

อภินันทนาการ



สำนักหอสมุด

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการช่วยดูแล
ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน

สุรัชดา แสงจันทร์

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันลงทะเบียน... 30 ต.ค. 2557

เลขทะเบียน... 16665561

เลขเรียกหนังสือ... ป BC

นาง
กฤษณะ
2557

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
กรกฎาคม 2557
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการช่วย
ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน” ของ สุรัชดา แสงจันทร์ ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร. อัสนี วันชัย)

.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ดร.รัตนภาววรรณ อยู่เนาค)

.....กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ดร.สุจิตาภา ตั้งคำวานิช)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ก/ภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวรงค์ จันทรวิจิตร)

อนุมัติ

.....

(ศาสตราจารย์ ดร. รัตนะ บัวสนธ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

7 กรกฎาคม 2557

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่ภาค ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาแนะนำ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และข้อปรับปรุง รวมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ อันเป็นประโยชน์และส่งผลให้การวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชาติตระการ สาธารณสุขอำเภอชาติตระการ รวมทั้งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยใน และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก รวมทั้งช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยทุกด้าน การสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น และให้กำลังใจเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จนเสร็จสิ้นกิจกรรมการดำเนินการวิจัย

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ มารดา ของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบและอุทิศแด่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ญาติผู้ดูแล อสม. และพยาบาลผู้นำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานทุกท่าน

สุรัชดา แสงจันทร์

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน
ผู้วิจัย	สุรัชดา แสงจันทร์
สถานที่ปรึกษา	ดร.รัตนทวารวณ อยู่เนาค
กรรมการที่ปรึกษา	ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2556
คำสำคัญ	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest -Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ต่อพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านของอสม. โดยอาศัยกรอบแนวคิด Domains of Palliative Care of WA Cancer and Palliative Care Network (2008) และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพการช่วยดูแลผู้ป่วยของอสม.ที่ปฏิบัติงานช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและมีคะแนน Palliative Performance scale for adult Suandok (PPS Adult Suandok) อยู่ในระดับ 40 – 50% ในเขตพื้นที่อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน โดยใช้ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์ ซึ่งเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับ อสม. แผนการอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม และแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของ อสม.ที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.96 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย Pair t-test ซึ่งผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

$p < .05$ ซึ่งแสดงว่ารูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบ
ระดับประคองที่บ้านสำหรับ อสม. นี้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความสามารถของ อสม. ในการ
ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบระดับประคองที่บ้านเป็นอย่างยิ่ง



Title THE EFFECT OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS' CAPACITIES DEVELOPMENT PROGRAM IN ASSISTING PROVIDING PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS AT HOME

Author Suratchada Sangjune

Advisor Ratanachadawan Yunak, Ph.D.

Co - Advisor Thitiarpha Tangkawanich, Ph.D.

Academic Paper Thesis M.N.S. in Community Nurse Practioner, Naresuan University, 2013

Keywords Village health volunteer, Palliative care, Stroke patients, Participate Learning.

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental research aimed to study the effect of village health volunteers (VHVs)' potentiality development program, based on Domains of Palliative Care of WA Cancer and Palliative Care Network (2008) and participatory-learning concept, in providing palliative care for stroke patients at home. Samples were 30 stroke patients, whose PPS Adult Suandok were 40 – 50%, living in Chattrakan Phitsanulok. The study was conducted in 12 weeks in which research instruments included participatory learning activities, according the program, through experiential leaning and group process and VHVs' assisting behaviors scale in caring stroke patients at home (CVI= .96, r=.99). Data were analyzed by Pair t-test. The study showed that VHVs' assisting behaviors scale in caring stroke patients at home was increased in the 12th week after participating in the program. It is statistically significantly higher than the score before the program started ($p < .05$). This shows the village health volunteers (VHVs)' potentiality development program can be beneficial for enhancing VHVs' potentially in palliative caring stroke patients at home.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของงานวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	7
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง.....	17
แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	55
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
รูปแบบการวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
วิธีดำเนินการทดลอง.....	64
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69

สารบัญ (ต่อ)

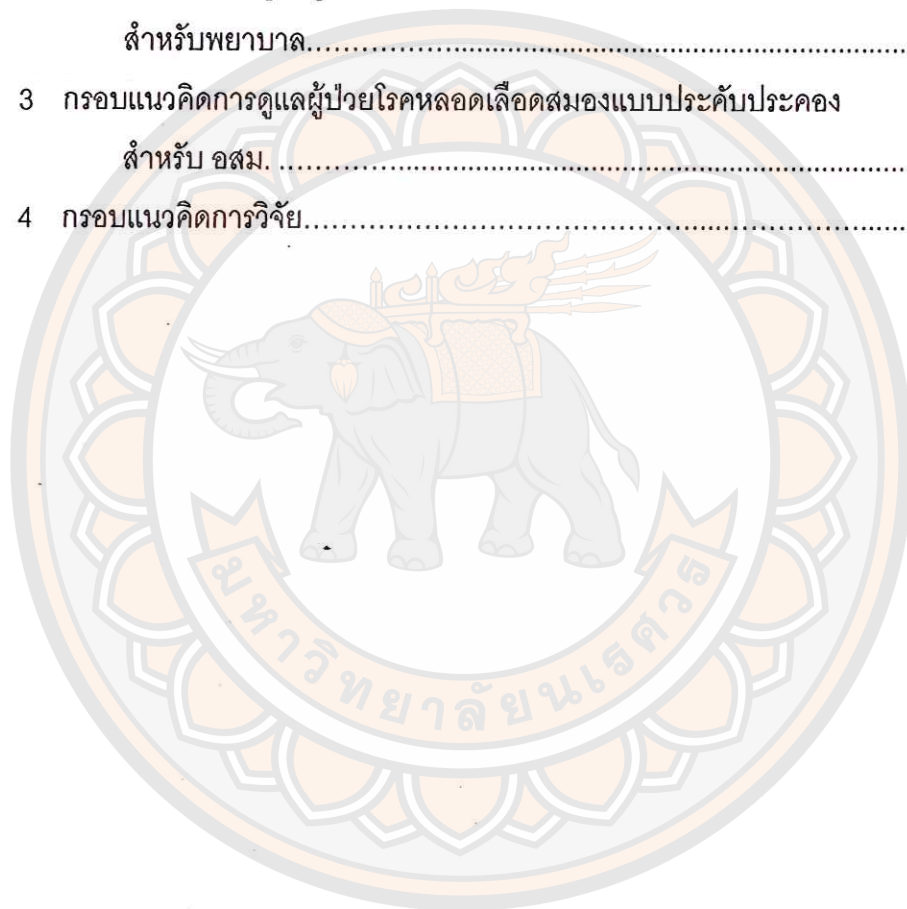
บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	70
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน.....	70
ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม.....	73
5 บทสรุป.....	80
สรุปผลการวิจัย.....	81
อภิปรายผลการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะ.....	84
บรรณานุกรม.....	86
ภาคผนวก.....	93
ประวัติผู้วิจัย.....	175

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 Palliative Performance scale for adult Suandok	21
2 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคล.....	70
3 แสดงผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=30).....	73
4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ.....	74
5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการช่วย ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายกิจกรรม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ.....	75

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิด Domains of Palliative Care.....	40
2 กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคอง สำหรับพยาบาล.....	42
3 กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคอง สำหรับ อสม.	44
4 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	55



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ในปัจจุบันความทันสมัยของเทคโนโลยีทางการแพทย์มีผลต่อการรักษาทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ลักษณะของความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี อัตราการตายจากโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้การบำบัดดูแลส่วนใหญ่ต้องเป็นไปในรูปแบบประคับประคอง (สถาพรลีลำนันทกิจ, 2548) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต/ อัมพฤกษ์นั้น เป็นโรคที่พบบ่อยในการดูแลแบบประคับประคอง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งองค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่าในทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ทุพพลภาพถาวรจากโรคนี้ 5 ล้านและจำนวนอีก 5 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคนี้ โดยมีประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2010) สำหรับประเทศไทยจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ามีแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยในปี 2554 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่คิดเป็นอัตราป่วย 57.57 ต่อแสนประชากร และ พ.ศ. 2555 พบว่าอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 355 คนต่อแสนประชากร โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้เท่ากับ 32 คนต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในประเทศไทย รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยปัญหาอาการอัมพาตถึงร้อยละ 51.64 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ทั้งนี้มีการศึกษาในอดีตพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนประมาณร้อยละ 33 ที่มีความพิการปานกลางหรือรุนแรงถึงขั้นต้องมีผู้อื่นช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องรีบพบให้การรักษายาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทั้งในด้านกฎหมาย สิทธิผู้ป่วยและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ฝึกสอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก คัดค้านนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย สนับสนุนส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งทาง

จิตวิญญาณ ความเชื่อ ประเพณี ศาสนาและวัฒนธรรม ภายใต้คุณธรรมและจริยธรรมวิชาชีพ (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2552, หน้า 79-81)

ในเขตอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลกมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองที่บ้านโดยเฉลี่ยปีละ 150 ราย และกระจายอยู่ในเขตรับผิดชอบของแต่ละตำบล ตำบลละประมาณ 15-20 ราย ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 23.33 รองลงมาคือ โรคไตวายระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 16.67 โรคมะเร็งระยะสุดท้าย คิดเป็น ร้อยละ 14.67 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 12 และโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 20 โดยในกระบวนการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลชาติตระการนั้น เริ่มต้นตั้งแต่การได้รับข้อมูลผู้ป่วยทั้งจากภายในและภายนอกโรงพยาบาล การรวบรวมข้อมูล การวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการ วางแผนหรือการตัดสินใจ การให้การดูแลรักษาภายในโรงพยาบาล การฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับ ญาติผู้ดูแล การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและการประสานข้อมูลกับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือชุมชนเพื่อติดตามการดูแลที่บ้าน ซึ่งกระบวนการการดูแลดังกล่าว จะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตและการติดตามการดูแลภายหลังเสียชีวิต (งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลชาติตระการ, 2555, หน้า 10) แต่จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี 2554 พบปัญหา ในการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาลในสอง ประเด็นคือ ประเด็นที่หนึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดิน หายใจ จำนวนร้อยละ 14.6 การเกิดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 10.95 ภาวะข้อติด ร้อยละ 7.3 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 3.65 (งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลชาติตระการ, 2554, หน้า 78 - 90) ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพเหล่านี้พบว่า ร้อยละ 80 มีสาเหตุจากการขาดการดูแลต่อเนื่องของญาติผู้ดูแล ร้อยละ 20 เกิดจากการขาดทักษะปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ขาดอุปกรณ์ทำความสะอาด ขาดออกซิเจน ไม่ทราบแหล่งความช่วยเหลือ และไม่สามารถ เข้าถึงบริการสุขภาพจากสถานพยาบาลได้เนื่องจากระยะทางจากบ้านและสถานพยาบาลห่างไกลกัน ประเด็นที่สอง คือ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ใน รพ.สต. ที่มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีอัตราส่วนพยาบาลต่อจำนวนประชากร ที่รับผิดชอบคือ 1 ต่อ 4,238 คน จากจำนวนหมู่บ้าน 63 หมู่บ้านในพื้นที่ 6 ตำบลของอำเภอ ชาติตระการ (งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลชาติตระการ, 2554, หน้า 8) ซึ่งจากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ที่บ้านในเขตอำเภอชาติตระการ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายใต้บริบทการขาดแคลนของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์

ในระบบสุขภาพของประเทศไทยนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายของสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งบทบาทหน้าที่ที่สำคัญคือ การให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนและการเป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว รวมไปถึงญาติผู้ดูแลในเรื่องต่าง ๆ และจากการศึกษาของสมศักดิ์ นันทะชัย (2551) พบว่าประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีความพึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในด้านการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน, ด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ อยู่ในระดับมาก ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อสม. มีบทบาทและมีความสำคัญในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2549) เรื่อง "ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข : บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย" พบว่าบทบาทและหน้าที่ของ อสม. ที่ถูกกำหนดขึ้นมานั้น ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ด้านสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยมีความต้องการด้านสุขภาพซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจาก อสม. มีข้อจำกัดเรื่อง เวลา ความพร้อมด้านเศรษฐกิจ ความรู้ และทักษะปฏิบัติในการดูแลติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่ต้องอาศัยการช่วยเหลือของอาสาสมัครที่ความหลากหลายด้านความรู้และทักษะปฏิบัติ ทำให้แนวทางการพัฒนางานอาสาสมัครสาธารณสุขในปัจจุบันจำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความสามารถหรือศักยภาพในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและซับซ้อน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมมากกว่ากลุ่มโรคเรื้อรังอื่น และภาวะความเจ็บป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมกับครอบครัวและชุมชน อันเป็นผลมาจากข้อจำกัดหรือความพร้อมทางของการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or functional impairment) ความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะ ความพร้อมทางความคิดสติปัญญา (cognitive impairment) ความเปราะบางของพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วย ตามวิถีของความเจ็บป่วย (illness trajectory) ของผู้ป่วยเรื้อรังที่เปลี่ยนแปลงไป (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, หน้า 87-88) ซึ่งจากการสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของอำเภอ

ชาติตระการพบว่า อสม. ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคอง และขาดความมั่นใจในการให้บริการ ส่งผลให้ไม่สามารถให้บริการกับครอบครัวหรือผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองในชุมชนตาม มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ได้ (งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลชาติตระการ, 2555, หน้า 102)

ในฐานะที่ อสม. เป็นตัวแทนของชุมชนในการอาสาสมัครด้านการดูแลสุขภาพของคน ในชุมชน อสม. จึงเปรียบเสมือนสื่อกลางระหว่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานในซึ่งมีหน้าที่ในการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งการดูแลโดยตรง การเป็นผู้ประสานงาน การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การสนับสนุน การให้คำแนะนำ การฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ เพื่อป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การพัฒนาให้ อสม. มีคุณสมบัติในการเป็นผู้ที่มีความสามารถ ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว การถ่ายทอดความรู้ การดูแลและให้คำแนะนำ ที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้านจึงเป็นจุดสำคัญที่ จะช่วยให้ระบบบริการสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่าง ครบถ้วนทั่วถึงทั้งชุมชน งานวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยใช้ กรอบแนวคิด Domains of Palliative Care of WA Cancer and Palliative Care Network (2008) ซึ่งมีแนวคิดที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 8 ด้าน และพัฒนาปรับปรุงให้ เหมาะสมกับขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านให้คงเหลือ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการโรค ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และ กระบวนการกลุ่ม ในการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้ใหญ่ และข้อดีในการช่วยพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติได้ดังปรากฏในการ ศึกษาวิจัยด้านสุขภาพที่ผ่านมา (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547) ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับอาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้าน โดยหวังผลที่เกิดขึ้นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีศักยภาพในการช่วย ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้านตามขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

คำถามการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านมีผลต่อพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านหรือไม่

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

สมมติฐานของการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านก่อนได้รับโปรแกรม
2. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในแต่ละด้าน ภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในแต่ละด้านก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎี Domains of Palliative Care of WA Cancer and Palliative Care Network (2008) และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาศักยภาพการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจำนวน 30 คน ในเขตอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมการอบรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย การให้คำแนะนำการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการโรค ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจิตสังคม และด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2. พหุติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยของ อสม. หมายถึง กิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ปฏิบัติในการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้านตามกรอบแนวคิด Domains of Palliative Care (WA, 2008) ที่ได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดบทบาท อสม. ในการช่วยเหลือให้คำแนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการโรค ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจิตสังคม และด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่กำหนดไว้ในมาตรฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยประเมินได้จากแบบประเมินพหุติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

3. ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการเพิ่มมากขึ้นและมีผลการประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ Palliative Performance scale for adult Suandok (PPS Adult Suandok) อยู่ในระดับ 40 – 50%

4. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาถึงผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
2. บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
4. แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป และทำให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชม. หรือทำให้เสียชีวิต (WHO, 1973)

สถาบันโรคระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง (Cardiovascular disease) คือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมีความผิดปกติที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ (National Institute of Neurological Disorders and stroke, 1989 อ้างอิงใน กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550 หน้า 1)

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550, หน้า 4)

การแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้หลายวิธี ได้แก่

1. การแบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยา คือ

1.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 85 โดยแบ่งเป็น 1) โรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) ทั้งจากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่ และการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็ก 2) โรคที่เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น

(embolism) มาอุดกันโดยเฉพาะบริเวณที่สำคัญคือ ผนังของหัวใจหรือลิ้นของหัวใจ และ 3) จากสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะหลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) เป็นต้น

1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Intracerebral hemorrhage) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญของภาวะนี้คือ การมีความดันโลหิตสูงจนไม่สามารถควบคุมได้ ร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแอลงจนทำให้เกิด microaneurism ซึ่งพบบ่อยที่ตำแหน่ง basal ganglia, thalamus, กีบสมองของ cerebral hemisphere, cerebellum และ pons โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซาและอ่อนแรงในส่วน of ร่างกายซีกตรงข้ามกับรอยโรค เดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง พูดไม่ชัดเจน และ 2) ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น Subarachnoid (Subarachnoid hemorrhage, SAH) พบได้ประมาณร้อยละ 5 ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะมากในทันที และมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง พบในคนอายุน้อย และไม่มีโรคประจำตัว ตรวจร่างกายพบอาการคอแข็งและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีการระคายเคืองบริเวณเยื่อหุ้มสมอง เช่น Kernig's และ Brudzinski's sign

2. การแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด carotid โดยมักพบว่ามีขาอ่อนแรงมากกว่าแขน เท้าและปลายขาอ่อนแรงมากกว่าต้นขา หัวไหล่อ่อนแรงมากกว่าปลายแขนและมือ อาจมีอาการชา ร่วมด้วย การมองเห็นผิดปกติ หรือไม่สามารถแสดงอารมณ์ได้ และ 2) กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด vertebrobasillar ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวด และอุณหภูมิจากใบหน้าซีกเดียวกับรอยโรค โดยตรวจพบ myosis หนังตาตก สูญเสียการหลังเหยื่อ บริเวณใบหน้า กลืนลำบาก พูดไม่ชัด เสียงเปลี่ยน ตาตำกระดูก เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บางรายอาจหมดสติได้

3. การแบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรค มี 4 ชนิด ได้แก่ 1) Transient ischemic attack (TIA) คือ มีอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชม. 2) Reversible ischemic neurological deficit (RIND) พบไม่บ่อย โดยอาการของโรคจะหายไปภายใน 2 สัปดาห์ 3) Stroke in evolution ใช้ในช่วงที่อาการหรืออาการแสดงเป็นมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการอุดกั้นของการไหลเวียนเลือดมากขึ้นเรื่อยๆ และ 4) Complete stroke ใช้เมื่ออาการและอาการแสดงเกิดขึ้นอย่างเต็มที่แล้ว

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กิงแก้ว ปาจารย์, 2550, หน้า 12)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย แบ่งได้เป็น 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้หรือไม่สามารถแก้ไขได้ คือ อายุ เพศ เชื้อชาติ พันธุกรรม 2) ปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและปรับเปลี่ยนได้ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงนี้ได้ คือ การมีภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะ Atrial fibrillation, การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, ความผิดปกติของหลอดเลือดแดง carotid, การสูบบุหรี่, โรคเบาหวาน, ภาวะไขมันในเลือดสูง, การมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และ 3) ปัจจัยที่มีหลักฐานการสนับสนุนต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยและอาจจะปรับเปลี่ยนได้ คือ โรคอ้วน, การขาดการออกกำลังกาย, การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม, การดื่มสุรา, การใชยาเสพติด, การใชยาคูมกำเนิด

แนวทางการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (กิงแก้ว ปาจารย์, 2550, หน้า 35)

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่น่าสงสัยว่าจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย

1. การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การประเมินความรุนแรงด่วนและการให้การรักษาระยะฉุกเฉินต่าง การประเมินความสูญเสียในการทำหน้าที่ของสมอง การวินิจฉัยแยกโรค การวินิจฉัยแยกประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง การบอกตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินโรคทางกายและจิตใจอื่นๆ การวางแผนการตรวจเพิ่มเติม การดูแลรักษาเบื้องต้น
2. การดูแลรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ การให้ยาป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การแก้ไขปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถ (disability) ในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ เช่น การเดิน การสื่อสารและการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยปกติแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการดีขึ้นได้จาก 2 กลไก คือ การฟื้นตัวของระบบประสาท และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สภาพจิตใจ แรงจูงใจ ความช่วยเหลือจากสังคม ครอบครัวและญาติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550, หน้า 59) การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกระบวนการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่เร็วขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสามารถกลับไปมีชีวิตและความเป็นอยู่ในครอบครัวหรือสังคมได้เหมือนที่เคยเป็นให้มากที่สุด

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่พบจะเกิดความทุพพลภาพถาวรจากระดับความรุนแรงของโรค ดังนั้นการดูแลรักษาพยาบาลในปัจจุบันจึงเป็นไปในรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้านและชุมชน ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองนั้นจะครอบคลุมการจัดการโรค การดูแลปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจิตสังคม การฝึกทักษะอื่น ๆ ที่จำเป็น การดูแลระยะสุดท้าย และการดูแลภายหลังการสูญเสีย โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและต้องการการดูแลและการฟื้นฟู (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550, หน้า 67) ได้แก่

1. ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง
2. ปัญหากล้ามเนื้อเกร็งกระตุก
3. ปัญหาการทรงตัวและกล้ามเนื้อการทำงานไม่ประสานกัน
4. การรับรู้ความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ
5. ปัญหาการเปลี่ยนอิริยาบถและการเคลื่อนที่
6. อาการกลืนลำบาก
7. ปัญหาด้านการขับถ่าย
8. ภาวะซึมเศร้า
9. ปัญหาด้านการกำหนดรู้
10. ปัญหาด้านการสื่อความหมาย
11. ปัญหาด้านการทำกิจวัตรประจำวัน
12. ปัญหาด้านสังคม

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมักมีแขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ เดินหรือลุกนั่งไม่ได้ รับประทานของทุกอย่างทางปากไม่ได้ มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวหรือกลืนไม่ได้ตามมา ดังนี้

1. ปอดอักเสบ จากการกลืนลำบาก ทำให้มีการสำลักน้ำลายและเชื้อโรคในปากเข้าปอด ทำให้ปอดอักเสบ มักเกิดปลายสัปดาห์แรกของโรค เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของโรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด

2. ปัสสาวะไม่ออก จากการไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหว การเดิน การที่รับประทานอาหารและน้ำได้น้อย และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มักมีปัญหาต่อมลูกหมากโตในผู้ชาย หรือกระบังลมหย่อนในผู้หญิง

3. ทางเดินปัสสาวะอักเสบ จากการปัสสาวะเองไม่ออก มีปัสสาวะค้างและทำให้มีเชื้อโรคสะสมในกระเพาะปัสสาวะต่อไปจะลุกลามไปที่ไตเกิดไตอักเสบมีไข้หนาวสั่น ถ้าเชื้อโรคเข้ากระแสเลือดอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

4. ปวดไหล่และไหล่ติด พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่แขนอ่อนแรงหรืออัมพาต เกิดจากการอักเสบของเอ็นกล้ามเนื้อที่อยู่รอบหัวไหล่ การที่แขนไม่มีการเคลื่อนไหว และน้ำหนักแขนดึงให้แขนตกลงและทำให้เกิดภาวะไหล่หลุด

5. แผลกดทับ เกิดจากการนอนทับร่างกายบริเวณเดียวกันนานๆ (มักเกินกว่า 2 ชั่วโมง) ผิวหนังบริเวณนั้นจะตาย และพุพองแตกออก มีเชื้อโรคเข้าไปในเนื้อบริเวณนั้น ต่อมาเกิดการอักเสบเนื้อตายเน่ากินลึกลงไปเรื่อยๆ การรักษาทำได้ลำบากและหายช้ามาก แผลที่มีขนาดเท่าเหรียญสิบบาท อาจจะต้องใช้เวลารักษาถึง 2 เดือน

6. หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน เมื่อขาขยับเคลื่อนไหวไม่ได้ การไหลเวียนของเลือดดำที่ขาช้าลง ทำให้เลือดกลายเป็นลิ่มอุดตันหลอดเลือดดำที่ขาได้ ทำให้ขาบวม อันตรายเกิดจากลิ่มเลือดหลุดเข้าหัวใจห้องขวาบน ไหลยังห้องขวาล่าง แล้วไปอุดตันหลอดเลือดแดงของปอด ทำให้เนื้อปอดตาย ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยและเสียชีวิตได้

7. การหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแขนขาอ่อนแรง เดินเซ ทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า

8. ภาวะท้องผูก จากการไม่ได้เคลื่อนไหวและรับประทานอาหารได้น้อย

9. ภาวะเครียดและโรคซึมเศร้า เกิดจากการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันโดยไม่ได้เตรียมใจมาก่อนผู้ป่วยที่พูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด จะเกิดภาวะนี้ได้ง่ายกว่า

10. สมองเสื่อม สมองที่เสียหายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหรือมีเลือดออก ทำให้ความสามารถของสมองลดลง ยิ่งถ้าเกิดการเสียหายซ้ำๆบ่อยครั้งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 1)

ความหมาย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 1)

“อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายความว่า บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

3. อาสาสมัครสาธารณสุขอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า Village Health Volunteer และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHV” (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 1)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 1)

คุณสมบัติของ อสม. (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 3)

1. เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
2. สมัครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
3. มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี)

และมีความคล่องตัวในการประสานงาน

4. อ่านออกเขียนได้
5. เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
6. ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

การฝึกอบรม อสม. ใหม่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2553, หน้า 13) หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1. วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ

2. เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ 1) บทบาทหน้าที่ของ อสม. 2) สิทธิของ อสม. 3) การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน 4) การค้นหาวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น 5) สุขวิทยาส่วนบุคคล 6) การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข 7) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น 8) การฟื้นฟูสภาพ 9) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข 10) การจัดกิจกรรมการปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน ศสมช. และ 11) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 14)

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1. วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่ออัครประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละ ของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

2. การฟื้นฟูสภาพ

ก. ฟื้นฟูสภาพตามวาระ

ข. ดาย

ค. ลาออก

ง. ย้ายที่อยู่

จ. ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือ คณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่ง ความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

สมรรถนะ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2553, หน้า 9)

มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีดังนี้

1. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
3. สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อมของสังคม
5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆที่จะมีผลต่อการจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ
6. สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
7. สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย และชุมชน

บทบาทหน้าที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 72)

บทบาทหน้าที่ของ อสม. ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน มีบทบาทในการเป็นผู้นำ การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำ

การเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. การเป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน การนัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข การแจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวกิจกรรมสาธารณสุข การรับข่าวสารสาธารณสุขและแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบในเรื่องสำคัญ

2. การเป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. การเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การดูแลบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. การปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ การจัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน และถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน และการให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5. การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาลูกขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. การเป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7. การเป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8. การดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

บทบาทหน้าที่ของอสม. ในทศวรรษใหม่ ทศวรรษที่ 4 ของการสาธารณสุขมูลฐานจะเน้นการพัฒนามากกว่าบริการ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2553, หน้า 10) ดังนี้

1. การปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำตนเป็นแบบอย่าง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค โดยเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนชุมชนและชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

2. การดูแลสิ่งแวดล้อมโดยการรณรงค์ลดภาวะโลกร้อน การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพะในชุมชน การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านชุมชน เช่น กิจกรรมเฝ้าระวังทางโภชนาการ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝากครรภ์ การเฝ้าระวังด้านการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังและป้องกันและควบคุมโรคระบาด และโรคประจำถิ่น

3. การบริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน ที่มีฐานมาจากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่น ๆ

4. การสื่อสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน

5. การประสานงานกับบุคคล องค์กรและเครือข่าย ทำงานเป็นทีมกับ อสม. และกลุ่มภาคีสุขภาพ ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการจัดกระบวนการประชุม รวมถึงการจัดการความรู้

6. การดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลและเครือข่ายสุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้านบนพื้นฐานข้อมูลของชุมชนและสอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นพัฒนาและแก้ไขปัญหา ด้านสังคม เศรษฐกิจและจิตใจควบคู่กันไป

7. การให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษายาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายถุงยางอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในเลือด การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

8. การปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) หรือสถานที่ที่หมู่บ้านกำหนด
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตาม
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555,
หน้า 18)

1. การดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรัง
ในชุมชน

2. การเสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยการจัดทำแผนสุขภาพ
ตำบล ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อลดโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาตและสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ใน รพ.สต.

