

วิทยานิพนธ์เสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบในด้านเนื้อหา ความชัดเจนในการสื่อความหมาย และความเหมาะสมในการใช้ภาษา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย

7.1 แพทย์หญิงปัทมา สงวนตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

7.2 นางเมธีรัตน์ มั่นวงศ์ ตำแหน่ง อาจารย์ สถานะทำงาน วิทยาลัยแพทยศาสตร์

และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

7.3 นางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์ นักกายภาพบำบัดเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงาน

กายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

8. นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลดอนมดแดง และผู้ดูแลผู้พิการโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

9. นำแบบสอบถามที่ได้รับมาวิเคราะห์ตรวจสอบ โดยแบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการของผู้ให้บริการใช้ค่า KR-20 มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8185 ผู้ดูแล มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8162 แบบสอบถามประมาณค่า (Rating Scale) ของทัศนคติของผู้ให้บริการ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9680 ผู้ดูแล มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8921 และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9483 ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8921 ซึ่งใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

10. นำแบบสอบถามที่หาค่าความเชื่อมั่นแล้วไปให้คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขให้เป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปเป็นแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

3.4.1 ขั้นวางแผน (Plan) (ธันวาคม 2555)

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม



1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายด้านปัจจัยและความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายและครอบคลุม

2) เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) ข้อมูลด้านผู้พิการ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้พิการ สภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้พิการ

2.2) ข้อมูลด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้พิการ ความรู้และทัศนคติในการปฏิบัติกรดูแลผู้พิการ ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพผู้พิการของผู้ดูแล

2.3) ข้อมูลด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ความรู้และทัศนคติในระบบบริการ รูปแบบการบริการในปัจจุบันและมาตรฐานการบริการ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

2.4) ศึกษาทบทวนข้อมูลบริบทโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 สทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน

3) วิเคราะห์ข้อมูลและสภาพปัญหาที่สำรวจได้นำเสนอเข้าสู่การประชุมเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

4) ประชุมผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ 10 มกราคม 2556 มีผู้เข้าประชุมทั้งหมด 18 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้นำเสนอปัญหาจากการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็นวางแผนการพัฒนาระบบ

กิจกรรมที่ 3 วางแผนในการดำเนินงาน

5) จัดประชุมระดมสมองทำแผนปฏิบัติการสำหรับแก้ไขปัญหาระบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ให้บริการ เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2556 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันปรับขั้นตอนให้กระชับและสรุปเป็นแนวทางที่จะนำไปใช้

6) ทีมพยาบาล นักกายภาพบำบัดและผู้วิจัย ร่วมกันจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองสำหรับเจ้าหน้าที่ โดยนำคู่มือการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วย 5 กลุ่มเป้าหมาย เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 14 (นครชัยบุรินทร์) มาประยุกต์ใช้และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลและได้ปรับเพื่อให้สะดวกในการนำไปใช้ตามข้อเสนอแนะของที่ประชุม

3.4.2 ขั้นปฏิบัติและสังเกต (Act and Observe) (กุมภาพันธ์-มีนาคม 2556)

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคณาทุกระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ทีมสุขภาพลงมือปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างตามแผนที่วางไว้ โดยมีผู้ดูแล ผู้พิการและผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ มีการประชุมปรึกษา สังเกตและติดตามผลการดำเนินงาน มีรายละเอียดกิจกรรม ดังต่อไปนี้



1) จัดกิจกรรมเสริมความมั่นใจในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแลผู้พิการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้พิการในแต่ละด้าน ได้แก่ อาหารและยา การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้พิการและสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีการเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ และจัดกิจกรรมที่มีบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลทุกคน

กิจกรรมที่ 5 การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

2) เจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมบ้าน ศึกษาคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองสำหรับเจ้าหน้าที่ เตรียมแฟ้มประวัติ แบบประเมินสถานะสุขภาพผู้พิการและแบบประเมินความรู้ผู้ดูแลแต่ละราย โทรศัพท์นัดหมายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม.ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และผู้ดูแล มีการประสานการใช้รถล่วงหน้า 1 วัน เพื่อจัดตารางเวลาการใช้รถลงพื้นที่เยี่ยมบ้านสอนและให้คำปรึกษา แนะนำผู้พิการและผู้ดูแลตามสภาพปัญหาแต่ละราย ให้กำลังใจ สำหรับผู้พิการและผู้ดูแลมีส่วนร่วมด้วยการบอกปัญหาและความต้องการ ฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองและพัฒนาขีดความสามารถ

3) ทีมเยี่ยมบ้าน ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ประเมิน ADL และประเมินความรู้ของผู้ดูแลและประเมินสภาพปัญหาซ้ำ ชื่นชมและให้กำลังใจสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลตามสภาพปัญหา ในขั้นตอนนี้ผู้พิการ ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมบ้านมีส่วนร่วมโดยมีการปรับวิธีการดูแลตลอดจนร่วมกันสังเกตและติดตามผลการปฏิบัติการดูแลผู้พิการของผู้ดูแล เปรียบเทียบผลการปฏิบัติการดูแลผู้พิการของผู้ดูแลก่อนและหลังการพัฒนา

4) เมื่อผู้พิการและผู้ดูแลพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองได้เต็มศักยภาพแล้ว ทีมสุขภาพประชุมวางแผนเพื่อส่งต่อข้อมูลแก่ครอบครัวและ อสม.

5) เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน สรุปบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและจัดเก็บในฐานข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นนี้ มีทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ปัญหาในการดูแลรายละเอียดของการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้สังเกต สัมภาษณ์ และติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยมบ้านโดยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดใส่สมุดบันทึก ถ่ายภาพ นอกจากนี้ข้อมูลในส่วนการระดมสมองของเจ้าหน้าที่ใช้การจดบันทึกในรายงานการประชุม สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คะแนนความรู้การดูแลสุขภาพผู้พิการของผู้ดูแลหลังการพัฒนา

3.4.3 ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) (เมษายน 2556)

กิจกรรมที่ 6 ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อ ถอดบทเรียน และสรุปผล

เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาทริคในการปฏิบัติและปรับปรุงแผนการปฏิบัติ การสะท้อนการปฏิบัติโดยทีม Home health care ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงแผนการปฏิบัติแบบเป็นวงจรขึ้นต่อเนื่องกันไป ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการปรับแผนการปฏิบัติให้กระชับและให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้พิการ ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ มีการรวบรวมข้อมูลและสะท้อนข้อมูลในการประชุมระดมสมอง มีการบันทึกความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัด รวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำมาเข้าที่ประชุมระดมสมอง



3.4.4 ขั้นปรับปรุงแผนและประเมินผล (Revise Plan)

กิจกรรมที่ 7 เป็นการประเมินเพื่อติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้พิการที่กำหนดขึ้นทั้งหมด โดยประเมินทั้งขณะดำเนินการ (Formative evaluation) และหลังดำเนินการ (Summative evaluation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective data collection) เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสรุปการดำเนินงานทุกขั้นตอนที่ได้ศึกษาและพัฒนา

ในขั้นตอนนี้เป้าหมายของกิจกรรมนี้คือได้แผนปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้พิการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งการปรับปรุงระบบได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรถลอดระยะเวลาการปฏิบัติการวิจัย โดยนำปัญหาที่พบและร่วมกันปรับปรุงระบบโดยทดลองซ้ำจนได้รูปแบบที่พอใจ รวบรวมสรุปวิเคราะห์ข้อมูล ระบุองค์ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติและประเมินผลการดำเนินการพัฒนา ติดตามประเมินผลระดับความสามารถของผู้ดูแล 3 เดือนหลังจากเยี่ยมบ้านครั้งแรก ขั้นตอนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น กระบวนการแก้ปัญหาที่ได้ดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปัจจัยเอื้ออำนวย ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งความคิดเห็น ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ และผู้ดูแล

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.5.1 เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน บทบาทของทีมสหวิชาชีพ คุณภาพบริการ ปัญหาและความต้องการของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล สรุปผลการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้พิการในปีที่ผ่านมา รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาปัญหาและวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาร่วมกัน

3.5.2 ระยะเวลากระบวนการ ผู้วิจัยได้ติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ โดยการสัมภาษณ์และสังเกต ถ่ายภาพ สำหรับการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทีมสุขภาพได้รวบรวมข้อมูลในบันทึกรายงานการประชุม

3.5.3 เก็บข้อมูลความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านของผู้ดูแลผู้พิการโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพ ทักษะ และความพึงพอใจในการดูแลผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินตามแบบสอบถาม

3.5.4 เก็บข้อมูลความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการบริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านของผู้ให้บริการโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว ความรู้ในระบบการให้บริการ ทักษะ และความพึงพอใจในการดูแลผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้เจ้าหน้าที่แต่ละท่านตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง



3.6 การจัดการกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาตามขั้นตอน ดังนี้

3.6.1 ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาทุกฉบับ

3.6.2 นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

3.6.2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

3.6.2.2 วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ของผู้ดูแล จำนวน 22 ข้อ และผู้ให้บริการ จำนวน 47 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดย กำหนดคำตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ผู้วิจัย แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้มาก ระดับความรู้ปานกลาง และระดับรู้น้อย โดยแปลความหมายของการจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต และคณะ, 2546; อ้างอิงมาจาก Best, 1997) คือ

มีความรู้ ระดับมาก	หมายถึง	ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป
มีความรู้ ระดับปานกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79.9
มีความรู้ ระดับน้อย	หมายถึง	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

จากนั้นนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3.6.2.3 วิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ และผู้ให้บริการ จำนวน 5 ข้อ โดยที่แต่ละคำถามแบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญส่ง นิลแก้ว, 2541)

คำถามในข้อความเชิงบวกให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน
เห็นด้วย	= 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน

คำถามในข้อความเชิงลบให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน
เห็นด้วย	= 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน



เกณฑ์การแปลผลจะใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนเฉลี่ยในแต่ละระดับชั้น แบ่งเป็น 5 ระดับ

คะแนนเฉลี่ย	ระดับเจตคติ
4.51 – 5.00	มากที่สุด
3.51 – 4.50	มาก
2.51 – 3.50	ปานกลาง
1.51 – 2.50	น้อย
1.00 – 1.50	น้อยที่สุด

จากนั้นนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทัศนคติก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3.6.2.4 วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ดูแล จำนวน 30 ข้อ และผู้ให้บริการ จำนวน 24 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Likerts Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับความพึงพอใจ	ค่าประเมิน
พึงพอใจมากที่สุด	5
พึงพอใจมาก	4
พึงพอใจปานกลาง	3
พึงพอใจน้อย	2
พึงพอใจน้อยที่สุด	1

แปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51 – 5.00	เท่ากับ พึงพอใจมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 4.50	เท่ากับ พึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.50	เท่ากับ พึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.51 – 2.50	เท่ากับ พึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.50	เท่ากับ พึงพอใจน้อยที่สุด

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อวิเคราะห์

3.7.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการและผู้ดูแล ใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.1.2 ข้อมูลเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ดูแล ในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired Samples t-test



3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและปัญหาการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน ความต้องการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของผู้ดูแล ความคิดเห็น รูปแบบการบริการในปัจจุบันและข้อมูลที่ได้จากกระบวนการพัฒนา



ทิศเหนือ	ติดต่อ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
ทิศใต้	ติดต่อ อำเภอน้ำขุ่นและอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี
ทิศตะวันออก	ติดต่อ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
ทิศตะวันตก	ติดต่อ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

แบ่งเป็น 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองอ้อม ตำบลนาหอม ตำบลนาเกษม ตำบลโคกขำแระ และ ตำบลกุดเรือ มีโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 6 แห่ง ได้แก่ 1) รพ.สต. หนองอ้อม 2) รพ.สต.หนองบัวอารีย์ 3) รพ.สต.นาเกษม 4) รพ.สต.โนนใหญ่ 5) รพ.สต.ทุ่งช้าง และ 6) รพ.สต.กุดเรือ มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง มีประชากร 28,745 คน

ตาราง 4.1 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

ตำแหน่ง	จำนวน(คน)
แพทย์	3
ทันตแพทย์	2
เภสัชกร	2
นักกายภาพบำบัด	1
พยาบาลวิชาชีพ	22
บุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ	8
เจ้าหน้าที่ อื่นๆ	7
ลูกจ้างประจำ	3
พนักงานราชการ	2
ลูกจ้างชั่วคราว	58
รวม	108

ที่มา : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
หมายเหตุ : ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2556

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

ภายในปี 2556 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เป็นโรงพยาบาลคุณภาพของชุมชนที่เป็นเลิศ หนึ่งใน เจ็ดของจังหวัดอุบลราชธานี

พันธกิจ

1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมดูญาติมิตร ตามคุณภาพและมาตรฐานแห่งวิชาชีพ
2. พัฒนาและสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
3. บริการสาธารณสุขเชิงรุกในชุมชน โดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

ตนเอง

4. จัดระบบบริหารจัดการภายในองค์กรให้เอื้อต่อการบริการและความมั่นคงทางการเงิน



ประกอบด้วยแพทย์ทั่วไป 3 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน 9 คน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมให้บริการตรวจโรคในระดับทุติยภูมิ ระดับ 2.1 มีการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบ 6 แห่ง ครอบคลุมการให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม มีโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลแบ่งออกเป็นกลุ่มงาน คือ กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มเทคนิคบริการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ กลุ่มงานการจัดการทั่วไป กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ และกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลมีการจัดบริการโดยการประสานความร่วมมือ ในการให้บริการด้านการสุขภาพ 4 ด้านคือ ด้านการรักษาพยาบาล ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระดับทุติยภูมิ รับและส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และระดับใกล้เคียงกัน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานในระดับ ตติยภูมิ และสถานบริการเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หน่วยงานระดับปฐมภูมิ ด้านการป้องกันโรค การสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ดำเนินงานด้านป้องกันโรค การสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับหน่วยงาน ในระดับอำเภอในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และ หน่วยงานระดับปฐมภูมิ ด้านการฟื้นฟูสภาพ ให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาแล้วจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพ

ตาราง 4.2 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเฉลี่ยต่อวันในแต่ละปีงบประมาณของงานบริการผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอก	ปีงบประมาณ				
	2552	2553	2554	2555	2556
ผู้ป่วยนอก (คน)	17,655	20,085	20,717	21,177	17,193
ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	71,516	73,934	79,566	77,710	53,184
เฉลี่ยต่อวัน	250	258	275	271	186

ที่มา : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
หมายเหตุ : ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 มิถุนายน 2556



ตาราง 4.3 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ปีงบประมาณของงานบริการผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยนอก	ปีงบประมาณ				
	2552	2553	2554	2555	2556
ผู้ป่วยใน	1,620	1,920	2,006	2,100	1,527
ผู้ป่วยในเฉลี่ย	4	5	5	6	6
จำนวนวันนอน	4,211	5,602	5,805	5,715	4,184
วันนอนเฉลี่ย	2.59	2.91	2.89	2.7	2.7
อัตราครองเตียง	38.45	51.15	53	52.19	58

ที่มา : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
 หมายเหตุ : ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 มิถุนายน 2556

ตาราง 4.4 งานบริการผู้ป่วยนอก 10 อันดับโรค

ลำดับที่	โรค	จำนวน (ครั้ง)
1	โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	13,855
2	โรกระบบหายใจ	13,392
3	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม	7,953
4	โรกระบบไหลเวียนเลือด	7,351
5	โรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยืดเสริม	7,323
6	โรคผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	4,469
7	โรคติดเชื้อและปรสิต	4,446
8	ภาวะแปรปรวนทางจิต และพฤติกรรม	2,937
9	โรกระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	1,908
10	ระบบประสาท	1,393

ที่มา : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
 หมายเหตุ : ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 มิถุนายน 2556



ตาราง 4.5 งานบริการผู้ป่วยใน 10 อันดับโรค

ลำดับที่	โรค	จำนวน (ครั้ง)
1	โรคติดเชื้ออื่นๆ ของลำไส้	373
2	โรคเบาหวาน	197
3	โรคความดันโลหิต	174
4	โรคอื่น ๆ ของระบบย่อยอาหาร	157
5	ระบบหายใจส่วนบนติดเชื้อเฉียบพลัน และโรคอื่นๆ ของระบบทางเดินหายใจส่วนบน	148
6	ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึมอื่นๆ	144
7	โรคของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	119
8	โรคอื่นของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	72
9	โรคติดเชื้อและปรสิตอื่น ๆ	70
10	ปอดอักเสบ	68

ที่มา : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
 หมายเหตุ : ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 มิถุนายน 2556

4.2 ศึกษาข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.1 ชั้นที่ 1 ชั้นวางแผนเตรียมการก่อนการวิจัย

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม รวบรวมข้อมูลด้านผู้พิการ ด้านผู้ดูแล และด้านผู้ให้บริการ จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเจาะลึก และการเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

จากสถิติแผนงานยุทธศาสตร์โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมปี 2553 พบว่ามีผู้พิการที่ยังมีชีวิตอยู่ 540 คน และปี 2554 พบว่ามีผู้พิการที่ยังมีชีวิตอยู่ 790 คน เพิ่มขึ้น 250 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.30 มีผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 5.10 ของผู้พิการทั้งหมดในพื้นที่ จากการสอบถามข้อมูลเชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้พิการอำเภอทุ่งศรีอุดม พบว่าสาเหตุที่ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ไม่บรรลุระดับความสำเร็จตามเป้าหมายที่ร้อยละ 90 ได้แก่ 1. ด้านผู้รับบริการ ปรับตัวไม่ได้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 60.00 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ร้อยละ 40.00 เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 20.00 2. ด้านผู้ให้บริการ ขาดการประสานคนเพื่อร่วมดูแลคนพิการ ร้อยละ 53.33 ขาดการพัฒนาบุคลากรและสร้างเครือข่ายดูแลผู้พิการ ร้อยละ 46.66 ขาดความชำนาญในการดูแลสุขภาพผู้พิการ ร้อยละ 20.00 ไม่มีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลรับผิดชอบชัดเจน ร้อยละ 13.30 3. ด้านระบบบริการ ขาดแนวทางการดูแลร่วมกันอย่างชัดเจน ร้อยละ 66.60 ไม่มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 58.32 ขาดระบบการส่งต่อ