3. การให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนตรวจสารไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส
และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอดีน

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ความหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้
ความหมายของ Palliative Care ไว้ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2011 อ้างอิงใน กิตติกร นิลมานัต, 2555, หน้า 4) ให้
ความหมายของ Palliative care ไว้ว่า "การปฏิบัติการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ
ครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้บริการเพื่อบรรเทาความปวดและ
อาการอื่น ๆ และให้การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณ และเป็นการให้บริการร่วมกับการดูแล
รักษาโรคตั้งแต่การวินิจฉัยเบื้องต้นจนกระทั่งวาระสุดท้ายและหลังเสียชีวิต"

International association for hospice and palliative (2002) (อ้างอิงใน จอนณะจ
เพ็งจาด, 2547) ได้นิยามการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วย
ที่มีการเจ็บป่วยในระยะที่มีอาการของโรค มีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และมีการลุกลามสู่
ระยะรุนแรงที่ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (short life expectancy; มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี
ปกติประมาณ 6 เดือน) โดยการดูแลมุ่งเน้นการป้องกันและลดความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิต

สถาพร ลีลำนันทกิจ (2548) ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือ
การดูแลในรูปแบบที่ช่วยให้เกิดการบรรเทาอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบาย
โดยเฉพาะความปวด เมื่อการบำบัดให้หายขาดไม่อาจทำได้ จุดมุ่งหมายของการบำบัดรูปแบบนี้
คือ การบรรเทาความปวด ลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ซึ่งรวมถึงสภาวะต่างๆ ที่เกิด

ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และปัญหาทางด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเจ็บป่วย ในระยะท้ายๆ

อุมารณีย์ ไพศาลสุทธิเดช (2548) ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะลุกลามเกินจะรักษาให้หายได้ และมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจะต้องเสียชีวิตในเวลาอีกไม่นาน การรักษายาบาลจะเป็นแบบประคับประคองอาการ (supportive care) ด้วยความรักใส่ใจ และเมตตา (active total care) เพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ยังเหลืออยู่ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ การดูแลจึงต้องมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม (continuing and holistic care) ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรต้องทำงานเป็นทีมสหสาขา (multidisciplinary team) เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนหลายด้าน มีความทุกข์ทรมาน และเหลือเวลาที่จะอยู่อีกไม่นาน

กิตติกร นิลมานัต (2555) ได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่ามีความหมายครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัยความเจ็บป่วยครั้งแรกและสิ้นสุดเมื่อสามารถช่วยเหลือครอบครัวในการปรับตัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ขณะที่การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นการให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพเสื่อมถอยลงและมีอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าอยู่ระยะสุดท้ายของโรค โดยการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลแบบประคับประคองเป็นศาสตร์ที่กำหนดทิศทางการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

สรุปได้ว่า การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น โดยการดูแลนั้นครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัยความเจ็บป่วยครั้งแรกและสิ้นสุดเมื่อสามารถช่วยเหลือครอบครัวในการปรับตัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลประกอบไปด้วยการดูแลขั้นพื้นฐานและการช่วยเหลือควบคุมความเจ็บปวดและควบคุมอาการรบกวนอื่นๆ การช่วยประคับประคองผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย (supportive care) และบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน (pain and symptom control) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

1. ลักษณะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่ถูกพิจารณาแล้วว่าเป็นผู้ที่จำเป็นต้องใช้การดูแลรักษาแบบประคับประคองมากที่สุด (สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2551, หน้า 17) ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้บ่อยครั้งที่มีความปวดร้าวทรมาน กังวลเป็นทุกข์และไม่สบายในหลากหลายรูปแบบ

1.2 ผู้ป่วยระยะลุกลามจากโรคอื่นๆ ที่การป่วยใช้ได้รับการพยากรณ์โรคว่าไม่ดีและการบำบัดต่อตัวโรคอย่างจริงจังได้พิสูจน์แล้วว่าหาประโยชน์ไม่ได้ก็ควรพิจารณานำเอาการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เข้ามาใช้แทนการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาแบบประคับประคองจะได้ความเหมาะสมเป็นการเฉพาะถ้ามีความวิตกกังวลว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นไม่อาจให้การบรรเทาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อ HIV-AIDS โรคเกี่ยวกับเซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวชนิดต่างๆ (motor-neuron diseases) ผู้ป่วยระบบหายใจ ระบบหัวใจ ผู้ป่วยไตวายตับวายระยะเรื้อรังที่เข้าสู่วาระสุดท้าย เป็นต้น

1.3 ผู้สูงอายุที่สภาพร่างกายทั่วไปยังพอไปได้หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ โดยทั่วไปนั้นต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองเช่นเดียวกัน เช่นผู้ป่วยกลุ่มสมองเสื่อมบ่อยครั้งที่ผู้ช่วยให้การดูแลหรือคนในครอบครัวที่ได้รับการฝึกฝนให้รู้ถึงวิธีการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และนำไปใช้ปฏิบัติเองที่บ้านก็เพียงพอถ้ามีการบริการในรูปแบบของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ควรพิจารณาใช้จุดประสงค์ในการจัดตั้งที่เป็นกรณีพิเศษในด้านอื่นๆ คือ ให้เป็นหน่วยงานที่ให้ถึงคำแนะนำการควบคุมอาการต่างๆ เป็นตัวเชื่อมถึงการให้ความช่วยเหลือคำจูนกับบ้านและครอบครัว ให้ยืมเครื่องมือของใช้พิเศษต่างๆ ให้ถึงคำปรึกษา แนะนำแนะแนวแก่ครอบครัวผู้ป่วย รวมถึงการให้ความช่วยเหลือคำจูนแก่กลุ่มอาสาสมัคร

2. วิธีการประเมินผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากการวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตหรือการคาดการณ์ระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ มีความยากลำบากโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ซึ่งเกณฑ์ทั่วไปที่ใช้ในการพิจารณาถึงพยากรณ์ของโรคหรือวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (kimzbrunner BM, 2002 อ้างอิงใน กิตติกร นิลมานัต, 2555, หน้า 9) มีดังนี้

2.1 ความก้าวหน้าทางคลินิก หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงตามระยะเวลาของการเป็นโรคโดยอาจพิจารณาจากจำนวนครั้งของการใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาในแผนกฉุกเฉินหรือนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีการเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเอกซเรย์ เช่น การทำงานของตับ การทำงานของไต หรือ Cardiac ejection fraction เป็นต้น ในลักษณะที่ผิดปกติมากขึ้น

2.2 การลดลงของภาวะโภชนาการ ส่วนใหญ่ใช้การลดลงของน้ำหนักตัวของผู้ป่วยหรือค่าดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยร่วมกับข้อบ่งชี้อื่นๆ มีรายละเอียดดังนี้ (กิตติกร นิลมานัต, 2555 หน้า 12-13)

2.2.1 ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 10 จากน้ำหนักตัวปกติภายในช่วง 6 เดือน ด้วยสาเหตุจากภาวะความเจ็บป่วยและเป็นการลดลงของน้ำหนักโดยไม่ตั้งใจ

2.2.2 ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 22 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และอาจจะต้องพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นและหากผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน

2.3 การลดลงของการทำหน้าที่ โดยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตจะพบว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ซึ่งในปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

2.3.1 Karnofsky Performance Status (KPS) (Karnofsky DA, Burchenal JH., 1949 อ้างอิงใน จารุวรรณ พรมคง, 2546, หน้า 118) คือ แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของ Karnofsky โดยมีรายละเอียดดังนี้

พิเศษ	Grade 1	สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ
	100	ปกติ ไม่มีข้อบ่งชี้ถึงอาการของโรค
เล็กน้อย	90	สามารถเดินช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ มีอาการของโรค
	80	ทำกิจกรรมด้วยความพยายาม มีอาการของโรคบางอาการ
บางครั้ง	Grade 2	ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านและส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น
	70	ดูแลตนเองได้ แต่ไม่สามารถทำกิจกรรมตามปกติหรือทำงานได้
	60	สามารถดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือ
	50	ต้องการความช่วยเหลือและการดูแลทางการแพทย์บ่อยขึ้น
ช่วยเหลือเป็นพิเศษ	Grade 3	ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการการดูแลจาก Hospital Cares หรือสถานบริการการรักษา, โรคดำเนินอย่างรวดเร็ว
	40	ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องการการดูแลและช่วยเหลือเป็นพิเศษ
	30	ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมาก ความตายอยู่ไม่ไกล

20 เจ็บป่วยมาก ต้องการการดูแลและเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง

10 ใกล้เคียงชีวิต

0 เสียชีวิต

2.3.2 การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ แบบประเมิน ของ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) : ECOG Performance status (Oken, et al., 1982)

ECOG = 0 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค

ECOG = 1 ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ มีอาการแสดงของโรค

เล็กน้อย

ECOG = 2 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และมีอาการแสดงของโรค

ECOG = 3 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อยู่บนเตียง > 50% ของเวลา

1 วัน

ECOG = 4 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก ใช้เวลาทั้งวันอยู่บนเตียง

2.3.3 Palliative Performance scale for adult Suandok แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย ผศ.พญ.บุษยามาส ชีวสกุลยง และ คณะ กรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ซึ่งมีรายละเอียดการประเมินดังตาราง 1

ตาราง 1 Palliative Performance scale for adult Suandok

ระดับPPS ร้อยละ	การ เคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับความ รู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถ ในการ เคลื่อนไหว ลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี

ตาราง 1 (ต่อ)

ระดับPPS ร้อยละ	การ เคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับความ รู้สึกตัว
60	ความสามารถ ในการ เคลื่อนไหว ลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองาน บ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น บางครั้ง/บาง เรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่งหรือนอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือมาก ขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บน เตียงเป็นส่วน ใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บน เตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บน เตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำได้ เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บน เตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการการดูแล ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

ที่มา: บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะ, 2556, หน้า 37

หมายเหตุ +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

การใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok) (บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะ, 2556 หน้า 38- 39) มีคำแนะนำดังนี้ 1) ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยผู้ใหญ่ 2) ควรทำโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความคุ้นเคยกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (functional status) ของผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาล, บุคลากรทางการแพทย์,

เจ้าหน้าที่ที่ช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย 3) ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยให้ประเมินในระยะแรกเริ่ม (initial assessment) และหลังจากนั้นทุกสัปดาห์และ/หรือ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 4) เริ่มต้นประเมินที่คอลัมน์ด้านซ้าย คือ "การเคลื่อนไหว" (ambulation) โดยให้ดูจากข้างบนลงมาข้างล่าง (downwards) จนกระทั่งพบระดับของการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในขณะนั้น จากนั้นให้ประเมินในคอลัมน์ต่อไป จนครบ 5 คอลัมน์ โดยที่คอลัมน์ที่อยู่ด้านซ้ายของแต่ละคอลัมน์ที่กำลังประเมิน จะเป็นคอลัมน์หลักที่กำหนดระดับในคอลัมน์ต่อไป (leftword precedent) ถ้าประเมินได้ระดับที่เหมือนกันให้เลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สุดแล้วดูว่าคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ในระดับกี่เปอร์เซ็นต์ และเมื่อประเมินครบทั้ง 5 คอลัมน์แล้ว ให้ดูในแนวนอน (Reading horizontally) เพื่อตัดสินใจว่าคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) อยู่ในระดับร้อยละเท่าใดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด (best fit) โดยให้ยึดจำนวนคอลัมน์ที่ตรงกับสภาพของผู้ป่วย 3 คอลัมน์ หรือมากกว่านั้น

คะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในแต่ละระดับมีช่วงคะแนนห่างกัน ร้อยละ 10 บางครั้งไม่สามารถตัดสินใจได้ แต่บางครั้งอาจมี 1 หรือ 2 คอลัมน์ที่จะดูเหมาะสมกว่า ถ้าปรับคะแนนให้สูงหรือต่ำกว่าระดับที่เลือกไว้ ดังนั้นจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจเลือกระดับที่เหมาะสมที่สุด (Best fit) และห้ามเลือกคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ชนิดแบ่งครึ่ง (half fit) เช่น PPS 45% เนื่องจากการคิดคะแนนที่ไม่ถูกต้อง

การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีประโยชน์เพื่อการติดต่อสื่อสาร และเพื่อความรวดเร็วในการอธิบายระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในขณะปัจจุบัน, สามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินภาระงานของงานการพยาบาลและใช้ในพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ (Prognostic value)

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (นุชยามาส ชีวสกุลยง และคณะ, 2556, หน้า 41-45)

การเคลื่อนไหวร่างกาย (Ambulation) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การเคลื่อนไหวปกติ (full ambulation) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 80-100 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้, เดินได้เอง, ลุกจากเตียงได้เอง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประกอบอาชีพได้ ทำงานอดิเรกหรือทำกิจกรรมงานบ้านอย่างที่เคยทำได้ตามปกติ
2. ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (reduced ambulation) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 60-70 ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวลดลง แต่ยังคงสามารถเดินได้ด้วยตนเอง หรือสามารถ

เคลื่อนย้าย (transfer) ได้ด้วยตนเอง เช่น ลุกจากเตียงได้เอง มีการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพหรือทำงานอดิเรกหรือทำงานบ้านได้อย่างที่เคยทำตามปกติ แต่ในระดับ PPS ร้อยละ 60 ผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางครั้งหรือบางเรื่อง และในระดับ PPS ร้อยละ 70 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ได้แก่ อาบน้ำเอง เช็ดตัวเอง ใส่เสื้อผ้าเอง ล้างหน้าแปรงฟันได้เอง ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เอง เดินได้เอง รับประทานอาหารได้เอง

3. นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ (mainly sit/lie) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 50 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถทำงานหรือทำงานอดิเรกหรือทำงานบ้านอย่างที่เคยทำได้ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง แต่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่

4. นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ (mainly in bed) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 40 ผู้ป่วยกลุ่มนี้อ่อนเพลียมากทำกิจกรรมได้น้อยมากและต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นส่วนใหญ่

5. อยู่บนเตียงตลอดเวลา (totally bed bound) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 10 - 30 เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลียอย่างมาก หรือไม่สามารถลุกจากเตียงได้ และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างได้ด้วยตนเอง

ความแตกต่างของการนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ (mainly sit/lie) กับนอนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ (mainly in bed) และการนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา (totally bed bound) คือ สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการนั่งหรือนอนมากกว่ากัน

1. การปฏิบัติกิจกรรม(Activity) พิจารณาจากความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การทำงาน การทำงานอดิเรกหรือการทำกิจกรรมอื่นๆ ว่าทำได้เหมือนเดิมหรือไม่ แบ่งเป็น 6 ระดับ ดังนี้

1.1 ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ (normal activity & work) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำงานหรือประกอบอาชีพหรือทำงานบ้านและทำงานอดิเรกหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างที่เคยทำตามปกติโดยไม่เหน็ดเหนื่อย

1.2 ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ (normal activity with effort) หมายถึง ผู้ป่วยต้องใช้แรงมากขึ้นในการทำกิจกรรมหรือการประกอบอาชีพหรือทำงานอดิเรกหรือทำงานบ้านอย่างที่เคยทำตามปกติ

16665561

1.3 ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (unable normal job/work) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้อย่างที่เคยทำตามปกติ แต่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้

1.4 ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ (unable hobby/house work) หมายถึง ผู้ป่วยอ่อนเพลียจนไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือทำงานบ้านอย่างที่เคยทำได้

1.5 ไม่สามารถทำงานได้เลย (unable to do any work) หมายถึง ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถทำงานอดิเรก หรือทำงานบ้านอย่างที่เคยทำหรือทำงานต่าง ๆ ได้ จึงนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (reduced ambulation)

1.6 ทำกิจกรรมได้น้อยมาก (unable to do most activity) หมายถึง ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากหรือเหนื่อยล้า จึงต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการทำกิจวัตรประจำวันเป็นส่วนใหญ่ อาทิเช่น ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำและการล้างมือ ล้างหน้า แปรงฟัน การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ แต่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เองหรือต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยในการรับประทานอาหาร

1.7 ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ (unable to do any activity) หมายถึง ผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว จึงไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ได้เลย และต้องการการดูแลในการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

1.8 การดำเนินโรค (extent of disease) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามผลการตรวจร่างกายและการวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งแสดงถึงระดับความรุนแรงของโรค และยังหมายถึงความก้าวหน้าของโรค (progression of disease) ที่กำลังให้การรักษา (active treatment) อยู่ ดังนี้

1.8.1 ไม่มีอาการของโรค (no evidence of disease)

1.8.2 มีอาการของโรคบางอาการ (some) อาทิเช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคเฉพาะแห่ง (local recurrence)

1.8.3 มีอาการของโรคอย่างชัดเจน (significant disease) อาทิเช่น ถ้ามีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปที่อวัยวะอื่น 1 หรือ 2 แห่ง เช่น ปอด หรือ กระดูก

1.8.4 มีการลุกลามของโรคอย่างมาก (extensive disease) หรือถ้ามีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปที่อวัยวะหลายแห่ง ได้แก่ ปอด กระดูก ตับ สมอง แล้วมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นมากมายหลายอาการ

2. การทำกิจวัตรประจำวัน (self care) ได้แก่ การอาบน้ำ การล้างหน้า การแปรงฟัน การใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การใช้โทรศัพท์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

2.1 ทำได้เอง (full self care) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างได้ด้วยตนเอง

2.2 ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง หรือบางเรื่อง (occasional assistance) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ เช่น ลุกจากเตียงได้เอง เดินได้เอง ล้างหน้าเอง ไปห้องน้ำเอง และรับประทานอาหารด้วยตนเอง แต่ในบางครั้งต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็น เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเวียนศีรษะ จึงต้องการให้เจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยเหลือในการพาไปเข้าห้องน้ำ โดยอาจเป็น 1 ครั้ง /วัน หรือ 2 - 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์

2.3 ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น (considerable assistance) หมายถึง ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมได้แก่ การลุกจากเตียง การเดิน การล้างหน้า การไปห้องน้ำ และการรับประทานอาหาร ทุกวันเป็นประจำจากผู้ดูแลจำนวน 1 คน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการเดินไปเข้าห้องน้ำ แต่กิจกรรมอื่นๆ เช่น หวีผม แปรงฟัน ล้างมือ ล้างหน้า รับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิบัติได้เองแต่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการจัดเตรียมหรือตัดอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ

2.4 ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ (mainly assistance) หมายถึง ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ และความต้องการการช่วยเหลือจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพความเหนื่อยล้า (fatigue) ของผู้ป่วยในแต่ละวัน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ การล้างมือ ล้างหน้า โกนหนวด แต่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เอง หรือต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยในการรับประทานอาหาร

2.5 ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด (total care) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้หรือไม่สามารถไปห้องน้ำหรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันใด ๆ ได้ด้วยตนเอง จึงต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด และความต้องการการช่วยเหลือขึ้นอยู่กับสภาพอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคี้ยวหรือกลืนอาหารได้เอง ผู้ดูแลอาจต้องให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยหรือบางรายอาจเคี้ยวหรือกลืนอาหารได้เอง แต่ต้องการผู้ดูแลช่วยป้อนอาหารให้

3. การรับประทานอาหาร (intake) การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหารมี 4 ระดับ ดังนี้

3.1 รับประทานอาหารปกติ (normal intake) หมายถึง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ในปริมาณตามปกติ

3.2 ลดลง (reduced intake) หมายถึง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ในปริมาณลดลงจากเดิม

3.3 จิบน้ำได้เล็กน้อย (minimal to sips) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถจิบน้ำหรือรับประทานอาหารเหลวได้เล็กน้อย

3.4 รับประทานทางปากเองไม่ได้ (mouth care only) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอาหารได้ ถ้ากลืนอาหารเองจะมีอาการสำลัก หรือเสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจาก ผู้ป่วยซึมหลับ หรือไม่รู้สึกรับรส หรือสับสน อาจได้รับการใส่สายยางให้อาหาร โดยใส่ทางจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร (nasogastric tube) ผู้ดูแลจึงต้องดูแลความสะอาดภายในช่องปากให้กับผู้ป่วย

4. ระดับความรู้สึกตัว (conscious level) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

4.1 รู้สึกตัวดี (full consciousness) หมายถึง รู้สึกตัวดี และรับรู้วัน เวลา สถานที่ ได้ปกติ มีสติดี และมีความสามารถในการรับรู้ ทั้งด้านความคิด ความจำ ความรู้สึก

4.2 สับสน (confusion) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนจับพัว (delirium) หรือมีภาวะสมองเสื่อม (dementia) หรือมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งอาจจะมีอาการเล็กน้อย หรือปานกลาง หรือรุนแรง ที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ

4.3 ง่วงซึม (drowsiness) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า (fatigue) หรือมีอาการง่วงซึมจากการได้รับผลข้างเคียงจากยาหรืออาการซึมมึนงง (stupor) หรือมีอาการสับสนจับพัว หรือมีอาการอยู่ในภาวะใกล้ตาย

4.4 ไม่รู้สึกตัว (coma) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อคำพูด หรือสิ่งกระตุ้นทางร่างกาย (verbal or physical stimuli) ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยาการตอบสนองแบบอัตโนมัติ (reflex) หรือไม่มีปฏิกิริยาการตอบสนองก็ได้ และระดับของความไม่รู้สึกตัวของผู้ป่วยอาจจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3. อาการและการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (กิตติกรนิลมานัต, 2555)

3.1 ความปวด (Pain) อุบัติการณ์ความปวดอยู่ระหว่างร้อยละ 34 – 96 และพบว่าร้อยละ 27 – 39 ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลมีความปวดใน 48 ชั่วโมงสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต โดย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง เจ้าหน้าที่หรือผู้ให้การดูแลต้องสามารถประเมินความปวดและเลือกใช้มาตรวัดความปวดที่เหมาะสม รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการความปวดทั้งการจัดการความปวดโดยการให้ยาและการไม่ให้ยา, หรือการใช้วิธีการสนับสนุนทางอารมณ์

3.2 อาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 39 มีอาการหายใจลำบากอย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 61 ของผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเป็นช่วงๆ โดยมีอาการประมาณน้อยกว่า 5 ครั้งต่อวัน และครั้งละประมาณ 10 นาที อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่อาจบ่งถึงพยากรณ์ของการมีชีวิตอยู่ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวร้อยละ 44 มีหายใจลำบากในช่วงระยะสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต และพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีภาวะหายใจลำบากในระดับปานกลางถึงรุนแรงก่อนเสียชีวิต ดังนั้นเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้การดูแลต้องสามารถประเมินอาการหายใจลำบากโดยการซักประวัติและการตรวจร่างกายได้ และมีความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบากทั้งโดยการให้ยาและไม่ให้ยา

3.3 อาการสับสน เจ้าหน้าที่หรือผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยชักนำและปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดอาการสับสนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อป้องกันการเกิดอาการสับสน และต้องสามารถประเมินอาการสับสนโดยใช้แบบประเมินอาการสับสน และวางแผนการดูแลเพื่อการจัดการอาการสับสน ทั้งโดยการให้ยาและไม่ให้ยาและการจัดการด้านจิตใจ

3.4 อาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียน เป็นอาการที่พบบ่อยกว่าครึ่งหนึ่งในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมด พบประมาณร้อยละ 33 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และร้อยละ 50 – 60 ในผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย, แนวทางการประเมินอาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียน, การใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียนและการจัดการอาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียนโดยการให้ยาและไม่ให้ยา

3.5 เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด อาการเบื่ออาหารเป็น 1 ใน 5 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพบร้อยละ 34 ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และพบว่าร้อยละ 18 ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีอาการน้ำหนักลด ซึ่งเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้การดูแลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร, แนวทางการประเมินอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด, การจัดการอาการเบื่ออาหารโดยการให้ยาและไม่ให้ยา

3.6 ท้องผูก พบร้อยละ 32 ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และร้อยละ 54 ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วย ซึ่งอาการท้องผูกอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคหรือจากยาบรรเทาปวดที่ได้รับ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการประเมินอาการท้องผูกและการจัดการอาการเพื่อลดหรือบรรเทาอาการท้องผูกได้

3.7 ผลกดทับ พบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาที่บ้านสูงถึงร้อยละ 5-28.9 ในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุแบบค้างคืนร้อยละ 2.3-23.9 ฯ (Landi F, et al., 2007, p. 23 อ้างอิงใน ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริธร ดิษฐ, 2554, หน้า 115) และเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ โดยเจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ, การป้องกันการเกิดแผลกดทับ, การประเมินระดับของแผลกดทับ, การดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับและการประเมินการหายของแผลกดทับ

3.8 กลุ่มอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล เป็นอาการที่พบบ่อยในการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นเจ้าหน้าที่ควรมีความรู้ในการให้การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การให้คำปรึกษา, การฝึกคิดเชิงบวก, เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนการดูแลภายหลังการสูญเสีย

องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Caregiver) ปัจจุบันผู้ดูแลผู้ป่วยได้เข้ามามีบทบาทสำคัญมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องที่บ้านตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ จากบุคคลที่ตนคุ้นเคย และ/หรือรักใคร่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ดำรงชีวิตอย่างอบอุ่น มีเพื่อน ไม่อยู่หัวคนเดียว ช่วยลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลลงในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยมากกว่าและรู้ใจผู้ป่วยมากกว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ช่วยลดภาระงานของทีมสุขภาพในการดูแล ช่วยลดปัญหาของจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอในการรับผู้ป่วยโรคต่างๆ ของโรงพยาบาล ช่วยลดภาระของรัฐในการจัดบริการเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2547) โดยเฉพาะพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ คือผู้ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว สังคม ในฐานะ

กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (Formal Caregiver) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในชุมชนซึ่งรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ ทั้งบุคคลปกติ ผู้ป่วย และครอบครัวที่บ้าน และบุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นญาติหรือคนคุ้นเคยซึ่งมีได้อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ให้การดูแลด้วยความรักความผูกพัน สำนึกในบุญคุณ กตัญญูทเวที อันเป็นวัฒนธรรมอันงดงามของไทย คนกลุ่มนี้จะให้การดูแลโดยมิได้ค่าตอบแทนใดๆ และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาก่อน จะเรียกผู้ดูแลกลุ่มนี้ว่า ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) (จรรยา เสียงเสนาะ, 2548) ซึ่งส่วนใหญ่ชุมชนในชนบทนั้นจะเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการมากกว่าแบบที่เป็นทางการ

บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2547) จะมี 2 บทบาท คือ บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ ส่วนใหญ่จะมีบทบาทในด้านการให้การดูแลด้านร่างกายและการดูแลด้านสุขภาพส่วนบุคคลมีบทบาทในการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมด้วยแต่เป็นส่วนน้อย และบทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นผู้จัดการในการจัดการที่จะให้บริการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการทางจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย

การส่งเสริมภารกิจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (จรรยา เสียงเสนาะ, 2547) พยาบาลและทีมสหวิชาชีพในชุมชนกับผู้ดูแลในชุมชนจะต้องร่วมมือกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลถูกต้องตามแผนการรักษา โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนต้องมีการเตรียมผู้ดูแลในการ สอน แนะนำ สาธิตและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างดีในเรื่องที่สำคัญต่างๆ ต่อไปนี้

อาหาร : สามารถจัดเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับโรคและสภาพของผู้ป่วย

การขยับถ่าย : เข้าใจความต้องการขยับถ่าย รู้จักสังเกตความผิดปกติของอุจจาระ ปัสสาวะรวมทั้งสามารถทำความสะอาดภายหลังการขยับถ่าย