ข้อมูลการรักษาที่ต่อเนื่อง ร้อยละ 33.34 การติดตามเยี่ยมบ้านล่าช้า ร้อยละ 16.67 ผู้พิการไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ตามสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 8.32 4. ด้านบริบทสังคม งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ร้อยละ 46.67การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อคนพิการทั้งในสถานบริการและชุมชน ร้อยละ 25.00 ความยากลำบากของถนนและการเดินทาง รวมทั้งพาหนะสำหรับเดินทาง ร้อยละ 6.67 สรุปคือผู้พิการส่วนใหญ่เข้าถึงระบบบริการฟื้นฟู สมรรถภาพน้อยมาก เนื่องจากห่างไกลสถานบริการ งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ผู้พิการเองมีความลำบากในการเดินทางมารับบริการ แต่มีผู้พิการหรือผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวัง (Sub Acute) จำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ได้เข้าถึงระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพกระทั่งสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ แต่ผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวัง (Sub Acute) อีกจำนวนหนึ่งที่ต้องพิการมากกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วงเวลาที่เหมาะสม ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว ชุมชน อีกทั้งการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ยังขาดการส่งต่อข้อมูล เนื่องจากยังไม่มีเครือข่ายการฟื้นฟูผู้พิการที่ชัดเจนในชุมชน และทีมฟื้นฟูออกฟื้นฟูคนพิการเฉพาะทางการเคลื่อนไหวต่อวันได้สูงสุดไม่เกิน 5 คน ผู้พิการ ได้รับการดูแล 1 ครั้งใน 1 ปี และเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนทีมฟื้นฟูเป็นผู้ให้ฝ่ายเดียว โดยชุมชน/ผู้พิการเข้ามามีส่วนร่วมน้อย และยังไม่เห็นประโยชน์ที่ได้รับ ทำให้กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการหยุดชะงักไป ส่งผลให้ระดับความสำเร็จในการปฏิบัติงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายด้านปัจจัยและความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายและครอบคลุมประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีหน้าที่ดูแลผู้พิการและอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้พิการ จำนวน 41 คน และเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 18 คน และศึกษาบทวนข้อมูลบริบทโรงพยาบาล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลดังกล่าวข้างต้นนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ที่ประชุมได้ระดมสมองและมีมติร่วมกันในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย

กล่าวโดยสรุป ข้อมูลพื้นฐานการศึกษานี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย เนื่องจากบ่งบอกข้อมูลพื้นฐานของผู้พิการ ผู้ดูแลและผู้ให้บริการ อันเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางรูปแบบการวิจัย ทราบจำนวนประชากรและสามารถกำหนดกลุ่มเป้าหมายได้ คาดการณ์โอกาสการพัฒนาและกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมตามแนวทางของการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรมที่ 2 สันทนาการกลุ่มผู้ให้บริการ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและสภาพปัญหาในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านนำเสนอเข้าสู่การประชุมเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ



4.2.2 ประชุมผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ 10 มกราคม 2556 มีผู้เข้าประชุมทั้งหมด 18 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนากร นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้นำเสนอปัญหาจากการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการให้บริการในปัจจุบันและความต้องการสนับสนุนของทีมเจ้าหน้าที่ มีการอภิปรายแสดงความคิดเห็นและการระดมสมอง ผลการดำเนินงานพบว่า

4.2.2.1 เจ้าหน้าที่ที่ทีมดูแลสุขภาพขาดทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยพิการ บางคนเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ซึ่งขาดประสบการณ์ในการออกเยี่ยมบ้าน ไม่มีทีมสหวิชาชีพพร้อมกันดูแลรับผิดชอบดังกล่าว

“หนูเพิ่งมาทำงานยังไม่มีประสบการณ์ ไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย อัมพฤกษ์-อัมพาต น่าจะมีการอบรมทักษะก่อนออกเยี่ยมบ้าน” (นักวิชาการสาธารณสุข3, 2556: สัมภาษณ์)

“ผู้ดูแลและญาติผู้ป่วยน่าจะมีการฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพที่บ้านด้วย น่าจะมีประโยชน์ต่อผู้ดูแลอย่างแท้จริง” (พยาบาลวิชาชีพ2, 2556: สัมภาษณ์)

4.2.2.2 ข้อมูลการเยี่ยมบ้านไม่ได้ถูกส่งต่อในทีมสหวิชาชีพ ดังกล่าว

“ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญกับการกินยา vitamin B1+6+12 ผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นยาบำรุงทั่วไป” (เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน1, 2556 : สัมภาษณ์)

“ผู้ป่วยรายนี้กินยาละลายลิ่มเลือด wafarine ด้วย ถ้าได้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนออกเยี่ยมบ้านจะแนะนำผู้ป่วยได้ดีกว่านี้” (นักกายภาพบำบัด5, 2556 : สัมภาษณ์)

“ผู้ป่วยอัมพาตในพื้นที่รับผิดชอบมีกี่คนแน่ ควรจัดทำทะเบียนไว้เมื่อมีผู้ป่วยรายใหม่จะได้ลงข้อมูลเพิ่มเติมไว้เพื่อจะได้สะดวกในการติดตามต่อเนื่อง” (นายแพทย์ปฏิบัติการ1, 2556: สัมภาษณ์)

“มีญาติผู้ป่วยอัมพาตรายหนึ่ง แจ้งเจ้าหน้าที่ว่า คุณหมอไปเยี่ยมบ้านหลังนี้หรือยัง เขาป่วยเป็นโรคนี้เหมือนกัน” (นักวิชาการสาธารณสุข2, 2556: สัมภาษณ์)

“หมอไม่รู้ว่าเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมผู้ป่วยกี่ครั้งและผลเป็นอย่างไร หลังการเยี่ยมบ้านน่าจะคุยกันทุกครั้ง” (นายแพทย์ปฏิบัติการ1, 2556: สัมภาษณ์)



4.2.2.3 ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ไม่มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถวางแผนการจัดบริการได้ ขาดแนวทางดูแลร่วมกันอย่างชัดเจน ไม่ได้รับความสะดวกด้านยานพาหนะในการออกเยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าว

“ไม่มีรถออกเยี่ยมบ้าน หนูโทรศัพท์ไปเลื่อนการเยี่ยมว่าอาทิตย์หน้าจึงจะออกไปเยี่ยม” (นักกายภาพบำบัด5, 2556: สัมภาษณ์)

“วันนี้พ้ออกเยี่ยมบ้านด้วยไม่ได้นะคะ มีประชุมที่จังหวัดคะ” (พยาบาลวิชาชีพ5, 2556: สัมภาษณ์)

4.2.2.4 ไม่มีคู่มือในการปฏิบัติงาน ทำให้เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจ

“ถ้ามีคู่มือให้ศึกษาก่อนออกพื้นที่ก็จะเป็นการดี ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาและต้องให้คำแนะนำหลายเรื่อง” (นักวิชาการสาธารณสุข6, 2556: สัมภาษณ์)

สรุปเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ ต้องการการอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยผู้พิการที่มีภาวะอัมพาต ต้องการจัดทำให้มีทะเบียนข้อมูลผู้พิการ ข้อมูลการเยี่ยมบ้านและมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในทีมสหวิชาชีพ ต้องการให้มีการประสานงานที่ชัดเจน ต้องการการสนับสนุนยานพาหนะในการออกเยี่ยมบ้าน ต้องการให้มีคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อสะดวกในการศึกษาและเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติงานในพื้นที่

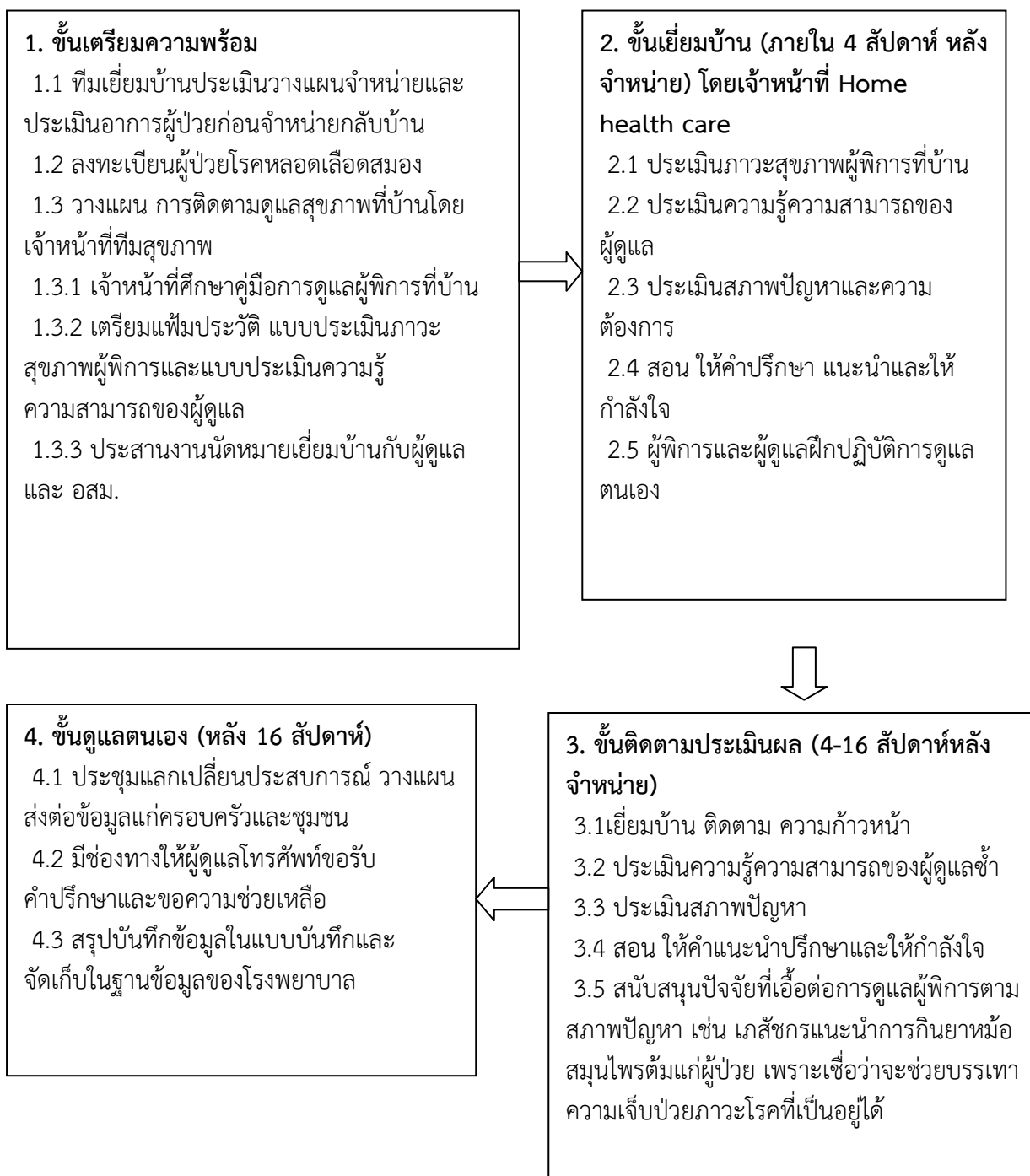
4.2.3 จัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ ในวันที่ 18 มกราคม 2556 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม โดยมีทีมวิทยากรประกอบด้วยแพทย์ นักกายภาพบำบัดและผู้วิจัย

4.2.4 จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองสำหรับเจ้าหน้าที่ โดยมีผู้วิจัย นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกันจัดทำกิจกรรมที่ 3 วางแผนในการดำเนินงาน

4.2.5 ร่างแบบแผนการดำเนินงาน โดยจัดประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2556 และนำเสนอแผนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิเข้าที่ประชุมเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2556 เพื่อให้แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันปรับขั้นตอนให้กระชับและสรุปเป็นแนวทางที่จะนำไปใช้ ผู้วิจัยและทีมผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ได้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังภาพประกอบ 4.2



แนวทางการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี



ที่มา : งานบริการเยี่ยมบ้านหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ภาพประกอบ 4.2 แนวทางการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ



ในขั้นตอนนี้ผลที่ได้จากการกำหนดแนวทางร่วมกันทำให้เจ้าหน้าที่รู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านและฟื้นฟูสภาพมากขึ้น ดังคำกล่าว

“เมื่อเรามีคู่มือและแนวทางในการไปแนะนำดูแลสุขภาพที่บ้านแบบนี้แล้ว ทำให้เราเข้าใจบทบาทของตัวเองมากขึ้น ถ้านัดผู้ป่วยได้แล้ว จะชวนนักกายภาพไปด้วยนะ เพราะรายนี้ต้องทำการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย” (พยาบาลวิชาชีพ6, 2556: สัมภาษณ์)

4.3 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

4.3.1 ชั้นปฏิบัติและสังเกต

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคณาภพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ทีมพยาบาลประจำครอบครัวและทีมเยี่ยมบ้าน นำแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดร่วมกันไปปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่าง ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกตจากผู้ดูแลผู้พิการ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและความหมาย พบว่า

4.3.1.1 ด้านการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ดูแลต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยม และช่วยเหลือในการดูแลการทำแผล การดูแลสายสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยาง รวมถึงการดูแลเรื่องการขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย บอกรายละเอียดของโรค เช่น อาการแทรกซ้อนทุกครั้งที่มาให้บริการที่บ้านเนื่องจากว่า บางครั้งระยะเวลาห่างที่มาเยี่ยมแต่ละครั้งนานหลายเดือนจึงทำให้ลืมคำแนะนำ เจ้าหน้าที่ออกมาตรวจและนำยามาให้ที่บ้าน เนื่องจากบางครอบครัวอยู่ตามลำพังคนแก่ทำให้เดินทางไม่สะดวกต้องรอให้บุตรหลานกลับจากทำงานซึ่งเป็นเวลามีดค่า

4.3.1.2 ด้านการป้องกันโรค ผู้ดูแลต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ สอนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อยึด แผลกดทับ ต้องการเอกสารหรือหนังสือมาแจกเกี่ยวกับรายละเอียดของโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาหรืออาหารที่ถูกต้อง เพื่อที่ผู้ดูแลสามารถนำเอกสารหรือหนังสือมาอ่านดูได้เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยในโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากการรับฟังอย่างเดียวไม่สามารถที่จะจำได้หมดทุกอย่าง

4.3.1.3 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ดูแลต้องการให้เจ้าหน้าที่มาสอน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มาเยี่ยมที่บ้าน เวลาที่มีปัญหาอะไรจะได้บอกให้ อสม.ไปแจ้งเจ้าหน้าที่ และยังต้องการให้มีบริการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักให้ทุกเดือน นอกจากนี้ยังต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้พิการเพิ่มขึ้น

4.3.1.4 ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจและขาดความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องการได้รับคำแนะนำในการทำกายภาพบำบัด ไม่ทราบถึงผลกระทบจากการที่ไม่กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลายเป็นผู้พิการและต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดชีวิต เจ้าหน้าที่ควรทำอุปกรณ์ให้ที่บ้าน เช่น ทำรอกสำหรับบริหาร ทำยางยืดสำหรับออกกำลังกาย รวบรวมเงิน เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการทำและไม่เข้าใจว่าจะทำในลักษณะใดที่ถูกต้อง ดังคำกล่าว



“จำไม่ได้ ไม่มั่นใจ จึงไม่ได้ทำกายภาพเลยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลมา” (ผู้ดูแลนาย ค, 2556: สัมภาษณ์)

“เวลาหนูบอกพ่อให้ออกกำลังกายเองไม่ค่อยเชื่อ ต้องให้คุณหมอบอกพ่อถึงจะเชื่อ” (ผู้ดูแลนาย ก, 2556: สัมภาษณ์)

4.3.2 สรุปผลการดำเนินการตามแผน โดยมีผู้ดูแลผู้พิการและผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีการอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้พิการ มีการประชุมปรึกษา สังเกตและติดตามผลการดำเนินงาน มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

4.3.2.1 ด้านผู้ดูแลได้จัดให้มีการอบรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการในแต่ละด้าน ได้แก่ อาหารและยา การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้พิการและสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีการเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ และจัดกิจกรรมที่มีบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลทุกคน

กิจกรรมที่ 5 การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3.2.2 เจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมบ้าน ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านโดยนำแนวทางที่ร่วมกันกำหนดไปปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ดูแลและผู้พิการที่รับผิดชอบ สรุปผลที่ได้มานำเสนอในที่ประชุมย่อยประจำทุกสัปดาห์ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

4.3.2.3 ทีมเยี่ยมบ้าน ติดตามความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพผู้พิการในด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ มีการสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลตามสภาพปัญหา เช่น ในรายที่มีปัญหาในเรื่องของการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง เพิ่มหรือลดขนาดยาเองต้องให้เภสัชกรออกให้ความรู้ สนับสนุนนักกายภาพในรายที่ต้องทำกายภาพฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

กระบวนการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นในขั้นตอนนี้พบว่า เกิดความสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ดูแลและผู้พิการ ตั้งแต่มีกระบวนการตั้งเป้าหมายร่วมกันโดยดูจากบริบทและสถานะแวดล้อมของผู้พิการแต่ละราย ทีมเจ้าหน้าที่ให้การสนับสนุนเอื้ออำนวยต่อปัญหาและความต้องการของผู้พิการและผู้ดูแล ดังคำกล่าว

“ถ้ามีนักกายภาพบำบัดมาช่วยแนะนำแบบนี้ ฉันคิดว่าต่อไปฉันก็ทำได้เอง เพราะได้ลองทำด้วยกันจริงๆ แต่บางท่าฉันยังจำไม่ได้นะ ถ้ามีรูปมาให้ดูเป็นตัวอย่างคงจะทำได้ดี” (ผู้ดูแลนาย ข, 2556: สัมภาษณ์)

4.3.2.4 เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้สังเกตติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยมบ้าน และรวบรวมข้อมูลทั้งหมดใส่สมุดบันทึก บันทึกเทปการสนทนาและถ่ายภาพ เพื่อนำข้อมูลมานำเสนอในการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจากการนำแนวทางการดูแลไปปฏิบัตินั้นพบปัญหา ดังนี้



“การประเมินคะแนนความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลทุกคน นั้น ระยะเวลาสั้นเกินไปคะแนนยังไม่มีเปลี่ยนแปลงเลย ควรประเมินซ้ำหลังจากประเมินครั้งแรก 3 เดือน” (พยาบาลวิชาชีพ1, 2556: สัมภาษณ์)

“ในบันทึกการเยี่ยมบ้าน อยากให้มีบันทึกความก้าวหน้าทางด้านกายภาพบำบัด ด้วยเพื่อทีมพยาบาลและแพทย์จะได้ทราบความก้าวหน้าว่าดีขึ้นหรือไม่” (นักกายภาพบำบัด5, 2556: สัมภาษณ์)

การเก็บข้อมูลในขั้นนี้มีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ปัญหาในการดูแลและรายละเอียดการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งทีมเจ้าหน้าที่ได้สังเกต สัมภาษณ์ติดตามเก็บข้อมูลขณะเยี่ยมบ้านโดยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดใส่สมุดบันทึก บันทึกเทป การสนทนาและถ่ายภาพ นอกจากนี้ข้อมูลในส่วนของการระดมสมองของเจ้าหน้าที่ใช้การจดบันทึกใน รายงานการประชุม สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านหลัง การพัฒนา

4.4 ผลการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

4.4.1 ชั้นสะท้อนการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 6 ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อ ถอดบทเรียน และสรุปผล

เป็นการประเมินผลการดำเนินงานทั้งหมดในทุกขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งได้จัดประชุม ถอดบทเรียนในวันที่ 1 เมษายน 2556 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพนำ ข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาวิธีการในการปฏิบัติและปรับปรุงแนวทาง ซึ่งการ สะท้อนการปฏิบัติทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางให้เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป ในการประชุม ทีมสหวิชาชีพแต่ละครั้งจะมีการปรับปรุงแนวทางให้กระชับและสอดคล้องกับความต้องการของผู้พิการ และผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีการปรับวิธีการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ และร่วมกัน พิจารณาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการถอดบทเรียน คือ ประเด็นสิ่งที่ได้ร่วมกันดำเนินการ ประเด็น ผลลัพธ์หลังจากการดำเนินการ สิ่งที่ทำได้ดี สิ่งที่ต้องปรับปรุง และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการ ดำเนินการ เพื่อศึกษากระบวนการที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพการดูแล สุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปผลการถอดบทเรียน ดังนี้

สิ่งที่ได้ร่วมกันดำเนินการ 1) มีการปรับปรุงคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้พิการ 2) มีการจัดทำแผนพื้คำแนะนำให้กับญาติและผู้ดูแล 3) เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ พิการและผู้ดูแล มีความพึงพอใจและมีวิธีการปรับการดูแลเพื่อเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน 4) มีการบันทึก ความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัด 5) ระยะเวลาติดตามเยี่ยมในรายที่ต้องการ ติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ เจ้าหน้าที่จะบริหารเวลาโดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และเว้นระยะให้ห่าง ออกเป็น 2-3 สัปดาห์หรือ 1 เดือน เมื่อเห็นว่าผู้พิการหรือผู้ดูแลพัฒนาศักยภาพตัวเองได้ดีขึ้น ซึ่งแต่ละ รายมีความหลากหลายและใช้ระยะเวลาแตกต่างกัน เจ้าหน้าที่ต้องมีความยืดหยุ่นและพยายามพัฒนา



ศักยภาพให้ผู้พิการและผู้ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด สำหรับการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ทีมได้ปรึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหา ดังนี้

ในรายที่ผู้ดูแลมีภารกิจด้านการงานหรือทางเศรษฐกิจ เจ้าหน้าที่ควรปรับเปลี่ยนเวลาในการเยี่ยมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล

สำหรับผู้พิการที่ชินกับการที่มีผู้ดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนทุกอย่าง เจ้าหน้าที่ต้องใช้เทคนิคการปฏิบัติเป็นตัวอย่างก่อน จะดีกว่าการสอนด้วยคำพูด เช่น เรื่องการอาบน้ำ การล้างทำความสะอาดหลังอุจจาระหรือการล้างอุจจาระ เป็นต้น เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้พิการและผู้ดูแล โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ไปพร้อมๆ กันระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้พิการและผู้ดูแล ดังคำกล่าว

“ผู้ดูแลรายนี้บอกว่าอยากให้นักกายภาพบำบัดมาทุกอาทิตย์ ไม่รู้จะมาได้หรือเปล่า เพราะอาทิตย์หน้าฉันต้องไปป่วยอีกรายเอาไว้” (นักวิชาการสาธารณสุข2, 2556: สัมภาษณ์)

“ผู้ดูแลรายนี้ทราบดีว่าเขาไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่มาบ่อยๆ เขาบอกว่าไม่รู้จะดีขึ้นไหม วันนี้เขาต้องไปเฝ้าสวนด้วย เพราะอาจจะมีคนมาเหมาผลไม้ไปขายต่อ” (เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน6, 2556: สัมภาษณ์)

ผลลัพธ์จากการดำเนินการ

1) สิ่งที่ได้ดี

- 1.1) เกิดการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้ดูแล
- 1.2) เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้พิการและผู้ดูแล มีความพึงพอใจและมีวิธีการปรับการดูแลเพื่อเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน
- 1.3) เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของระบบการบริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านมากขึ้น
- 1.4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านมีการติดต่อประสานงานกัน และร่วมรับทราบการดำเนินงานร่วมกันเพิ่มมากขึ้น
- 1.5) เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านที่มีประสิทธิภาพโดยมีแนวทางการดำเนินงานที่มาจากความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนที่เกี่ยวข้อง

2) สิ่งที่ต้องปรับปรุง

- 2.1) ผู้พิการและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาและความต้องการน้อย
- 2.2) การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านยังไม่ต่อเนื่อง
- 2.3) การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยแกนนำสุขภาพชุมชน ผู้นำชุมชน ยังขาดการมีส่วนร่วมและการให้ความสำคัญ

4.4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ เพื่อวัดผลการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดมจังหวัดอุบลราชธานี มีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีหน้าที่ดูแลผู้พิการและอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้พิการ จำนวน 41 คน และเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมที่เกี่ยวข้องกับ



การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 18 คน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณด้วยแบบสำรวจข้อมูลเบื้องต้นแบบสอบถามก่อนการวิจัยและหลังการวิจัย จากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังนี้

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อความหมายผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- N = จำนวนประชากรที่ศึกษา
- n = ขนาดตัวอย่าง
- \bar{x} = ค่าเฉลี่ย
- S.D. = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- t = สถิติทดสอบที่ใช้เปรียบเทียบค่าวิกฤติเพื่อทราบความมีนัยสำคัญใน t - d istribution
- p = ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ
- df = ชั้นของความเป็นอิสระ (Degrees of Freedom)
- Min = ค่าต่ำสุดของข้อมูล (Minimum)
- Max = ค่าสูงสุดของข้อมูล (Maximum)

4.4.2.1 ข้อมูลด้านผู้ดูแล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้านผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะคติ และความพึงพอใจต่อการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้พิการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้พิการ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้พิการ การโรคประจำตัว ภาระรับผิดชอบอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้พิการ ประสบการณ์ในการดูแลผู้พิการ การได้รับความรู้หรือข้อมูลในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน และแหล่งความรู้ที่ได้รับ แสดงดังตาราง 4.6



ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=41)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	17	41.50
หญิง	24	58.50
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20	1	2.40
21 – 30	3	7.30
31 – 40	5	12.20
41 – 50	22	53.70
51 – 60	9	22.00
มากกว่า 60	1	2.40
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 45.68 (9.26)		
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) 47 (19 : 62)		
3. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้พิการ		
บิดา	2	4.90
มารดา	1	2.40
สามี	4	9.80
ภรรยา	19	46.30
บุตร	14	34.10
พี่/น้อง	1	2.40
4. สถานภาพ		
โสด	7	17.10
คู่	23	56.10
หม้าย	1	2.40
แยกกันอยู่	10	24.40
5. การศึกษาชั้นสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	2	4.90
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	27	65.90
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	5	12.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	3	7.30
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	9.80



ตาราง 4.6 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=41)	ร้อยละ
6. รายได้ (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 1,000	17	41.50
1,001-5,000	18	43.90
มากกว่า 10,000	6	14.60
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) 1,300 (0.00 : 15,000)		
7. ระยะเวลาที่ดูแลผู้พิการ		
น้อยกว่า 3 เดือน	4	9.80
3 -24 เดือน	17	41.50
25-48 เดือน	8	19.50
49-60 เดือน	2	4.90
มากกว่า 60 เดือน	10	24.40
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 36.95 (34.75)		
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) 24 (2 : 168)		
8. การมีโรคประจำตัว		
โรคหลอดเลือดสมอง	26	63.40
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3	7.30
โรคความดันโลหิตสูง	12	29.30
9. ภาวะอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย		
มี	35	85.40
ไม่มี	6	14.60
10. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
เคย	7	17.10
ไม่เคย	34	82.90
11. เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน		
เคย	16	39.00
ไม่เคย	25	61.00
12. แหล่งความรู้หรือข้อมูลที่ท่านได้รับ		
ประชุม/อบรม/สัมมนา	24	58.50
ศึกษาด้วยตนเอง	4	9.80
คำแนะนำจากทีมเยี่ยมบ้าน	13	31.70



จากตาราง 4.6 พบว่าผู้ดูแลผู้พิการจำนวน 41 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.50 มีอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.70 มีอายุเฉลี่ย 45.68 ปี (S.D=9.26) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้พิการส่วนใหญ่เป็นภรรยา ร้อยละ 46.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.10 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 65.90 มีรายได้ 1,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.90 ระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้พิการ 3 -24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.50 เฉลี่ย 36.95 เดือน (S.D=34.75) ส่วนใหญ่มีโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 63.40 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.30 ผู้ดูแลมีภาระอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 85.40 ผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 82.90 ไม่เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 61.00 และแหล่งความรู้หรือแหล่งข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากการประชุม/อบรม/สัมมนา ร้อยละ 58.50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีของผู้ดูแล

ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา n=57		หลังการพัฒนา n=57	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	5	12.20	29	70.70
ปานกลาง	20	48.80	9	22.00
ต่ำ	16	39.00	3	7.30
รวม	41	100.00	41	100.00

จากตาราง 4.7 พบว่าหลังการพัฒนาผู้ดูแลผู้พิการส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูงร้อยละ 70.70



ตาราง 4.8 จำนวนและร้อยละของความรู้ของผู้ดูแลที่ตอบคำถามถูกต้องในการพัฒนาระบบการดูแล ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายข้อ

ความรู้ในการดูแลสุขภาพของคนพิการ	ก่อนการพัฒนา n=41		หลังการพัฒนา n=41	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ควรรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ตามคำแนะนำของ ทีมสุขภาพ	30	73.20	35	85.40
2. ทุกมื้อที่รับประทานอาหารต้องมีผักและผลไม้ นอกเหนือ จากข้าวและเนื้อสัตว์ที่ปรุงแล้ว	35	85.40	35	85.40
3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	16	39.00	32	78.00
4. รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ	23	56.10	24	58.50
5. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ที่ทำให้ เกิดอาการมินเมา รวมถึงหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	39	95.10	37	90.20
6. หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน มัน เค็ม	33	80.50	34	82.90
7. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นประจำทุกวัน	31	75.60	33	80.50
8. หลังการเป็นอัมพาตสามารถบริหารร่างกายได้ตามปกติ	26	63.44	21	51.20
9. การบริหารร่างกายและการฟื้นฟูสภาพท่านปฏิบัติ ได้สม่ำเสมอไม่ทำให้เสียเวลา	34	82.90	35	85.40
10. ออกกำลังกายเหมาะสมกับสภาพร่างกาย	33	80.50	37	90.20
11. มีเวลานอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมงต่อวัน	18	43.90	34	82.90
12. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับหรือยากลุ่มที่มีฤทธิ์ใน การออกฤทธิ์ให้ง่วงซึมเพื่อให้หลับ	29	70.70	40	97.60
13. ควรพาผู้พิการออกไปพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ ท่องเที่ยวต่างๆ	29	70.70	41	100.00
14. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง เช่น ยาควบคุมความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด	18	43.90	32	78.00
15. ไม่ควรไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ				
16. ควรมีสั่งเกตความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายอยู่เสมอ	11	26.80	35	85.40
17. ตรวจสอบสุขภาพร่างกายประจำปี อย่างน้อยปีละครั้ง	12	29.30	38	92.70
18. พุดระบายความไม่สบายใจกับบุคคลที่ไว้วางใจ	41	100.00	41	100.00
19. ผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยงานอดิเรกที่ทำให้สบายใจ	30	73.20	38	92.70
20. พยายามทำจิตใจให้ผ่องใส คิดถึงสิ่งดีงามเสมอ	24	58.5	35	85.40
21. เมื่อเครียดและไม่สบายใจจะรู้ตัวเสมอ	29	70.70	35	85.40
22. เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะขอคำปรึกษาจากครอบครัว	36	87.80	38	92.70



จากตาราง 4.8 หลังการพัฒนาเมื่อจำแนกร้อยละความรู้รายข้อในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้ดูแลผู้พิการ พบว่าหลังการพัฒนาผู้ดูแลมีความรู้มากที่สุดในเรื่อง ควรพาผู้พิการออกไปพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ และพูดระบายความไม่สบายใจกับบุคคลที่ไว้วางใจ ร้อยละ 100 ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับหรือยากลุ่มที่มีฤทธิ์ในการออกฤทธิ์ให้วังซิมเพื่อให้หลับ ร้อยละ 97.60 และตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี อย่างน้อยปีละครั้ง ผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยงานอดิเรกที่ทำให้สบายใจ และเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะขอคำปรึกษาจากครอบครัว ร้อยละ 92.70 ตามลำดับ มีความรู้น้อยที่สุดในเรื่อง หลังการเป็นอัมพาตสามารถบริหารร่างกายได้ตามปกติ ร้อยละ 51.20 รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ ร้อยละ 58.50 และดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง เช่น ยาควบคุมความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด เท่ากันร้อยละ 78.00 ตามลำดับ

ตาราง 4.9 ข้อมูลความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้พิการที่บ้าน จากโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	41	14.49	2.65			
หลังการพัฒนา	41	18.68	2.41	-8.710	40	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน จากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี



ตาราง 4.10 ระดับคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลก่อนและหลังการพัฒนา
จำแนกรายข้อ

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	ก่อนการพัฒนา n = 41			หลังการพัฒนา n = 41		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ผู้พิการถือว่าเป็นบุคคลที่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม	3.41	0.59	ปานกลาง	4.29	0.68	มาก
2. ผู้พิการเป็นบุคคลที่น่าสงสารและน่าเห็นใจ	3.24	0.54	ปานกลาง	4.46	0.71	มาก
3. ผู้พิการถือเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ	3.07	0.90	ปานกลาง	3.95	0.74	มาก
4. ผู้พิการเป็นบุคคลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้	3.95	0.31	มาก	3.17	0.58	ปานกลาง
5. ผู้พิการคือบุคคลที่มีศักยภาพด้อยกว่าคนปกติทั่วไป	4.37	0.83	มาก	3.49	1.00	ปานกลาง
6. คนในชุมชนน่าจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้พิการ	3.66	0.62	มาก	4.32	0.61	มาก
7. ผู้ดูแลคนพิการเป็นบุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้พิการ	3.32	0.57	ปานกลาง	4.02	0.76	มาก
8. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เราสามารถฝึกฝนให้เขาได้	3.61	0.54	มาก	3.56	0.67	มาก
9. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะไม่สามารถลุกขึ้นนั่งได้ แม้จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วก็ตาม	2.95	0.55	ปานกลาง	3.12	0.75	ปานกลาง
10. ผู้พิการควรใช้ห้องส้วมเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกแตกต่างจากสมาชิกคนอื่นๆ	2.61	1.07	ปานกลาง	2.73	0.70	ปานกลาง
รวม	3.42	0.34	ปานกลาง	3.71	0.35	มาก

จากตาราง 4.10 ระดับคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลหลังการพัฒนาพบว่าทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.71$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าทัศนคติประเด็นผู้พิการเป็นบุคคลที่น่าสงสารและน่าเห็นใจ ($\bar{x} = 4.46$) คนในชุมชนน่าจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้พิการ ($\bar{x} = 4.32$) ผู้พิการถือว่าเป็นบุคคลที่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ($\bar{x} = 4.29$) ผู้ดูแลคนพิการเป็นบุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้พิการ ($\bar{x} = 4.02$) ผู้พิการถือเป็น



บุคคลที่ไร้ความสามารถ ($\bar{x} = 3.95$) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เราสามารถฝึกฝนให้เขาได้ ($\bar{x} = 3.56$) และหลังการพัฒนาประเด็นผู้พิการคือบุคคลที่มีศักยภาพด้อยกว่าคนปกติทั่วไป ($\bar{x} = 3.49$) ผู้พิการเป็นบุคคลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ ($\bar{x} = 3.17$) ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ และหลังการพัฒนาประเด็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะไม่สามารถลุกขึ้นนั่งได้ แม้จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วก็ตาม ($\bar{x} = 3.12$) และผู้พิการควรใช้ห้องส้วมเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกแตกต่างจากสมาชิกคนอื่นๆ ($\bar{x} = 2.73$) ระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม

ตาราง 4.11 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนา

ทัศนคติ	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	41	3.42	0.34			
หลังการพัฒนา	41	3.71	0.35	4.152	40	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.11 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการได้รับบริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 4.12 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน จากโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกเป็นรายด้าน

ประเด็น	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. ด้านการได้รับข้อมูลและความรู้	3.59	0.32	พึงพอใจมาก
2. ด้านความเอาใจใส่ช่วยเหลือ	3.36	0.26	พึงพอใจปานกลาง
3. ด้านความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก	3.52	0.46	พึงพอใจมาก
4. ด้านการได้รับโอกาสและการมีส่วนร่วมจากทีมสุขภาพ	3.21	0.39	พึงพอใจปานกลาง
รวม	3.42	0.36	พึงพอใจปานกลาง



จากตาราง 4.12 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้พิการในภาพรวม พบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านการได้รับข้อมูลและความรู้มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.59$) รองลงมาคือด้านความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.52$) ด้านความเอาใจใส่ช่วยเหลือ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.36$) และด้านการได้รับโอกาสและการมีส่วนร่วมจากทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.21$) ตามลำดับ

ตาราง 4.13 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ด้านการได้รับข้อมูลและความรู้ จำแนกเป็นรายข้อ

ประเด็น	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. การอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโรค เช่น สาเหตุ อาการ และอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	3.83	0.74	พึงพอใจมาก
2. การอธิบายให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร	3.59	0.55	พึงพอใจมาก
3. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง เช่น ชนิด ขนาดของยา เวลาที่รับประทานสรรพคุณของยาและฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น	3.63	0.49	พึงพอใจมาก
4. การแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่	3.66	0.48	พึงพอใจมาก
5. การแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ	3.66	0.48	พึงพอใจมาก
6. การสอน การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรค	3.59	0.49	พึงพอใจมาก
7. การสอน/แนะนำการดัดแปลงวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ให้ใช้ได้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ	3.20	0.40	พึงพอใจปานกลาง
รวม	3.59	0.32	พึงพอใจมาก