การให้ยา : ให้ยาได้ถูกต้องตามชนิด ขนาด และเวลา

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน : ป้องกันแผลกดทับ โดยการพลิกตัวหรือเปลี่ยนท่านอน ทุกๆ 1 ชั่วโมง ป้องกันข้อติด เห่าตก โดยวิธีทำกายภาพบำบัดและใช้หมอนทรายช่วย Support ตามข้อต่างๆ

การดูแลความสะอาดทั่วไป : เช็ดตัว สระผม ทำความสะอาด ปากฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า และเครื่องนอน

การสังเกตอาการผิดปกติ : อาการกระสับกระส่าย มีไข้ การหายใจผิดปกติ เป็นต้น

การดูแลช่วยเหลือตามอาการ : การเช็ดตัวลดไข้ การบรรเทาอาการปวด บวม ด้วย การประคบ การนวด เพื่อคลายเครียด เป็นต้น

การสนับสนุนด้านสุนทรียศาสตร์: การให้ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีที่ชอบ ดูการแสดงจาก วีซีดี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเบนความเจ็บป่วยไปอีกขณะหนึ่งได้เช่นกัน

เมื่อพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ ติดตามเยี่ยมบ้าน และ/หรือ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้ป่วย โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพจะใช้ข้อมูลจากการซักถามผู้ดูแลประกอบการสังเกตเพื่อ วินิจฉัยทางการแพทย์และวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

1.1 บุคลากร/ทีมและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมผู้ดูแล ที่มีการทำงานแบบ Interdisciplinary team เป็นทีมการดูแลที่ประกอบไปด้วย หัวหน้าทีม ส่วนมากมักจะเป็นแพทย์ และสมาชิกของทีมมีการทำงานร่วมกันและให้การสนับสนุน ซึ่งกันและกัน (วิรัช วุฒิกุมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และสิรินทร์ ศาสตราบุรุษ, 2542 ; จอนณะจ พึ่งจาด, 2547) โดยมีหลักการทำงานที่สำคัญ 4 ประการ (ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย, 2554) ได้แก่ 1) การดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวม 3) การทำงาน ประสานกันของทีมที่ดูแล และ 4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์ประกอบของทีมการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองในแต่ละโรงพยาบาลนั้นขึ้นอยู่กับศักยภาพและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative team members) (ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย, 2554)

แพทย์ ทำหน้าที่ดูแลรักษา ส่งต่อผู้ป่วยไปสถานดูแลระยะสุดท้าย เป็นผู้ลง ความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องให้การดูแลแบบประคับประคองให้การวินิจฉัยในภาวะที่ ต้องรับไว้รักษาในสถานพยาบาลและการให้การคาดการณ์ การดำเนินของโรค ให้การตรวจวินิจฉัย ที่เป็นปัจจุบัน ส่งการรักษาคอยควบคุมอาหาร ตลอดจนสั่งอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับ

นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ประเมินความต้องการด้านจิตสังคม การบำบัดดูแล ในปัญหาด้านจิตสังคม ในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในปัญหาด้านจิตสังคม ด้านเศรษฐกิจ การวางแผนจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแล การใช้สิทธิตามการประกันสุขภาพ การหาแหล่งช่วยเหลือด้านสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเหลือในการปรับตัวเผชิญกับ การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การดูแลจัดการ ด้านกฎหมายและด้านเศรษฐกิจ ดูแลช่วยเหลือในการ จัดการงานศพ

ผู้ให้คำปรึกษา/ศาสนาจารย์ (Counselor / Pastoral) มีหน้าที่ให้การสนับสนุน ด้านจิตวิญญาณเน้นการช่วยให้มีความเข้มแข็ง การยอมรับกับวาระสุดท้ายและการให้อภัย ช่วยใน

การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ เช่น การสวดมนต์ การทำพิธีต่างๆ ช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษาในเรื่องการจัดเตรียมและการจัดการงานศพ ช่วยเหลือในการตัดสินใจในภาวะที่มีข้อขัดแย้งด้านจริยธรรม ในประเทศไทยยังไม่มีบุคลากรด้านนี้ สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่นี้อยู่ก็คือพยาบาลโดยพยาบาลเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมความต้องการด้านจิตวิญญาณและการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวจนวาระสุดท้ายของชีวิต

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตในการให้การดูแลผู้ป่วยขั้นต้นที่บ้าน ให้การพยาบาลเบื้องต้นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

เภสัชกร ให้การดูแลเรื่องยาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

นักบำบัดต่างๆ ให้การบำบัดเพื่อบรรเทาอาการและให้ความสุขสบาย เช่น นักดนตรีบำบัด นักกายภาพบำบัด ผู้ให้การบำบัดรักษาแบบผสมผสานในสถานพยาบาลในประเทศไทยจำนวนหนึ่งเริ่มให้การยอมรับ การบำบัดรักษาแบบผสมผสาน เข้ามาร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน นักบำบัดเหล่านี้สามารถเข้าร่วมในการดูแลเพื่อการควบคุมและบรรเทาอาการเพื่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะประคับประคอง

อาสาสมัคร เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจโดยไม่มีค่าตอบแทนการช่วยเหลือเน้นการมีคุณภาพที่ดี หน้าที่ของอาสาสมัครส่วนใหญ่เน้นการเป็นเพื่อนรับฟังปัญหา ให้กำลังใจหรือให้การช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่น ช่วยเหลือในการพาไปพบแพทย์ ช่วยเหลือทำงานบ้าน เตรียมอาหาร อยู่เป็นเพื่อนในวาระสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนการดูแลปลอบใจครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต

ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด เพื่อนที่สนิท เพื่อนบ้านเพื่อนสมาชิกในกลุ่มหรือชมรมเดียวกัน หรือแม้แต่สัตว์เลี้ยงของผู้ป่วยเอง ต่างมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย ทั้งในเรื่องความช่วยเหลือดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นกำลังใจสนับสนุน ชี้แนะแนวทาง หรือแม้แต่ผลกระทบในด้านลบ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาและพยากรณ์โรคและมีโอกาสได้ร่วมตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาให้มากที่สุด

พยาบาล มีหน้าที่ให้การพยาบาลเพื่อความสุขสบาย การจัดการความปวด การควบคุมอาหาร การตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลด้านร่างกาย ให้การพยาบาล แนะนำการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และการดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ภาวะสุขภาพทรุดโทรมลงเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ตลอดจนการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน การดูแลครอบครัวในระยะเศร้าโศกภายหลัง

การเสียชีวิต นอกจากบทบาทดังกล่าวแล้ว Rushton (Rushton, 1998 อ้างอิงใน จอนพะจง, 2547) กล่าวว่าพยาบาลยังมีบทบาทในการที่จะช่วยให้เกิดระบบของการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และระยะสุดท้ายได้ ซึ่งมี 9 บทบาทคือ

1. สร้างระบบการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย เป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นในนโยบายการดูแลขององค์กร
2. พยาบาลควรเป็นผู้บันทึกและรายงานถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแลครอบครัวและค้นหาอุปสรรคที่ขัดขวางคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มาจากบุคคล วิชาชีพ องค์กรและสังคม
3. เป็นสมาชิกในทีมการดูแลสหสาขาวิชาชีพในหน่วยงาน ร่วมกันค้นหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและการพัฒนามาตรฐานการดูแลในเรื่องการจัดการ ความปวด การควบคุมอาการ การดูแลแบบองค์รวม การสนับสนุนด้านจิตใจสังคมและการบริหารจัดการระบบการดูแล
4. สนับสนุนให้เกิดการดูแลที่เป็นระบบขององค์กรรวม เช่น การมี Professional guideline protocols และ standard เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. ชี้แนะปัจจัยที่ก่อให้เกิดการคุกคามต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลที่ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี
6. มีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะประคับประคอง สำหรับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ
7. ร่วมมือกับผู้ป่วย ในการทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสังคมทั่วไป เกิดความเข้าใจสิ่งที่เกิดในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
8. สนับสนุนระบบการดูแลที่คำนึงถึงค่านิยม ความเชื่อ ทั้งของวิชาชีพ บุคคล และ ครอบครัว ในการตัดสินใจ และการปฏิบัติที่เหมาะสมและมีจริยธรรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย

ความรู้และทักษะที่สำคัญที่พยาบาลควรได้รับการพัฒนาเพื่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Cohen และคณะ (Cohen, et al., 2002 อ้างอิงใน จอนพะจง, 2547) คือ ทักษะการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลแบบประคับประคองและการเสริมสร้างทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และความรู้ที่พยาบาลควรต้องมีประกอบด้วย ความรู้ในการประยุกต์ใช้ความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

โดยเฉพาะต้องรู้ว่าควรให้การพยาบาลอย่างไร การเพิ่มศักยภาพในการพยาบาลด้านจิตสังคม ความสามารถในการให้ข้อมูล หรือการพูดคุยถึงประเด็นเกี่ยวกับการตาย ความทุกข์ และการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลและระหว่างวิชาชีพ

Nurse : Home care (ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย, 2554) เป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม ช่วยป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และปัญหาอื่น ๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งคอยช่วยประสานงานระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน

ความสามารถของ Nurse Home Care ในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care จะต้อง มี 9C (ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย, 2554)

1. Competence คือ มีความสามารถเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสงบ ความมั่นใจ สามารถควบคุมอาการปวดอย่างได้ผล
2. Concern คือ สามารถถ่ายทอดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ มีความห่วงใย มีพฤติกรรมที่อบอุ่นเป็นกันเอง
3. Comfort คือ ต้องใช้หลักการพยาบาล เพื่อความสบายทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตใจ โดยเฉพาะเรื่องความปวด
4. Communication คือ เป็นนักฟังที่ดี ฟังอย่างสนใจ ได้ตอบอย่างเหมาะสม ในสิ่งที่จำเป็น เพื่อที่จะได้ทราบว่าผู้ป่วยต้องการอะไร
5. Children and relatives คือ จัดให้ลูกหลานมาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อเป็นกำลังใจ แก่ผู้ป่วย แต่ควรถามความสมัครใจของญาติด้วย เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ
6. Cohesion คือ จัดโอกาสและบรรยากาศให้สมาชิกในครอบครัวได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยประคับประคองจิตใจ ลดความกังวล และยังช่วยให้ญาติปรับตัวกับความรู้สึกที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป
7. Cheerfulness คือ ต้องอยู่ในอารมณ์สดชื่น สีสหน้าท่าทางที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น

8. Consistency คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีความสม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง การที่มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้

9. Calmness of mind คือ มีจิตใจที่สงบสามารถเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกินเหตุ หรือแสดงอาการเฉยเมยต่อผู้ป่วยและญาติ

2. สถานที่ในการดูแลสถานที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (วิรัช วุฒิภูมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และสิรินทร์ ศาสตรานุรักษ์, 2542 ; จอนพะจง เพ็ญจาด, 2547) การดูแลแบบประคับประคองสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสถานที่ไม่จำกัดอยู่แต่เฉพาะในสถานพยาบาล โดยปกติแล้วผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ โดยได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว การดูแลในสถานพยาบาลเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงขึ้นหรือมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อควบคุมอาการ การให้การดูแลอย่างต่อเนื่องควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยในทุกที่ไม่่ว่าเป็นบ้านและสถานพยาบาล ดังนี้

บ้าน การดูแลที่ให้อำนาจเป็นบ้านเป็นการดูแลที่เน้นตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ อาจเป็นพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรืออาสาสมัคร เพื่อประเมินอาการ ให้การพยาบาลที่จำเป็น รวมทั้งให้การดูแลสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ที่ผ่านมามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ขอรับญาติให้น่ากลับบ้านและต้องการเสียชีวิตที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ดังนั้นควรพิจารณาใช้บ้านเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความพร้อม หรือครอบครัวที่ได้รับการเตรียมความพร้อมและได้รับการสนับสนุนจากทีมการดูแล จะทำให้การดูแลได้สนองความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง

สถานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Long - term Care Setting) สถานพยาบาลที่ให้ลักษณะนี้เพิ่งเริ่มเกิดขึ้นในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นบริการที่เกิดขึ้นในสถานบริการเอกชนในรูปแบบของ Nursing home ส่วนในสถานบริการสุขภาพของรัฐยังไม่เกิดสถานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เต็มรูปแบบที่มีอยู่เป็นประเภทผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถกลับไปอยู่บ้านได้ หรือขาดผู้ดูแลก็จะรับไว้ดูแลในตึกรักษาพยาบาล รวมกับผู้ป่วยอื่นๆ

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Residences) เป็นบริการสำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี

โรงพยาบาล (Hospital Setting) เป็นสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตการรับผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้าไว้ในโรงพยาบาล นอกจากจะขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์แล้ว ยังต้องได้รับความเห็นชอบของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

3. รูปแบบการดูแล การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังมีการพัฒนาไม่มาก เนื่องจากไม่มีการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ ขาดการสนับสนุนการดำเนินงานทางด้านงบประมาณ การพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาระบบ Palliative care ซึ่งยังไม่มีในระบบสุขภาพ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ต้องผสมผสานองค์ประกอบที่สำคัญ 3 อย่างคือ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการรักษา ซึ่งการจะทำให้เกิดระบบ Palliative care ต้องประกอบด้วย นโยบายระดับชาติ การจัดการด้านงบประมาณ การจัดบริการยา การเข้าถึงยา และการควบคุมการกระจายยาที่จำเป็น เช่น ยาที่ใช้ในการจัดการความเจ็บปวดกลุ่ม opioids ฯ (รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2554)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่พบว่าเป็นแบบ Interdisciplinary care team model หมายถึง การที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา เน้นค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาศัยการทำงานร่วมกันและการผสมผสานบทบาทของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา เพื่อการค้นหาการดูแลที่เหมาะสม (วิรัช วุฒิภูมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และสิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์, 2542; จอนผะจง เพ็งจาด, 2547) ซึ่งการช่วยประคับประคองผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย (supportive care) และบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน (pain and symptom control) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง มีหลัก 5 ประการ (สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ, 2550) ได้แก่

1. การเคารพเป้าหมาย เจตจำนงของผู้ป่วย โดยการค้นหาบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยวางแผน/ตัดสินใจแทน ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการดำเนินโรคและสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ต้องการและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหา ร่วมกับบุคลากรสุขภาพ

2. การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คำนึงถึงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการดูแลวางแผนร่วมกันระหว่างทีมจากสหสาขาวิชาชีพ โดยตระหนักว่าช่วงเวลานี้มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว หาวิธีให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย จัดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานอื่นๆ ที่รบกวนผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วย/ครอบครัวผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความต้องการ ถ้าการดำเนินโรคแยกลงให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ทั้งความปวดร้าวทุกข์ใจ หรือความกลัว ให้โอกาสผู้ป่วยได้พูด/ทำในสิ่งที่สำคัญที่สุด ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยทบทวนอดีต และทำใจให้สงบ

3. ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย โดยเข้าใจว่าครอบครัวผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ จัดให้มีระบบสำหรับช่วยคำจุนแก่ครอบครัวผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้บริการเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้พัก เช่น การโทรศัพท์เยี่ยมเยียนหรือให้คำปรึกษา ต้องเข้าใจว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเจ็บป่วยได้ และวางแผนให้การช่วยเหลือ หาวิธีช่วยให้อจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย หากต้องลาออกจากงาน/พักงาน หรือสูญเสียรายได้ ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยปรับตัวเรื่องความโศกเศร้าและความสูญเสีย และจัดให้มีระบบสำหรับช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในช่วงเวลาโศกเศร้าจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย

4. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขและผู้ให้บริการที่เหมาะสม โดยจัดให้มีระบบช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จนถึงวาระสุดท้าย

5. หาวิธีทางที่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี โดยช่วยผู้ดูแลผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการดูแลที่ดีที่สุด โดยให้ความรู้ในการดูแลสอนการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต ตลอดจนการประคับประคองผู้ดูแลผู้ป่วย มีการเสริมการให้กำลังใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทั่วไปตามหลักของ Hospice (Lack, 1977) ประกอบไปด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (total care) เป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายในฐานะบุคคลที่มีความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (individual care) 2) การควบคุมอาการต่างๆ อันเนื่องจากพยาธิสภาพโรค และจากการวินิจฉัยโรค รวมถึงการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือน ทั้งร่างกายและจิตใจ 3) การควบคุมความเจ็บปวด ซึ่งไม่ใช่ความเจ็บปวดทางกายเท่านั้น แต่เป็นความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยต้องประสบในหลายรูปแบบ เช่น การเจ็บปวด ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ซึ่งมีหลักในการควบคุมคือ การควบคุมความเจ็บปวดนั้นจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไม่ต้องรอให้ปวดก่อนจึงให้ยา เพราะจะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและต้องทำให้ผู้ป่วยตื่นอยู่กับครอบครัวและเพื่อน โดยไม่ให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพหลับมากเกินไป อีกทั้งต้องให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างปกติ พยายามให้เจ็บปวดน้อยที่สุด และให้ผู้ป่วยสะดวกสบายมีอิสระในการเคลื่อนไหว การให้ยาก็นิยมให้ยาทางปากหรือยาเหน็บทวารหนัก 4) ให้การประคับประคองจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยไม่ทอดทิ้ง รับฟังและให้ความช่วยเหลือ 5) ให้การดูแลครอบครัวในกระบวนการเศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยให้การดูแลแบบประคับประคองทั้งก่อนผู้ป่วยสิ้นชีวิตและหลังจากผู้ป่วยสิ้นชีวิตแล้ว และ 6) ให้การประคับประคองทีมสุขภาพ เนื่องจากการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยซ้ำแล้วซ้ำอีก ย่อมต้องการการประคับประคองดูแลให้กำลังใจ

และช่วยเหลือในการใช้กลวิธีเผชิญกับภาวะเครียดเพื่อให้ทีมสุขภาพมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรายต่อไป ซึ่งจากแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน Hospice ดังกล่าวได้เป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาไปสู่การสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองใน Western Australia (WA) เนื่องจากทำให้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองว่าการบริการที่ให้การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันนั้นเป็นเพียงการให้บริการประชาชนเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นซึ่งจากการคาดการณ์พบว่าแนวโน้มภาระโรคและผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในปี 2016 จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นหลายเท่า เครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองจึงได้มีการพัฒนารูปแบบของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อลดช่องว่างของการให้บริการในปัจจุบัน เพื่อลดความไม่เสมอภาคและเพิ่มการเข้าถึงของการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มของประชาชนที่ยังไม่ได้รับการบริการที่ดีในรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคองที่มีอยู่ในปัจจุบัน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ WA ได้ผ่านการให้คำปรึกษาของแพทย์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการและได้ถูกสร้างขึ้นโดยใช้ชื่อรูปแบบนี้ว่า "The Palliative Care in Western Australia, Final Report 2005" (PC Report) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีระยะเวลาของการมีชีวิตจำกัด โดยไม่คำนึงถึงการวินิจฉัย ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยในระหว่างการเจ็บป่วย ส่งมอบการดูแลในทุก ๆ หน่วยบริการ คือ โรงพยาบาล หน่วยดูแลแบบประคับประคอง การดูแลที่บ้าน และการให้ความร่วมมือระหว่างผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองและผู้ให้บริการ ผู้ดูแลหลัก (Western Australia, 2005) การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของ WA นี้ ได้สรุปเป็น Domain of Palliative Care, 2008 มีกรอบแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของแนวคิดโดยมีรายละเอียดของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ลักษณะประชากร คือ อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, ข้อมูลการติดต่อ, วัฒนธรรม จริยธรรม, ภาษา, อาหาร, การประเมินคุณค่าตนเอง, ความเชื่อ, การฝึกฝน, พัฒนาการด้านจิตใจ, การศึกษา, ความสามารถในการอ่านและเขียน แนวคิด Domain of Palliative Care ได้เน้นส่วนสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง 8 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการจัดการโรค การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การวินิจฉัยโรคร่วม (เช่น สมองเส้นอม, โรคจิต, การใช้สารอื่นๆ, การได้รับบาดเจ็บ) ความก้าวหน้าของโรค อาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาการข้างเคียง, อาการเป็นพิษ อาการแพ้อื่นๆ
2. ด้านกายภาพ อาการปวดและอาการอื่นๆ ระดับความรู้สึกตัว, การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที, ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความต้องการพื้นฐานและความต้องการการดูแล

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (การเคลื่อนไหว, การกลืน, การขยับถ่าย) การรับรู้ความรู้สึก (การได้ยิน, การดมกลิ่น, การรับรส, การมองเห็น, การสัมผัส) ด้านกายภาพ (การหายใจ, การไหลเวียนโลหิต, การมีเพศสัมพันธ์) การได้รับอาหารและการดื่ม การดูแลบาดแผล งานอดิเรกอื่นๆ (การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่)

3. ด้านจิตใจ บุคลิกภาพ, ความเข้มแข็ง, พฤติกรรม, แรงกระตุ้น ผลกระทบความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและครอบครัว อาการซึมเศร้า, วิตกกังวล อารมณ์ (โกรธ, เครียด, การสิ้นหวัง, ความโดดเดี่ยว ความกลัวการทอดทิ้ง ภาวะ ความตาย การควบคุม ความมีเกียรติ อิสระ, ภาพลักษณ์ ความขัดแย้ง, ความละเอียด, ความเครียด, การรับมือ ความต้องการการดูแลหรือการประเมินด้านจิตใจ

4. ด้านสังคม วัฒนธรรม, ความเชื่อ, ทักษะทางสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว, เพื่อนและชุมชน การแยกตัว, การทอดทิ้ง, การไกล่เกลี่ย, ระบบสนับสนุน ความลับ, ความใกล้ชิด, เพศสัมพันธ์ กิจกรรมประจำวัน, กิจกรรมทางศาสนา, กิจกรรมสันทนาการ, วิชาชีพ แหล่งสนับสนุนทางการเงิน, สังคมสงเคราะห์ กฎหมาย (เช่น หนังสือมอบอำนาจทางธุรกิจ, การดูแลด้านสุขภาพ, พินัยกรรม, ผู้รับผลประโยชน์) ผู้ให้การสนับสนุนดูแลครอบครัว ปัญหาการดูแลและการคุ้มครองความต้องการพิเศษ ชนพื้นเมือง

5. ด้านจิตวิญญาณ การให้ความหมาย, การประเมินค่า สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ ทักษะความเชื่อ พระ และการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ พิธีกรรม, พิธีทางศาสนา, สัญลักษณ์, อนุชา

6. ทักษะ การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม กิจกรรมประจำวัน (การดูแลตนเอง, งานบ้าน) การพึ่งพาอาศัย, สัตว์เลี้ยง ความต้องการพิเศษ ชนบท, ห่างไกล การใช้โทรศัพท์ การเดินทาง

7. การดูแลระยะสุดท้าย การใช้ระเบียบปฏิบัติในแนวทางการดูแล การให้ความสำคัญกับสถานที่ตาย การคาดการณ์และการจัดการการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิต การให้สุขศึกษากับผู้ป่วย, ครอบครัวและผู้ดูแล การตอบสนองการดูแลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนล่วงหน้า การบริจาคอวัยวะ การเตรียมการเสียชีวิต การให้ข้อมูลและการตอบสนองการดูแล การประกาศและการลงนามยินยอมการเสียชีวิต การดูแลของครอบครัวในช่วงเวลาระยะสุดท้าย เช่น ความเป็นส่วนตัว, การมีส่วนร่วมในการดูแล การเตรียมพร้อมด้านร่างกาย เช่น สถานที่จัดการศพ งานศพ, ของชำร่วย

8. การสูญเสีย การสูญเสีย ความเศร้าโศก การวางแผนการสูญเสียและแนวทางการส่งต่อ การดูแลต่อเนื่องสำหรับความเศร้าโศกที่มีความซับซ้อน



ภาพ 1 กรอบแนวคิด Domains of Palliative Care

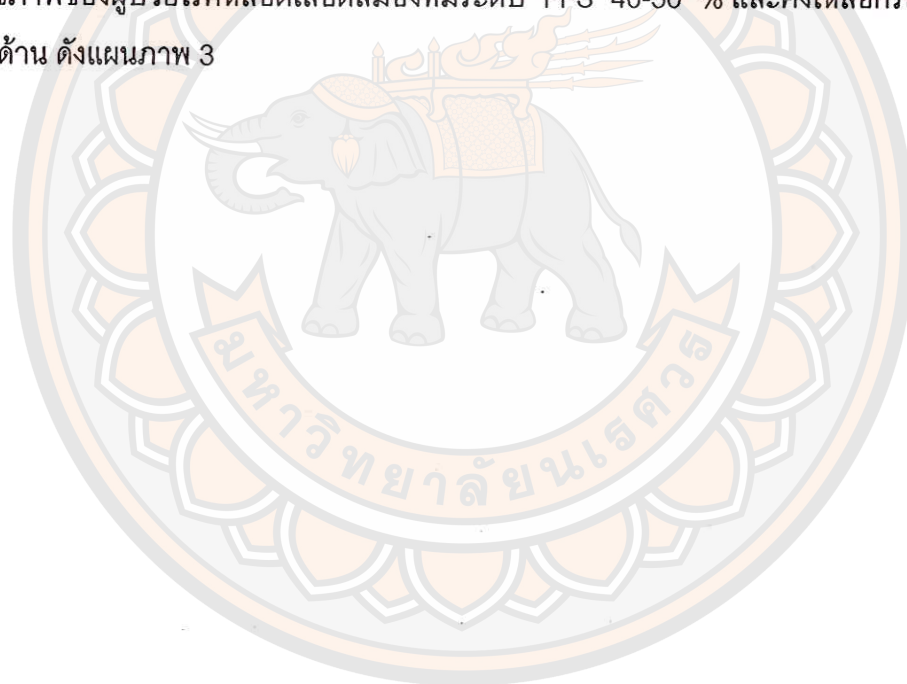
ซึ่งจากภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิด Domains of Palliative Care (WA, 2008) นำมา
ดัดแปลงเป็นกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองสำหรับ
พยาบาลได้ดังภาพ 2