จากตาราง 4.13 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้พิการด้านการได้รับข้อมูลและความรู้ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า การอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโรค เช่น สาเหตุ อาการ และอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.83$) การแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ พึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.66$) การแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ พึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.66$) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง เช่น ชนิด ขนาดของยา เวลาที่รับประทาน สรรพคุณของยาและฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น พึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.63$) การอธิบายให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร พึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.59$) การสอน การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรค พึงพอใจใน



ระดับมาก ($\bar{x} = 3.59$) และการสอน/แนะนำการดัดแปลงวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ให้ใช้ได้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ ฟังพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.20$) ตามลำดับ

ตาราง 4.14 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ด้านความเอาใจใส่ช่วยเหลือ จำแนกเป็นรายชื่อ

ประเด็น	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. การซักถามและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง	3.41	0.49	ฟังพอใจปานกลาง
2. การให้บริการด้วยความชำนาญ คล่องแคล่ว และว่องไว	3.44	0.50	ฟังพอใจปานกลาง
3. ให้บริการด้วยความนุ่มนวลและอ่อนโยน	3.44	0.63	ฟังพอใจปานกลาง
4. การให้ความใส่ใจและให้คำแนะนำด้วยความเต็มใจ	3.44	0.63	ฟังพอใจปานกลาง
5. การให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพด้วยความกระตือรือร้น	3.29	0.46	ฟังพอใจปานกลาง
6. ส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล	3.22	0.42	ฟังพอใจปานกลาง
7. การซักถามปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือขณะอยู่ที่บ้าน	3.07	0.26	ฟังพอใจปานกลาง
8. การสนใจรับฟังและแสดงความเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพ	3.37	0.49	ฟังพอใจปานกลาง
9. การบอก/อธิบายอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	3.44	0.50	ฟังพอใจปานกลาง
10. การแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ	3.44	0.50	ฟังพอใจปานกลาง
รวม	3.36	0.26	ฟังพอใจปานกลาง

จากตาราง 4.14 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้พิการด้านความเอาใจใส่ช่วยเหลือ จำแนกเป็นรายชื่อ การให้บริการด้วยความชำนาญ คล่องแคล่ว และว่องไว มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.44$) ให้บริการด้วยความนุ่มนวลและอ่อนโยน มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.44$) การให้ความใส่ใจและให้คำแนะนำด้วยความเต็มใจ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.44$) การบอก/อธิบายอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.44$) การแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.44$) การซักถามและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.41$) การสนใจรับฟังและแสดงความเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.37$) การให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพด้วยความกระตือรือร้น มีความพึงพอใจ



ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.29$) ส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.22$) และการซักถามปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือขณะอยู่ที่บ้าน มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.07$) ตามลำดับ

ตาราง 4.15 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ด้านความช่วยเหลืออำนาจและความสะดวก จำแนกเป็นรายชื่อ

ประเด็น	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. การช่วยบรรเทาความไม่สุขสบาย เช่น การพลิกตะแคงตัว การบีบนิ้ว การจัดทำนอน	3.78	0.42	พึงพอใจมาก
2. การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของท่านและครอบครัวลงจากเดิม	3.29	0.72	พึงพอใจปานกลาง
3. การให้ข้อมูลในการติดต่อสื่อสารเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย	3.66	0.62	พึงพอใจมาก
4. เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตปรอท อุปกรณ์ทำแผลมีเพียงพอ และพร้อมในการใช้งาน	3.66	0.62	พึงพอใจมาก
5. การติดต่อสื่อสารกับแหล่งประโยชน์หรือสถานบริการสุขภาพในการช่วยเหลือ	3.22	0.57	พึงพอใจปานกลาง
รวม	3.52	0.46	พึงพอใจมาก

จากตาราง 4.15 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้พิการด้านความช่วยเหลืออำนาจและความสะดวก จำแนกเป็นรายชื่อ การช่วยบรรเทาความไม่สุขสบาย เช่น การพลิกตะแคงตัว การบีบนิ้ว การจัดทำนอน มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.78$) การให้ข้อมูลในการติดต่อสื่อสารเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.66$) เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตปรอท อุปกรณ์ทำแผลมีเพียงพอ และพร้อมในการใช้งาน มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.66$) การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของท่านและครอบครัวลงจากเดิม มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.29$) การติดต่อสื่อสารกับแหล่งประโยชน์หรือสถานบริการสุขภาพในการช่วยเหลือ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.22$) ตามลำดับ



ตาราง 4.16 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ด้านการได้รับโอกาสและการมีส่วนร่วมจากทีมสุขภาพ
จำแนกเป็นรายข้อ

ประเด็น	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. การเปิดโอกาสให้ท่านซักถามอาการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาตนเอง	3.37	0.49	พึงพอใจปานกลาง
2. การให้โอกาสท่านมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาล	3.22	0.57	พึงพอใจปานกลาง
3. การให้โอกาสท่านสอบถามความต้องการในการรักษาและดูแลตนเอง	3.41	0.49	พึงพอใจปานกลาง
4. การให้โอกาสผู้ใช้บริการซักถามหรือทบทวนการปฏิบัติตน	3.27	0.45	พึงพอใจปานกลาง
5. การให้โอกาสผู้ใช้บริการระบายความรู้สึกหรือความกังวลใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	3.27	0.59	พึงพอใจปานกลาง
6. การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ	3.15	0.53	พึงพอใจปานกลาง
7. การแสดงความเป็นกันเองในการให้บริการ	3.00	0.55	พึงพอใจปานกลาง
8. การยอมรับความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ต่างๆของผู้ใช้บริการ	3.00	0.55	พึงพอใจปานกลาง
รวม	3.21	0.39	พึงพอใจปานกลาง

ตาราง 4.16 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้พิการด้านการได้รับโอกาสและการมีส่วนร่วมจากทีมสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ การให้โอกาสท่านสอบถามความต้องการในการรักษาและดูแลตนเอง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.41$) การเปิดโอกาสให้ท่านซักถามอาการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาตนเอง ตนเอง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.37$) การให้โอกาสผู้ใช้บริการซักถามหรือทบทวนการปฏิบัติตน มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.27$) การให้โอกาสผู้ใช้บริการระบายความรู้สึกหรือความกังวลใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.27$) การให้โอกาสท่านมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาล มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.22$) การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.15$) การแสดงความเป็นกันเองในการให้บริการ ผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.00$) และการยอมรับความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ต่างๆของผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.00$) ตามลำดับ



4.4.2.2 ข้อมูลด้านผู้ให้บริการ

ผู้วิจัยได้ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลด้านผู้ให้บริการจากเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 18 คน โดยใช้แบบสอบถามความรู้และทัศนคติของผู้ให้บริการผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ และแบบประเมินความพึงพอใจในระบบการดำเนินงาน ผลการศึกษามีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน ความถี่ในการให้บริการในชุมชน ประสบการณ์ฝึกอบรม การจัดทำโครงการบริการสุขภาพที่บ้าน หน่วยงานที่ให้การสนับสนุน ประสบการณ์การทำงาน ภาระงานประจำอื่นที่ต้องรับผิดชอบ

ตาราง 4.17 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=18)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	16.70
หญิง	15	83.30
2. อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	5	27.80
26 – 35 ปี	9	50.00
36 – 45 ปี	2	11.10
มากกว่า 45 ปี	2	11.10
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 32.11 (8.37)		
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) 31.50 (21 : 49)		
3. สถานภาพ		
โสด	5	27.80
สมรส	12	66.70
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	5.60
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประกาศนียบัตร	4	22.20
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	14	77.80



ตาราง 4.17 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=18)	ร้อยละ
5. ปฏิบัติงานในตำแหน่ง		
แพทย์	1	5.60
พยาบาลวิชาชีพ	8	44.40
นักกายภาพบำบัด	1	5.60
นักโภชนาการ	1	5.60
เภสัชกร	2	11.10
ทันตแพทย์	1	5.60
นักวิชาการสาธารณสุข	2	11.10
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	2	11.10
6. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้านการให้บริการดูแลสุขภาพ คนพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง		
น้อยกว่า 1 ปี	1	5.60
1-2 ปี	4	22.20
3-4 ปี	11	61.10
4 ปีขึ้นไป	1	5.60
ไม่มีประสบการณ์	1	5.60
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 2.89 (1.02)		
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) 3 (1 : 6)		
7. ชั่วโมงเฉลี่ยที่ให้บริการคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน		
น้อยกว่า 10 ชม./เดือน	6	33.20
11 - 20 ชม./เดือน	10	55.60
21 - 30 ชม./เดือน	1	5.60
31 - 40 ชม./เดือน	1	5.60
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 11.28 (7.74)		
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) 12 (4 : 36)		
8. การฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ		
เคย	5	27.80
ไม่เคย	13	72.20
9. การจัดทำโครงการดูแลสุขภาพคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ 2555		
มี	3	16.70
ไม่มี	15	83.30



ตาราง 4.17 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=18)	ร้อยละ
10. หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ด้านคนพิการใน หน่วยบริการปฐมภูมิของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)	3	16.70
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด	5	27.80
องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล	4	22.20
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	6	33.30
11. เคยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านให้บริการดูแลสุขภาพ ที่บ้านจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นมาก่อนหรือไม่		
เคย	2	11.10
ไม่เคย	16	88.90
12. มีภาระงานประจำอื่นที่ต้องรับผิดชอบ นอกจากงานดูแลสุขภาพผู้ พิการที่บ้าน		
มี	15	83.30
ไม่มี	3	16.70

จากตาราง 4.17 พบว่าผู้ให้บริการจำนวน 18 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 อยู่ในกลุ่มอายุ 26–35 ปีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.00 มีอายุเฉลี่ย 32.11(S.D.=8.37) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 77.80 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 44.40 ปฏิบัติงานด้านการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านเป็นเวลา 3-4 ปี ร้อยละ 61.10 เฉลี่ย 2.89 ปี (S.D.=1.02) ให้บริการเยี่ยมบ้าน 11 - 20 ชั่วโมงใน 1 เดือน ร้อยละ 55.60 เฉลี่ย 11.28 ชั่วโมง/เดือน (S.D.=7.74) ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ร้อยละ 72.20 ในปีงบประมาณ 2555 ไม่มีการจัดทำโครงการดูแลสุขภาพคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 83.30 มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ร้อยละ 33.30 เจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ไม่เคยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นมาก่อน ร้อยละ 88.90 และมีภาระงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ร้อยละ 83.30

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการ



ตาราง 4.18 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา n=18		หลังการพัฒนา n=18	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	0	0.00	10	55.60
ปานกลาง	0	0.00	8	44.40
ต่ำ	18	100.00	0	0.00
รวม	18	100.00	18	100.00

จากตาราง 4.18 พบว่าหลังการพัฒนาผู้ให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.60

ตาราง 4.19 จำนวนและร้อยละของความรู้ของผู้ให้บริการ ที่ตอบคำถามถูกต้องในการดูแลสุขภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อ

ความรู้ในการดูแลสุขภาพของคนพิการ	ก่อนการพัฒนา n=18		หลังการพัฒนา n=18	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. คนพิการควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	18	100.00	18	100.00
2. การสลับเล็กของกล้ามเนื้อ คือ ผลกระทบอันดับแรกของการนอนอยู่กับที่นานๆ	17	94.40	5	27.80
3. อาการข้อไหล่ติด เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก	12	66.70	17	94.40
4. การจัดทำนอตตะแคงสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ถูกต้อง คือ การนอตตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต และให้แขนข้างที่เป็นอัมพาตเหยียดมาข้างหน้าพร้อมทั้งหงายมือ	9	50.00	18	100.00
5. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำได้โดยการลดแรงกดทับ และรักษาความสะอาดบริเวณผิวหนัง	11	61.10	18	100.00
6. ผู้พิการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้ ควรได้รับการเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆอย่างน้อยทุกๆ 3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	13	72.20	6	33.30



ตาราง 4.19 (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพของคนพิการ	ก่อนการพัฒนา n=18		หลังการพัฒนา n=18	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. การทำให้ผู้ป่วยกระแอมและไอติดๆกันหลายครั้งเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยขับเสมหะออกมาได้	11	61.10	18	100.00
8. การเลือกเสื้อผ้าควรเลือกให้พอดีกับตัวผู้พิการ เพื่อให้สะดวกต่อการเคลื่อนไหว	17	94.40	12	66.70
9. มีการปฐมนิเทศหรือได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้าน	5	27.80	18	100.00
10. มีการกำหนดนโยบายดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นลายลักษณ์อักษร	3	16.70	18	100.00
11. นโยบายการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านมีความเหมาะสม	6	33.30	18	100.00
12. การดูแลสุขภาพที่บ้านของหน่วยงานนำไปปฏิบัติได้จริง	17	94.40	16	88.90
13. หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานมีการจัดตั้งศูนย์ หรือหน่วยให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	2	11.10	15	83.30
14. มีการกำหนดทีมสุขภาพ ที่จะออกให้บริการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน	7	38.90	18	100.00
15. ภาระงานที่ได้รับมอบหมายให้บริการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านมีความเหมาะสม	2	11.10	5	27.80
16. มีการจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน	5	27.80	17	94.40
17. มีการจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ (เช่น ยา เวชภัณฑ์ วัสดุสำนักงาน ยานพาหนะ) สำหรับใช้ในโครงการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน	2	11.10	16	88.90
18. มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วย เพื่อใช้ในโครงการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน	18	100.00	17	94.40
19. มีการกำหนดระยะเวลาหรือความถี่ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	8	44.40	18	100.00
20. มีการกระตุ้นและเน้นให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ	16	88.90	18	100.00
21. มีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ใหญ่กว่า	16	88.90	17	94.40



ตาราง 4.19 (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพของคนพิการ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
22. มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน(เช่น อสม. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. มูลนิธิ) เข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วย และญาติในการดูแลสุขภาพที่บ้าน	3	16.70	16	88.90
23. มีการปรึกษากับญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	17	94.40	7	38.90
24. มีการประเมินภาวะสุขภาพขณะรักษาในโรงพยาบาล	8	44.40	13	72.20
25. ได้ร่วมประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย กลับบ้าน	7	38.90	11	61.10
26. ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง ที่โรงพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	10	55.60	12	66.70
27. ได้มีส่วนร่วมในการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ก่อนกลับบ้านตามแผนการจำหน่าย	3	16.70	14	77.80
28. ได้ศึกษารายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยก่อนออกให้บริการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน จากเวชระเบียนและรายงาน	3	16.70	13	72.20
29. ได้มีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับออก ให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน	4	22.20	14	77.80
30. ได้มีส่วนร่วมในการนัดหมายผู้ป่วยและญาติก่อนออก ให้บริการ	13	72.20	18	100.00
31. ได้ร่วมประชุมปรึกษาถึงประวัติ และแผนการให้บริการแก่ ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก่อนออกให้บริการ	15	83.30	5	27.80
32. ได้สอบถามผู้ป่วยและญาติถึงผลการรับบริการที่ผ่านมา ก่อนให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน	12	66.70	14	77.80
33. ได้ประเมินภาวะสุขภาพ และตรวจร่างกายของผู้ป่วยอย่าง ละเอียดก่อนให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน	12	66.70	7	38.90
34. ได้ประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยขณะให้การ ดูแล สุขภาพที่บ้าน	12	66.70	6	33.30
35. ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ	11	61.10	18	100.00
36. ท่านสอนญาติในการพยาบาลง่ายๆ แก่ผู้ป่วย	12	66.70	14	77.80
37. ท่านได้แนะนำญาติในการดัดแปลงอุปกรณ์ภายในบ้านให้ ผู้ป่วย	7	38.90	8	44.40
38. ท่านได้มีการซักถามความเข้าใจของผู้ป่วย และญาติ ภายหลังการให้คำแนะนำ	3	16.70	17	94.40



ตาราง 4.19 (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพของคนพิการ	ก่อนการพัฒนา n=18		หลังการพัฒนา n=18	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
39. เมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการ ท่านได้นัดผู้ป่วยและญาติเพื่อให้บริการในครั้งต่อไป	6	33.30	16	88.90
40. ท่านได้บันทึกรายงานผู้ป่วยหลังให้บริการ	18	100.00	16	88.90
41. ท่านได้ร่วมประชุมปรึกษาเพื่อสรุปผลการให้บริการแก่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพภายหลังให้บริการ	18	100.00	17	94.40
42. โรงพยาบาลมีการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	1	5.60	1	5.60
43. โรงพยาบาลมีการจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้าน	4	22.20	18	100.00
44. ท่านได้ทำรายงานประจำเดือนสรุปผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	0	0.00	17	94.40
45. ท่านได้ทำรายงานประจำปีสรุปผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	17	94.40	17	94.40
46. ท่านได้ชี้แจงภาวะสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติหลังให้บริการ	1	5.60	18	100.00
47. โรงพยาบาลมีคณะกรรมการประเมินผลการให้บริการ	0	0.00	16	88.90

จากตาราง 4.19 หลังการพัฒนาเมื่อจำแนกร้อยละความรู้รายข้อในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้ให้บริการ พบว่าหลังการพัฒนาผู้ให้บริการมีความรู้มากที่สุดในเรื่อง คนพิการควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ การจัดท่านอนตะแคงสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ถูกต้อง คือ การนอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต และให้แขนข้างที่เป็นอัมพาตเหยียดมาข้างหน้าพร้อมทั้งหงายมือ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำได้โดยการลดแรงกดทับและรักษาความสะอาดบริเวณผิวหนัง การทำให้ผู้ป่วยกระแอมและไอติดๆกันหลายครั้งเป็นวิธีการหนึ่งช่วยขับเสมหะออกมาได้ ร้อยละ 100 มีความรู้ที่น้อยที่สุดในเรื่อง โรงพยาบาลมีการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 5.60 การสืบเสาะของกล้ามเนื้อ คือ ผลกระทบอันดับแรกของการนอนอยู่กับที่นานๆ ภาระงานที่ได้รับมอบหมายให้บริการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านมีความเหมาะสม ได้ร่วมประชุมปรึกษาถึงประวัติ และแผนการให้บริการแก่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก่อนออกให้บริการ ร้อยละ 27.80 และ พิกัดที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้ ควรได้รับการเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆอย่างน้อยทุกๆ 3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้ประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยขณะให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 33.30 ตามลำดับ



ตาราง 4.20 คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	18	19.39	3.24	-15.075	17	<0.001*
หลังการพัฒนา	18	37.44	4.38			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.20 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติของผู้ให้บริการในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 4.21 ระดับคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	ก่อนการพัฒนา n = 41			หลังการพัฒนา n = 41		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. คนในชุมชนน่าจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้พิการ	4.17	0.38	มาก	4.78	0.42	มากที่สุด
2. ผู้ดูแลคนพิการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้พิการ	4.17	0.51	มาก	4.22	0.43	มาก
3. โรงพยาบาลควรจัดเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญลงชุมชนเพื่อดูแลผู้พิการร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	3.94	0.64	มาก	4.11	0.96	มาก
4. ผู้พิการควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้	4.39	0.69	มาก	3.89	0.83	มาก
5. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เราสามารถฝึกฝนให้เขาได้	4.06	0.54	มาก	3.61	0.92	มาก
รวม	4.12	0.51	มาก	4.14	0.26	มาก



จากตาราง 4.21 ระดับคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการหลังการพัฒนา พบว่ามีทัศนคติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.14$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าประเด็น คนในชุมชนน่าจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้พิการ ($\bar{x}=4.78$) ผู้ดูแลคนพิการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้พิการ ($\bar{x}=4.22$) โรงพยาบาลควรจัดเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญลงชุมชนเพื่อดูแลผู้พิการร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ($\bar{x}=4.11$) ผู้พิการควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ ($\bar{x}=3.89$) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เราสามารถฝึกฝนให้เขาได้ ($\bar{x}=3.61$) เรียงตามลำดับ

ตาราง 4.22 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา

ทัศนคติ	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	18	4.12	0.51			
หลังการพัฒนา	18	4.14	0.26	-0.212	17	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.22 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 4.23 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้านของผู้ให้บริการในการให้บริการดูแลผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็น	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. ด้านบุคลากร	3.56	0.32	พึงพอใจมาก
2. ด้านงบประมาณ	3.30	0.57	พึงพอใจปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์ และครุภัณฑ์	3.11	0.43	พึงพอใจปานกลาง
4. ด้านบริหารจัดการ	3.38	0.63	พึงพอใจมาก
รวม	3.33	0.49	พึงพอใจปานกลาง



จากตาราง 4.23 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$) ด้านบริหารจัดการมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.69$) ด้านบุคลากร มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.56$) ด้านงบประมาณมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30$) และด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.11$) ตามลำดับ

ตาราง 4.24 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ด้านบุคลากรจำแนกเป็นรายชื่อ

ประเด็น	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงพอกับปริมาณงานด้านผู้พิการ	3.11	0.47	พึงพอใจปานกลาง
2. บุคลากรเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอเหมาะสมในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	3.67	0.49	พึงพอใจมาก
3. บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการให้บริการก่อนลงปฏิบัติงานด้านผู้พิการ เช่น การอบรม การสาธิตการให้บริการ การศึกษาระบบงาน	3.67	0.59	พึงพอใจมาก
4. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการให้บริการสุขภาพแก่คนพิการ	3.78	0.43	พึงพอใจมาก
5. อสม. ในเขตพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	3.56	0.62	พึงพอใจมาก
6. หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้พิการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องลงให้บริการผู้พิการในพื้นที่	3.56	0.51	พึงพอใจมาก
รวม	3.56	0.32	พึงพอใจมาก

จากตาราง 4.24 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ด้านบุคลากรจำแนกเป็นรายชื่อ พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการให้บริการสุขภาพแก่คนพิการ มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.78$) บุคลากรเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอเหมาะสมในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.67$) บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการให้บริการก่อนลงปฏิบัติงานด้านผู้พิการ เช่น การอบรม การสาธิตการให้บริการ การศึกษาระบบงาน มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.67$) อสม. ในเขตพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.56$) หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้พิการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องลงให้บริการผู้พิการในพื้นที่ มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.56$) และจำนวนบุคลากรที่



รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงพอกับปริมาณงานด้านผู้พิการ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.11$) ตามลำดับ

ตาราง 4.25 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ด้านงบประมาณจำแนกเป็นรายชื่อ

ประเด็น	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้านคนพิการมีความเพียงพอกับการปฏิบัติงาน	3.33	0.59	พึงพอใจปานกลาง
2. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการวางแผนใช้จ่ายงบประมาณสอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานด้านคนพิการ	3.39	0.69	พึงพอใจปานกลาง
3. การใช้จ่ายงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการเป็นไปตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนงานทุกกิจกรรม	3.39	0.69	พึงพอใจปานกลาง
4. การเบิกจ่ายงบประมาณสำหรับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านทำได้รวดเร็ว และทันเวลา	3.44	0.71	พึงพอใจปานกลาง
5. การปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงาน/แหล่งอื่นๆ เช่น อบต./เทศบาล, สปสช.	2.94	0.64	พึงพอใจปานกลาง
รวม	3.30	0.57	พึงพอใจปานกลาง

จากตาราง 4.25 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้านงบประมาณ จำแนกเป็นรายชื่อ พบว่า การเบิกจ่ายงบประมาณสำหรับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านทำได้รวดเร็ว และทันเวลา มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.44$) หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการวางแผนใช้จ่ายงบประมาณสอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานด้านคนพิการ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.39$) การใช้จ่ายงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการเป็นไปตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนงานทุกกิจกรรม มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.39$) การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้านคนพิการมีความเพียงพอกับการปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.33$) และการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงาน/แหล่งอื่นๆ เช่น อบต./เทศบาล, สปสช. มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.94$) ตามลำดับ



ตาราง 4.26 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ จำแนกเป็นรายข้อ

ประเด็น	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเพียงพอ	3.00	0.49	พึงพอใจปานกลาง
2. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนยานพาหนะเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเพียงพอ	3.17	0.38	พึงพอใจปานกลาง
3. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการวางแผนจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเป็นระบบและทันเวลา	3.22	0.43	พึงพอใจปานกลาง
4. ได้รับการอบรมความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	3.28	0.58	พึงพอใจปานกลาง
5. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาประยุกต์เป็นวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	3.06	0.54	พึงพอใจปานกลาง
6. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีคุณภาพ และได้รับการบำรุงรักษาอยู่เสมอ	2.94	0.73	พึงพอใจปานกลาง
รวม	3.11	0.43	พึงพอใจปานกลาง

จากตาราง 4.26 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้านวัสดุอุปกรณ์ และครุภัณฑ์ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ได้รับการอบรมความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.28$) หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการวางแผนจัดหาวัสดุ อุปกรณ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเป็นระบบและทันเวลา ความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.22$) หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนยานพาหนะเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเพียงพอ ความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.17$) หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาประยุกต์เป็นวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.06$) หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเพียงพอ ความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.00$) และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีคุณภาพ และได้รับการบำรุงรักษาอยู่เสมอ ความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.94$) ตามลำดับ



ตาราง 4.27 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ด้านบริหารจัดการ จำแนกเป็นรายชื่อ

ประเด็น	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. นโยบายการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิมี่ความชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง	3.50	0.70	พึงพอใจปานกลาง
2. นโยบายการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิมี่ความชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง	3.72	0.46	พึงพอใจมาก
3. หน่วยบริการปฐมภูมิมีการกำหนดวิธีการ ขั้นตอน และผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน	3.44	0.71	พึงพอใจปานกลาง
4. หน่วยบริการปฐมภูมิมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน	3.78	0.43	พึงพอใจมาก
5. หน่วยบริการปฐมภูมิมีการกำหนดแนวทางในการควบคุมกำกับงานอย่างชัดเจนและสามารถใช้ควบคุมกำกับงานได้	2.67	0.59	พึงพอใจปานกลาง
6. การติดต่อประสานงานด้านผู้พิการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานภายนอกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	3.28	0.75	พึงพอใจปานกลาง
7. หน่วยบริการปฐมภูมิมีการประชุมวางแผนและประเมินผลอยู่เสมอ	3.28	0.75	พึงพอใจปานกลาง
รวม	3.38	0.63	พึงพอใจปานกลาง

จากตาราง 4.27 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้านบริหารจัดการ จำแนกเป็นรายชื่อ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.78$) นโยบายการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิมี่ความชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.72$) นโยบายการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิมี่ความชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.50$) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการกำหนดวิธีการ ขั้นตอนและผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.44$) การติดต่อประสานงานด้านผู้พิการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานภายนอกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.28$) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการประชุมวางแผนและประเมินผลอยู่เสมอ พึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.28$) และหน่วยบริการปฐมภูมิมีการกำหนดแนวทางในการควบคุมกำกับงานอย่างชัดเจนและสามารถใช้ควบคุมกำกับงานได้ พึงพอใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.67$) ตามลำดับ



4.4.3 ขั้นปรับปรุงแผนและประเมินผล

กิจกรรมที่ 7 ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายนำข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติมาวิเคราะห์และร่วมกันปรับปรุงรูปแบบและทดลองซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเป็นแนวทางที่พอใจ รวบรวมสรุปวิเคราะห์ข้อมูลระบุงค์ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาโดยประเมินคะแนนความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลและผู้ให้บริการเทียบคะแนนก่อนและหลังการพัฒนา ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องได้สรุปผลลัพธ์จากการพัฒนาได้เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานการดูแลต่อไปได้



ตาราง 4.28 เปรียบเทียบระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบเดิมและระบบใหม่

ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่หลังการพัฒนา
<p>1. ขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p>	<p>1. ชั้นเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>1.1 ทีมเยี่ยมบ้านประเมินวางแผนจำหน่ายและ ประเมิน อาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>1.2 ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>1.3 วางแผน การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพ</p> <p>1.3.1 เจ้าหน้าที่ศึกษาคู่มือการดูแลสุขภาพผู้พิการที่ บ้าน</p> <p>1.3.2 เตรียมแฟ้มประวัติ แบบประเมินภาวะ สุขภาพผู้พิการและแบบประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล</p> <p>1.3.3 ประสานงานนัดหมายเยี่ยมบ้านกับผู้ดูแล และ อสม.</p>
<p>2. ขณะเยี่ยมบ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทีม Home Health Care ติดตามผลการรักษา เช่น สอบถามอาการ - ไม่มีแบบประเมิน - ไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ 	<p>2. ชั้นเยี่ยมบ้าน (ภายใน 4 สัปดาห์ หลังจำหน่าย) โดย เจ้าหน้าที่ Home health care</p> <p>2.1 ประเมินภาวะสุขภาพผู้พิการที่บ้าน</p> <p>2.2 ประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแล</p> <p>2.3 ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ</p> <p>2.4 ฝึก ให้คำปรึกษา แนะนำและให้กำลังใจ</p> <p>2.5 ผู้พิการและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง</p>
<p>3. การติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมแลกเปลี่ยนความรู้และประสบ การณ์ในทีมสหวิชาชีพมีน้อย - ขาดการแนะนำในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ 	<p>3. ชั้นติดตามประเมินผล (4-16 สัปดาห์หลังจำหน่าย)</p> <p>3.1 เยี่ยมบ้าน ติดตาม ความก้าวหน้า</p> <p>3.2 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแลซ้ำ</p> <p>3.3 ประเมินสภาพปัญหา</p> <p>3.4 สอน ให้คำแนะนำปรึกษาและให้กำลังใจ</p> <p>3.5 สนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้พิการ ตามสภาพ ปัญหา</p>
<p>4. ระยะประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัดผลการติดตามเยี่ยมบ้านไม่ได้ - สรุปผลการเยี่ยมบ้านแบบบันทึกการเยี่ยม บ้าน 	<p>4. ชั้นดูแลตนเอง (หลัง 16 สัปดาห์)</p> <p>4.1 ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วางแผนส่ง ต่อ ข้อมูลแก่ครอบครัวและชุมชน</p> <p>4.2 มีช่องทางให้ผู้ดูแลโทรศัพท์ขอรับคำปรึกษาและขอ ความช่วยเหลือ</p> <p>4.3 สรุปบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและจัดเก็บใน ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล</p>



4.4.3.1 ผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

ผลการระดมสมองเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดกระบวนการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เกิดความตระหนักต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านที่ขาดการดูแลต่อเนื่อง มีการประชุมร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพตามขั้นตอนวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการและได้ร่วมกันวิจัยตามสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้พิการโรคหลอดเลือดสมอง มาตรฐานการดูแล การดูแลผู้พิการของผู้ดูแล เกิดแนวทางการแก้ไขโดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วม มีการจัดการความรู้และการอบรมแก่เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลสุขภาพที่บ้าน การวางแผนโดยแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ และร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแล การนำไปทดลองปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ การนำแนวทางการดำเนินงานแบบใหม่ไปใช้และติดตามประเมินผลและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน ทีมสุขภาพได้ร่วมกันพัฒนาจนได้แนวทางการปฏิบัติที่มีความคิดเห็นตรงกันว่าเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในการดำเนินการพัฒนาระบบ

“มีคู่มือให้ศึกษาก่อนออกเยี่ยมบ้านทำให้รู้สึกมั่นใจมากขึ้น” (เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน2, 2556: สัมภาษณ์)

“นักกายภาพบำบัด ออกเยี่ยมบ้านและพาผู้ป่วยหัดเดิน ผู้ป่วยเดินได้ดีขึ้น ดุสดขึ้น แข็งแรง เดินออกมานั่งเล่นนอกบ้านได้ น่าดีใจกับญาติและคนป่วยจริงๆ” (พยาบาลวิชาชีพ6, 2556: สัมภาษณ์)

หลังการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาครบตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้นได้แก่ เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการประเมินอาการผู้ป่วย มีการรับส่งข้อมูลแก่ทีมเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการวางแผนและสรุปผลการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ดูแล มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในฐานข้อมูล มีการประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้พิการ มีแนวทางและคู่มือในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้น

4.5 ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

4.5.1 ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

4.5.1.1 ด้านการมีส่วนร่วม ทีมเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกระบวนการค้นหาปัญหา และกระบวนการวางแผนแก้ไขปัญหา รวมถึงมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิบัติ แนะนำ ติดตาม และประเมินผล ผู้ดูแลผู้พิการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้พิการมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม มีความกระตือรือร้น ให้ความสนใจในการเสนอข้อมูลในส่วนที่เป็นปัญหาและบอกถึงความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วย



4.5.1.2 การบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การดูแลสุขภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการให้บริการเชิงรุกในการดูแลสุขภาพร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิโดยการออกเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม

4.5.1.3 การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยมีทีมสหวิชาชีพทำให้เกิดการทำงานที่ราบรื่นและเกิดการเชื่อมโยงทุกหน่วยบริการ การติดตามกระบวนการทำงานโดยการประชุมร่วมกัน และการเชื่อมโยงข้อมูลและสะท้อนกลับข้อมูลการพัฒนาคุณภาพสู่หน่วยบริการ เพื่อให้กิจกรรมการดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และถ้าหากพบปัญหาสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ทันเวลา และวางแผนในกิจกรรม ต่อไป

4.5.1.4 ภาวะการนำองค์กร ที่ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน สร้างความมั่นใจและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยผู้นำองค์กรมีส่วนสำคัญในการผลักดันและสนับสนุนให้มีการทำงาน เพื่อให้การกำหนดนโยบายได้นำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการโดยผู้ปฏิบัติงานไม่มองว่าเป็นภาระในการทำงาน

4.5.1.5 การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการให้บริการ โดยการเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ ฝึกอบรม และแนะนำ



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพัฒนาระบบ ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.1.1 เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดและความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.4 เพื่อศึกษาความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 สรุปผล

5.2.1 กระบวนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เลวิน (Kemmis and Mc Taggart, 1990) เป็นการวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจในการดำเนินการวิจัยและกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้



5.2.1.1 ชั้นวางแผน

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

1) ผู้วิจัยศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลด้านผู้พิการในด้านของสภาวะสุขภาพ ด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้พิการ ความพึงพอใจในการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติ ความพึงพอใจในระบบบริการดูแลสุขภาพที่บ้านตากรอคหอดเลือดสมอง รูปแบบการบริการในปัจจุบันและมาตรฐานการบริการ วิเคราะห์ข้อมูลและสภาพปัญหาที่สำรวจได้นำเสนอเข้าสู่การประชุมเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 สันทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน

2) ประชุมผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ 10 มกราคม 2556 มีผู้เข้าประชุมทั้งหมด 18 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาล วิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เกสัชกร นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้นำเสนอปัญหาจากการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็น มีการนำเสนอรายละเอียดกรณีผู้ดูแลผู้พิการ ที่ประชุมมีข้อเสนอให้มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 3 วางแผนการดำเนินงาน

3) กำหนดแผนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

5.2.1.2 ชั้นปฏิบัติและสังเกต

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ทีมเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านและเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพนำแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดร่วมกันไปทดลองปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพตนเอง บอกความต้องการและผลการปฏิบัติกับเจ้าหน้าที่

กิจกรรมที่ 5 การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล มีการประชุม สังเกตและติดตามผลการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยมบ้าน ข้อมูลกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งหมดตลอดจนปัญหาอุปสรรคและการแก้ปัญหา นำเสนอในการประชุมทีมสหวิชาชีพ

5.2.1.3 ชั้นสะท้อนการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 6 ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียนและสรุปผล

เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาทริคปฏิบัติและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน การสะท้อนการปฏิบัติโดยทีมเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป ในการประชุมทีมสหวิชาชีพจะมีการพัฒนาและปรับปรุงแผนการดำเนินการให้กระชับและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ที่สามารถปรับวิธีการได้ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ มีการรวบรวมข้อมูลและสะท้อนข้อมูลในการประชุมระดมสมอง บันทึกความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัด รวบรวมข้อมูลทั้งหมดเข้าที่ประชุม



5.2.1.4 ขั้นปรับปรุงแผนและประเมินผล

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการดำเนินงาน

การปรับปรุงแผนการดำเนินงานได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรตลอดระยะเวลาปฏิบัติการวิจัย โดยนำปัญหาที่พบและร่วมกันปรับปรุงโดยทดลองซ้ำแล้วซ้ำอีกจนได้ผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ รวบรวมสรุปวิเคราะห์ข้อมูล องค์ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาโดยประเมินความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้พิการและผู้ให้บริการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการพัฒนา