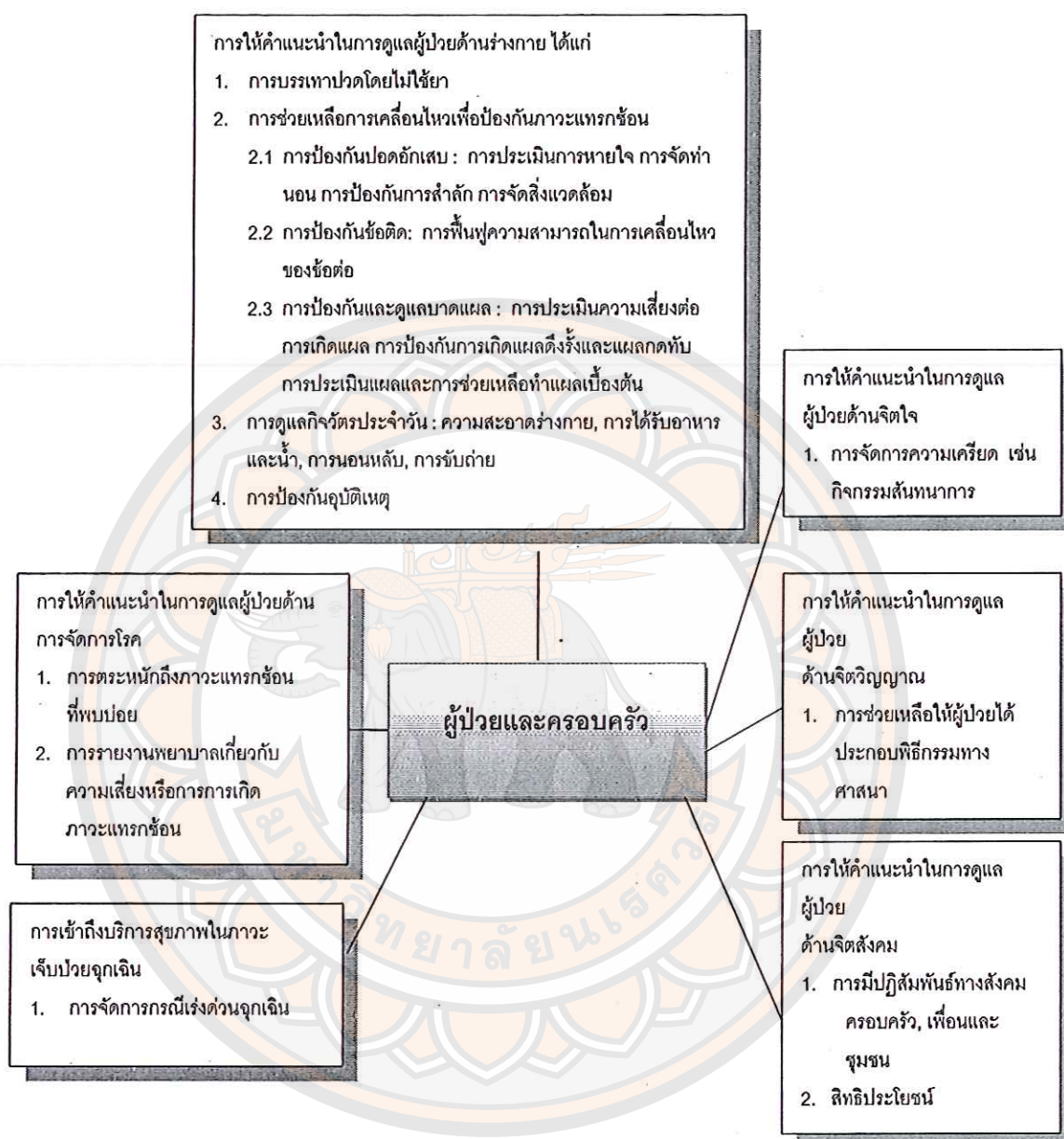


การจัดการโรคหลอดเลือดสมอง 1. สถานการณ์โรค ความชุก ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้และที่แก้ไขไม่ได้ 2. การซักประวัติ การรวบรวมข้อมูล การประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อการวินิจฉัยโรค 3. การวินิจฉัยโรคร่วม (โรคหัวใจ, สมอ, โรคจิต, การใช้สารอื่นๆ, การได้รับบาดเจ็บ) 4. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการดูแลรักษา ความก้าวหน้าของโรค การป้องกันและการกลับเป็นซ้ำ 5. อาการแทรกซ้อน (สมองบวม, อาการชักเกร็ง)	ด้านร่างกาย 1. การเคลื่อนไหวข้อลดลง อาการปวดเกร็งข้อ การหายใจ, การไหลเวียนโลหิต 2. ระดับความรู้สึกตัวลดลง 3. ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง, ความเสี่ยงต่อการหกล้มตกหล่น 4. การดูแลกิจวัตรประจำวัน 5. การประเมินการกลืน การได้รับอาหารและน้ำ 6. การดูแลการขับถ่ายและปัญหาการรับถ่าย 7. การรับรู้ความรู้สึก การดูแลบาดแผล ความเสี่ยงต่อการเกิดแผล 8. ความสามารถในการสื่อสารลดลง 9. การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่	ด้านจิตใจ 1. อาการซึมเศร้า, วิตกกังวล 2. อาการที่เปลี่ยนแปลงไป (โกรธ, เครียด, การสิ้นหวัง, ความโดดเดี่ยว) 3. ความต้องการดูแลหรือการประเมินด้านจิตใจ 4. ผลกระทบความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและครอบครัว 5. ลักษณะบุคลิกภาพ, ความเข้มแข็ง, พฤติกรรมการแสดงออก, แรงกระตุ้น 6. ความกลัวการทอดทิ้ง การเป็นภาระ การกลัวความตาย 7. การสูญเสียภาพลักษณ์จากบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป การเผชิญปัญหา
การเตรียมการสูญเสีย 1. การให้คำปรึกษา การวางแผนการสูญเสีย 2. การดูแลต่อเนื่องสำหรับญาติ/ผู้ดูแลที่ความเศร้าโศกรับช้อน	ผู้ป่วยและครอบครัว ลักษณะ 1. ลักษณะประชากร (อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, ข้อมูลการติดต่อ) 2. วัฒนธรรม (จริยธรรม, ภาษา, อาหาร) 3. การประเมินคุณค่าตนเอง, ความเชื่อ, ทักษะการด้านจิตใจ, การศึกษา, ความสามารถในการอ่านและเขียน	ด้านสังคม 1. วัฒนธรรม, ความเชื่อ, ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2. สัมพันธภาพภายในครอบครัว, เพื่อนและชุมชน การแยกตัว, การทอดทิ้ง, การใกล้เกลีย, ระบบสนับสนุน 3. ความลับ, ความใกล้ชิด, เพศสัมพันธ์ 4. กิจกรรมประจำวัน, กิจกรรมทางศาสนา, กิจกรรมสันทนาการ, วิชาชีพ 5. แหล่งสนับสนุนทางการเงิน, สังคมสงเคราะห์ ผู้ให้การสนับสนุนดูแลครอบครัว 6. กฎหมาย (เช่น หนังสือมอบอำนาจทางธุรกิจ, การดูแลด้านสุขภาพ, ทรัพย์สิน, ผู้รับผลประโยชน์) 7. ปัญหาการดูแลและการคุ้มครอง 8. ความต้องการพิเศษ - ชนพื้นเมือง
การเตรียมการดูแลระยะสุดท้าย 1. การเตรียมการเสียชีวิต 2. แนวทางการดูแลระยะสุดท้าย 3. สถานที่ตาย 4. การคาดการณ์และการจัดการการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในช่วงสุดท้ายของชีวิต 5. การตอบสนองการดูแลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว 6. แนวทางการบริจาคอวัยวะ 7. การให้ข้อมูลและการตอบสนองการดูแลกับผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแล 8. การประกาศและการลงนามยินยอมการเสียชีวิต 9. การดูแลของครอบครัวในช่วงเวลาระยะสุดท้าย เช่น ความเป็นส่วนตัว, การมีส่วนร่วมในการดูแล 10. การเตรียมพร้อมด้านร่างกาย เช่น สถานที่จัดการศพ, การจัดงานศพ, รองชำร่วย	ทักษะอื่นๆที่จำเป็นของครอบครัว/ผู้ดูแล 1. การวางแผนจำหน่าย 2. การดูแลกิจวัตรประจำวัน (การดูแลตนเอง, งานบ้าน) 3. การพึ่งพาอาศัย การเดินทางเพื่อรับการรักษาส่อเนื่อง 4. การจัดการกรณีเร่งด่วน เช่น การใช้โทรศัพท์แจ้งเหตุฉุกเฉิน	ด้านจิตวิญญาณ 1. การให้ความหมาย, การประเมินค่า 2. สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ ความเชื่อ 3. พระ และการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 4. พิธีกรรม, พิธีทางศาสนา, สัญลักษณ์, รูปบูชา

ภาพ 2 กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองสำหรับพยาบาล

จากภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคอง สำหรับพยาบาลตามแนวคิด Domains of Palliative Care (WA, 2008) 8 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านการจัดการโรค ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจิตสังคม ด้านทักษะอื่น ๆ ที่ทำ จำเป็น ด้านการดูแลระยะสุดท้าย และด้านการสูญเสีย ซึ่งจากกรอบแนวคิดนี้ผู้วิจัยได้นำมา กำหนดเป็นกรอบแนวคิดบทบาท อสม. ในการช่วยเหลือให้คำแนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่บ้านในชุมชนโดยพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ของ อสม. ตามมาตรฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้ตัดด้าน การดูแลระยะสุดท้าย และด้านการสูญเสียออก เนื่องจากเกินขอบเขตบทบาทหน้าที่ของ อสม. และ ไม่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งความต้องการในการรับบริการ สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับ PPS 40-50 % และคงเหลือกรอบแนวคิดเพียง 6 ด้าน ดังแผนภาพ 3





ภาพ 3 กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองสำหรับ อสม.

สรุปบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรค
 หลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้านในชุมชน ตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบนั้น คือ
 การเป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน และหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 ที่บ้าน ตลอดจนการติดตามประเมินปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อเป็น
 การป้องกันปัญหาหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้อง
 ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ได้แก่ 1) การติดตามประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่
 การสังเกตความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การติดตามอาการแสดงของอาการผิดปกติต่างๆ เช่น
 อาการชักเกร็งกระตุก การสังเกตระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
 หรือไม่ การติดตามปัญหาการรับประทานอาหารว่ามีอาการกลืนลำบากหรือรับประทานได้ลดลง
 หรือไม่ การติดตามปัญหาการขับถ่าย เช่น ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก การสังเกตอาการซึมเศร้า โดย
 สังเกตจากลักษณะสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย การติดตามปัญหาในการสื่อสารว่าผู้ป่วยพูดได้ชัดเจน
 หรือไม่ และการติดตามปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือตนเอง การนั่ง หรือการเดิน
 2) การให้คำแนะนำการดูแลรักษานามัยของผู้ป่วย การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การแนะนำ
 ผู้ดูแลเรื่องการอาบน้ำบนเตียง และการทำความสะอาดอวัยวะหลังการขับถ่าย การแนะนำผู้ดูแล
 ช่วยเหลือการเคลื่อนไหวและช่วยบริหารข้อเพื่อป้องกันภาวะข้อติด การแนะนำให้ผู้ดูแลจัดทำท่านอน
 ที่ถูกต้อง และช่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันปอดอักเสบ 3) การให้คำแนะนำในการดูแล
 รักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การดูแลบาดแผลถลอก การป้องกันการเกิดแผลกดทับหรือแผลดิ่งรัง
 4) การให้คำแนะนำการดูแลภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เช่น การจัดท่านอนเพื่อป้องกัน
 การสำลักอาหาร การติดตามปัญหาในการรับประทานอาหาร การกลืนลำบากหรือการรับประทานอาหาร
 ได้ลดลง ตลอดจนการประเมินภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย 5) การให้คำแนะนำการช่วยเหลือ
 ดูแลด้านสุขภาพจิตโดยการทำหน้าที่ช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจ พุดคุยให้กำลังใจ และ 6) การประเมิน
 ปัญหาด้านการเข้าถึงคมของผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ปฏิบัติหรือเข้าร่วม
 กิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา, การทำบุญ 7) การดูแลด้านสิทธิประโยชน์
 ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่พึงได้รับ เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการ, และ 8) การ
 ให้คำแนะนำการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน และการติดตามช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 ที่ส่งต่อมาจากสถานบริการ ดังภาพ 3

แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเตรียมผู้เรียนให้พร้อมที่จะเผชิญกับชีวิตจริงเพราะลักษณะของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รับฝึกหัดต่อการเรียนรู้ของตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติ ทำกิจกรรมกลุ่ม ฝึกฝนทักษะการเรียนรู้ การบริหาร การจัดการ การเป็นผู้นำหรือผู้ตามและที่สำคัญเป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้เรียนมากที่สุด ช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนความเป็นประชาธิปไตย การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการเรียน ผู้สอน สถานศึกษาและสังคม (สุมนทนา พรหมบุญ และอรพรรณ พรสีมา, 2549, หน้า 34-35)

โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 6) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะได้เป็นอย่างดี ผ่านการสังเคราะห์จากผล วิเคราะห์ของการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (meta analysis) ประกอบด้วย หลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 ประการ ได้แก่

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 9) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน 2) การทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) คือ ผู้เรียนต้อง ทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว 3) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน ด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน 4) การปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่าย ความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง และ 5) อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด หรือ การเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้ นอกจากนี้ในการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ยังประกอบไปด้วยองค์ประกอบ ที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (Kolb, 1984 อ้างอิงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 10-11)

- 1.1 ประสบการณ์ (experience) ในการฝึกอบรมเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ หรือนำไปสู่การสอนทักษะต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง que ผู้เรียนมีประสบการณ์มาก่อนแล้ว ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนซึ่งมีประสบการณ์ดังที่กล่าวแล้ว ได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่เพื่อนๆ ที่อาจมีประสบการณ์ ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับการใช้กระบวนการกลุ่มของผู้สอน การที่ผู้สอน พยายามให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์มาใช้ในการอบรมจะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอน และผู้เรียน

1.2 การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนจะได้ แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้ กำหนดประเด็นการ วิเคราะห์ วิวิจารณ์ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่น ที่ต่างไป จากตนเองจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายจะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย หรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขณะที่กลุ่ม ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงการทำงานเป็นทีม บทบาทของสมาชิกที่ดีที่จะทำให้งานสำเร็จ การควบคุม ตนเอง และการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น องค์ประกอบนี้ จะช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้าน ความรู้ และเจตคติในเรื่องที่อภิปราย

1.3 การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) เป็นองค์ประกอบ ที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (knowledge) เกิดได้ หลายทาง เช่น จากการบรรยายของผู้สอน การมอบหมายงานให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จาก การสะท้อนความคิดเห็น และอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2 โดยผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอด ให้จากการอภิปราย และการนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเข้าใจและเกิดความคิด รวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหา ขันตอนของการฝึกทักษะต่างๆที่ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

1.4 ความคิดรวบยอด (concept) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิด รวบยอดหรือผลิตขึ้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ เล่นบทบาทสมมุติ ฯลฯ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ซึ่งผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ประเมินผลการเรียนการสอนได้

ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน หรือการอบรมแบบมีส่วนร่วม จำเป็นต้องจัด กิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบทั้ง 4 มีความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีพลวัตร (dynamic) เกี่ยวข้องมีผลถึงกัน ผู้สอนจะเริ่มจากจุดใดก่อนก็ได้ ส่วนใหญ่จะเริ่มจากประสบการณ์ (experience) หรือความคิดรวบยอด (concept) ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบจะช่วยให้ผู้เรียนได้ดึง ข้อมูลเก่าหรือรับข้อมูลใหม่บางส่วนก่อนเพื่อนำไปสู่การอภิปราย และการประยุกต์ใช้ ระยะเวลา แต่ละองค์ประกอบ ไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ผู้สอนจัดได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรมในแต่ละ องค์ประกอบ เช่น ถ้าเนื้อหาที่สำคัญมากก็อาจใช้เวลามาก หรือถ้าผู้สอนมีประเด็นในการอภิปราย ที่สำคัญและมาก ก็อาจใช้เวลาในการอภิปรายมากกว่าส่วนขององค์ประกอบความคิดรวบยอด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 12)

2. การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 12-13) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด ซึ่งการมีส่วนร่วมสูงสุด (maximum participation) ของผู้เรียนขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม มีตั้งแต่กลุ่มเล็กสุด คือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดี และข้อจำกัดต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงต้องพิจารณาตามจำนวนผู้เรียน อีกส่วนหนึ่งคือการบรรลุงานสูงสุด (maximum performance). ถึงแม้ผู้สอนจะออกแบบกลุ่มให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแล้วก็ตาม แต่สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มผู้เรียนบรรลุงานสูงสุดได้ คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่ม หรือผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด ผู้เรียนสามารถกำหนดได้จากการออกแบบงาน ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญของการกำหนดงาน 3 ประการ ได้แก่ 1) การกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่มกันอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลานานน้อยแค่ไหน เมื่อบรรลุงานแล้วจะให้ทำอะไรต่อ เช่น การเสนอผลงานหน้าชั้น 2) การกำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกให้ชัดเจน โดยทั่วไปกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อยควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อนำมารวมในกลุ่มใหญ่ จะเกิดการขยายการเรียนรู้ทำให้ใช้เวลาน้อยในการเรียนรู้และไม่น่าเบื่อ การกำหนดบทบาทในแต่ละกลุ่มให้ทำกิจกรรมยังรวมถึงการกำหนดบทบาทของสมาชิกในกลุ่มด้วย เช่น เล่นบทบาทสมมติ เป็นผู้สังเกตการณ์ หรือเป็นตัวแทนกลุ่มในการนำเสนอผลงานของกลุ่ม และ 3) การกำหนดโครงสร้างของงานที่ชัดเจน บอกรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาทโดยทำเป็นกำหนดงานที่ผู้สอนแจ้งให้แก่ผู้เรียน หรือทำเป็นใบงานมอบให้กับกลุ่ม โดยจัดทำเป็นใบงานหรือใบชี้แจง ซึ่งการออกแบบใบงานหรือใบชี้แจงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทำงานสำเร็จ โดยมีกรอบการทำงานที่ชัดเจน หรือสร้างเป็นตารางการวิเคราะห์ให้กลุ่ม

สรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ และได้ดีที่สุด ผ่านการสังเคราะห์แบบ meta analysis ซึ่งได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม (group process) เพราะผู้เรียนทุกคนมีประสบการณ์ จึงสามารถทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยาก หรือไม่เคยทำมาก่อนด้วยความมั่นใจ โดยเฉพาะการฝึกอบรมที่อาจมีข้อจำกัดในด้านเวลา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2552) ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งที่ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวมีความต้องการในการดูแลสุขภาพที่เหมือนกันและแตกต่างกันในแต่ละระยะของการรับรู้ตามวิถีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะรับรู้ว่ามีหวัง 2) ระยะรับรู้ว่าหมดหวัง 3) ระยะรับรู้ว่าใกล้ตาย และ 4) ระยะรับรู้ว่าหลุดพ้นความทุกข์ ในส่วนมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพมีประเด็นความต้องการ ได้แก่ การพัฒนาเกณฑ์การคัดกรองผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การดูแลที่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม แบบบันทึกและแบบประเมินที่เอื้อต่อการสื่อสารและดูแล แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย สื่อสนับสนุนการดูแล สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย และการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการพัฒนามี 4 ระยะและผลลัพธ์การพัฒนา คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวม ความต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการคำนึงถึงในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งได้มีการเตรียมตัวตาย และได้เสียชีวิตตามกระบวนการธรรมชาติมากขึ้น มีทีมการดูแลแบบประคับประคองมีความเข้าใจในแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง มีวิธีการทำงานที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม และมีเครื่องมือช่วยในการดูแล องค์กรได้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย และในการวิจัยครั้งนี้มีปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายคือ ทักษะเชิงบวกของคนในองค์กร, ผู้บริหารในหน่วยงานให้การสนับสนุน และการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลและนโยบายสถาบัน

ฐิติมา โพธิ์ศรี (2550) ได้ทำการศึกษาอิสระเรื่องการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต จากโรงพยาบาลสุบ้าน ซึ่งให้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจากโรงพยาบาลสุบ้านที่สนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และเพื่อพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแล และ อสม. ในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตต่อเนื่องที่บ้านได้ กระบวนการวิจัยประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติการและขั้นตอนประเมินผล มีผู้รับบริการเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 15 ราย ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ของชีวิตตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านและส่งต่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัย รวมทั้งการมีเครือข่ายผู้ดูแล และ อสม. ในชุมชนดูแลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต มีรูปแบบที่ชัดเจน เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายทั้งผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับน้อยกว่าการบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจเนื่องจากการดูแลที่บ้านสามารถให้การดูแลได้ครอบคลุมในลักษณะองค์รวมมากกว่า จึงมีข้อเสนอแนะว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตควรเป็นการดูแลที่บ้านมากกว่าที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

ทองทิพย์ พรหมศร (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและพิจารณารายด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการปฏิบัติการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ เป็นการปฏิบัติในระดับมาก ส่วนการดูแลด้านสังคมเป็นการปฏิบัติในระดับปานกลาง

กัลยา แซ่ชิต (2547) ได้ทำการศึกษาเชิงพรรณนาเรื่องความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสงขลาจำนวน 64 ราย ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังการดูแลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความคาดหวังการดูแลด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตวิญญาณมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม 3) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ ด้านจิตวิญญาณพบว่ามีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งแสดงให้เห็น

เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองของบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอที่จะตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรพัฒนาคุณภาพและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้การดูแลที่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายได้

อารีย์ ธวัชวัชนานันท์ (2553) ศึกษาเรื่องแนวทางการเสริมพลังอำนาจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร โดยทำการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) จำนวนกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ได้มาจากการคำนวณสัดส่วนแยกรายอำเภอจำนวน 3 อำเภอ ได้ประชากรตัวอย่างจำนวน 132 คน พบว่าการทำหน้าที่ของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 3 ด้านคือ การให้ความรู้และการติดตามเยี่ยมอยู่ในระดับมาก ส่วนการส่งต่ออยู่ในระดับน้อย ส่วนทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและการเสริมพลังอำนาจในตนเองเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนแนวทางการเสริมพลังอำนาจ เช่น การจัดประชุมวิชาการ การอบรม การจัดทำคู่มือฯ เพื่อเพิ่มศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วรรณิ์ สุชะ (2553) ศึกษาเรื่องการเสริมสร้างบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาเทศบาลตำบลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ของอสม. และสามารถปฏิบัติงานในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ครอบคลุมด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาลและด้านการฟื้นฟูสภาพเป็นอย่างดี และการปฏิบัติงาน อสม. นั้นมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอสม. และแนวทางการเสริมสร้างบทบาทของอสม. ในการปฏิบัติงาน อสม. ให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องเน้นการฟื้นฟูความรู้แก่ อสม. ตามความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นๆ เพื่อให้มีความรู้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาของท้องถิ่น

เทพลักษณ์ ศิริธนะวุฒิชัย และคณะ (2553) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 15 คน ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 45 คน และมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สมุดบันทึกการทำงานของ อสม. ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการ

อบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการเยี่ยมบ้านของ อสม. อยู่ในระดับดีขึ้น โดยเฉพาะด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้าน ของ อสม. พบว่ามากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ การให้ความรู้แก่ อสม. แล้วให้ อสม. ไปเยี่ยมบ้าน นับเป็นวิธีการที่ได้ผลดี อสม. มีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น ข้อเสนอแนะ คือ ควรจัดให้ญาติผู้ป่วย มาร่วมในโครงการนี้ด้วย การไปเยี่ยมบางครั้งไม่เจอญาติผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรค คือ ญาติผู้ป่วย บางคนไม่ร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยบางคนไม่มั่นใจในคำแนะนำของ อสม. ว่าถูกต้อง หรือไม่

ปราโมทย์ เกรียงตันติวงศ์ (2550) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอไพศาลี จ.นครสวรรค์ พ.ศ.2550 โดยทำการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. อำเภอไพศาลี จ.นครสวรรค์ จำนวน 303 คน ผลการวิจัยพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ พบว่า อสม. มีความรู้ในการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เนื่องจากอำเภอไพศาลี มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ติดต่อกันหลายปีและมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ สธ. อย่างต่อเนื่อง ทำให้ อสม. ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ด้านทัศนคติพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากภาระ งานของ อสม. มีจำนวนมากและพื้นที่อำเภอไพศาลีมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกติดต่อกัน หลายปี ทำให้ อสม. รู้สึกไม่ดีต่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการ ปฏิบัติงานพบว่าอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง เนื่องจากไม่รับบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ต้องดำเนินการ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, ประสบการณ์การทำงาน, ปัจจัยจิตใจและปัจจัยสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยร่วมกันสามารถ ทำนายการปฏิบัติงานของ อสม. ประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 46.7 สรุปได้ว่า ปัจจัยที่สามารถร่วม ทำนายหรือมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ได้แก่ ความพึงพอใจในการปฏิบัติและสภาพลักษณะงาน, สวัสดิการและค่าตอบแทน, สัมพันธภาพกับ เจ้าหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มของ อสม. ด้วยกัน , ความคาดหวังประโยชน์, การได้รับความ ยอมรับนับถือและความสำเร็จ, การสนับสนุนจากครอบครัว ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, การได้รับความร่วมมือจากประชาชน, การได้รับความร่วมมือจากองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ และ การได้รับการฝึกอบรมหรือการศึกษาดูงาน

มินตรา สาระรักษ์ (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเสริมสร้างศักยภาพ อสม.พบว่า การจัดกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพ หรือการสร้างพลัง (Empowerment) ในการปฏิบัติงานให้กับ อสม. ช่วยทำให้ อสม. มีศักยภาพในการดำเนินงานและมีความมั่นใจในการทำหน้าที่ อสม. ได้เป็นอย่างดี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการระดมความคิดเห็นและปรับกลยุทธ์หรือแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ อสม. มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนมากขึ้นและควรมีการสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในหมู่บ้านในการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อลดภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ และยังทำให้การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประสบความสำเร็จได้ด้วย

ระยัยเดือน เรือนคำ (2549) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้ ทักษะคิดและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย มีกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ สตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 40 ราย ที่ผ่านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มหลายขั้นตอน และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และทัศนคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีทักษะดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี น้อยกว่า 0.001) ซึ่งสรุปได้ว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลทำให้ความรู้ ทักษะคิด และทักษะของผู้เรียนสูงขึ้นภายหลังการทดลองและควรส่งเสริมให้มีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

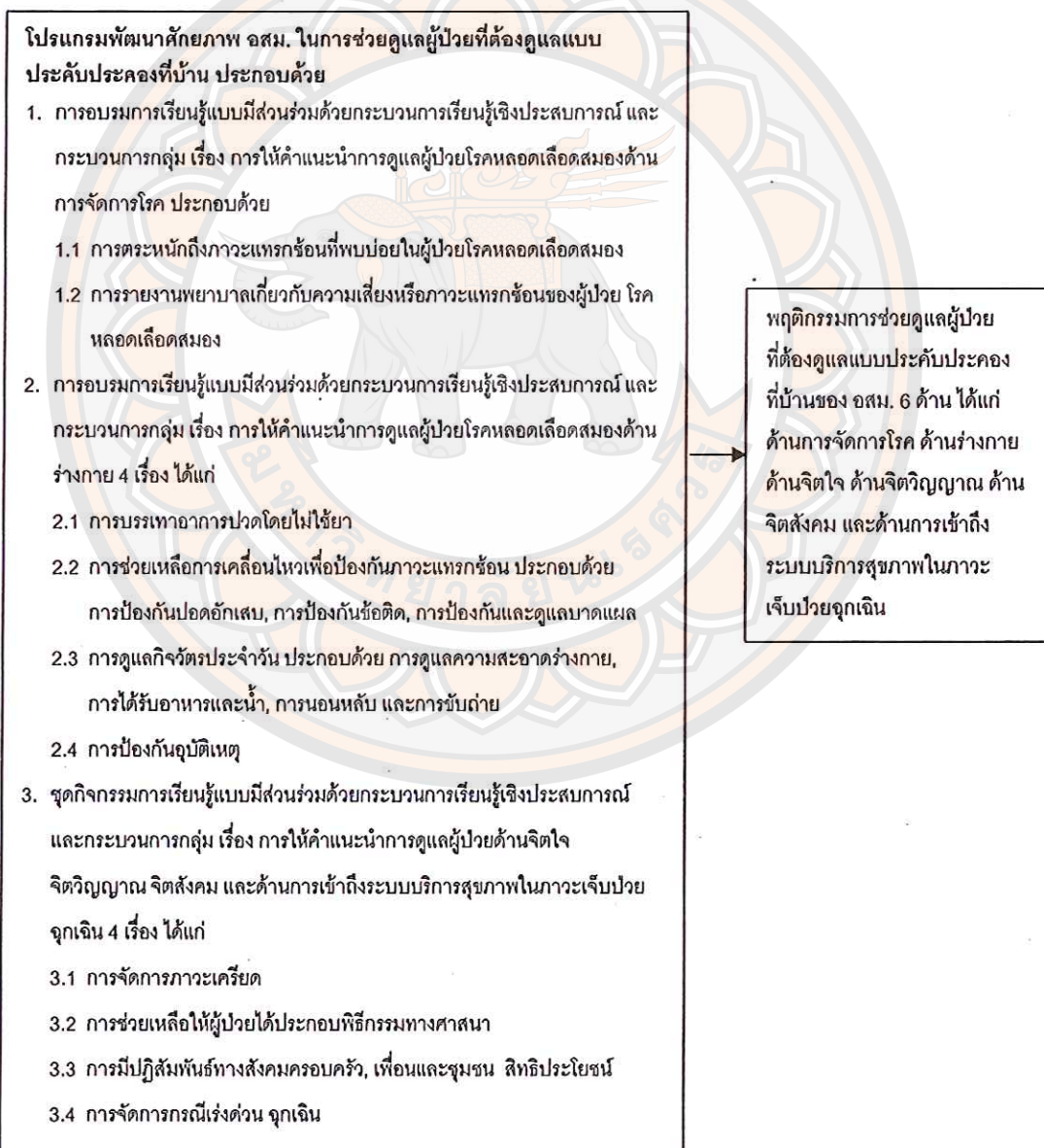
ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์ (2552) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอำเภอสาทเหล็ก จังหวัด พิจิตร ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร จำนวน 80 ราย ที่ผ่านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 รายและกลุ่มควบคุม 40 ราย โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก โดยอาศัยแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมที่ประกอบด้วย การนำประสบการณ์เดิมมาพัฒนาองค์ความรู้ การสะท้อนความคิดและอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความรู้สึกเกิดความ