5.2.2 ข้อมูลด้านการศึกษาริบท

5.2.2.1 ข้อมูลด้านผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ดูแลจำนวน 41 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.50 มีอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.70 มีอายุเฉลี่ย 45.68 (S.D=9.26) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้พิการส่วนใหญ่เป็นภรรยา ร้อยละ 46.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.10 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 65.90 มีรายได้ 1,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.90 ระยะเวลาที่ดูแลผู้พิการ 3 -24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.50 เฉลี่ย 36.95 เดือน (S.D=34.75) ส่วนใหญ่มีโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 63.40 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.30 ผู้ดูแลมีภาระอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 85.40 ผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 82.90 ไม่เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 61.00 และแหล่งความรู้หรือแหล่งข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากการประชุม/อบรม/สัมมนา ร้อยละ 58.50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการพัฒนาผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.70 และคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยของผู้ดูแลหลังการพัฒนาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.71$) และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้พิการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกตจากผู้ดูแลผู้พิการ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและความหมาย พบว่า

1. ด้านการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ดูแลต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยม และช่วยเหลือในการดูแลการทำแผล การดูแลสายสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยาง รวมถึงการดูแลเรื่องการขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย บอกรายละเอียดของโรค เช่น อาการแทรกซ้อนทุกครั้งที่มาให้บริการที่บ้านเนื่องจากว่า บางครั้งระยะเวลาห่างที่มาเยี่ยมแต่ละครั้งนานหลายเดือนจึงทำให้ลืม



คำแนะนำ เจ้าหน้าที่ออกมาตรวจและนำยามาให้ที่บ้าน เนื่องจากบางครั้งอวัยวะตามลำพังคนแก่ทำให้เดินทางไม่สะดวกต้องรอให้บุตรหลานกลับจากทำงานซึ่งเป็นเวลายืดค่า

2. ด้านการป้องกันโรค ผู้ดูแลต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ สอนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อยึด แผลกดทับ ต้องการเอกสารหรือหนังสือมาแจกเกี่ยวกับรายละเอียดของโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาหรืออาหารที่ถูกต้อง เพื่อที่ผู้ดูแลสามารถนำเอกสารหรือหนังสือมาอ่านดูได้เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยในโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากการรับฟังอย่างเดียวไม่สามารถที่จะจำได้หมดทุกอย่าง

3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ดูแลต้องการให้เจ้าหน้าที่มาสอน ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มาเยี่ยมที่บ้าน เวลาที่มีปัญหาอะไรจะได้บอกให้ อสม. ไปแจ้งเจ้าหน้าที่ และยังต้องการให้มีบริการวัดความดันโลหิต ซึ่งน้ำหนักให้ทุกเดือน นอกจากนี้ยังต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้พิการเพิ่มขึ้น

4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจและขาดความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องการได้รับคำแนะนำในการทำกายภาพบำบัด ไม่ทราบถึงผลกระทบจากการที่ไม่กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลายเป็นผู้พิการและต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดชีวิต เจ้าหน้าที่ควรทำอุปกรณ์ให้ที่บ้าน เช่น ทำรอกสำหรับบริหาร ทำยางยืดสำหรับออกกำลังกาย ราวจับเดิน เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการทำและไม่เข้าใจว่าจะทำในลักษณะใดที่ถูกต้อง

5.2.2.2 ข้อมูลด้านผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 อยู่ในกลุ่มอายุ 26 – 35 ปีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.00 มีอายุเฉลี่ย 32.11(S.D.=8.37) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 77.80 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 44.40 ปฏิบัติงานด้านการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านเป็นเวลา 3-4 ปี ร้อยละ 61.10 เฉลี่ย 2.89 ปี (S.D.=1.02) ให้บริการเยี่ยมบ้าน 11-20 ชั่วโมงใน 1 เดือน ร้อยละ 55.60 เฉลี่ย 11.28 ชั่วโมง/เดือน (S.D.=7.74) ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ ร้อยละ 72.20 ในปีงบประมาณ 2555 ไม่มีการจัดทำโครงการดูแลสุขภาพคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 83.30 มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ร้อยละ 33.30 เจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ไม่เคยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นมาก่อน ร้อยละ 88.90 และมีภาระงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ร้อยละ 83.30

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการพัฒนาผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.60 และคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้ให้บริการหลังการพัฒนาที่มีทัศนคติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.14$) และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้บริการหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการจัดระบบงานการดูแลผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการให้บริการในปัจจุบันและความต้องการสนับสนุนของทีมงานเจ้าหน้าที่ รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองและการระดมสมอง พบว่า

1. เจ้าหน้าที่ที่มดูแลสุขภาพขาดทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยพิการ บางคนเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ยังซึ่งขาดประสบการณ์ในการออกเยี่ยมบ้าน ไม่มีทีมสหวิชาชีพพร้อมกันดูแลรับผิดชอบ
2. ข้อมูลการเยี่ยมบ้านไม่ได้ถูกส่งต่อในทีมสหวิชาชีพ
3. ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ไม่มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถวางแผนการจัดบริการได้ ขาดแนวทางดูแลร่วมกันอย่างชัดเจน ไม่ได้รับความสะดวกด้านยานพาหนะในการออกเยี่ยมบ้าน

4. ไม่มีคู่มือในการปฏิบัติงาน ทำให้เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจ

สรุปเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ต้องการการอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยผู้พิการที่มีภาวะอัมพาต ต้องการจัดทำมีทะเบียนข้อมูลผู้พิการ ข้อมูลการเยี่ยมบ้านและการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในทีมสหวิชาชีพ ต้องการให้มีการประสานงานที่ชัดเจน ต้องการการสนับสนุนยานพาหนะในการออกเยี่ยมบ้าน ต้องการให้มีคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อสะดวกในการศึกษาและเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติงานในพื้นที่

ข้อมูลด้านมาตรฐานการบริการในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง รวบรวมข้อมูลจากการประเมินมาตรฐานการบริการในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม ไม่มีการปฐมนิเทศหรือชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้าน ไม่มีนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษร ยังไม่มีการจัดตั้งศูนย์หรือหน่วยให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทีมเยี่ยมบ้านที่จะออกให้บริการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพเท่านั้น ยังไม่มีแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพและนักกายภาพเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานบริการเยี่ยมบ้าน ยังไม่มีความพร้อมด้านการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์สำหรับงานบริการสุขภาพที่บ้าน เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ไม่มีแนวทางหรือคู่มือในการศึกษาก่อนให้บริการเยี่ยมบ้าน ไม่มีการวางแผนติดตามประเมินการดูแลสุขภาพที่บ้าน เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านได้แนะนำญาติผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน แต่ยังคงขาดการมีส่วนร่วมและสนับสนุนจากชุมชน ด้านขั้นตอนการให้บริการขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวไม่มีการร่วมประเมินภาวะสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ มีเพียงแพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่มีการช่วยเหลือแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่มีการวางแผนติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างเป็นสหวิชาชีพและไม่มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการศึกษาประวัติและประสานงานการให้บริการกับทีมสุขภาพชุมชนก่อนออกให้บริการ ในการให้บริการผู้ป่วยและญาติ มีการประเมินภาวะสุขภาพและตรวจร่างกายรวมถึงสอบถามถึงผลการรับบริการที่ผ่านมา มีการประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดัดแปลงอุปกรณ์ภายในบ้านเพื่อใช้ในการทำกายภาพบำบัดและออกกำลังกาย ระบบการส่งต่อข้อมูลบางครั้งล่าช้า ทำให้พันสภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพไปแล้ว เจ้าหน้าที่



เยี่ยมบ้านจะไปเยี่ยมเพื่อสอบถามอาการทั่วไปและแนะนำการรักษาต่อเนื่องเท่านั้น ไม่ครอบคลุมด้าน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการแล้วไม่มีการประเมินความรู้ ความเข้าใจหลังการให้บริการ รวมถึงไม่มีการนัดหมายการให้บริการครั้งต่อไป หลังการให้บริการ ขาดการบันทึกรายงานเพื่อสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ไม่มีการประเมินผลการให้บริการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน ทำให้ไม่มีการรายงานผลการปฏิบัติงานประจำเดือน มีเพียงสรุปรายงานประจำปีถึง ผลการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเองหลังการ ให้บริการและไม่มีความกระตือรือร้นในการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงกล่าวได้ว่าโรงพยาบาล ท่งศรีอุดม ทีมดูแลสุขภาพที่บ้านยังไม่มีแบบแผนการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือด สมองที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาในการจัดบริการ

ดังนั้นผู้วิจัยและทีมผู้เกี่ยวข้องจึงได้ร่วมกันดำเนินการพัฒนาแนวทางการบริการดูแล สุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จน ได้แนวทางการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ โรงพยาบาลท่งศรีอุดม

5.2.2.3 แนวทางการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ อำเภอท่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

- 1) ขั้นเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย ทีมเยี่ยม บ้านประเมินอาการผู้ป่วย ลงทะเบียนผู้ป่วยและร่วมวางแผนการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 2) ขั้นเยี่ยมบ้าน (ภายใน 4 สัปดาห์ หลังจำหน่าย) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยม บ้านเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้พิการที่บ้าน ประเมินความรู้ของผู้ดูแล ประเมินสภาพปัญหาและความ ต้องการ เจ้าหน้าที่ฝึกและให้คำแนะนำ ให้กำลังใจผู้พิการและผู้ดูแลในฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง
- 3) ขั้นติดตามประเมินผล (4-16 สัปดาห์หลังจำหน่าย) ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้า ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลซ้ำ ประเมินสภาพปัญหา ฝึกและให้คำแนะนำปรึกษา และ สนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 4) ขั้นดูแลตนเอง (หลัง 16 สัปดาห์) ได้แก่ การประชุมแลกเปลี่ยนและวางแผนส่งต่อ ข้อมูลแก่ครอบครัวและชุมชน เพิ่มช่องทางการโทรศัพท์เพื่อขอคำปรึกษาและติดต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ สรุปบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและจัดเก็บในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

5.2.2.4 การบริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านที่เป็นมาตรฐาน

หลังการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วย บริการปฐมภูมิ มีการพัฒนาครบตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้นได้แก่ เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการประเมินอาการผู้ป่วย มีการรับส่งข้อมูลแก่ทีม เยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการวางแผนและสรุปผลการติดตามดูแลสุขภาพที่ บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ดูแล มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ในฐานข้อมูล มีการประเมินความรู้ของผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้พิการ มีแนวทางและคู่มือใน การดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองครอบคลุมตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพที่บ้าน



5.3 อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี อภิปรายผลในแต่ละประเด็นได้ดังนี้

5.3.1 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการระบบเดิม ขาดแนวทางการดูแลขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ขณะเยี่ยมบ้านขาดแบบประเมินสถานะผู้ป่วยและไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่การประชุมแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในทีมสหวิชาชีพมีน้อย ขาดการแนะนำในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินผลวัดผลการติดตามเยี่ยมบ้านไม่ได้และมีการสรุปผลการเยี่ยมบ้านแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ซึ่งระบบการดูแลรูปแบบเดิมส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะ Coma นานไป มีอาการเกร็งหรืออ่อนแรงกล้ามเนื้อต้นขา ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย มีความบกพร่องทางสติปัญญา สายตา มีอาการซึมเศร้า จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เพราะจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จะเกิดตามมาเช่น อาการข้อติด ผิดรูป ข้อไหลหลุด เป็นต้น ซึ่งจะเป็นอุปสรรคขัดขวางทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่น มีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางลบ ไม่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย รวมถึงเป็นภาระของญาติ ผู้ดูแล รวมถึงสังคมรอบข้าง อีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้พิการ มีแนวโน้มอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งมาจากภาวะพร่องความสามารถจากความพิการที่เกิดขึ้น ดังนั้นการบำบัดฟื้นฟูร่างกาย และกล้ามเนื้อโดยกระบวนการทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ในที่นี้รวมไปถึงการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน การเข้ากลุ่ม สื่อและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือด้านการบำบัดฟื้นฟู จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้พิการฟื้นความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ ช่วยเหลือตนเอง และลดภาระของผู้ดูแล การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน 7 ขั้นตอน โดยการศึกษาบริบท การดูแลสุขภาพผู้พิการ ประชุมผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วยผู้ดูแลและผู้ให้บริการ การวางแผนการดำเนินงาน ดำเนินการตามแผนการปฏิบัติงาน การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมถอดบทเรียน และสรุปผล และประเมินติดตามผลการดำเนินงาน มีการสะท้อนการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เป็นวงจรการวิจัยโดยทุกคนมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชอผกา ไชยมงคล (2553) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัดพบว่าการใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมที่เน้นผู้พิการและผู้นำชุมชน ส่งผลให้การพัฒนาสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช บุญกอง, ชนานุช พันธุ์เพรียง, ชาตรี คำชมพู (2551) พบว่าการมีส่วนร่วมคิดร่วมทำของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยพัฒนาระบบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์สามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้และทำให้มีการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและตัวแทนผู้พิการ ซึ่งพบว่าการศึกษารั้งนี้โดยพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน 7 ขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ จาริก (2551) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองแบบมีส่วนร่วมโดยดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขึ้นวางแผน โดยการศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดรูปแบบ 2) ขึ้นทดลอง



ปฏิบัติและสังเกต โดยการนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้และสังเกตติดตามผล 3) ขั้นตอนการปฏิบัติ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองปฏิบัติมาปรับวิธีการดูแลและปรับรูปแบบ และ 4) ขั้นปรับปรุงแผน และประเมินผล ทำให้เกิดระบบการดำเนินงานแบบใหม่ 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อมก่อน จำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย ทีมเยี่ยมบ้านประเมินอาการผู้ป่วย ลงทะเบียนผู้ป่วยและ ร่วมวางแผนการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) ขั้นเยี่ยมบ้าน (ภายใน 4 สัปดาห์ หลังจำหน่าย) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้พิการที่บ้าน ประเมินความรู้ของผู้ดูแล ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ เจ้าหน้าที่ฝึกและให้คำแนะนำ ให้กำลังใจผู้พิการและผู้ดูแลใน ฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง 3) ขั้นติดตามประเมินผล (4-16 สัปดาห์หลังจำหน่าย) ได้แก่ การติดตาม ความก้าวหน้าในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลซ้ำ ประเมินสภาพปัญหา ฝึกและให้คำแนะนำ ปรึกษา และสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน 4) ขั้นดูแลตนเอง (หลัง 16 สัปดาห์) ได้แก่ การประชุมแลกเปลี่ยนและวางแผนส่งต่อข้อมูลแก่ครอบครัวและชุมชน เพิ่มช่องทางการโทรศัพท์เพื่อ ขอคำปรึกษาและติดต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ สรุปบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและจัดเก็บในฐานข้อมูล ของโรงพยาบาล ผลการดำเนินงานสอดคล้องกับบุษราคัม คาบเพ็ชร (2548) ส่งผลให้การติดตามดูแล สุขภาพผู้พิการที่บ้านสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการได้ ลดภาวะแทรกซ้อน ผู้พิการสามารถช่วยเหลือ ตัวเองได้ ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม และสอดคล้องกับบรรณชววรรณ ทิรัญเคราะห์ (2549) ศึกษาถึงผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการ ฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และสอดคล้องกับเปรมจิต จันทะแจ่ม (2550) ได้ศึกษาการฟื้นฟูสภาพโดยโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง สามารถควบคุมการ เคลื่อนไหวของร่างกาย และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยดีขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของผู้พิการ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ

5.3.2 การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความรู้และทัศนคติ

ผลการศึกษาการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระดับ คะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติ หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 เกิดจากการที่ผู้ให้บริการและผู้ดูแล สนับสนุนให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้พิการใช้ศักยภาพที่มี อยู่ใช้ชีวิตประจำวันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้ (2553) ศึกษาระดับคุณภาพบริการ สุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพ บริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ควร ปรับปรุง คือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการจัดบริการ ร้อยละ 65.15 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การได้รับการ ฝึกอบรม และจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อเดือน ($r=0.24, 0.18, 0.24, 0.17$ และ $p=0.05$ ตามลำดับ) ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และทักษะ ร้อยละ 78.09 ขาดงบประมาณ ร้อยละ 64.86 ขาดวัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ 69.70 นโยบายและการบริหารจัดการงาน ด้านผู้พิการไม่ชัดเจน ร้อยละ 61.36 และระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความล่าช้า ร้อยละ 56.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา พรพิศ (2549) ศึกษาผลการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรี



พบว่าการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลด้านความรู้จะทำให้เกิดความเข้าใจและทักษะในการการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง โดยใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคน และสอดคล้องกับพิชชาติ ดลเฉลิมยุทธนา, ปิยนุช บุญกอง (2550) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสกลนคร มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพและศักยภาพการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสร้างเสริมศักยภาพให้คนพิการและครอบครัวเกิดทักษะในการดูแลตนเอง สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลส่วนใหญ่เพศหญิง เนื่องจากผู้พิการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ดังนั้นผู้รับภาระดูแลส่วนใหญ่จะเป็นภรรยา ข้อมูลด้านปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลขาดความมั่นใจ วิตกกังวลและต้องการกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Reinhard (1994) ซึ่งพบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลที่ซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป อีกทั้งภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวต้องเผชิญกับความขัดแย้ง สับสน ท้ายที่สุดอาจนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วย

5.3.3 การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความพึงพอใจ

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้พิการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการจัดระบบงานการดูแลผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง ($\bar{x} = 3.33$) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ พุทวงศ์ (2551) ศึกษาคุณภาพของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ตัวชี้วัดคุณภาพบริการประเภทหนึ่ง คือ ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังในตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นผู้ที่ถูกเยี่ยมโดยทีมดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลสบปราบ ผลการศึกษาพบว่าประชากรมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.949$) การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าด้านบุคลากรและด้านบริหารจัดการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและเกิดความพึงพอใจในการดำเนินงานสัมพันธ์กับความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ดูแล พบว่าความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$) ด้านการรับรู้ข้อมูลและความรู้ และด้านความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญและตระหนักในปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน



5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

5.4.1.1 กระบวนการทำงานควรเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและควรมีคณะกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการติดตามประเมินผลทั้งด้านผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้สนับสนุนบริการชุมชน

5.4.1.2 ควรมีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดมทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา นำวัฒนธรรมความเอื้ออาทรของคนอีสาน การแบ่งปัน ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญในการเข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายในการฟื้นฟูสุขภาพคนพิการ จะทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการที่ยั่งยืนได้

5.4.1.3 ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนสามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

5.4.1.4 ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีขึ้นและต่อเนื่อง

5.4.1.5 ควรมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ดูแลเป็นระยะๆ เพื่อทราบถึงความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินความก้าวหน้าและความยั่งยืนของระบบที่พัฒนาขึ้น

5.4.2.2 ด้านการวิจัย นำแนวทางการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองไปพัฒนาต่อ ให้ครอบคลุมถึงแนวปฏิบัติทางคลินิกโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉินจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ พุทธรังษี. (2551). *คุณภาพการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังในตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันยา อ้อยลี. (2549). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2546). *คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างในระยะฟื้นฟูสภาพ*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตติมา พรพิศ. (2549). *การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- จิรัชชาติ ชุมภู. (2550). *การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ช่อผกา ไชยมงคล. (2553). *การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2540). *การสร้างพลังอำนาจ : กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: รามาธิบดีเวชสาร.
- ธิดารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุเวทย์. (2554). *ประเด็นสารณรงค์วันอัมพาตโลก ปี ๒๕๕๔ (งบประมาณปี ๒๕๕๕)*. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://dpc9.ddc.moph.go.th/crd/tranfers/9health/world_strokeday_54.pdf [สืบค้น วันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2555].
- ธีรฤดี เอกะกุล. (2552). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)*. อุบลราชธานี: ยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุป.
- นิตยา เพ็ญศิริณา. (2543). *คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการสร้างพลังในชุมชนในการแก้ไขปัญหาไข้มาลาเรีย*. ใน *เอกสารประกอบการอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เรื่อง การสร้างพลังชุมชนในการแก้ไขปัญหาไข้มาลาเรีย* ระหว่างวันที่ 18 – 22 ธันวาคม 2543 ณ โรงแรมบ้านเชียง จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: ม.ป.พ.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2534). *โรคหลอดเลือดสมอง; Stroke*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรณทวารณ หิริธูเคราะห์. (2549). *ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น พิมพ์ครั้งที่ 7 แก้ไขเพิ่มเติม*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.



- บุษราคัม คาบเพ็ชร. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกโดย การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประพร โชติพงษ์. (2552). การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความสามารถในการเขียนเรียงความ กลุ่มสาระการเรียนรู้ภาษาไทยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2543). การจัดระบบบริการสาธารณสุขเชิงรุก. กรุงเทพฯ: สมาเจริญพานิชย์.
- ประวิต เอราวรรณ์. (2545). การเรียนรู้ของครูและการสร้างพลังร่วมในโรงเรียน. กรุงเทพฯ: ยูแพคอินเตอร์.
- ปิยนุช บุญกอง และคณะ. (2552). การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- พินดา แก้วกิ่ง. (2552). การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาลายมือของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลสกลนคร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสกลนคร เขต 1. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- พรทิพย์ เกษรานนท์. (2549). รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัด กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2539-2549). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชาติ ดลเฉลิมยุทธนา และคณะ. (2550). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลสกลนคร. ขอนแก่น: ศรีนครินทร์เวชสาร.
- เพชร จอมงาม. (2543). เวลาที่ใช้และความพึงพอใจในการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ลานนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2542). การพัฒนาคุณภาพบริการสู่วิทยาศาสตร์โรงพยาบาลคุณภาพ. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการชมรมพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอกแห่งประเทศไทย.
- มนัสสินิตย์ บุญยธรรม. (2536). ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งทิวา มากสุก. (2552). การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะการคิดด้านคณิตศาสตร์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยใช้แบบฝึก. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา พงษ์สุภษะ. (2542). การวิเคราะห์กระบวนการบริหารงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของสถาน บริการสาธารณสุขในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาดา คุณาวิทิตกุล. (2538). การวัดคุณภาพด้านการพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 4 (4), 7-15.



- วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ. (2544). *การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ โรงพยาบาลนครพิงค์*. เชียงใหม่: โครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์. (2543). *คุณภาพในการบริการ*. กรุงเทพฯ: ประชาชน.
- สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สนทยา อนุสรณ์รัชดา. (2551). *กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตราย จากสารเคมีของพนักงานศูนย์วิจัยพีชไร้เชียงใหม่*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมศักดิ์ อรรถศิลป์ และคณะ. (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.
- สุทธิดา รักษาพันธ์. (2552). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมด้านความมีระเบียบวินัยของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนบ้านโนนสวรรค์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สกลนครเขต 3*. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). *สถิติสาธารณสุขปี 2549*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถิติสาธารณสุขปี 2552*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2545). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับบริการคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- อารีรัตน์ ดิลกธนากุล. (2540). *การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุไรวรรณ จาริก. (2551). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแลพื้นที่นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 0017 / 2556

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพัชรี โชติพันธ์

หน่วยงานต้นสังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา ประเทพา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 16 มกราคม 2556



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๑๑๙

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน

ด้วย นางสาวพัชรี โชติพันธ์ รหัสนิสิต ๕๔๐๕๑๔๘๐๐๑๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร. อรุราช บุรณะคงคาศรี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นางสาวพัชรี โชติพันธ์ ทดลองใช้เครื่องมือกับ เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง มีหน้าที่ดูแลผู้พิการและอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้พิการ จำนวน ๓๐ ตัวอย่าง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน ในเดือน ธันวาคม ๒๕๕๕ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๑๑๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน

ด้วย นางสาวพัชรี โชติพันธ์ รหัสนิสิต ๕๔๐๕๑๔๘๐๐๑๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพพระบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร. อูรารัช บุรณะคงคาศรี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นางสาวพัชรี โชติพันธ์ เก็บรวบรวมเครื่องมือกับ เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง มีหน้าที่ดูแลผู้พิการและอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้พิการ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน ในระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม ๒๕๕๖ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ภาคผนวก ค
หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๑๓/

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน แพทย์หญิงปัทมา สงวนตระกูล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เค้าโครงวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวพัชรี โชติพันธ์ รหัสนิสิต ๕๔๐๕๑๔๘๐๐๑๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร. อุรารัช บูรณะคงคาตรี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๑๗/

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย

จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางเมธีรัตน์ มั่นวงศ์

- | | | |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ | จำนวน ๑ เล่ม |
| | ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วย นางสาวพัชรี โชติพันธ์ รหัสนิสิต ๕๔๐๕๑๔๘๐๐๑๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร. อรุราช บูรณะคงคาตรี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตินิติจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๑๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางสาวใจ ลือวิเศษไพบูลย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวพัชรี โชติพันธ์ รหัสนินิต ๕๕๐๕๑๔๘๐๐๑๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพของผู้ที่ทำงานจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร. อรุราช บูรณะคงคาตรี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ภาคผนวก ง
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย



แบบสอบถาม

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สำหรับผู้ดูแลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ในการปฏิบัติในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพ ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และด้านสุขภาพจิตกับการจัดการความเครียด

ส่วนที่ 3 ทักษะในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการได้รับบริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ

แบบสอบถามฉบับนี้มุ่งศึกษาข้อมูลบางประการในด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาไม่มีผลใดๆแก่ตัวท่าน เพราะผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ แต่จะมีประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งแก่การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านต่อไป จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาข้อความในแบบสอบถามแล้วตอบตามความเป็นจริง และโปรดกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

นางสาวพัชรี โชติพันธ์

นิสิตสาธิตสาธิตสาธิตมหาบัณฑิต

สาขาสาธิตสาธิตสาธิต มหาวิทยาลัทยมหาสารคาม



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้ตอบสอบถามอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด เลือกคำตอบ ได้เพียง 1 ข้อ และทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อที่ท่านต้องการ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้พิการ

<input type="checkbox"/> 1. บิดา	<input type="checkbox"/> 2. มารดา
<input type="checkbox"/> 3. สามี	<input type="checkbox"/> 4. ภรรยา
<input type="checkbox"/> 5. บุตร	<input type="checkbox"/> 6. พี่/น้อง
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ	
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. แยกกันอยู่
5. การศึกษาขั้นสูงสุด

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.
<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....	
6. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
7. ระยะเวลาที่ดูแลผู้พิการ.....เดือน
8. การมีโรคประจำตัว

<input type="checkbox"/> 1. โรคหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/> 2. โรคหัวใจและหลอดเลือด
<input type="checkbox"/> 3. โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> 4. โรคหอบหืด
<input type="checkbox"/> 5. โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> 6. โรคไตเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> 7. โรคอื่นๆ ระบุ.....	
9. ผู้ดูแลมีภาระอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย

<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
--------------------------------	-----------------------------------
10. ผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. เคย	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย
---------------------------------	------------------------------------
11. ท่านเคยได้รับความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. เคย	
<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย	



12. แหล่งความรู้หรือข้อมูลที่ท่านได้รับ

- 1. ประชุม/อบรม/สัมมนา
- 2. ศึกษาด้วยตนเอง
- 3. เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน
- 4. อื่นๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2 ความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นแบบวัดการปฏิบัติของท่าน ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ โปรดพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับลักษณะของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านดังนี้

การดูแลสุขภาพของคนพิการ	ใช่	ไม่ใช่
การบริโภคอาหาร		
1. ควรรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ		
2. ทุกมื้อที่รับประทานอาหารต้องมีผักและผลไม้ นอกเหนือจากข้าว และเนื้อสัตว์ที่ปรุงแล้ว		
3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว		
4. รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ		
5. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ที่ทำให้เกิดอาการมินเมา รวมถึงหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่		
6. หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน มัน เค็ม		
การออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพร่างกาย		
7. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นประจำทุกวัน		
8. หลังการเป็นอัมพาตสามารถบริหารร่างกายได้ตามปกติ		
9. การบริหารร่างกายและการฟื้นฟูสภาพท่านปฏิบัติได้สม่ำเสมอไม่ทำให้เสียเวลา		
10. ออกกำลังกายเหมาะสมกับสภาพร่างกาย		
11. มีเวลานอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมงต่อวัน		
12. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับหรือยากลุ่มที่มีฤทธิ์ในการออกฤทธิ์ให้วังซิมเพื่อทำให้หลับ		
13. ควรพาผู้พิการออกไปพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ		
การป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ		
14. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง เช่น ยาควบคุมความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด		
15. ไม่ควรไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ		
16. ควรมีสังเกตความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอยู่เสมอ		



การดูแลสุขภาพของคนพิการ	ใช่	ไม่ใช่
17. ตรวจสอบสภาพร่างกายประจำปี อย่างน้อยปีละครั้ง		
สุขภาพจิตการจัดการกับความเครียด		
18. พยายามระบายความไม่สบายใจกับบุคคลที่ไว้วางใจ		
19. ผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยงานอดิเรกที่ทำให้สบายใจ		
20. พยายามทำจิตใจให้ผ่อนคลาย คิดถึงสิ่งดีงามเสมอ		
21. เมื่อเครียดและไม่สบายใจจะรู้ตัวเสมอ		
22. เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะขอคำปรึกษาจากครอบครัวเสมอ		



ส่วนที่ 3 ทักษะคติในการดูแลผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด เลือกคำตอบ ได้เพียง 1 ข้อ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านดังนี้

คะแนนสำหรับระดับทัศนคติมี 5 เกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	ระดับทัศนคติ				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ผู้พิการถือว่าเป็นบุคคลที่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม					
2. ผู้พิการเป็นบุคคลที่น่าสงสารและน่าเห็นใจ					
3. ผู้พิการถือเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ					
4. ผู้พิการเป็นบุคคลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้					
5. ผู้พิการคือบุคคลที่มีศักยภาพด้อยกว่าคนปกติทั่วไป					
6. คนในชุมชนน่าจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้พิการ					
7. ผู้ดูแลคนพิการเป็นบุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้พิการ					
8. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เราสามารถฝึกฝนให้เขาได้					
9. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะไม่สามารถลุกขึ้นนั่งได้ แม้จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วก็ตาม					
10. ผู้พิการควรใช้ห้องส้วมเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกแตกต่างจากสมาชิกคนอื่นๆ					



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการได้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด เลือกคำตอบ ได้เพียง 1 ข้อ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านดังนี้

คะแนนสำหรับระดับความพึงพอใจมี 5 เกณฑ์ ดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
พึงพอใจมาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
พึงพอใจปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
พึงพอใจน้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
พึงพอใจน้อยที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

ความพึงพอใจในการได้รับบริการดูแล สุขภาพที่บ้าน	ระดับความพึงพอใจ				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
ด้านการได้รับข้อมูลและความรู้					
1. การอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโรค เช่น สาเหตุ อาการ และ อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น					
2. การอธิบายให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร					
3. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ต้อง เช่น ชนิด ขนาดของยา เวลาที่รับประทาน สรรพคุณของยาและฤทธิ์ ข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น					
4. การแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่					
5. การแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับปัญหา สุขภาพ					
6. การสอน การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรค					
7. การสอน/แนะนำการดัดแปลงวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ให้ใช้ได้ อย่างเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ					
ด้านความเอาใจใส่ช่วยเหลือ					
8. การซักถามและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง					
9. การให้บริการด้วยความชำนาญ คล่องแคล่ว และว่องไว					



ความพึงพอใจในการได้รับบริการดูแล สุขภาพที่บ้าน	ระดับความพึงพอใจ				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
10. ให้บริการด้วยความนุ่มนวลและอ่อนโยน					
11. การให้ความใส่ใจและให้คำแนะนำด้วยความเต็มใจ					
12. การให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพด้วยความกระตือรือร้น					
13. ส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล					
14. การซักถามปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือขณะอยู่ที่บ้าน					
15. การสนใจรับฟังและแสดงความเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพ					
16. การบอก/อธิบายอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น					
17. การแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ					
ด้านความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก					
18. การช่วยบรรเทาความไม่สุขสบาย เช่น การพลิกตะแคงตัว การปีนบวด การจัดทำนอน					
19. การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของท่านและครอบครัวลงจากเดิม					
20. การให้ข้อมูลในการติดต่อสื่อสารเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย					
21. เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต พรอท อุปกรณ์ทำแผลมีเพียงพอ และพร้อมในการใช้งาน					
22. การติดต่อสื่อสารกับแหล่งประโยชน์หรือสถานบริการสุขภาพในการช่วยเหลือ					
ด้านการได้รับโอกาสและการมีส่วนร่วมจากทีมสุขภาพ					
23. การเปิดโอกาสให้ท่านซักถามอาการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาตนเอง					
24. การให้โอกาสท่านมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาล					
25. การให้โอกาสท่านสอบถามความต้องการในการรักษาและดูแลตนเอง					
26. การให้โอกาสผู้ใช้บริการซักถามหรือทบทวนการปฏิบัติตน					



ความพึงพอใจในการได้รับบริการดูแล สุขภาพที่บ้าน	ระดับความพึงพอใจ				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
27. การให้โอกาสผู้ใช้บริการระบายความรู้สึกหรือความกังวลใจ เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย					
28. การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ					
29. การแสดงความเป็นกันเองในการให้บริการ					
30. การยอมรับความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ต่างๆของ ผู้ใช้บริการ					

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการดูแลรักษาพยาบาล

.....

.....

2. ด้านการป้องกันโรค

.....

.....

3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

.....

.....

4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....



แบบสอบถาม

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน
จากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
คำชี้แจง

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สำหรับผู้ให้บริการ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ทักษะในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน

จากโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

แบบสอบถามฉบับนี้มุ่งศึกษาข้อมูลบางประการในด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษานี้ไม่มีผลใดๆแก่ตัวท่าน เพราะผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ แต่จะมีประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งแก่การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านต่อไป จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาข้อความในแบบสอบถามแล้วตอบตามความเป็นจริง และโปรดกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

นางสาวพัชรี โชติพันธ์

นิสิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้ตอบสอบถามอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด เลือกคำตอบ ได้เพียง 1 ข้อ และทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อที่ท่านต้องการ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> 1. ประกาศนียบัตร	
<input type="checkbox"/> 2. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	
<input type="checkbox"/> 3. ปริญญาโท	
<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....	
5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในตำแหน่ง

<input type="checkbox"/> 1. แพทย์	<input type="checkbox"/> 2. พยาบาลวิชาชีพ
<input type="checkbox"/> 3. นักกายภาพบำบัด	<input type="checkbox"/> 4. นักโภชนาการ
<input type="checkbox"/> 5. เภสัชกร	<input type="checkbox"/> 6. ทันตแพทย์
<input type="checkbox"/> 7. นักวิชาการสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ.....
6. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานด้านการให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิปี
7. จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ท่านให้บริการคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน.....ชั่วโมง/เดือน
8. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านผู้พิการหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. เคย.....ครั้ง	
<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย	
9. ในปีงบประมาณ 2555 หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการจัดทำโครงการดูแลสุขภาพคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. มีครั้ง	
<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี	



10. มีหน่วยงานใดบ้างที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านคนพิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่าน
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) สนับสนุนด้าน.....
- 2. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สนับสนุนด้าน.....
- 3. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล สนับสนุนด้าน.....
- 4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ สนับสนุนด้าน.....
- 5. อื่นๆ ระบุ..... สนับสนุนด้าน.....