เข้าใจเป็นความคิดรวบยอดและการประยุกต์นำแนวคิดไปใช้ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดนก ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบันเป็นไปในรูปแบบของการร่วมมือกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและการประสานงานเชื่อมโยงไปสู่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและผู้ที่มีบทบาทหลักในการให้บริการสุขภาพคือพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งถึงแม้จากงานวิจัยที่ผ่านมาจะได้มีความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่เนื่องจากในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในเขตอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลกยังคงมี ข้อจำกัดด้านทรัพยากรงบประมาณโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านบุคลากรซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของอำเภอทั้งหมด 13 คน รับผิดชอบให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในอำเภอประมาณ 41,354 คน (งานยุทธศาสตร์โรงพยาบาลชาติตระการ, 2556, หน้า 6) ทำให้ไม่สามารถนำรูปแบบการพยาบาลจากการวิจัยที่ผ่านมาประยุกต์ใช้ได้อย่างสมบูรณ์ โดยยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านยังคงมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านรวมทั้งญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำขณะดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามสำหรับอำเภอชาติตระการ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นสื่อกลางระหว่างพยาบาลวิชาชีพและชุมชนในการช่วยดูแลติดตามผู้ป่วยในชุมชน แต่เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้านเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ทำให้ อสม. ไม่สามารถให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยใช้กรอบแนวคิด Domains of Palliative Care of WA Cancer and Palliative Care Network (2008) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ อสม. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ และเป็นประโยชน์ต่อ อสม. ผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ Domain of Palliative Care of Western Australian (2008) 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการโรค ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ร่วมกับการใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม มาใช้ในการสร้างโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านโดยมีตัวแปรต้นและตัวแปรตามดังแผนภาพ



ภาพ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

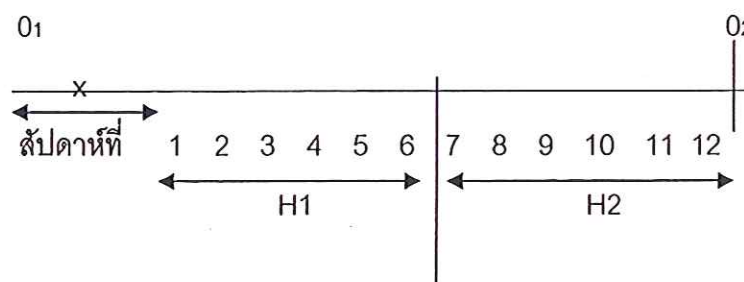
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในเขตอำเภอชาติตระการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำกรอบแนวคิด Domains of Palliative Care of WA Cancer and Palliative Care Network (2008) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอชาติตระการ ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีรายละเอียดการวัดผลการทดลอง 2 ครั้ง คือวัดครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง (Pretest) เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิง และวัดครั้งที่ 2 หลังการทดลองเสร็จสิ้น 12 สัปดาห์ ตามแนวคิดพฤติกรรมศาสตร์ที่ว่า บุคคลจะสามารถจดจำความรู้และนำไปปฏิบัติจนเกิดเป็นความเคยชินภายหลังการได้รับความรู้ อย่างน้อย 12 สัปดาห์ (ฤกษ์ชัย คุณูปการ, 2551) โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

แผนภูมิการทดลอง

กลุ่มทดลอง



01 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มให้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

02 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในการช่วยดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้านหลังการทดลองสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 12

X หมายถึง การให้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน

H1 หมายถึง การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินทักษะการให้คำแนะนำการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน และประเมินปัญหาอุปสรรคในการติดตามการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

H2 หมายถึง การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 7 ถึงสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน และประเมินปัญหาอุปสรรคในการติดตามการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอชาติตระการ ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 198 คน

กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอชาติตระการที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของ อสม. และในเขตอำเภอชาติตระการ จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

กลุ่ม อสม.

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อสม. ที่มีคุณสมบัติผ่านการคัดเลือกตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข
2. อ่านออกเขียนได้ สามารถสื่อสารภาษาไทยและเข้าใจได้
3. ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินยอมให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดโครงการ
5. อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและมีระดับคะแนน Palliative Performance scale for adult Suandok (PPS Adult Suandok) อยู่ในระดับ 40 – 50%

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. พันสภาพจากการเป็น อสม.
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างรับผิดชอบเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ประกอบด้วย

1.1 แผนการอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่

1.1.1 การให้คำแนะนำการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการโรค ประกอบด้วย 1) การตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) การรายงานพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1.2 การให้คำแนะนำการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกาย ประกอบด้วย 1) การบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา 2) การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน คือ การป้องกันปอดอักเสบ, การป้องกันข้อติด, การป้องกันและดูแลบาดแผล 3) การดูแลกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การดูแลความสะอาดร่างกาย, การได้รับอาหารและน้ำ, การนอนหลับ และการขับถ่าย และ 4) การป้องกันการได้รับอุบัติเหตุ

1.1.3 การให้คำแนะนำการช่วยดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ จิตสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน 4 เรื่อง 1) การให้คำแนะนำในการช่วยดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ คือ การจัดการภาวะเครียด 2) การให้คำแนะนำในการช่วยดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา 3) การให้คำแนะนำในการช่วยดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ครอบครัว เพื่อนและชุมชน, สิทธิประโยชน์ และ 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ การจัดการกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของ อสม. ซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการทำงานในการเป็น อสม. ประวัติการได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วย, ประสบการณ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบระดับประคองที่บ้านของ อสม. 6 ด้าน มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนนตามความถี่ในการปฏิบัติ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและวิเคราะห์ผลการประเมินในภาพรวมแต่ละด้าน ดังนี้

2.2.1 เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถ้าเลือก ปฏิบัติทุกครั้ง	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

2.2.2 เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละด้าน

1. ด้านการจัดการโรค จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ คะแนนรวม 15 คะแนน

ระดับคะแนน 1 – 3.89 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อยมาก

ระดับคะแนน 3.90 – 6.79 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อย

ระดับคะแนน 6.80 – 9.69 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติปานกลาง

ระดับคะแนน 9.70 – 12.59 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดี

ระดับคะแนน 12.60 – 15.00 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดีมาก

2. ด้านร่างกาย จำนวนข้อคำถาม 18 ข้อ คะแนนรวม 90 คะแนน

ระดับคะแนน 1 – 18.79 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อยมาก

ระดับคะแนน 18.80 – 36.59 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อย

ระดับคะแนน 36.60 – 54.39 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติปานกลาง

ระดับคะแนน 54.40 – 72.19 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดี

ระดับคะแนน 72.20 – 90.00 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดีมาก

3. ด้านจิตใจ จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ คะแนนรวม 15 คะแนน

ระดับคะแนน 1 – 3.89 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อยมาก

ระดับคะแนน 3.90 – 6.79 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อย

ระดับคะแนน 6.80 – 9.69 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติปานกลาง

ระดับคะแนน 9.70 – 12.59 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดี

ระดับคะแนน 12.60 – 15.00 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดีมาก

4. ด้านจิตวิญญาณ จำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ คะแนนรวม 5 คะแนน

ระดับคะแนน 1 – 1.79 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อยมาก

ระดับคะแนน 1.80 – 2.59 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อย

ระดับคะแนน 2.60 – 3.39 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติปานกลาง

ระดับคะแนน 3.40 – 4.19 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดี

ระดับคะแนน 4.20 – 5.00 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดีมาก

5. ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ คะแนนรวม 5 คะแนน

ระดับคะแนน 1 – 1.79 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อยมาก

ระดับคะแนน 1.80 – 2.59 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อย

ระดับคะแนน 2.60 – 3.39 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติปานกลาง

ระดับคะแนน 3.40 – 4.19 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดี

ระดับคะแนน 4.20 – 5.00 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดีมาก

6. ด้านจิตสังคม จำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ คะแนนรวม 10 คะแนน

ระดับคะแนน 1 – 2.79 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อยมาก

ระดับคะแนน 2.80 – 4.59 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติน้อย

ระดับคะแนน 4.60 – 6.39 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติปานกลาง

ระดับคะแนน 6.40 – 8.19 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดี

ระดับคะแนน 8.20 – 10.00 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติดีมาก

2.2.3 การให้ระดับคะแนนรวมของการประเมินพฤติกรรม จำนวนข้อคำถาม

28 ข้อ คะแนนรวม 140 คะแนน

ระดับคะแนน	28.0 – 50.39	คะแนน	เท่ากับ	ปฏิบัติน้อยมาก
ระดับคะแนน	50.4 – 72.79	คะแนน	เท่ากับ	ปฏิบัติน้อย
ระดับคะแนน	72.8 – 95.19	คะแนน	เท่ากับ	ปฏิบัติปานกลาง
ระดับคะแนน	95.2 – 117.59	คะแนน	เท่ากับ	ปฏิบัติดี
ระดับคะแนน	117.6 – 140.00	คะแนน	เท่ากับ	ปฏิบัติดีมาก

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบ
ระดับครอบครัวที่บ้าน ประกอบด้วย

1.1 แผนการอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
และกระบวนการกลุ่ม จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่

1.1.1 การให้คำแนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการ
โรค ประกอบด้วย 1) การตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ
2) การรายงานพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1.2 การให้คำแนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกาย
ประกอบด้วย 1) การบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา 2) การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน คือ การป้องกันปอดอักเสบ, การป้องกันข้อติด, การป้องกันและดูแลบาดแผล
3) การดูแลกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การดูแลความสะอาดร่างกาย, การได้รับอาหารและน้ำ,
การนอนหลับ และการขับถ่าย และ 4) การป้องกันการได้รับอุบัติเหตุ

1.1.3 การให้คำแนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ จิตสังคม
และการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็น 4 เรื่อง 1) การให้คำแนะนำในการ
ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจ คือ การจัดการภาวะเครียด 2) การให้คำแนะนำในการช่วยเหลือผู้ป่วย
ด้านจิตวิญญาณ คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา 3) การให้คำแนะนำ
ในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ครอบครัว เพื่อนและชุมชน,
สิทธิประโยชน์ และ 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็น คือ การจัดการ
กรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน

โดยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำ Domains of Palliative Care of WA (2008) 8 ด้าน ได้แก่ ได้แก่ ด้านการจัดการโรค ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ ด้านทักษะ ด้านการดูแลระยะสุดท้าย และด้านการสูญเสีย ซึ่งจากกรอบแนวคิดนี้ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดบทบาท อสม. ในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในชุมชนโดยพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาท อสม. ตามมาตรฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมทั้งความต้องการในการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับ PPS 40-50% คงเหลือส่วนที่เหมาะสมกับพฤติกรรมในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของ อสม. 6 ด้าน คือ ด้านการจัดการโรค ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจิตสังคม และด้านการเข้าถึงระบบสุขภาพ ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรม ซึ่งแผนการจัดกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการฟังการบรรยาย การการฝึกปฏิบัติ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ซึ่งโปรแกรมจะได้รับความเห็นชอบในความจริงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคอง 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและแบบประเมินพฤติกรรมในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของ อสม. ซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการทำงานในการเป็น อสม. ประวัติการได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วย, ประสบการณ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์

ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้านของ อสม. สร้างโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำ Domains of Palliative Care of WA (2008) 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการโรค ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ ด้านทักษะ ด้านการดูแลระยะสุดท้าย และด้านการสูญเสีย ร่วมกับบทบาท อสม. ตามมาตรฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมทั้งความต้องการในการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับ PPS 40-50% ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดบทบาท อสม. คงเหลือส่วนที่เหมาะสมกับพฤติกรรมในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของอสม. 6 ด้าน คือ ด้านการจัดการโรค ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจิตสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และร่วมกับแนวคิดการวัดหรือการประเมินพฤติกรรมจากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพฤติกรรม ฯ โดยผ่านการเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.96 แล้วนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 ราย โดยให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรม ฯ และนำผลการตอบแบบประเมินมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชาติตระการและสาธารณสุขอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลกเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและรวบรวมข้อมูล
2. นำหนังสือจากสาธารณสุขอำเภอชาติตระการ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลกเพื่อขอความร่วมมือในการทำกิจกรรมในชุมชนและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง และเชิญให้เข้าร่วมโครงการอย่างถูกต้องเหมาะสม
4. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ตามกำหนดการของแผนการจัดกิจกรรม/แผนการสอน ในสัปดาห์ที่ 1 และดำเนินการติดตามการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างการพัฒนาศักยภาพฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ในช่วงสัปดาห์ที่ 2-6 และช่วงสัปดาห์ที่ 7 - 12 และประเมินพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบประคับประคองของอสม.โดยประเมินครั้งที่ 1 ก่อนการทดลองคือก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ และครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์

วิธีดำเนินการทดลอง มี 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. การจัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชาติตระการและสาธารณสุขอำเภอชาติตระการ ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชาติตระการและสาธารณสุขอำเภอชาติตระการ เพื่อขออนุมัติและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. การประสานงานและขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. การจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
4. การเตรียมผู้วิจัย การจัดทำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้เตรียมการทบทวนวรรณกรรม

ที่เกี่ยวข้องโดยนำแนวคิด Domains of Palliative Care of WA Cancer and Palliative Care Network (2008) ทั้งหมด 8 ด้าน และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

5. การเตรียมตัวผู้ช่วยวิจัย ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้และฝึกทักษะเฉพาะ ได้แก่ นักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลชาติตระการจำนวน 1 คน, พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชจำนวน 1 คน โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย, ขอบเขตเนื้อหาความรู้และทักษะเฉพาะ, กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม

6. การเตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยการและการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างถึงวัน เวลา และสถานที่อบรม โดยการประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการประสานโดยตรงทางโทรศัพท์ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากรายชื่อในทะเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากนั้นนัดพบและแนะนำตัวเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการศึกษา ผู้วิจัยเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือการปฏิเสธหรือการตอบรับไม่มีผลต่อการรับบริการต่างๆ จากชุมชน ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในโครงการวิจัยคำตอบหรือข้อความทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ขั้นตอนการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับ อสม.จำนวน 12 ตำบล โดยใช้แนวคิด Domains of Palliative Care of WA Cancer and Palliative Care Network (2008) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่างเพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม และดำเนินการตามโปรแกรม คือ

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม เรื่องการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการโรค ประกอบด้วย

1. การตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. การรายงานพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดยผู้สอนเป็นผู้บรรยายพร้อมสื่อตัวอย่างเพื่อการเรียนรู้ ได้แก่ ภาพประกอบ, เอกสารประกอบคำบรรยาย, คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบระดับประคองที่บ้าน โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมเล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้เรียนก่อนเริ่มการสอน ด้วยวิธีการบรรยายพร้อมภาพประกอบและเอกสารประกอบคำบรรยาย สลับกับการดูคลิปวิดีโอตัวอย่างโรคหลอดเลือดสมอง และให้ผู้เรียนได้สรุปประเด็นความรู้ที่ได้รับภายหลังการอบรม

กิจกรรมที่ 2 แผนการอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม เรื่อง การให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกาย 4 เรื่อง ได้แก่

1. การบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา
2. การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การป้องกันปอดอักเสบ, การป้องกันข้อติด, การป้องกันและดูแลบาดแผล
3. การดูแลกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การดูแลความสะดวกร่างกาย, การได้รับอาหารและน้ำ, การนอนหลับ และการขับถ่าย
4. การป้องกันอุบัติเหตุ

โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม เพื่อเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อ รวม 4 ฐาน และให้ผู้เข้ารับการอบรมเล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้เรียนก่อนเริ่มการสอนด้วยวิธีการบรรยายพร้อมภาพประกอบและเอกสารประกอบคำบรรยาย และการสาธิตการปฏิบัติโดยผู้สอนในแต่ละฐานการเรียนรู้ และเมื่อผู้สอนสาธิตการปฏิบัติเสร็จ ให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกปฏิบัติจริง และผู้สอนเป็นผู้ประเมินผลการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมในแต่ละฐาน

กิจกรรมที่ 3 การอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม เรื่อง การให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ จิตสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน 4 เรื่อง

1. การจัดการภาวะเครียด การจัดการภาวะเครียด
2. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
3. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมครอบครัว, เพื่อนและชุมชน สิทธิประโยชน์
4. การจัดการกรณีเร่งด่วน ฉุกเฉิน

โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการอาการทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ จิตสังคม และการจัดการกรณีเร่งด่วน ฉุกเฉิน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม ผู้เรียนก่อนเริ่มการสอนด้วยวิธีการบรรยาย และให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการนั่งสมาธิ, การจับคู่เพื่อฝึกปฏิบัติการพูดให้กำลังใจ

4. ผู้วิจัยประเมินความรู้และทักษะการให้คำแนะนำการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในขณะจัดกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้านของ อสม. 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการโรค ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือไม่ใช่ จำนวนข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้คะแนน 25 คะแนนขึ้นไป โดยกำหนดคะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถ้าเลือก ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน

4.2 แบบประเมินทักษะในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้านของ อสม. 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการโรค ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ให้เลือกตอบโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง หรือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง อย่างใดอย่างหนึ่ง ถ้าเลือกปฏิบัติถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน และผ่านเกณฑ์การประเมินเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องทุกข้อคำถาม

ขั้นตอนติดตาม

สัปดาห์ที่ 1 - 6

ผู้วิจัยดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน เพื่อประเมินทักษะการให้คำแนะนำการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบระดับประคองที่บ้านและประเมินปัญหาอุปสรรคในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขหรือคำแนะนำขณะติดตาม

สัปดาห์ที่ 7 - 12

ผู้วิจัยดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมช่วยดูแลผู้ป่วยแบบระดับประคองที่บ้าน และประเมินปัญหาอุปสรรคในการติดตามการช่วยดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้ข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำขณะติดตาม

สัปดาห์ที่ 12

ผู้วิจัยนัดพบปะกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำเสนอปัญหาอุปสรรคที่พบในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบระดับประคองที่บ้าน และตอบแบบประเมินพฤติกรรมช่วยดูแลผู้ป่วยแบบระดับประคองของกลุ่มตัวอย่างโดยทำการนัดหมายสถานที่ไว้ล่วงหน้า หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลให้นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนการนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป และดำเนินการยุติการวิจัย กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือขณะดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยบันทึกข้อความถึงประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จัดทำแบบเสนอการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมสำหรับนิสิต เลือกโครงการวิจัยแบบเร่งรัด ดำเนินการวิจัยโดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรก่อนดำเนินการวิจัย แบบเอกสารการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พร้อมแบบสอบถามและแบบประเมินแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชาติตระการ และสาธารณสุขอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติข้างต้น จำนวน 30 คนเป็นกลุ่มทดลอง และทำการวิจัยโดยการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อ

การปฏิบัติงานและการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยที่ได้เป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาและวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองสิ้นสุด 12 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Pair T-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบ ประคับประคองที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนา ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ผลการวิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	2	6.67
	หญิง	28	93.33
อายุ (ปี)	21-30	4	13.33
	31-40	12	40.00
	41-50	11	36.67
	51-60	3	10.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส			
	โสด	3	10.00
	สมรส	26	86.67
	หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	1	3.33
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	12	40.00
	มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.00
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	36.67
	ปริญญาตรี	1	3.33
อาชีพ			
	เกษตรกรรวม	22	73.33
	รับจ้าง	5	16.67
	ค้าขาย	3	10.00
โรคประจำตัว			
	ไม่มี	26	86.67
	มี	4	13.33
โรค			
	ไทรอยด์	2	50.00
	เบาหวาน	2	50.00
ประวัติการได้รับ การอบรมการดูแล ผู้ป่วย			
	ไม่เคย	27	90.00
	เคย	3	10.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เรื่องที่เคยได้รับการอบรม		
การดูแลผู้สูงอายุ	2	66.67
การดูแลผู้พิการ	1	33.33
ประสบการณ์การ		
เยี่ยมบ้านผู้ป่วย		
โรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่เคย	17	56.67
เคย	13	43.33
ความถี่ในการเยี่ยมบ้าน		
มากกว่า 1 ครั้ง/3 เดือน	5	38.46
มากกว่า 1 ครั้ง/1 เดือน	4	30.77
มากกว่า 3 ครั้ง/1 เดือน	4	30.77

จากตาราง 2 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ที่เข้าร่วมโครงการเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40 สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 86.67 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40 อสม. มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 73.33 และพบว่าไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.67 ในช่วงระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา อสม. ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 90 และไม่เคยมีประสบการณ์เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 56.67

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตาราง 3 แสดงผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=30)

พฤติกรรม	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	65.2	37.97	ปานกลาง	9.260	0.025
หลังได้รับโปรแกรม	124.0	12.68	ดีมาก		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากตาราง 3 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยก่อนได้รับโปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ 65.2 คะแนน แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก คือ 124.0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 140 คะแนน

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ

ข้อ	พฤติกรรมการช่วย ดูแลผู้ป่วยจำแนก รายด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t	p- value
		$\bar{X}$	ระดับ	S.D	$\bar{X}$	ระดับ	S.D		
1	ด้านการจัดการโรค	6.97	ปานกลาง	4.38	13.73	ดีมาก	1.44	8.01	0.001
2	ด้านร่างกาย	41.2	ปานกลาง	24.47	79.50	ดีมาก	8.58	9.30	0.001
3	ด้านจิตใจ	7.46	ปานกลาง	4.33	13.43	ดีมาก	1.63	8.01	0.001
4	ด้านจิตวิญญาณ	2.03	น้อย	1.37	4.33	ดีมาก	0.66	9.20	0.001
5	ด้านจิตสังคม	5.0	ปานกลาง	3.0	8.73	ดีมากดี	1.53	7.56	0.001
6	ด้านการเข้าถึงบริการ สุขภาพในภาวะ เจ็บป่วยฉุกเฉิน	2.53	น้อย	1.75	4.27	มาก	0.87	6.12	0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

จากตาราง 4 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีค่าคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการโรค ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจิตสังคม และด้านทักษะอื่น ๆ ที่จำเป็น สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกรายกิจกรรม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ

ข้อ	พฤติกรรมกรช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านการจัดการโรค	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		$\bar{X}$	ระดับ	S.D	$\bar{X}$	ระดับ	S.D
1	การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	2.33	น้อย	1.54	4.63	ดีมาก	.556
2	การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดหรือป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ต่างๆได้	2.47	น้อย	1.63	4.53	ดีมาก	.507
3	การรายงานให้พยาบาลทราบ ถึงผลการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย	2.17	น้อย	1.49	4.57	ดีมาก	.728
4	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยใน การประเมินอาการปวดข้อของ ผู้ป่วย	2.30	น้อย	1.51	4.60	ดีมาก	.498
5	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วย เรื่องวิธีการบรรเทาความปวด โดยไม่ใช้ยา	2.43	น้อย	1.59	4.63	ดีมาก	.615
6	การให้คำแนะนำเรื่องการจัด ทำนอน การช่วยเหลือการ เคลื่อนไหวบนเตียงสำหรับ ผู้ป่วยให้เหมาะสม	2.17	น้อย	1.44	4.27	ดีมาก	.785

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อ	พฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านร่างกาย	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		$\bar{X}$	ระดับ	S.D	$\bar{X}$	ระดับ	S.D
7	การแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือทำ ความสะอาดภายในช่องปากและ ฟันของผู้ป่วย	2.27	น้อย	1.44	4.20	ดีมาก	.887
8	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยในการ สังเกตลักษณะการหายใจที่เร็ว หรือช้ากว่าปกติ ควรพาไปพบ แพทย์	2.03	น้อย	1.35	4.33	ดีมาก	.758
9	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเรื่อง การป้องกันการสำลักอาหาร	2.23	น้อย	1.55	4.37	ดีมาก	.718
10	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยใน การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด	2.27	น้อย	1.55	4.60	ดีมาก	.563
11	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเรื่อง การดูแลการบริหารข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะข้อติด	2.10	น้อย	1.29	4.47	ดีมาก	.571
12	การประเมินความสามารถในการ เคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆใน ผู้ป่วย	2.27	น้อย	1.34	4.23	ดีมาก	.728
13	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วย เกี่ยวกับการรักษาความสะอาด ร่างกายของผู้ป่วย	2.63	ปาน กลาง	1.75	4.57	ดีมาก	.568
14	การให้คำแนะนำผู้ป่วยในการ อาบน้ำบนเตียงหรือที่นอนสำหรับ ผู้ป่วย	2.37	น้อย	1.54	4.33	ดีมาก	.802

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อ	พฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านร่างกาย	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		$\bar{X}$	ระดับ	S.D	$\bar{X}$	ระดับ	S.D
15	การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตาม แผนการรักษา	2.37	น้อย	1.61	4.43	ดีมาก	.626
16	การแนะนำให้ผู้ดูแลในการเลือก ชนิดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	2.37	น้อย	1.74	4.43	ดีมาก	.935
17	การประเมินปัญหาการนอนหลับ พักผ่อนที่ผิดปกติในผู้ป่วย) และ ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการ แก้ไขปัญหาเบื้องต้น	2.27	น้อย	1.53	4.33	ดีมาก	.758
18	การให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับ การประเมินการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะที่ผิดปกติและรายงาน พยาบาลเมื่อพบสิ่งผิดปกติ	2.23	น้อย	1.36	4.47	ดีมาก	.681
19	การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่อง การทำความสะอาดอวัยวะสืบ พันธุ์หลังการขับถ่ายของผู้ป่วย ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่อง	2.07	น้อย	1.39	4.33	ดีมาก	.844
20	การช่วยเหลือผู้ป่วยในการพลิก ตะแคงตัวทุก 2-3 ชม.เพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับ	2.40	น้อย	1.61	4.57	ดีมาก	.679
21	การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการ ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดการการ พลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	2.43	น้อย	1.74	4.33	ดีมาก	.711

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อ	พฤติกรรมความช่วยเหลือ ผู้ป่วยด้านร่างกาย	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		$\bar{X}$	ระดับ	S.D	$\bar{X}$	ระดับ	S.D
22	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วย เรื่องการพูดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วย	2.73	ปาน กลาง	1.57	4.5	ดีมาก	.568
23	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยใน การสังเกตสีหน้า อารมณ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเพื่อประเมิน ความเครียด	2.37	น้อย	1.54	4.57	ดีมาก	.718
24	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยใน การบอกกล่าวกับผู้ป่วยทุก ครั้งก่อนปฏิบัติกิจกรรม	2.37	น้อย	1.45	4.37	ดีมาก	.661
25	การให้คำแนะนำกับผู้ป่วย เกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ความเครียด	2.03	น้อย	1.38	4.33	ดีมาก	.626
26	การสนับสนุนและให้ คำแนะนำกับผู้ป่วยเพื่อให้ ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะ พูดคุยกับบุคคลใน ครอบครัวและชุมชน	2.5	น้อย	1.57	4.57	ดีมาก	.626

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อ	พฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านร่างกาย	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
		$\bar{X}$	ระดับ	S.D	$\bar{X}$	ระดับ	S.D
27	การให้ข้อมูลกับผู้ดูแลเรื่อง แนวทางการช่วยเหลือให้ ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์ จากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง	2.5	น้อย	1.61	4.17	ดี	1.05
28	การให้คำแนะนำกับผู้ดูแล เรื่องการพาผู้ป่วยมา โรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยเกิด เหตุฉุกเฉิน	2.53	น้อย	1.76	4.27	ดีมาก	.868

จากตาราง 5 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข
หมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านรายข้อ
กิจกรรมสูงขึ้นทุกข้อจากระดับน้อยหรือปานกลางเป็นระดับดีหรือดีมากหลังการทดลอง

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในเขตอำเภอชาติตระการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำกรอบแนวคิด Domains of Palliative Care ของ WA Cancer and Palliative Care Network (2008) และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและมีระดับคะแนน Palliative Performance scale for adult Suandok (PPS Adult Suandok) อยู่ในระดับ 40 – 50% ในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็น อสม.ที่มีคุณสมบัติผ่านการคัดเลือกตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อภาษาไทยและเข้าใจได้ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินยอมให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ประกอบด้วย แผนการอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม เรื่องการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการโรค ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้านจิตสังคม ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็น และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้าน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้านของ อสม. 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการโรค ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจิตสังคม และด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพ

ของเครื่องมือ โดยการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และได้นำมาแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอนครไทยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ก่อนนำมาหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.99

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและรวบรวมข้อมูล โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรม ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบระดับประคองที่บ้านของ อสม. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบระดับประคองที่บ้านร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามโปรแกรม และให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบระดับประคองที่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบระดับประคองที่บ้านร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ตามแผนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งประเมินทักษะการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินปัญหาและอุปสรรค ขณะติดตามเยี่ยมและเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบระดับประคองที่บ้านของ อสม. หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 และประชุมสรุปผลการพัฒนาศักยภาพการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบระดับประคองที่บ้านตามที่ได้นัดหมายไว้ พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบระดับประคองที่บ้านและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบระดับประคองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกร ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลประชากรและบริบทพื้นที่ของอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก และพบว่าไม่มีโรคประจำตัวมากกว่ามีโรคประจำตัว จึงทำให้ไม่ส่งผลกระทบกับการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง และในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 90 และไม่เคยมีประสบการณ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 56.67

2. เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบ ประคับประคองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนของพฤติกรรมกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแบบประคับประคองที่บ้านในภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $<.05$ โดยภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยรวม ($\bar{X}$) เท่ากับ 124 และมีพฤติกรรม กรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมสูงสุด ($\bar{X}$) เท่ากับ 79.50 รองลงมา คือ ด้าน การจัดการโรคมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม ($\bar{X}$) เท่ากับ 13.73 ด้านจิตใจมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม($\bar{X}$) เท่ากับ 13.43 และด้านจิตสังคม ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม ($\bar{X}$) เท่ากับ 8.73 และด้านจิตวิญญาณ ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม ($\bar{X}$) เท่ากับ 4.33 และด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม ($\bar{X}$) เท่ากับ 4.27

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถอภิปราย ผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านใน ภาพรวมภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน สัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่าทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการจัดการโรค ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจิตสังคม และและด้านการ เข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีคะแนนในภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ สำหรับค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้านแบบรายข้อกิจกรรมนั้น ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทุกรายข้อกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้นจาก ระดับน้อย ปานกลาง เป็นระดับดีหรือดีมาก ยกเว้นกิจกรรมในข้อ 13 การให้คำแนะนำกับผู้ดูแล เกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยและข้อ 22 การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่องการ พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ที่เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนฝึกปฏิบัติเน้นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยด้านความ สะอาดของร่างกาย และ การพุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยซึ่งเป็นกิจกรรมการช่วยดูแลที่เป็นพื้นฐานของ ผู้ป่วยทุกรายที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ดังนั้นจะเห็นว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่อาศัยกรอบแนวคิด Domains of Palliative Care of WA Cancer and Palliative Care Network (2008) ทั้ง 6 ด้าน และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาศักยภาพการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้ และจากการติดตามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับทัศนคติและพฤติกรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้าน ซึ่งจากเดิมนั้นกลุ่มตัวอย่างมิได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน และขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ส่วนใหญ่จะปฏิบัติเมื่อได้รับการมอบหมายจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ในการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งคราวเท่านั้น และไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ และได้ปฏิบัติตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนบางอย่างได้ เช่น เรื่องการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยกลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งได้อธิบายความรู้สึกว่า "ในครั้งที่ 1 ของการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านพบว่าผู้ป่วยมีแผลกดทับเกิดขึ้น จึงได้ให้คำแนะนำกับญาติผู้ดูแลในการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ และปฏิบัติต่อเนื่องในทุกครั้งที่ติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จากการประเมินผลพบว่าผู้ป่วยหายจากการเกิดแผลกดทับในการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 5 และไม่เกิดแผลกดทับซ้ำในระหว่างการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามโปรแกรม ซึ่งทำให้ตนเองตระหนักว่าการปฏิบัติตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพที่ได้รับสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจกับการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จึงทำให้ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจมาก และคิดว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองตนเองก็นำทักษะ ความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพไปใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป" ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า วิธีการสอนให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์จริงในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่ครอบคลุมกับสภาพปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะลักษณะของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงมือปฏิบัติ ทำกิจกรรมกลุ่ม ฝึกฝนทักษะการดูแลทั้งขณะอบรมและขณะปฏิบัติงานจริงที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการฝึกปฏิบัติที่สัมพันธ์สอดคล้องกับชีวิตจริงในการปฏิบัติงานในชุมชนมากที่สุด รวมทั้งเกิดทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยผ่าน รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) และกระบวนการกลุ่ม (group process) ของโปรแกรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ประสบการณ์ของตนเอง

Q

O

คณะกรรมการนำผลการวิจัยไปใช้

- O

คณะกรรมการนำผลการวิจัยไปใช้

-

3. การกำหนดระยะเวลาการอบรมที่เหมาะสมกับลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากนั้นมีอาชีพเกษตรกรรม การจัดกิจกรรมจึงไม่ควรตรงกับช่วงระยะเวลาของการเก็บเกี่ยวพืชผล ซึ่งจะทำให้เป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องได้





บรรณานุกรม

- กนกทอง สุวรรณบุลย์. (2545). อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.). วิทยานิพนธ์ ศศ.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ปีพุทธศักราช 2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม.(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วงศ์กมล โปรดักชั่น.
- กฤษณะ สุวรรณภูมิ และธเนศ แก่นสาร. (2552). บริการปฐมภูมิทันยุค 2552: Update in Primary Care 2009. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2552). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กัลยา แซ่ชิด. (2547). ความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2549). รายงานการศึกษา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง: การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา (Health Volunteers in the Context of Changes : Potentials and Development Strategies). กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.
- คุณภาพ คงเจือ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- จรรยา เสี่ยงเสนาะ. (2547). พยาบาลชุมชนกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลชุมชนและการรักษาเบื้องต้น หน่วยที่ 15. (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

จอนณะจ พึ่งจาด. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วิทยาลัยพยาบาล.

29(1), 82-90.

จิตติมา เจริญลัมประเสริฐ. (2555). คู่มือการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ
ในผู้ป่วยอัมพาต(ความรู้เบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล). กรุงเทพฯ: วี.พรินท์
(1991).

จรี บันลือ. (2554). ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
ชุมชน. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

ณัฐชา ทานะมัย. (2551). ผลของโปรแกรมการสอนการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถ
ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม.,
มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2542). การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพฯ:
พิมพ์ดี.

ทองทิพย์ พรหมศร. (2551). การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. ค้นคว้าอิสระ พย.ม.,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วี.พรินท์
(1991).

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: วี.พรินท์(1991).

เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย, อาทิตย์ วงษ์เสาวศุภ, วิรุฬห์ โนพวน และธิดารัตน์ เครือนาค. (2553).
ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม. 29(4), 439 - 445.

ฐิติมา โพธิ์ศรี. (2550). การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
จากโรงพยาบาลสุบ้าน. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง พย.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
ขอนแก่น.

บุษยมาส ชีวสกุลยง. (บรรณาธิการ). (2556). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เชียงใหม่:
กลางเวียงการพิมพ์.

- ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์. (2552). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ปราโมทย์ เกรียงตันติวงศ์. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2(1), 738-746.
- ปัทมา สุพรรณกุล. (2541). การพัฒนาศักยภาพของมารดาในการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ปาริชาติ ไรจน์พลากร-ภูษ และยุวดี ฤาชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- ผกาพรรณ จันทรพิม. (2548). ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิรูประบบบริการสุขภาพของสาธารณสุขเขต 4. วิทยานิพนธ์ วท.ด., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- พรรณทิพา คักดีทอง. (2554). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: วี.พรินทร์(1991).
- พัฒน์ คุ่มทวีพร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: ฮายาบุสะ กราฟฟิค.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พิชญ์ทิภา วรรณทอง. (2550). การพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงสำหรับครอบครัว. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ภัคกร ช่วยคุณูปการ. (2547). รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- มินตรา สารรักษ์. (2553). การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิชาการ มอบ, 12(2), 39-48.
- ยุคลธร หวังเรืองสถิตย์. (2543). การวิเคราะห์งานดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลอนามัยชุมชนในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เขต 9 กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม(2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดี
พยาบาลสาร, 2(1), 84-93.
- ยุวดี รอดจากภัย, รัชนี้ สรรเสริญ และวรรณรัต ลาวัณ. (2550). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้าง
พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่เรื้อรังที่บ้าน. วารสารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยบูรพา, 2(1), 58 – 62.
- ยุวเรศมศรี สิริพิชญานุญา, อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช และศากุน ปวีณวัฒน์.(2554). การประชุม
ระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่
การปฏิบัติ (National forum of Palliative Care:The Harmony of Education to
Service). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- รวี เดือนดาว. (2547). ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะ
ระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ระยัยเดือน เรือนคำ. (2549). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ทักษะ
และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข.
วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา:
ซานเมืองการพิมพ์.
- วนิดา วิระกุล. (2548). การศึกษาเรื่อง ทิศทางการพัฒนาระบบและกระบวนการ พัฒนา
ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข. ขอนแก่น: แอนนา ออฟเซต.
- วรรณิ์ สุขะ. (2553). การเสริมสร้างบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) ในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาเทศบาลตำบลแหลมฉบัง
จังหวัดชลบุรี. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง รป.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู และนัทธมน
วูถานนท์. (2553). การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ Care of Patients with Pressure
Ulcers. (พิมพ์ครั้งที่ 4). เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2552). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ:
ธนาเพชร.
- สถาพร ลีลำนันทิก. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง.
กรุงเทพฯ: สันทวีการพิมพ์.

- สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2552). การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ ปร.ด., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2554). การพยาบาลองค์รวม: กรณีศึกษา การพยาบาลองค์รวมผู้ป่วยมะเร็ง การพยาบาลองค์รวมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สุรีย์ ลีมงคล. (2547). ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านที่บูรณาการระบบพยาบาลเจ้าของไข้ กับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลและความเป็นอิสระในวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ พย.ม., วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, กรุงเทพฯ.
- อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. (2554). วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ยูนิตีแอนด์ โปรเกรสโซลูชั่น.
- อารีย์ ธวัชวัชรานันท์. (2553). แนวทางการเสริมพลังอำนาจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ สส.ม., มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2548). การพยาบาลแบบประคับประคอง เอกสารประกอบการประชุม วิชาการ ประจำปี 2548. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- อุษณีย์ เหมแหวน. (2551). ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- อุไรวรรณ จาริก. (2551). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราตเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ สส.ม., มหาวิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- Government of Western Australia Department of Health. (April 2, 2008). Palliative care : model of care. Retrived November 20, 2012, from http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Palliative_Care_Model_of_Care.pdf
- Kimzbrunner BM. (2002). Predicting prognosis: How to decide when end of life care is needed. In Kimzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS. (Eds.). 20 common Problems: End of life care. (pp. 3-28). New York: McGraw-hill.

- Lack, S. A. (1977). The hospice concept : The adult with advanced cancer. In **Proceedings of the American Cancer Society Second National Conference On Human Value and Cancer**. Chicago: American Cancer Society.
- World Health Organization (April 13, 2011). **WHO definition of palliative care**. Retrived December 17, 2012, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definite/en/>.
- World Health Organization. (December 26,2008). **Quality of Life-BREF(WHO QOL-BREF)**. Retrived January 17, 2013, from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/.Accessed.





แผนการดำเนินงาน

ลำดับ ที่	กิจกรรม/แผนดำเนินการ	ระยะเวลาสัปดาห์ที่											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	ขั้นเตรียมการ	X											
	1.1เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) ชุดกิจกรรม 2) แบบสอบถามและแบบประเมิน												
	1.2 การจัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชาติตระการและสาธารณสุขอำเภอชาติตระการ ซึ่งแจ้งขั้นตอนการทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชาติตระการและสาธารณสุขอำเภอชาติตระการ เพื่อขออนุมัติและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย	X											
	1.3 ประสานงานและขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	X											
	1.4จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	X											
	1.5การเตรียมผู้วิจัย การจัดทำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้เตรียมการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยนำแนวคิด Domains of Palliative Care of WA Cancer and Palliative Care Network (2008) ทั้งหมด 8 ด้านและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน	X											
	1.6 การเตรียมตัวผู้ช่วยวิจัย ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้และฝึกทักษะเฉพาะ ได้แก่ นักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลชาติตระการจำนวน 1 คน, พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชจำนวน 1 คน โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย, ขอบเขตเนื้อหาความรู้และทักษะเฉพาะ ,	X											

ลำดับ ที่	กิจกรรม/แผนดำเนินการ	ระยะเวลาสัปดาห์ที่											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม												
	1.7การเตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยการและการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างถึงวัน เวลา และสถานที่อบรม โดยการประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการประสานโดยตรงทางโทรศัพท์ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากรายชื่อในทะเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากนั้นนัดพบและแนะนำตัวเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการศึกษา ผู้วิจัยเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือการปฏิเสธหรือการตอบรับไม่มีผลต่อการรับบริการต่างๆ จากชุมชน ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในโครงการวิจัยคำตอบหรือข้อความทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น	X											
	1.8การเตรียมผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากรายชื่อในทะเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากนั้นนัดพบและแนะนำตัวเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการศึกษา ผู้วิจัยเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือการปฏิเสธหรือการตอบรับไม่มีผลต่อการรับบริการต่างๆ จากชุมชน ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม และขอความร่วมมือในการตอบ	X											

ลำดับ ร	กิจกรรม/แผนดำเนินการ	ระยะเวลาสัปดาห์ที่											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2	ขั้นดำเนินการ 2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการ ดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจง การพิทักษ์สิทธิและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่าง	X											
	2.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบประเมิน พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่างเพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนการทำ วิจัย	X											
	2.3 ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม และดำเนินการตาม โปรแกรม	X											
	2.4 ผู้วิจัยดำเนินการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง ปัญหา และอุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการทดลอง และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการ ปฏิบัติตามกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	ขั้นสรุปผล 2.5 ผู้วิจัยดำเนินการพบกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรม การดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 พร้อมตรวจสอบข้อมูลที่ได้ ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ												X

แผนการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เรื่อง	การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลการจัดการโรค
ผู้สอน	นางสาวสุรัชดา แสงจันทร์
สำหรับ	กลุ่มทดลอง อสม. เขตอำเภอชาติตระการ จำนวน 30 คน
สถานที่	ห้องประชุมโรงพยาบาลชาติตระการ อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก
ระยะเวลาที่ใช้อบรม	3 ชม. 15 นาที
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล จัดการโรคหลอดเลือดสมอง
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	อสม. สามารถอธิบาย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล โรคหลอดเลือดสมองได้

แผนการดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

[illegible]

วันที่	วัตถุประสงค์ทั่วไป	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ประเมินผล
1	อสม.มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	อสม.สามารถอธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้	1. การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลการจัดการโรค 1. ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถจำแนกเป็นด้านต่างๆ ได้ดังนี้ ด้านร่างกาย 1. ความปวด ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดตามข้อ ปวดไหล่ ข้อไหล่ติด ไหล่หลุด พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่แขนอ่อนแรงหรืออัมพาต เกิดจากการอักเสบของเอ็นกล้ามเนื้อที่อยู่รอบหัวไหล่ การที่แขนไม่มีการเคลื่อนไหว และน้ำหนักแขนดึงให้แขนตกลง ทำให้เกิดภาวะไหล่หลุด 2. การเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน - ความปวด ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดตามข้อ ปวดไหล่ ข้อไหล่ติด ไหล่หลุด	1. เมื่อเสร็จสิ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้สอนเริ่มการสอนด้วยวิธีการบรรยายพร้อมภาพประกอบและเอกสารประกอบคำบรรยาย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็นด้านต่างๆ ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือช่วยตนเองได้น้อย โดยภาวะแทรกซ้อนมักเกิดจากปัญหาการเคลื่อนไหวและการกลืน ผู้สอนซักถามผู้เรียนว่า ทราบหรือไม่ว่า ปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายที่พบบ่อยมีอะไรบ้าง เพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ สรุปปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายที่พบ คือ - ความปวด ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดตามข้อ ปวดไหล่ ข้อไหล่ติด ไหล่หลุด	คลิปวิดีโอโรคหลอดเลือดสมอง (ได้รับอนุญาตจากผู้เผยแพร่ทางวาจาแล้ว) เอกสารประกอบคำบรรยาย	2 ชม.	-สังเกตความสนใจ การแสดงความคิดเห็น การซักถาม -ผู้เรียนสามารถอธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			- ปอดอักเสบ จากการกลืนลำบาก ทำให้มีการสำลักน้ำลายและเชื้อโรคในปาก - เข้าปอด, การไม่สามารถไอหรือขับเสมหะได้ - ข้อติด จากการเคลื่อนไหวลดลง - แผลกดทับ เกิดจากการนอนทับ ร่างกายบริเวณเดียวกันนานๆ (มักเกินกว่า 2 ชม.) ผิวหนังบริเวณนั้นจะตาย และพุพองแตกออก มีเชื้อโรคเข้าไปในเนื้อบริเวณนั้น ต่อมาเกิดการอักเสบ เนื้อตายเน่ากินลึกลงไปเรื่อยๆ การรักษาทำได้ลำบากและหายช้า 3. การดูแลกิจวัตรประจำวัน - ความสะอาดร่างกายเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลทำความสะอาดร่างกายเองได้ จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย	- ปอดอักเสบ หรือปอดติดเชื้อ เกิดจากการสำลัก, การไม่สามารถไอเพื่อขับเสมหะได้ - ข้อติด เกิดจากการเคลื่อนไหวลดลง - แผลกดทับ เกิดจากการนอนในท่าเดิมนานๆ ไม่ได้เปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัว นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาแล้ว ยังพบปัญหาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากการไม่สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ คือ - การไม่สามารถดูแลความสะอาดร่างกาย จึงทำให้มีโอกาสการติดเชื้อในร่างกายได้ - การรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ - การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากอาการรบกวนต่างๆ ความเครียดจากการเจ็บป่วย			- ผู้เรียนสามารถอธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			- การรับประทานอาหารและน้ำปัญหาที่พบบ่อยคือ การได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ, การล้าล็กอาหาร - การนอนหลับ อาการเจ็บป่วยของร่างกายส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด, อาการปวด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ - การขี้ถ่าย เช่น ปัสสาวะไม่ออกจากการไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหว การเดิน การที่รับประทานอาหารและน้ำได้น้อย, ท้องผูก จากการเคลื่อนไหวและรับประทานอาหารและน้ำ ลดลง 4. การได้รับอุบัติเหตุ จากการมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่วมกับมีอาการทางสมอง จึงทำให้เพิ่มโอกาสในการได้รับอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มได้	- ปัญหาเกี่ยวกับการขี้ถ่าย เช่น ปัสสาวะไม่ออก, ปัสสาวะรด, ท้องผูก - การเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ การตกเตียง การหกล้ม เนื่องจากไม่สามารถทรงตัวหรือช่วยเหลือตนเองได้จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมียาดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา เมื่อเสร็จสิ้นการบรรยายภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ผู้สอนให้ผู้เรียน ได้สรุปปัญหาที่พบด้านร่างกายที่ได้รับฟังเสร็จสิ้นไป และให้ผู้เรียนได้พักเบรก 15 นาทีก่อนเข้าสู่บทเรียนต่อไป			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			ด้านจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยและสามารถประเมินได้โดยการสังเกตสีหน้าอารมณ์ของผู้ป่วยคือ ภาวะเครียด ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันโดยไม่ได้เตรียมใจมาก่อนผู้ป่วยที่พูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด ด้านจิตวิญญาณ การได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณลดลง เช่น การร่วมกิจกรรมทางศาสนา เนื่องจากปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ด้านจิตสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และการได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ทางสังคมลดลงเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางสมองไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ ร่วมกับปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย	ผู้สอนนำเข้าสู่บทเรียน ปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในด้านจิตใจ ผู้ป่วยมักเกิด ความเครียดเนื่องจากการเจ็บป่วย ซึ่งเราสังเกตได้จากการแสดงออกทางสีหน้า อารมณ์ของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบจะอยู่ในวัยสูงอายุ ดังนั้นสำหรับด้านจิตวิญญาณ หรือความเชื่อส่วนบุคคล และด้านสังคม ที่ผู้ป่วยเคยได้ปฏิบัติ เช่น การทำบุญ ,การไปวัด ฟังธรรม นั้นตลอดจน การไปพบปะพูดคุยเพื่อนบ้าน การรวมกลุ่มทางสังคม การได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ก็จะไม่สามารถปฏิบัติได้เหมือนเดิมด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสุดท้ายที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ การจัดการการเงิน เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินได้ง่าย เช่น การชักเกร็ง ผู้ดูแลจึงควรมีความรู้และทักษะในการจัดการกรณีเร่งด่วนด้วย		พัก เบรก 15 นาที	

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การจัดการกรณีฉุกเฉินต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินได้ง่าย เช่น การชักเกร็ง ผู้ดูแลจึงควรมีความรู้และทักษะในการจัดการกรณีเร่งด่วนด้วย 1.2 การรายงานพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักพบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งในฐานะที่ อสม. มีหน้าที่ในการประสานข้อมูลกับหน่วยงานสาธารณสุขหรือ ทีมพยาบาล อสม. จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตลักษณะความผิดปกติ การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และรายงานให้พยาบาลทราบได้ถึงความผิดปกตินั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีมพยาบาลได้ทันเวลา	ผู้สอนซักถามผู้เรียน จากประสบการณ์ของผู้เรียนที่ผ่านมาเคยพบปัญหาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหรือไม่ และท่านแก้ไขปัญหาอย่างไร หรือแจ้งให้ใครทราบ ขออาสาสมัครในการนำเสนอ 2 ท่าน จากการนำเสนอของผู้เรียนจะทำให้ทราบได้ถึงวิธีปฏิบัติที่ผ่านมา เมื่อ อสม. พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ผู้สอนอธิบายเพิ่มในเรื่องการรายงานผลการปฏิบัติงานหรือผลการเยี่ยมบ้านให้กับพยาบาลทราบถึงความผิดปกติว่า จากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยมักพบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งในฐานะที่ อสม. มีหน้าที่ในการประสานข้อมูลกับ ทีมพยาบาล อสม. จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตลักษณะความผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนและรายงานให้พยาบาลทราบได้ถึงความผิดปกตินั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีมพยาบาลได้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ			

แผนการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เรื่อง	การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย
ผู้สอน	นางสาวสุรัชดา แสงจันทร์
สำหรับ	อสม.เขตอำเภอชาติตระการ ในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน
สถานที่	ห้องประชุมโรงพยาบาลชาติตระการ อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก
ระยะเวลาที่ใช้อบรม	3 ชม.
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	อสม. สามารถอธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกาย คือ 1. การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา 2. การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน : การป้องกันปอดอักเสบ การป้องกันข้อติด การป้องกันและ 3. การดูแลกิจวัตรประจำวัน : ความสะอาดร่างกาย, การได้รับอาหารและน้ำ, การนอนหลับ และการขับถ่าย 4. การป้องกันอุบัติเหตุ
ดูแลบาดแผล	

**แผนการดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน**

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
2	อสม.มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการ ให้คำแนะนำ การดูแล ผู้ป่วยด้าน ร่างกาย	อสม.สามารถ อธิบายและให้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วยด้าน ร่างกายได้	การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 1. การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ความปวด เป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายทั้งทางกายและอารมณ์ ซึ่งอาการปวดที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการปวดตามข้อ ปวดไหล่ การประเมินความปวด ประเมินได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ โดยอาจจะให้ผู้ป่วยประมาณระดับความปวดเป็นตัวเลข 1- 10 หรือการใช้ภาพซึ่งถ้ามากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป ต้องปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์เพื่อใหยาบรรเทาปวด และ/หรือจากการประเมินลักษณะท่าทางการแสดงออก เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด กระสับกระส่าย การให้คำแนะนำการบรรเทาความปวดโดยการไม่ใช้ยา เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดไม่รุนแรง (ไม่เกิน 3 คะแนน)	ให้ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งกลุ่มเป็น 6 กลุ่ม เพื่อเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อ รวม 6 ฐาน และให้ผู้เข้ารับการอบรมเล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้เรียนก่อนเริ่มการสอน ในแต่ละฐานด้วยวิธีการบรรยาย พร้อมภาพประกอบและเอกสารประกอบคำบรรยาย สลับกับการดูการสาธิตการปฏิบัติ และการดูคลิปวิดีโอโดยผู้สอนในแต่ละฐานการเรียนรู้ และเมื่อผู้สอนสาธิตการปฏิบัติเสร็จให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกปฏิบัติจริง และผู้สอนเป็นผู้ประเมินผลการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมในแต่ละฐาน โดยแต่ละฐานใช้เวลาในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจริง ฐานละ 30 นาที แต่ละฐานมีชื่อ และเนื้อหาดังนี้ ฐานที่ 1 การบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ความปวด ที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการปวดตามข้อ ปวดไหล่	เอกสารประกอบคำบรรยาย, ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ชุดที่ 2, คลิปวิดีโอการทำกายภาพบำบัดของกองออก	3 ชม.	-สังเกต ความสนใจ -การมีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็น การซักถาม -ผู้เรียนผ่านการประเมินทักษะและการให้คำแนะนำ การดูแลด้านร่างกาย 7 เรื่องได้

วันที่	วัตถุประสงค์ทั่วไป	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ประเมินผล
			1. แนะนำให้ผู้ดูแลเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เช่น การเปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟังเพื่อการผ่อนคลาย, การชักชวนผู้ป่วยพูดคุยเรื่องอื่นๆ, การเปิดธรรมชาติหรือบทสนทนา 2. แนะนำให้ผู้ดูแลนัดพบแพทย์ บริเวณที่ปวด, หรือประคบสมุนไพร 3. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย โดยสังเกตจากสีหน้าของผู้ป่วยขณะจัดท่า หรือโดยการซักถามผู้ป่วย 4. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรือช่วยออกกำลังกาย บริหารข้อที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย	การประเมินความปวด ประเมินได้จาก คำบอกเล่าของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ โดยอาจจะให้ผู้ผู้ป่วยประมาณระดับความปวดเป็นตัวเลข 1- 10 หรือการใช้ภาพ ถ้ามากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป ต้องปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาปวด และ/หรือจากการประเมินลักษณะท่าทางการแสดงออก เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด กระสับกระส่าย การให้คำแนะนำการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา 1. แนะนำให้ผู้ดูแลเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เช่น การเปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟังเพื่อการผ่อนคลาย, การชักชวนผู้ป่วยพูดคุยเรื่องอื่นๆ, การเปิดธรรมชาติหรือบทสนทนา 2. แนะนำให้ผู้ดูแลนัดพบแพทย์ บริเวณที่ปวด, หรือประคบสมุนไพร 3. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย โดยสังเกตจากสีหน้าของผู้ป่วย	กำลังกาย อนามัยที่ได้รับอนุญาต โดย วาจา ทาง โทรศัพท์แล้ว		