11. ท่านเคยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากสถานบริการสาธารณสุข
แห่งอื่นมาก่อนหรือไม่

- 1. เคย มีประสบการณ์.....ปี
- 2. ไม่เคย

12. ท่านมีภาระงานประจำอื่นที่ต้องรับผิดชอบ นอกจากงานดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านหรือไม่

- 1. มีครั้ง
- 2. ไม่มี



ส่วนที่ 2 ความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าถูกต้องมากที่สุด

ด้านการดูแลสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
1. คนพิการควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์		
2. การสลับเตียงของกล้ามเนื้อ คือ ผลกระทบอันดับแรกของการนอนอยู่กับที่นานๆ		
3. อาการข้อไหล่ติด เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก		
4. การจัดทำอนตะแคงสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ถูกต้อง คือ การนอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต และให้แขนข้างที่เป็นอัมพาตเหยียดมาข้างหน้าพร้อมทั้งหงายมือ		
5. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำได้โดยการลดแรงกดทับและรักษาความสะอาดบริเวณผิวหนัง		
6. ผู้พิการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้ ควรได้รับการเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆอย่างน้อยทุกๆ 3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ		
7. การทำให้ผู้ป่วยกระแอมและไอติดๆกันหลายครั้งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยขับเสมหะออกมาได้		
8. การเลือกเสื้อผ้าควรเลือกให้พอดีกับตัวผู้พิการ เพื่อให้สะดวกต่อการเคลื่อนไหว		
ด้านการรับทราบนโยบายการดำเนินงาน		
9. มีการประชุมนิเทศหรือได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้าน		
10. มีการกำหนดนโยบายดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นลายลักษณ์อักษร		
11. นโยบายการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านมีความเหมาะสม		
12. โครงการดูแลสุขภาพที่บ้านของหน่วยงานมีการนำไปปฏิบัติได้จริง		
13. หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานมีการจัดตั้งศูนย์ หรือหน่วยให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		
14. มีการกำหนดทีมสุขภาพ ที่จะออกให้บริการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน		
15. ภาระงานที่ได้รับมอบหมายให้บริการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านมีความเหมาะสม		
ด้านการรับทราบนโยบายการดำเนินงาน		
16. มีการจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน		
17. มีการจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ (เช่น ยา เวชภัณฑ์ วัสดุสำนักงาน ยานพาหนะ) สำหรับใช้ในโครงการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน		
18. มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วย เพื่อใช้ในโครงการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน		



ด้านการรับทราบนโยบายการดำเนินงาน	ใช่	ไม่ใช่
19. มีการกำหนดระยะเวลาหรือความถี่ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		
20. มีการกระตุ้นและเน้นให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ		
21. มีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ใหญ่กว่า		
22. มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน(เช่น อสม. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. มูลนิธิ) เข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพที่บ้าน		
23. มีการปรึกษากับญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน		
ด้านขั้นตอนการให้บริการ		
24. มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล		
25. ได้ร่วมประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน		
26. ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่โรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล		
27. ได้มีส่วนร่วมในการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านตามแผนการจำหน่าย		
28. ได้ศึกษารายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยก่อนออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จากเวชระเบียนและรายงาน		
29. ได้มีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับออกให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน		
30. ได้มีส่วนร่วมในการนัดหมายผู้ป่วยและญาติก่อนออกให้บริการ		
31. ได้ร่วมประชุมปรึกษาถึงประวัติ และแผนการให้บริการแก่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก่อนออกให้บริการ		
ด้านขั้นตอนการให้บริการ		
32. ได้สอบถามผู้ป่วยและญาติถึงผลการรับบริการที่ผ่านมา ก่อนให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน		
33. ได้ประเมินภาวะสุขภาพ และตรวจร่างกายของผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน		
34. ได้ประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยขณะให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน		
35. ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ		
36. ท่านสอนญาติในการพยาบาลง่ายๆ แก่ผู้ป่วย		
37. ท่านได้แนะนำญาติในการดัดแปลงอุปกรณ์ภายในบ้านให้ผู้ป่วย		
ด้านการรับทราบนโยบายการดำเนินงาน		
38. ท่านได้มีการซักถามความเข้าใจของผู้ป่วย และญาติภายหลังการให้คำแนะนำ		
39. เมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการ ท่านได้นัดผู้ป่วยและญาติเพื่อให้บริการในครั้งต่อไป		
40. ท่านได้บันทึกรายงานผู้ป่วยหลังให้บริการ		
41. ท่านได้ร่วมประชุมปรึกษาเพื่อสรุปผลการให้บริการแก่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพภายหลังการให้บริการ		



ชั้นประเมินผลการให้บริการ		
42. โรงพยาบาลมีการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		
43. โรงพยาบาลมีการจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้าน		
44. ท่านได้ทำรายงานประจำเดือนสรุปผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		
45. ท่านได้ทำรายงานประจำปีสรุปผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		
46. ท่านได้ชี้แจงภาวะสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติหลังให้บริการ		
47. โรงพยาบาลมีคณะกรรมการประเมินผลการให้บริการ		



ส่วนที่ 3 ทักษะคติในการดูแลคนพิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด เลือกคำตอบ ได้เพียง 1 ข้อ และทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อที่ท่านต้องการ

คะแนนสำหรับระดับทัศนคติมี 5 เกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ	ระดับทัศนคติ				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. คนในชุมชนน่าจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้พิการ					
2. ผู้ดูแลคนพิการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้พิการ					
3. โรงพยาบาลควรจัดเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญลงชุมชนเพื่อดูแลผู้พิการร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ					
4. ผู้พิการควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้					
5. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เราสามารถฝึกฝนให้เขาได้					



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ให้ และทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นหรือสถานการณ์ที่ท่านกำลังประสบอยู่ในปัจจุบันมากที่สุด

การดำเนินงานด้านผู้พิการ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านบุคลากร					
1. จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงพอกับปริมาณงานด้านผู้พิการ					
2. ท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอเหมาะสมในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ					
3. ท่านได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการให้บริการก่อนลงปฏิบัติงานด้านผู้พิการ เช่น การอบรม การสาธิตการให้บริการ การศึกษาระบบงาน					
4. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการให้บริการสุขภาพแก่คนพิการ					
5. อสม. ในเขตพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ					
6. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้พิการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องลงให้บริการผู้พิการในพื้นที่					
ด้านงบประมาณ					
7. การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้านคนพิการมีความเพียงพอกับการปฏิบัติงาน					
8. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการวางแผนใช้จ่ายงบประมาณสอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานด้านคนพิการ					
9. การใช้จ่ายงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการเป็นไปตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนงานทุกกิจกรรม					
10. การเบิกจ่ายงบประมาณทำได้รวดเร็ว และทันเวลา					



การดำเนินงานด้านผู้พิการ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11. การปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงาน/แหล่งอื่นๆ เช่น อบต./เทศบาล, สปสช.					
ด้านวัสดุอุปกรณ์ และครุภัณฑ์					
12. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเพียงพอ					
13. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้รับการสนับสนุนยานพาหนะเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเพียงพอ					
14. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการวางแผนจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการอย่างเป็นระบบและทันเวลา					
15. ท่านได้รับการอบรมความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ					
16. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาประยุกต์เป็นวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการ					
17. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีคุณภาพ และได้รับการบำรุงรักษาอยู่เสมอ					
ด้านบริหารจัดการ					
18. นโยบายการปฏิบัติงานด้านผู้พิการในระดับปฐมภูมิมีความชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง					
19. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ และแผนดำเนินงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน					
20. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดวิธีการ ขั้นตอน และผู้รับผิดชอบงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน					
21. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านผู้พิการไว้อย่างชัดเจน					
22. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการกำหนดแนวทางในการควบคุมกำกับงานอย่างชัดเจนและสามารถใช้ควบคุมกำกับงานได้					



การดำเนินงานด้านผู้พิการ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
23. การติดต่อประสานงานด้านผู้พิการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านและหน่วยงานภายนอกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ					
24. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีการประชุมวางแผนและประเมินผลอยู่เสมอ					

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิและความต้องการการสนับสนุนในปัจจุบัน

1. ท่านคิดว่าการบริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....

.....

2. ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อม/ศักยภาพในการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

.....

.....

3. ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน คือ

.....

.....

4. ข้อเสนอแนะและสิ่งที่ควรปรับปรุงคือ

.....

.....



ภาคผนวก จ
เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา



ข้อมูลด้านมาตรฐานการบริการในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน

ผลการประเมินมาตรฐานการบริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองก่อนการพัฒนา

กิจกรรมที่ประเมิน	มี	ไม่มี
ด้านการรับทราบนโยบายการดำเนินงาน		
1. มีการปฐมนิเทศหรือได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้าน		✓
2. มีการกำหนดนโยบายดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นลายลักษณ์อักษร		✓
3. นโยบายการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านมีความเหมาะสม		✓
4. โครงการดูแลสุขภาพที่บ้านของหน่วยงานมีการนำไปปฏิบัติได้จริง	✓	
5. หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานมีการจัดตั้งศูนย์ หรือหน่วยให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		✓
6. มีการกำหนดทีมสุขภาพ ที่จะออกให้บริการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน		✓
7. ภาระงานที่ได้รับมอบหมายให้บริการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านมีความเหมาะสม		✓
8. มีการจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน		✓
9. มีการจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ (เช่น ยา เวชภัณฑ์ วัสดุสำนักงาน ยานพาหนะ) สำหรับใช้ในโครงการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน		✓
10. มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วย เพื่อใช้ในโครงการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน		✓
11. มีการกำหนดระยะเวลาหรือความถี่ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		✓
12. มีการกระตุ้นและเน้นให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ	✓	
13. มีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ใหญ่กว่า	✓	
14. มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน(เช่น อสม. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. มูลนิธิ) เข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพที่บ้าน		✓
15. มีการปรึกษากับญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	✓	
ด้านขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		
1. ชั้นเตรียมการให้บริการ		
16. มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล		✓
17. ได้ร่วมประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน		✓



กิจกรรมที่ประเมิน	มี	ไม่มี
18. ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่โรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	√	
19. ได้มีส่วนร่วมในการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านตามแผนการจำหน่าย		√
20. ได้ศึกษารายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยก่อนออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จากเวชระเบียนและรายงาน		√
21. ได้มีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับออกให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ที่บ้าน		√
22. ได้มีส่วนร่วมในการนัดหมายผู้ป่วยและญาติก่อนออกให้บริการ	√	
23. ได้ร่วมประชุมปรึกษาถึงประวัติ และแผนการให้บริการแก่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก่อนออกให้บริการ	√	
2. ขั้นการให้บริการ		
24. ได้สอบถามผู้ป่วยและญาติถึงผลการรับบริการที่ผ่านมาก่อนให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน	√	
25. ได้ประเมินภาวะสุขภาพ และตรวจร่างกายของผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน	√	
26. ได้ประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยขณะให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน	√	
27. ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ	√	
28. ท่านสอนญาติในการพยาบาลง่ายๆ แก่ผู้ป่วย	√	
29. ท่านได้แนะนำญาติในการดัดแปลงอุปกรณ์ภายในบ้านให้ผู้ป่วย	√	
30. ท่านได้มีการซักถามความเข้าใจของผู้ป่วย และญาติภายหลังการให้คำแนะนำ		√
31. เมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการ ท่านได้นัดผู้ป่วยและญาติเพื่อให้บริการในครั้งต่อไป		√
32. ท่านได้บันทึกรายงานผู้ป่วยหลังให้บริการ		√
33. ท่านได้ร่วมประชุมปรึกษาเพื่อสรุปผลการให้บริการแก่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพภายหลังการให้บริการ		√
3. ขั้นประเมินผลการให้บริการ		
34. โรงพยาบาลมีการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		√
35. โรงพยาบาลมีการจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้าน		√
36. ท่านได้ทำรายงานประจำเดือนสรุปผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		√
37. ท่านได้ทำรายงานประจำปีสรุปผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	√	
38. ท่านได้ชี้แจงภาวะสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติหลังให้บริการ		√
39. โรงพยาบาลมีคณะกรรมการประเมินผลการให้บริการ		√



จากตาราง หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม ไม่มีการปฐมนิเทศหรือชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้าน ไม่มีนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษร ยังไม่มีการจัดตั้งศูนย์หรือหน่วยให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทีมเยี่ยมบ้านที่จะออกให้บริการดูแลสุขภาพประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพเท่านั้น ยังไม่มีแพทย์ เกสัชกร นักโภชนาการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพและนักกายภาพเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานบริการเยี่ยมบ้าน ยังไม่มีความพร้อมด้านการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์สำหรับงานบริการสุขภาพที่บ้าน เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ไม่มีแนวทางหรือคู่มือในการศึกษาก่อนให้บริการเยี่ยมบ้าน ไม่มีการวางแผนติดตามประเมินการดูแลสุขภาพที่บ้าน เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านได้แนะนำญาติผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน แต่ยังคงขาดการมีส่วนร่วมและสนับสนุนจากชุมชน ด้านขั้นตอนการให้บริการขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวไม่มีการร่วมประเมินภาวะสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ มีเพียงแพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่มีการช่วยเหลือแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่มีการวางแผนติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างเป็นสหวิชาชีพและไม่มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการศึกษาประวัติและประสานงานการให้บริการกับทีมสุขภาพชุมชนก่อนออกให้บริการ ในการให้บริการผู้ป่วยและญาติ มีการประเมินภาวะสุขภาพและตรวจร่างกายรวมถึงสอบถามถึงผลการรับบริการที่ผ่านมา มีการประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดัดแปลงอุปกรณ์ภายในบ้านเพื่อใช้ในการทำกายภาพบำบัดและออกกำลังกาย ระบบการส่งต่อข้อมูลบางครั้งล่าช้า ทำให้พันสภากการฟื้นฟูสมรรถภาพไปแล้ว เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านจะไปเยี่ยมเพื่อสอบถามอาการทั่วไปและแนะนำการรักษาต่อเนื่องเท่านั้น ไม่ครอบคลุมด้านป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการแล้วไม่มีการประเมินความรู้ความเข้าใจหลังการให้บริการ รวมถึงไม่มีการนัดหมายการการให้บริการครั้งต่อไป หลังการให้บริการขาดการบันทึกรายงานเพื่อสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ไม่มีการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทำให้ไม่มีการรายงานผลการปฏิบัติงานประจำเดือน มีเพียงสรุปรายงานประจำปีถึงผลการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเองหลังการให้บริการและไม่มีคณะกรรมการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมทีมดูแลสุขภาพที่บ้านยังไม่มีแบบแผนการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาในการจัดบริการ



ผลการประเมินการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองหลังการพัฒนา
ดังตาราง

กิจกรรมที่ประเมิน	มี	ไม่มี
ด้านการรับทราบนโยบายการดำเนินงาน		
1. มีการปฐมนิเทศหรือได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
2. มีการกำหนดนโยบายดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นลายลักษณ์อักษร	✓	
3. นโยบายการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านมีความเหมาะสม	✓	
4. โครงการดูแลสุขภาพที่บ้านของหน่วยงานมีการนำไปปฏิบัติได้จริง	✓	
5. หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานมีการจัดตั้งศูนย์ หรือหน่วยให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
6. มีการกำหนดทีมสุขภาพ ที่จะออกให้บริการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน	✓	
7. ภาระงานที่ได้รับมอบหมายให้บริการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านมีความเหมาะสม	✓	
8. มีการจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
9. มีการจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ (เช่น ยา เวชภัณฑ์ วัสดุสำนักงาน ยานพาหนะ) สำหรับใช้ในโครงการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน	✓	
10. มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วย เพื่อใช้ในโครงการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน	✓	
11. มีการกำหนดระยะเวลาหรือความถี่ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
12. มีการกระตุ้นและเน้นให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ	✓	
13. มีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ใหญ่กว่า	✓	
14. มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน(เช่น อสม. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. มูลนิธิ) เข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
15. มีการปรึกษากับญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	✓	
ด้านขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน		
1. ชั้นเตรียมการให้บริการ		
16. มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	✓	
17. ได้ร่วมประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	✓	
18. ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่โรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	✓	
19. ได้มีส่วนร่วมในการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านตามแผนการจำหน่าย	✓	



กิจกรรมที่ประเมิน	มี	ไม่มี
20. ได้ศึกษารายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยก่อนออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จากเวชระเบียนและรายงาน	✓	
21. ได้มีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับออกให้บริการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน	✓	
22. ได้มีส่วนร่วมในการนัดหมายผู้ป่วยและญาติก่อนออกให้บริการ	✓	
23. ได้ร่วมประชุมปรึกษาถึงประวัติ และแผนการให้บริการแก่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก่อนออกให้บริการ	✓	
2. ขั้นการให้บริการ		
24. ได้สอบถามผู้ป่วยและญาติถึงผลการรับบริการที่ผ่านมา ก่อนให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
25. ได้ประเมินภาวะสุขภาพ และตรวจร่างกายของผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
26. ได้ประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยขณะให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
27. ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ	✓	
28. ท่านสอนญาติในการพยาบาลง่ายๆ แก่ผู้ป่วย	✓	
29. ท่านได้แนะนำญาติในการดัดแปลงอุปกรณ์ภายในบ้านให้ผู้ป่วย	✓	
30. ท่านได้มีการซักถามความเข้าใจของผู้ป่วย และญาติภายหลังการให้คำแนะนำ	✓	
31. เมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการ ท่านได้นัดผู้ป่วยและญาติเพื่อให้บริการในครั้งต่อไป	✓	
32. ท่านได้บันทึกรายงานผู้ป่วยหลังให้บริการ	✓	
33. ท่านได้ร่วมประชุมปรึกษาเพื่อสรุปผลการให้บริการแก่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพภายหลังการให้บริการ	✓	
ขั้นประเมินผลการให้บริการ		
34. โรงพยาบาลมีการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
35. โรงพยาบาลมีการจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
36. ท่านได้ทำรายงานประจำเดือนสรุปผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
37. ท่านได้ทำรายงานประจำปีสรุปผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	✓	
38. ท่านได้ชี้แจงภาวะสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติหลังให้บริการ	✓	
39. โรงพยาบาลมีคณะกรรมการประเมินผลการให้บริการ		✓

จากตาราง พบว่า หลังการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาครบตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้นได้แก่ เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการประเมินอาการผู้ป่วย มีการรับส่งข้อมูลแก่ทีมเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการวางแผนและสรุปผลการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ดูแล มีการรวบรวม



ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในฐานะข้อมูล มีการประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้พิการ มีแนวทางและ
คู่มือในการดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้านจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้น



ภาคผนวก ฉ
ภาพประกอบการจัดกิจกรรม





ภาพประกอบ ฉ-1 ซี้แจงวัตถุประสงค์



ภาพประกอบ ฉ-2 การประชุมวางแผนดำเนินการ





ภาพประกอบ ฉ-3 พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล



ภาพประกอบ ฉ-4 ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการดูแล





ภาพประกอบ ฉ-5 ออกเยี่ยมบ้าน



ภาพประกอบ ฉ-6 เยี่ยมบ้านและแนะนำทักษะการดูแล





ภาพประกอบ ฉ-7 ให้ความรู้การดูแลผู้พิการที่บ้าน



ภาพประกอบ ฉ-8 ดูแลสุขภาพผู้พิการที่บ้าน



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ - นามสกุล

นางสาวพัชรี โชติพันธ์

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2529

จังหวัด และประเทศที่เกิด

จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2547 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวิจิตรราพิทยา อำเภอวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี

พ.ศ. 2550 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

พ.ศ. 2553 ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 34160

บ้านเลขที่ 49 หมู่ที่ 3 ตำบลขี้เหล็ก อำเภอน้ำขุ่น

จังหวัดอุบลราชธานี 34260