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
				ขณะจัดทำ หรือโดยการซักถามผู้ป่วย 4. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรือช่วย ออกกำลังกาย บริหารข้อที่เหมาะสมกับสภาพความ เจ็บป่วย เมื่อเสร็จสิ้นการบรรยายในเนื้อหาการบรรเทาความ ปวดโดยไม่ใช้ยาให้ผู้สอนสอบถามผู้เรียนว่า นอกจาก เทคนิคการบรรเทาปวดที่ได้อธิบายไปแล้วนั้น มีวิธีการ อื่นหรือเทคนิคอื่นๆ หรือไม่ ที่ท่านเคยปฏิบัติแล้วได้ผลดี จากนั้นจึงสรุปทบทวนและให้ผู้เรียนไปฐานต่อไป			
			2.1 การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2.2.1 การป้องกันปอดอักเสบ : การประเมินการหายใจ การจัดท่านอน การป้องกันการสำลัก การจัดสิ่งแวดล้อม การประเมินการหายใจ ทำได้ โดยการดูทรวงอกของผู้ป่วยมีรูปร่างปกติ หรือไม่ มีความสมมาตรกันหรือไม่ทั้ง 2 ข้าง ซึ่งอาจพบทรวงอกที่ผิดปกติได้ในผู้ป่วยสูงอายุ	ฐานที่ 2 การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสามารถปฏิบัติได้ง่าย โดยไม่เสีย ค่าใช้จ่ายใดๆ 2.1 การป้องกันปอดอักเสบ การประเมินการหายใจ โดยการสังเกตทรวงอกหรือ หน้าอกของผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติหรือไม่ คือ หายใจ			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง นอกจากดูรูปร่าง ทรวงอกแล้ว อสม. ควรสังเกตและให้คำแนะนำ ผู้ดูแลในการสังเกตลักษณะการหายใจของผู้ป่วย ว่ามีความผิดปกติหรือไม่ ลักษณะการหายใจที่ ผิดปกติ ได้แก่ 1. หายใจเร็ว , หายใจช้า 2. หายใจหอบลึก,หายใจลำบากหายใจแบบ ถอนหายใจ 3. หายใจไม่สม่ำเสมอ คือ การหายใจและ หยุดเป็นพักๆ จังหวะการหายใจปกติ ในผู้ใหญ่หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที โดยให้นับจากการสังเกตบริเวณทรวงอก ของผู้ป่วยขึ้นและลง นับเป็น 1 ครั้ง เมื่อพบความผิดปกติให้สอบถามกับผู้ดูแลว่า ผู้ป่วยปกติหายใจอย่างไร มีความผิดปกติไปจาก เดิมหรือไม่ หากพบว่าการหายใจของผู้ป่วย ไม่เหมือนเดิม ร่วมกับมีอาการอื่น เช่น ไข้ ไอ, มีเสมหะ ผู้ป่วยซึมลง ควรส่งปรึกษาแพทย์หรือ พยาบาล	เร็วหรือช้า หรือมีอาการหายใจลำบากหรือไม่ ซึ่งใน ภาวะปกติของผู้ใหญ่ จะหายใจประมาณ 16-20 ครั้ง/นาที ซึ่งท่านสามารถนับการหายใจได้ด้วย ตนเอง โดยให้นับจากการสังเกตบริเวณทรวงอก ของผู้ป่วยขึ้นและลง นับเป็น 1 ครั้ง เมื่ออธิบายการประเมินการหายใจเสร็จ ให้ อสม. จับคู่และลองนับการหายใจของอีกฝ่ายว่า ได้เท่าไร มีความยากง่ายในการนับหรือพบ ความผิดปกติของการหายใจหรือไม่			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			2.2 การให้คำแนะนำการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1. แนะนำให้ผู้ดูแลจัดท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสมซึ่งการจัดท่าต้องคำนึงถึง • เตียงนอน ควรเป็นเตียงที่แข็งแรงปลอดภัยและควรมีไม้กั้นเตียง(ถ้าสามารถจัดหาได้) และถ้าผู้ป่วยสามารถนั่งทรงตัวได้ ควรพิจารณาความสูงของเตียงโดยสังเกตเมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งห้อยขาบนเตียงแล้ว เท้าผู้ป่วยสัมผัสพื้นได้พอดี • ที่นอน ต้องเป็นที่นอนเนื้อแน่น ไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป ผ้าปูที่นอนซึ่งตึงไม่มีรอยย่น หรือมีรอยพับ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการถูไถของผิวหนัง ซึ่งจะทำให้เกิด แผลกดทับได้	ผู้สอนอธิบายถึงคำแนะนำการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1. แนะนำให้ผู้ดูแลจัดท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสมซึ่งการจัดท่าต้องคำนึงถึง • เตียงนอน ควรเป็นเตียงที่แข็งแรงปลอดภัยและควรมีไม้กั้นเตียง(ถ้าสามารถจัดหาได้) และความสูงของเตียงที่เหมาะสมคือเมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งห้อยขาบนเตียงแล้ว เท้าผู้ป่วยสัมผัสพื้นได้พอดี • ที่นอน ต้องเป็นที่นอนเนื้อแน่น ไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป ผ้าปูที่นอนซึ่งตึงไม่มีรอยย่น หรือมีรอยพับ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้			

วันที่	วัตถุประสงค์ทั่วไป	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ประเมินผล
			• ทานอนในผู้ป่วยอัมพาต เป็นเรื่องสำคัญ ผู้ดูแลควรจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงทำมุมอย่างน้อย 30 องศา เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ต้องเปลี่ยนท่านอนให้บ่อยอย่างน้อยทุก 2 ชม. โดยสลับเป็นท่านอนหงาย นอนตะแคงซ้าย นอนตะแคงขวา เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบ นอกจากนี้ยังป้องกันการบวม การเกิดข้อยึดติด และการเกิดแผลกดทับด้วย 2. แนะนำให้ผู้ดูแลกระตุ้นหรือป้อนน้ำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 1-2 ลิตรต่อวัน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัด เช่น ภาวะบวมหรือหัวใจล้มเหลว 3. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลรักษาความสะอาดภายในช่องปากและฟัน โดยการทำความสะอาดทุกครั้งก่อนและหลัง	• ผู้ดูแลควรจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงทำมุมอย่างน้อย 30 องศา หรือประมาณหนุนหมอน 1-2 ใบ เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ต้องเปลี่ยนท่านอนหรือพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2-3 ชม. โดย เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ข้อติด และแผลกดทับ 2. แนะนำให้ผู้ดูแลกระตุ้นหรือป้อนน้ำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 1-2 ลิตรต่อวัน ในกรณีที่แพทย์ไม่ได้สั่งห้าม 3. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลรักษาความสะอาดภายในช่องปากและฟัน โดยการทำความสะอาดทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร โดยใช้แปรงสีฟันหรือไม้พันสำลีชุบน้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาดภายในช่องปาก กระพุ้งแก้ม และฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อภายในช่องปาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปอดอักเสบได้ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความอยากในการรับประทานอาหารได้มากขึ้น			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			รับประทานอาหาร โดยใช้แปรงสีฟันหรือไม้พัน ลำลีชุบน้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาดภายในช่อง ปาก กระพุ้งแก้ม และฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ภายในช่องปาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปอด อักเสบได้ และยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิด ความอยากในการรับประทานอาหารได้มากขึ้น 4. แนะนำให้ผู้ดูแลป้องกันการเกิดการ สำลักอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ เนื่องจาก ผู้ป่วยมักมีอาการกลืนลำบาก ทำได้โดย • การจัดทำอนคิระสูงตั้งตรงและ คิระโน้มไปข้างหน้าเล็กน้อย • แนะนำให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถใน การกลืนอาหารของผู้ป่วย โดยก่อนเริ่มการป้อน อาหารควรให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำก่อน ถ้ามีอาการไอ หรือสำลักขณะดื่มน้ำ ห้ามป้อนอาหารให้กับ ผู้ป่วย	4. แนะนำให้ผู้ดูแลป้องกันการเกิดการสำลัก อาหารในผู้ป่วยโดยการจัดทำอนคิระสูงตั้งตรง และให้คิระโน้มไปข้างหน้าเล็กน้อย พร้อมทั้ง สังเกตการกลืนของผู้ป่วยว่ามีอาการกลืนลำบาก หรือไม่ และก่อนเริ่มการป้อนอาหารควรให้ผู้ผู้ป่วย ดื่มน้ำก่อน ถ้ามีอาการไอหรือสำลักขณะดื่มน้ำ ห้ามป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย • ควรป้อนอย่างช้าๆ ไม่รีบ รอให้ผู้ผู้ป่วย เคี้ยวให้ละเอียดก่อน และหยุดป้อนเมื่อผู้ป่วยมี อาการไอ • จัดอาหารให้เหมาะสมสำหรับผู้ผู้ป่วย อาหารควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม และเป็นคำเล็กๆ • พุดคุย กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน แต่ไม่ถามให้ผู้ผู้ป่วยตอบ เพื่อป้องกันการสำลัก			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			- เมื่อเริ่มป้อนอาหาร ควรป้อนอย่างช้าๆ ไม่รีบ รอให้ผู้ป่วยเคี้ยวให้ละเอียดก่อน และหยุดป้อนเมื่อผู้ป่วยมีอาการไอ - จัดอาหารให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย อาหารควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม และเป็นคำเล็กๆ - พูดคุยกับผู้ป่วย แต่ไม่ควรให้ผู้ป่วยตอบขณะมีอาหารในปาก 5. แนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การรักษาความสะอาดของอุปกรณ์เครื่องนอน ให้สะอาด ปราศจากฝุ่นอยู่เสมอ 6. แนะนำให้จัดที่นอนสำหรับผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก 7. แนะนำให้ผู้ดูแลงดการสูบบุหรี่ การเผาถ่าน การเผาขยะ ภายในบ้านหรือบริเวณใกล้เคียงกับที่พักผู้ป่วย 8. ให้คำแนะนำในกรณีที่ภายในบริเวณใกล้เคียงกับที่พักผู้ป่วย	5. แนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การรักษาความสะอาดของอุปกรณ์เครื่องนอน ให้สะอาด ปราศจากฝุ่นอยู่เสมอ 6. แนะนำให้จัดที่นอนสำหรับผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก 7. แนะนำให้ผู้ดูแลงดการสูบบุหรี่ การเผาถ่าน การเผาขยะ ภายในบ้านหรือบริเวณใกล้เคียงกับที่พักผู้ป่วย 8. ให้คำแนะนำในกรณีที่ภายในบริเวณใกล้เคียงกับที่พักผู้ป่วย			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			8. ให้คำแนะนำในกรณีที่บ้าน มีผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด, วัณโรค ฯ ควรหลีกเลี่ยงการเย็บม, การสัมผัสกับ ผู้ป่วย หรือควรใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกขณะให้การ ดูแลผู้ป่วย 9. แนะนำให้ผู้ดูแลล้างมือบ่อย ๆ ด้วย สบู่ โดยเฉพาะก่อนและหลังการให้การดูแลผู้ป่วย 10. ติดตามประเมินและแนะนำการ สังเกตลักษณะเสมหะของผู้ป่วย ถ้ามีลักษณะ เหนียวข้นจำนวนมาก สีเหลืองข้นหรือสีเขียว ร่วมกับผู้ป่วยมีไข้ หรือ หายใจลำบาก หรือ ซึมลง ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาเร่งด่วน	9. ให้คำแนะนำในกรณีที่บ้าน มีผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด, วัณโรค ฯ ควรหลีกเลี่ยงการเย็บม, การสัมผัสกับ ผู้ป่วย หรือควรใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกขณะให้การ ดูแลผู้ป่วย 10. แนะนำให้ผู้ดูแลล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ ก่อนและหลังการให้การดูแลผู้ป่วย 11. ติดตามประเมินและแนะนำการ สังเกตลักษณะเสมหะของผู้ป่วย ถ้ามีลักษณะ เหนียวข้นจำนวนมาก สีเหลืองข้นหรือสีเขียว ร่วมกับผู้ป่วยมีไข้ หรือ หายใจลำบาก หรือ ซึมลง ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาเร่งด่วน			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			2.1.1 การป้องกันข้อติด: การฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อต่อ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ อสม.ควรให้คำแนะนำผู้ดูแลในดูแลผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ การช่วยผู้ป่วยบริหารข้อต่อ มีข้อควรปฏิบัติดังนี้ 1. แนะนำให้ผู้ดูแลควรทำการเคลื่อนไหวข้อต่อให้ผู้ป่วยอย่างช้าๆและนุ่มนวล เพื่อบรรเทาอาการปวดบริเวณข้อ , ป้องกันการหดรัดตัวของเอ็นกล้ามเนื้อ และป้องกันการติดแข็งของข้อต่อส่วนต่างๆของร่างกาย แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยเคลื่อนไหวข้อให้สุดช่วงองศาการเคลื่อนไหวที่ปกติหรือตึง และค้างไว้ 10 วินาที และทำในแต่ละท่าช้าๆ ทำละ 30 ครั้ง วันละ 2 รอบ	ฐานที่ 3 การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2.2 การป้องกันข้อติด การฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อต่อ มีข้อควรปฏิบัติดังนี้ 1. แนะนำให้ผู้ดูแลควรทำการเคลื่อนไหวข้อต่อให้ผู้ป่วยอย่างช้าๆและนุ่มนวล 2. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยเคลื่อนไหวข้อให้สุดช่วงองศาการเคลื่อนไหวที่ปกติหรือตึง และค้างไว้ 10 วินาที และทำในแต่ละท่าช้าๆ ทำละ 30 ครั้ง วันละ 2 รอบ 3. ห้ามบริหารข้อต่อหลังจากที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆหรือผู้ป่วยมีไข้ 4. ห้ามบริหารข้อต่อเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยที่ข้อเคลื่อนหรือหลุดในส่วนนั้นๆ โดยการสังเกตลักษณะ			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			2. ห้ามบริหารข้อต่อหลังจากที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆหรือผู้ป่วยมิใช่ 3. ห้ามบริหารข้อต่อเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยที่ข้อเคลื่อนหรือหลุดในส่วนนั้นๆ โดยการสังเกตลักษณะของแขน-ขาขณะยึดเหยียดว่าเท่ากันทั้ง2 ข้างหรือไม่ หากพบว่าผิดปกติ แขนหรือขาเหยียดตรงไม่เท่ากัน ควรแนะนำให้ส่งพบแพทย์เพื่อการรักษาก่อน การให้คำแนะนำการเคลื่อนไหวบริหารข้อต่อโดยผู้ดูแล ได้แก่ • การบริหารส่วนแขน โดยการยกแขนขึ้นและลง, การกางแขนออกและหุบแขนเข้า, การหมุนข้อไหล่เข้าและออก, การงอข้อศอกเข้าและเหยียดออก, การกระดกข้อมือขึ้นและลง, การกำนิ้วมือเข้าและออก,การกระดกนิ้วโป้งขึ้นและลง	ของแขน-ขาขณะยึดเหยียดว่าเท่ากันทั้ง2 ข้างหรือไม่ หากพบว่าผิดปกติ แขนหรือขาเหยียดตรงไม่เท่ากัน ควรแนะนำให้ส่งพบแพทย์เพื่อการรักษาก่อน เมื่อฟังบรรยายเสร็จ ให้ผู้เรียนชมวิดีโอสาธิตการบริหารข้อ การช่วยเคลื่อนไหว ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการชมวิดีโอประมาณ 15 นาที จากนั้นให้ผู้เรียนจับคู่มือการบริหารข้อต่อ โดยการบริหารส่วนแขน และส่วนขา 15 นาที			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			การบริหารส่วนขา โดยการงอขา เข้า เขยียดขาออกของข้อสะโพกและเข้า ,การหมุน ข้อสะโพกเข้า-ออก,การกางขาออกและหุบขาเข้า ของข้อสะโพก ,การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง,การ หมุนปลายเท้าเข้าและออก การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง จะนั่งหรือ นอนบนเตียงหรือที่นอนเป็นส่วนใหญ่ ผู้ดูแล จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว การจัดท่านอนต่างๆ ซึ่งควร ปฏิบัติโดยระมัดระวังการดึงรั้งบริเวณผิวหนัง เพื่อ ป้องกันการเกิดแผลหรือข้อไหล่หลุด และขณะให้ การช่วยเหลือควรมีผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน เพื่อ ป้องกันการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยและผู้ดูแล	เมื่อสิ้นสุดการฝึกบริหารข้อและการประเมิน โดยผู้สอน ให้ผู้เรียนนั่งพักและฟังบรรยาย เรื่อง การ ช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว โดยการพลิกตะแคงตัว การจัดท่านอนต่างๆ ซึ่งควรปฏิบัติโดยระมัดระวังการดึงรั้งบริเวณ ผิวหนัง เพื่อป้องกันการเกิดแผลหรือข้อไหล่หลุด และขณะให้การช่วยเหลือควรมีผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน เพื่อป้องกันการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยและ ผู้ดูแล จากนั้นจึงให้ผู้เรียนไปยังฐานต่อไป			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			2.1.2 การป้องกันและดูแลบาดแผล : แผลหรือบาดแผลเกิดได้จากหลายสาเหตุ และมีลักษณะแตกต่างกัน จึงสามารถจำแนกบาดแผลได้หลายวิธีและหลายชื่อ เช่น แผลสะอาด ,แผลแห้ง,แผลสด,แผลกดทับ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ร่วมกับรับประทานอาหารได้ลดลง จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดบาดแผลได้ง่าย ทั้งที่เป็นแผลสดจากการได้รับอุบัติเหตุ ,แผลถลอกดั่งรังหรือแผลกดทับจากการนอนในท่าเดิมนานๆ, ซึ่ง อสม.ควรให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลและให้การดูแลป้องกันการเกิดบาดแผลต่างๆ ได้ ความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดแผลได้ง่ายนั้น เกิดจากการเสียดสีหรือการกดทับของผิวหนัง	ฐานที่ 4 การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2.3 การป้องกันและดูแลบาดแผล แผลหรือบาดแผลเกิดได้จากหลายสาเหตุ และมีลักษณะแตกต่างกัน เช่น แผลสะอาด, แผลแห้ง, แผลสด, แผลกดทับ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผล เป็นเรื่องจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ร่วมกับรับประทานอาหารได้ลดลง จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดบาดแผลได้ง่าย อสม. ควรให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลและให้การดูแลป้องกันการเกิดบาดแผลต่างๆ ได้ ความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดแผลได้ง่ายนั้น เกิดจากการเสียดสีหรือการกดทับของผิวหนังตำแหน่งเดิมเป็นเวลานาน จากการไม่ได้รับการเปลี่ยนท่านอนหรือการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			ตำแหน่งเดิมเป็นเวลานาน จากการไม่ได้รับการเปลี่ยนท่านอนหรือการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นหรือความรู้สึกตัว การรับรู้ลดลง เคลื่อนไหวลดลง, ผิวหนังผู้ป่วยแห้งบาง, ผู้ป่วยสูงอายุ, การดื่งผู้ป่วยขณะให้การดูแล ซึ่งปัจจัยหรือความเสี่ยงดังกล่าวควรได้รับการดูแลป้องกัน เนื่องจากโดยส่วนใหญ่เมื่อเกิดบาดแผลขึ้นจะพบว่าแผลหายช้า เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่สูงอายุ การเคลื่อนไหวลดลงทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี การรับประทานอาหารได้ลดลง การประเมินสภาพแผล การประเมินสภาพแผลทำได้โดย การสังเกต ลักษณะแผล ขนาดของแผล จำนวนและสีของสิ่งขับหล้ง กลิ่นของแผล เมื่อพบว่าแผลมีขนาดใหญ่ ลึก มีกลิ่นเหม็น หรือสิ่งขับหล้งเป็นหนองสีขุ่น หรือสีเขียว และ/หรือ ผู้ป่วยมีไข้ ชีพจรให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทราบ	มากขึ้นหรือความรู้สึกตัว การรับรู้ลดลง เคลื่อนไหวลดลง, ผิวหนังผู้ป่วยแห้งบาง, ผู้ป่วยสูงอายุ, การดื่งผู้ป่วยขณะให้การดูแล ซึ่งปัจจัยหรือความเสี่ยงดังกล่าวควรได้รับการดูแลป้องกัน การประเมินสภาพแผล การประเมินสภาพแผลทำได้โดย การสังเกต ลักษณะแผล ขนาดของแผล จำนวนและสีของสิ่งขับหล้ง กลิ่นของแผล เมื่อพบว่าแผลมีขนาดใหญ่ ลึก มีกลิ่นเหม็น หรือสิ่งขับหล้งเป็นหนองสีขุ่น หรือสีเขียว และ/หรือ ผู้ป่วยมีไข้ ชีพจรให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทราบ			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแผลติดเชื้อ 1. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ใช้วิธีการยกแทนการดึงลาก 2. ใช้เบาะที่นอนที่มีแรงดันต่ำ เช่น ที่นอนฟองน้ำ ,ที่นอนลม ไม่ควรใช้ที่รองนั่งแบบห่วยยาง เพราะจะลดการไหลเวียนของเลือดบริเวณผิวหนังในส่วนอื่น 3. ควรช่วยเหลือผู้ป่วยขยับหรือเปลี่ยนท่านอนทุก 2-3 ชม. เพื่อลดแรงกดดันที่ผิวหนังไม่ให้ผิวหนังสัมผัสกับพื้นใดที่หนึ่งเป็นเวลานานๆ และดูแลไม่ให้ผิวหนังเปื่อยขึ้น 4. ควรจัดท่านอนให้ผู้ป่วยศีรษะสูงประมาณ 30 องศา กับพื้นที่นอน โดยการให้	แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแผลติดเชื้อ 1. ใช้วิธีการยกผู้ป่วยแทนการดึงลาก 2. ใช้เบาะที่นอนที่มีแรงดันต่ำ เช่น ที่นอนฟองน้ำ ,ที่นอนลม 3. ควรช่วยเหลือผู้ป่วยขยับหรือเปลี่ยนท่านอนทุก 2-3 ชม. และดูแลไม่ให้ผิวหนังเปื่อยขึ้น 4. ควรจัดท่านอนให้ผู้ป่วยศีรษะสูงประมาณ 30 องศา กับพื้นที่นอน โดยการให้หมอนหรือผ้าห่มรองบริเวณลำตัว ศีรษะ ลำคอ เพื่อหลีกเลี่ยงแรงเสียดสีบริเวณข้อเท้า สันเท้า สะโพก และหลังส่วนล่าง 5. ถ้าเป็นท่านั่ง ควรนั่งเอียงทำมุมเล็กน้อยกับเก้าอี้ เพื่อลดแรง กดดันและแรงเสียดสีกับบริเวณสะโพก 6. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีแผลผิวหนังถลอก ไม่หายจนลุกลามกลายเป็นแผลขนาดใหญ่ หรือแผลกดทับ			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			หมอนหรือผ้าห่มรองบริเวณลำตัว ศีรษะ ลำคอ เพื่อหลีกเลี่ยงแรงเสียดสีบริเวณข้อเท้า ส้นเท้า สะโพกและหลังส่วนล่าง 5. ถ้าเป็นท่านั่ง ควรนั่งเอียงท่ามมเล็กน้อยกับเก้าอี้ เพื่อลดแรง กดดันและแรงเสียดสีกับบริเวณสะโพก 6. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีแผลผิวหนังถลอกไม่หาย จนลุกลามกลายเป็นแผลขนาดใหญ่ หรือ แผลกดทับควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง 7. แนะนำให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ หรือเปียกชื้น หากแผลชุ่มมากควรแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาล 8. แนะนำผู้ดูแล จัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารให้ครบ 5 หมู่และพอเพียง ร่างกายจะได้รับ น้ำ โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่เช่น วิตามินซี เอ อี เป็นต้น เพื่อสร้างเนื้อเยื่อและเสริมความแข็งแรงให้กับแผล	ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง 7. แนะนำให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ หรือเปียกชื้น หากแผลชุ่มมากควรแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาล 8. แนะนำผู้ดูแล จัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และพอเพียง เพื่อสร้างเนื้อเยื่อและเสริมความแข็งแรงให้กับแผล 9. หากเกิดอาการคันหรือแพ้พลาสติก ควรแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาล			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			9. หากเกิดอาการคันหรือแพ้พลาสติก ควรแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาล ไม่ควรเกาเพราะจะทำให้ผิวหนังรอบแผลฉีก ถลอกเกิดการอักเสบ ติดเชื้อ ลุกลามขยายเป็นแผลกว้างได้ การช่วยเหลือเบื้องต้น แผลถลอก หรือแผลที่เกิดจากการดึงรั้ง ทำได้โดยล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนที่จะทำแผล ใช้น้ำสะอาดล้างแผล ใช้สบู่อ่อนๆ ล้างผิวหนังที่อยู่รอบๆ บาดแผล แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง หลีกเลี่ยงการกระทบบาดแผลโดยตรง ใช้ผ้าก๊อชหรือผ้าสะอาดซับแผลให้แห้ง จากนั้นปิดแผลด้วยผ้าพันแผล แผลสด กรณีมีเลือดออกบริเวณบาดแผล ถ้าเลือดออกไม่มาก แผลมีขนาดเล็ก ให้ใช้ผ้าก๊อชหรือผ้าสะอาดกดบริเวณบาดแผลเพื่อห้ามเลือด	การช่วยเหลือเบื้องต้น แผลถลอก หรือแผลที่เกิดจากการดึงรั้ง ทำได้โดยล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนที่จะทำแผล ใช้น้ำสะอาดล้างแผล ใช้สบู่อ่อนๆ ล้างผิวหนังที่อยู่รอบๆ บาดแผล แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง หลีกเลี่ยงการกระทบบาดแผลโดยตรง ใช้ผ้าก๊อชหรือผ้าสะอาดซับแผลให้แห้ง จากนั้นปิดแผลด้วยผ้าพันแผล แผลสด กรณีมีเลือดออกบริเวณบาดแผล ถ้าเลือดออกไม่มาก แผลมีขนาดเล็ก ให้ใช้ผ้าก๊อชหรือผ้าสะอาดกดบริเวณบาดแผลเพื่อห้ามเลือด จากนั้นจึงทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือล้างแผลและปิดแผลด้วยผ้าก๊อชสะอาดก่อนนำส่งสถานพยาบาล ถ้าแผลมีขนาดใหญ่ให้ใช้ผ้าสะอาดพันรอบบริเวณบาดแผลและรีบนำส่งรพ. แผลกดทับ แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการตายของเซลล์ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื่องจากการกดทับ ระดับความรุนแรงของแผลกดทับประเมินได้จากความลึกของแผล, ขนาดของแผล, สิ่งขับหลั่ง			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			จากนั้นจึงทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือล้างแผลและปิดแผลด้วยผ้าก๊อซสะอาด ก่อนนำส่งสถานพยาบาล ถ้าแผลมีขนาดใหญ่ให้ใช้ผ้าสะอาดพันรอบบริเวณบาดแผลและรีบนำส่ง รพ. แผลกดทับ แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการตายของเซลล์ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื่องจากการกดทับ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาท โรคทางระบบหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวจากสภาพการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยอัมพาต ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ ประเมินได้จากระดับความลึกของแผล, ขนาดของแผล, สิ่งขับหลั่ง, กลิ่นและสีของแผล ซึ่งเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีแผลกดทับควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง	กลิ่นและสีของแผล ซึ่งเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีแผลกดทับควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดการบรรยาย ผู้สอนแสดงตัวอย่างภาพบาดแผลแต่ละชนิด และทดสอบให้ผู้เรียนอธิบายว่าเป็นแผลชนิดไหน และควรให้การดูแลคำแนะนำอย่างไร			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			2.2 การดูแลกิจวัตรประจำวัน : การดูแลความสะอาดร่างกาย เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสุขสบาย รู้สึกสะอาด กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และ การป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย ควรทำอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง หรือทุกครั้ง หลังการขับถ่าย การอาบน้ำนึ่งเตียง ได้แก่ การอาบน้ำ, การดูแลความสะอาดช่องปาก, การดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก, การดูแลความสะอาดผม การให้คำแนะนำการอาบน้ำนึ่งเตียง 1. ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย คลุมผ้าให้ผู้ป่วยขณะอาบน้ำเพื่อให้ร่างกายอบอุ่น 2. เตรียมเครื่องใช้ต่างๆ มาที่เตียง/ที่นอนให้ครบถ้วน วางไว้ในที่เหมาะสม หยิบใช้สะดวก	ฐานที่ 5 การดูแลกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำนึ่งเตียง การให้คำแนะนำการอาบน้ำนึ่งเตียง 1. ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย คลุมผ้าให้ผู้ป่วยขณะอาบน้ำเพื่อให้ร่างกายอบอุ่น 2. เตรียมเครื่องใช้ต่างๆ มาที่เตียง/ที่นอนให้ครบถ้วน วางไว้ในที่เหมาะสม หยิบใช้สะดวก 3. ปิดประตู หน้าต่าง พัดลม เพื่อไม่ให้ลมโกรกผู้ป่วย กันม่านหรือปิดประตูให้มิดชิด ดูแลให้หมอนนอน/กระบอกปัสสาวะ ถ้าผู้ป่วยสื่อสารได้ 4. พูดคุยกับผู้ป่วยขณะอาบน้ำและสังเกตความผิดปกติของผิวหนัง 5. จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าสบาย ผู้ดูแลอยู่ในท่าที่ถูกต้องตามหลักการทรงตัว และการเคลื่อนไหวที่ดี			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			3.ปิดประตู หน้าต่าง พัดลม เพื่อไม่ให้ลมโกรกผู้ป่วย ป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย ขณะอาบน้ำ ทำให้ผู้ป่วยไม่หนาวสั่น กันม่านหรือปิดประตูให้มิดชิด ดูแลให้หมอนนอน/กระบอกปัสสาวะ ถ้าผู้ป่วยสื่อสารได้ 4.พูดคุยกับผู้ป่วยขณะอาบน้ำและสังเกตความผิดปกติของผิวหนัง 5.จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าสบาย ผู้ดูแลอยู่ในท่าที่ถูกต้องตามหลักการทรงตัวและการเคลื่อนไหวที่ดี 6.ล้างมือใส่ถุงมือ (ถ้ามี) ถ้ามีบาดแผลหรือผู้ป่วยมีสิ่งคัดหลั่งหรือติดเชื้อ เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคสู่ผู้ป่วย และป้องกันเชื้อโรคจากผู้ป่วยเข้าสู่ผู้ดูแล 7.ถ้าผู้ป่วยนอนเตียงและมีไม้กั้นเตียง ให้เลื่อนไม้กั้นเตียงลงและเลื่อนตัวผู้ป่วยมาใกล้ผู้ดูแล	จากนั้น ผู้สอนสาธิตวิธีการอาบน้ำบนเตียงให้กับผู้เรียนดูตามขั้นตอน โดยให้หุ่นตุ๊กตาเป็นสื่อการสอน และให้ผู้เรียนสรุปขั้นตอนการอาบน้ำบนเตียงให้ผู้สอนฟังจากสิ่งที่สังเกตเห็นได้จากการสาธิต ผู้สอนสรุป ชี้แนะในการอาบน้ำบนเตียง การเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง ควรมีเวลามากพอ ต้องใช้เวลาประมาณ 45 นาที หรือ 1 ชั่วโมง ควรเช็ดตัวก่อนอาหาร ก่อนนอน ถ้าหลังอาหารควรห่างจากการรับประทานอาหารแล้วอย่างน้อย 20 นาที และถ้าเป็นไปได้ควรมีผู้ช่วย เพื่อความรวดเร็ว ให้ผู้เรียนไปฐานต่อไป			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			8.ทำความสะอาดปากและฟัน โดยการแปรงฟัน หรือใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำหรือไม้พันสำลีชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดภายในช่องปากและฟัน กระพุ้งแก้ม ถ้าผู้ป่วยสื่อสารได้ให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก หรือน้ำเกลือ 9.ถอดเสื้อด้านไกลตัวผู้ดูแลออกก่อน เมื่อจะใส่เสื้อให้ใส่ด้านใกล้ตัวก่อน นำเสื้อผ้าใส่ตะกร้า 10.ใช้ผ้าเช็ดตัว 2 ผืน ผืนแรกสำหรับรองใต้ส่วนต่างๆขณะทำความสะอาด เมื่อทำความสะอาดบริเวณนั้นเสร็จแล้ว ควรใช้ผ้าเช็ดตัวอีกผืนชุบน้ำให้แห้ง เพื่อป้องกันส่วนที่สะอาดแรก 11.ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาด แล้วพันมือเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าหรือพันมือเป็นรูปสามเหลี่ยมแล้ว เหน็บชายผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันชายผ้าลุย ออกบิดไปตามตัวผู้ป่วยแล้วพันเบื่อนกับสิ่งสกปรก ที่อยู่บนผ้าเช็ดตัวผืน ให้มุมผ้าด้านหนึ่ง				

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			เช็ดบริเวณเปลือกตา จากด้านหัวตาไปทางหางตา และใช้มุมผ้าอีกด้านเช็ดเปลือกตาอีกข้าง เช่นเดียวกันแล้วซักผ้า เช็ดอย่างนุ่มนวล เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากตาข้างหนึ่งไปยังอีกข้างหนึ่ง และป้องกันการระคายเคืองบริเวณตา 12. ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาด เช็ดบริเวณ หน้าผาก แก้ม จมูก รอบปาก คอ ใบหู หลังหู แล้ว ใช้ผ้าถูตัวอีกผืนชุบน้ำบิดพอหมาดและถูกับสบู่ เช็ดบริเวณใบหน้า คอ และหู เช็ดอย่างนุ่มนวลเพื่อป้องกันการระคายเคืองบริเวณใบหน้า ถ้าผู้ป่วยไม่ชอบ ฟอกสบู่ที่หน้าให้ใช้น้ำสะอาดเช็ดเท่านั้น ใช้ผ้าถูตัวผืนแรกชุบน้ำบิดพอหมาดเช็ดให้ทั่วจนหมดสบู่ และสะอาด และใช้ผ้าเช็ดตัวชุบน้ำให้แห้งเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรืออาการคัน				

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			13.เลื่อนผ้าเช็ดตัวให้อยู่ใต้ผ้าห่ม คลุมบริเวณหน้าอกและท้อง เช็ดบริเวณหน้าอกและท้อง โดยเฉพาะบริเวณใต้เต้านม ของผู้หญิงให้ยกเต้านมขึ้นเช็ดด้วยน้ำสะอาด และสบู่ให้ทั่ว เช็ดด้วยน้ำจนสะอาดและซับน้ำให้แห้ง ให้เลื่อนผ้าห่มที่คลุมหน้าอกลงมาที่ท้องน้อยได้ 14.เปลี่ยนน้ำ น้ำสกปรกมีคราบสบู่ 15.ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านไกลตัว เพื่อไม่ให้ น้ำหยดถูกบริเวณที่สะอาดแล้ว ให้ผู้ป่วยช่วยยกแขนขึ้น ถ้าทำได้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว และออกกำลังกาย หรือผู้ดูแลช่วยจับข้อมือและยกแขนขึ้นเช็ดแขนถึงรักแร้ด้วยน้ำสะอาด และสบู่ให้ทั่ว เช็ดด้วยน้ำจนสะอาดและซับน้ำให้แห้ง เพื่อลดการเกิดกลิ่นอับ/กลิ่นตัว 16. ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านใกล้ตัวและเช็ดให้สะอาด เช่นเดียวกับแขนด้านไกลตัว เสร็จแล้วเช้				

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			มือทีละข้างหรือทั้งสองข้างในอ่าง ฟอกสบู่ให้ทั้งทั้งมือและตามซอกนิ้ว ล้างให้สะอาด ชบน้ำให้แห้งเสร็จแล้วเปลี่ยนน้ำ การแช่มือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสะอาดและสบาย 17.เลื่อนผ้าห่มมาคลุมปิดรอบต้นขาให้มิดชิด ปูผ้าเช็ดตัวได้ขาด้านไกลตัว ทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาดและสบู่บริเวณขาถูสะโพกจนสะอาด ชบน้ำให้แห้ง เพื่อป้องกันการเปิดเผยบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ 18.เช็ดขาด้านใกล้ตัวเช่นเดียวกันและแช่เท้าในอ่างน้ำโดยใช้ผ้าห่มคลุมถึงเข่า ให้ผู้ป่วยชันเข่าทั้งสองข้างดึงขาเข้า ผ้าทั้งสองข้างให้สอดทับกันถึงสะโพกเพื่อป้องกันการเปิดเผยบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ วางอ่างน้ำบนผ้าเช็ดตัว ยกเท้าลงแชในอ่างทีละข้างหรือทั้งสองข้าง ฟอกสบู่ บริเวณเท้า ส้นเท้า ซอกนิ้วล้างให้สะอาด ชบน้ำให้แห้ง				

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			เพื่อให้เท้าสะอาดไม่อับชื้น 19.เดินไปด้านตรงข้าม พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเข้าหาผู้ดูแล ถ้ามีไม้กั้นเตียงให้ยกไม้กั้นเตียงขึ้น ถ้ามีผู้ช่วย ให้ผู้ช่วยจับตัวผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง กลับมาที่เดิม เปิดผ้าห่มด้านหลังออกวางผ้าเช็ดตัวตามยาวบริเวณคอ หลัง เอว ตะโพก กันกบผู้ป่วยเพื่อป้องกันผ้าปูที่นอนเปียก เช็ดบริเวณหลังทั้งหมดด้วยสบู่และน้ำ เช็ดให้สะอาดซับน้ำให้แห้ง 20.ให้ผู้ป่วยนอนหงาย แบ่งตามขั้นตอนเช่นเดียวกับเวลาเช็ดตัวโดยใช้ผ้าเช็ดตัวปูรองทุกส่วนของร่างกายใส่เสื้อผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันแบ่งเบื่อนที่นอน 21.ใช้ผ้าเช็ดตัวปูที่นอนแล้วหวีผมให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันเส้นผมและสิ่งสกปรกตกบนหมอนและที่นอน ผมหวีเรียบร้อย				

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			22.เปลี่ยนผ้าปูที่นอนและผ้าอื่นๆตามความจำเป็น 23.จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายห่มผ้าให้ถ้าผู้ป่วยต้องการหรือมีอาการหนาวถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการห่มผ้า พับผ้าห่มวางไว้ที่ปลายเท้าเตียงหรือพาดไว้ที่หัวเตียง 24. นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิมเพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป ข้อแนะนำ ควรเช็ดตัวก่อนอาหาร ก่อนนอน ถ้าหลังอาหารควรห่างจากการรับประทานอาหารแล้วอย่างน้อย 20 นาที และถ้าเป็นไปได้ควรมีผู้ช่วยเพื่อความรวดเร็ว				

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ การประเมินปัญหาในการรับประทานอาหาร อสม.ควรให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่องการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย, ความสามารถในการเคี้ยว การกลืน เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร ก่อนการป้อนอาหาร ผู้ดูแลควรประเมินด้วยว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากน้อยเพียงใด, มีอาการผิดปกติหรือไม่ระหว่างรับประทานอาหาร เช่น อาการไอ, อาการสำลัก, อาการคลื่นไส้อาเจียน ฯ เพื่อพิจารณาหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมต่อไป การดูแลโภชนาการในผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต 1. แนะนำผู้ดูแลเรื่องการจัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารทุกมื้อ ตรงเวลาและถูกต้องตามชนิดอาหารที่ควรได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ครบ5 หมู่	ฐานที่ 6 เป็นฐานฟังการบรรยายเนื้อหา การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ การประเมินปัญหาในการรับประทานอาหาร ผู้ดูแลควรประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากน้อยเพียงใด, มีอาการผิดปกติหรือไม่ระหว่างรับประทานอาหาร เช่น อาการไอ, อาการสำลัก, อาการคลื่นไส้อาเจียน ฯ เพื่อพิจารณาหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมต่อไป การดูแลโภชนาการในผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต 1. แนะนำผู้ดูแลเรื่องการจัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารทุกมื้อ ตรงเวลาและถูกต้องตามชนิดอาหารที่ควรได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ครบ5 หมู่ เช่น อาหารไขมันต่ำ อาหารที่มีกากใยสูง เป็นต้น 2.แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยป้อนอาหาร ในผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้ การป้อนอาหารควรใช้ข้อดักที่ละคำและไม่ป้อนเร็วเกินไป ควรสังเกตความสามารถ			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			2. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยป้อนอาหาร ในผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้ การป้อนอาหารควรใช้ช้อนตักที่ละคำและไม่ป้อนเร็วเกินไป ควรสังเกตความสามารถในการเคี้ยวและกลืนอาหาร ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือท่านอนศีรษะสูงตั้งตรง ศีรษะโน้มมาด้านหน้าเล็กน้อย 3. แนะนำให้ผู้ดูแลสังเกต เมื่อรับประทานอาหารไปสักระยะ ควรให้ผู้ป่วยอ้าปากดู เพื่อตรวจสอบว่ามีอาหารตกค้างหรือไม่ หากมีอาหารตกค้างในกระพุ้งแก้มให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นกวาดให้หมด หากทำไม่ได้ควรช่วยกวาดออกให้ผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาการสำลัก 4. ในรายที่ดื่มน้ำได้ผู้ดูแลควรกระตุ้นหรือช่วยให้ดื่มน้ำ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ 5. แนะนำให้ผู้ดูแลทำความสะอาดปากและฟันทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นความอยากในการรับประทานอาหาร	ในการเคี้ยวและกลืนอาหาร ควรจัดเตรียมให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือท่านอนศีรษะสูงตั้งตรง ศีรษะโน้มมาด้านหน้าเล็กน้อย 3. แนะนำให้ผู้ดูแลสังเกต เมื่อรับประทานอาหารไปสักระยะ ควรให้ผู้ป่วยอ้าปากดู เพื่อตรวจสอบว่ามีอาหารตกค้างหรือไม่ หากมีอาหารตกค้างในกระพุ้งแก้มให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นกวาดให้หมด หากทำไม่ได้ควรช่วยกวาดออกให้ผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาการสำลัก 4. ในรายที่ดื่มน้ำได้ผู้ดูแลควรกระตุ้นหรือช่วยให้ดื่มน้ำ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ 5. แนะนำให้ผู้ดูแลทำความสะอาดปากและฟันทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นความอยากในการรับประทานอาหาร 6. แนะนำให้ผู้ดูแลประเมินปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ การถ่ายเหลว, การถ่ายเป็นน้ำ, และหรือผู้ป่วยมีไข้ ซึมลง ควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			6. แนะนำให้ผู้ดูแลประเมินปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ การถ่ายเหลว, การถ่ายเป็นน้ำ, และหรือผู้ป่วยมีไข้ ซึมลง ควรรับพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือทีมพยาบาลเพื่อรับการรักษา				
			การนอนหลับพักผ่อน แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย, การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและผ่อนคลาย และดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชม. ปัญหาการนอนไม่หลับ แนะนำผู้ดูแลประเมินปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย และค้นหาสาเหตุ หากพบว่าผู้ป่วยนอนกลางวันมากเกินไป ควรจัดให้มี	การนอนหลับพักผ่อน แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย, การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและผ่อนคลาย และดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชม. ปัญหาการนอนไม่หลับ แนะนำผู้ดูแลประเมินปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย และค้นหาสาเหตุ แนะนำการใช้เสียงเพลงหรือเสียงสวดมนต์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายได้มากขึ้น ,			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			กิจกรรมกระตุ้นในเวลากลางวัน เช่น การบริหารข้อ ,การพูดคุยกับผู้ป่วย ฯ เพื่อลดชม.การนอนหลับในเวลากลางวัน ,การใช้เสียงเพลงหรือเสียงสวดมนต์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายได้มากขึ้น, อสม., ประสานหรือติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มจิตอาสาต่างๆ กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหานอนไม่หลับได้ ผู้ดูแลควรไปปรึกษาและรับคำแนะนำจากแพทย์ หรือการพิจารณาให้ยานอนหลับ	กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหานอนไม่หลับได้ ผู้ดูแลควรไปปรึกษาและรับคำแนะนำจากแพทย์ หรือการพิจารณาให้ยานอนหลับ			
			การดูแลระบบการขับถ่าย ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ในระยะแรก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือการมีปัสสาวะคั่งค้าง เนื่องจากการมีรอยโรคที่สมอง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือการมีปัญหในการสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้ไม่สามารถบอกความต้องการได้ถูกต้อง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้	การดูแลระบบการขับถ่าย ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ในระยะแรก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือการมีปัสสาวะคั่งค้าง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตลักษณะ สีกลิ่น และปริมาณของปัสสาวะ หากมีอาการปัสสาวะไม่ออก มีสีแดง ชุ่น มีตะกอน มีกลิ่นเหม็น ปวดท้อง ปวดแสบร้อนบริเวณท่อปัสสาวะ หนาวสั่น มีไข้ ควรรีบพาไปพบแพทย์			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			แนะนำให้ผู้ดูแลสังเกตลักษณะ ลีกลิ้น และ ปริมาณของปัสสาวะ หากมีอาการปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะมีสีแดง ชून มีตะกอน มีกลิ่นเหม็น ปวดท้อง ปวดแสบร้อนบริเวณท่อปัสสาวะ หนาวสั่น มีไข้ ควรรีบพาไปพบแพทย์ ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ • แนะนำให้ผู้ดูแลควบคุมการจัดให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามเวลา เช่น ทุก 2-4 ชม. • แนะนำให้ผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา อย่างน้อยทุก 4-6 ชม. • แนะนำการใช้ถุงยางอนามัยระบายปัสสาวะ หรือการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ส่วนมากเป็นอาการท้องผูก ซึ่งเกิดจากรอยโรคในสมอง ร่วมกับการขาดการเคลื่อนไหวจากการอ่อนแรง กลืนลำบาก รับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ทำให้ลำไส้ไม่ค่อยทำงาน กากอาหาร	ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ แนะนำให้ผู้ดูแลควบคุมการจัดให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามเวลา เช่น ทุก 2-4 ชม. • แนะนำให้ผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา อย่างน้อยทุก 4-6 ชม. • แนะนำการใช้ถุงยางอนามัยระบายปัสสาวะ หรือการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			น้อยลง เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย มีวิธีการแก้ดังต่อไปนี้ 1. แนะนำผู้ดูแล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ประมาณ 2 ลิตรต่อวัน ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด 2. แนะนำผู้ดูแลให้อาหารที่มีกากใยสูง เช่น ธัญพืช ผักและผลไม้ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสียได้ง่าย 3. แนะนำผู้ดูแลให้จัดเวลาและสถานที่ในการขับถ่ายให้เหมาะสม มีด сид 4. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยกระตุ้นการขับถ่ายโดยการนวดบริเวณหน้าท้อง 5. การใช้ยาระบาย การใช้ยาเหน็บ การสวนอุจจาระ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา	ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ส่วนมากเป็นอาการท้องผูก มีวิธีการแก้ดังต่อไปนี้ แนะนำผู้ดูแล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ประมาณ 2 ลิตรต่อวัน ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด แนะนำผู้ดูแลให้อาหารที่มีกากใยสูง เช่น ธัญพืช ผักและผลไม้ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสียได้ง่าย แนะนำผู้ดูแลให้จัดเวลาและสถานที่ในการขับถ่ายให้เหมาะสม มีด сид แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยกระตุ้นการขับถ่ายโดยการนวดบริเวณหน้าท้อง • การใช้ยาระบาย การใช้ยาเหน็บ การสวนอุจจาระ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			2.3 การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงที่จะได้รับอุบัติเหตุได้ เช่น การพลัดตกเตียง การหกล้ม ฯ อสม.ควรให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อป้องกันการได้รับอุบัติเหตุได้แก่ 1. กรณีที่ผู้ป่วยพักบนเตียง ผู้ดูแลต้องดึงไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การดูแล 2. กรณีที่ไม่มีไม้กั้นเตียง ผู้ดูแลควรใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น หมอนข้าง ,ผ้าห่ม ในการป้องกันการตกเตียงหรือตกจากที่นอน 3. ควรมีผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คนอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาและจัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆให้เป็นระเบียบ ไม่วางเกะกะ 4. กรณีที่ผู้ป่วยนอนเตียง ผู้ดูแลควรตรวจสอบความพร้อมใช้ของเตียงอยู่เสมอ และหากพบว่าชำรุด ควรรีบซ่อมแซม	การป้องกันอุบัติเหตุ ผู้สอนบรรยาย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่วมกับการมีอาการทางสมอง จึงทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะได้รับอุบัติเหตุได้ เช่น การพลัดตกเตียง การหกล้ม ฯ อสม.ควรให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อป้องกันการได้รับอุบัติเหตุ ได้แก่ 1.กรณีที่ผู้ป่วยพักบนเตียง ผู้ดูแลต้องดึงไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การดูแล 2.กรณีที่ไม่มีไม้กั้นเตียง ผู้ดูแลควรใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น หมอนข้าง ,ผ้าห่ม ในการป้องกันการตกเตียงหรือตกจากที่นอน 3.ควรมีผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คนอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา - และควรจัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆให้เป็นระเบียบ ไม่วางเกะกะ 5.กรณีที่ผู้ป่วยนอนเตียง ผู้ดูแลควรตรวจสอบความพร้อมใช้ และรีบซ่อมแซมเมื่อชำรุด เมื่อสิ้นสุดการบรรยาย เปิดโอกาสให้ซักถาม			

แผนการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เรื่อง	การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ จิตสังคม และทักษะอื่นๆที่จำเป็นได้
ผู้สอน	นางสาวสุรัชดา แสงจันทร์
สำหรับ	อสม.เขตอำเภอชาติตระการ ในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน
สถานที่	ห้องประชุมโรงพยาบาลชาติตระการ อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก
ระยะเวลาที่ใช้อบรม	2 ชม.
วัตถุประสงค์ทั่วไป	อสม.มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำแนะนำการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ จิตสังคม และทักษะอื่นๆ ที่จำเป็นได้
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	อสม.สามารถอธิบายและให้คำแนะนำการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ จิตสังคม และทักษะอื่นๆ ที่จำเป็นได้

**แผนการดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน**

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
3	อสม.มีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแล ด้านจิตใจ การจัดการ ความเครียด ได้	อสม.สามารถ อธิบายการให้ คำแนะนำ การดูแลผู้ป่วย ด้านจิตใจ การจัดการ ความเครียดได้	การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ การจัดการความเครียด สาเหตุความเครียดอาจเกิดจาก 1. สาเหตุทางกาย เช่น มีปัญหาสุขภาพ หรือ ความเจ็บป่วยที่ทำให้กลุ่มใจ วิตกกังวล 2. สาเหตุจากภายนอกที่มีผลกระทบต่อ อารมณ์และความรู้สึกหรือก่อให้เกิดความกดดัน ภายในจิตใจ เช่น ประสบปัญหาวิกฤติต่างๆใน ชีวิต ประสบกับความผิดหวัง มีปัญหาความ สัมพันธ์กับคนใกล้ชิด เผชิญกับภัยพิบัติ ต้อง ปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงทั้งหลาย 3. เกิดจากบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล เช่น มี อารมณ์อ่อนไหว และหวั่นไหวง่าย มองโลกในแง่ ร้าย มีความระแวงแคลงใจ ผลกระทบต่องานเครียด 1. ความเครียดในระดับต่ำ ๆ และปานกลางจะ เพิ่มความสามารถในการทำงานให้สูงขึ้น	การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้าน จิตใจ ผู้สอนบรรยาย สาเหตุความเครียดอาจเกิดจาก 1. สาเหตุทางกาย เช่น มีปัญหาสุขภาพ มีความเจ็บป่วยที่ทำให้กลุ่มใจ วิตกกังวล 2. สาเหตุจากภายนอก เช่น ประสบ ปัญหาวิกฤติต่าง ๆ ในชีวิต ประสบกับความ ผิดหวัง มีปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด เผชิญกับภัยพิบัติ 3. เกิดจากบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล เช่น มีอารมณ์อ่อนไหว และหวั่นไหวง่ายมองโลก ในแง่ร้าย มีความระแวงแคลงใจ การช่วยเหลือเบื้องต้น 1.ชวนพูดคุย ให้ระบายความทุกข์ใจ โดย รับฟังอย่างตั้งใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถ สื่อสารได้ควรพูดปลอบใจหรือให้กำลังใจกับ ผู้ป่วย	เอกสาร ประกอบ คำ บรรยาย	30 นาที	-สังเกต ความสนใจ ของผู้เรียน -ผู้เรียน แสดงความ คิดเห็น , ซักถาม -ผู้เรียน สามารถ อธิบายการ ให้คำแนะนำ การดูแล ผู้ป่วยด้าน จิตใจได้

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			2. ความเครียดในระดับสูง อาจนำไปสู่พฤติกรรมบางอย่าง เช่น หลงลืม ขาดสมาธิ กินมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ ติดเหล้าติดยา และถ้าเครียดสูงเป็นเวลานาน ๆ จนกลายเป็นความเครียดในระดับรุนแรง จะเกิดอาการทางกาย เช่น โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต เกิดความรู้สึกล้มเหลวหมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ การช่วยเหลือเบื้องต้น 1. ชวนพูดคุย ให้ระบายความทุกข์ใจโดยรับฟังอย่างตั้งใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ควรพุดลอบใจหรือให้กำลังใจ 2. การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรือเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ หรือทำกิจกรรมสันทนาการหรือทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง ฟังธรรมะ	2. การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรือเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน 3. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ 4. แนะนำให้ทำกิจกรรมสันทนาการหรือชักชวนทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง ฟังธรรมะ เมื่อสิ้นสุดการบรรยาย ผู้สอนซักถามผู้เรียนถึงวิธีการจัดการความเครียดของผู้เรียนว่ามีวิธีใดบ้าง และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
3	อสม.มีความรู้ ความเข้าใจใน การดูแลผู้ป่วย ด้านจิต วิญญาณ	อสม.สามารถ อธิบายและให้ คำแนะนำการ ดูแลผู้ป่วยด้าน จิตวิญญาณได้	4.การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้าน ด้านจิตวิญญาณ 4.1 การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ประกอบ พิธีกรรมทางศาสนา ในปัจจุบันเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาที่ได้เปลี่ยนไป ชาวพุทธส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้เข้าวัด ฟังธรรม สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จึงไม่ได้ปวน ทางกายอย่างเดียว แต่จะป่วยทั้งด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณด้วย ผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติ ธรรม ศีลธรรมมาก่อนจะมีความทุกข์ มากกว่าผู้ที่ได้ฝึกปฏิบัติธรรมและฝึกปฏิบัติ อยู่เป็นประจำ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ช่วยเหลือ หรือญาติผู้ดูแลหรือผู้เกี่ยวข้องจะต้องให้การ ช่วยเหลือจะต้องมีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ ธรรมมาก่อนจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายทุกข์ได้ และต้องคำนึงถึงทัศนคติของผู้ป่วยต่อเรื่อง ศาสนาพุทธด้วย	การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านจิต วิญญาณ ผู้สอนบรรยายเนื้อหา การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ประกอบพิธีกรรม ทางศาสนา การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมทาง ศาสนา สามารถทำได้โดย ผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำโดยผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมให้ ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สัมผัสหรือจับกับสิ่งที่จะ นำไปทำบุญหรือทำทาน และกล่าวนำการอธิษฐาน หรือกล่าว สาธุ ให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้การนิมนต์ พระมารับบิณฑบาตกับผู้ป่วยที่บ้านก็สามารถ ปฏิบัติได้ หากพบว่าผู้ป่วยชอบการสวดมนต์หรือการ ฟังเสียงสวดมนต์ ผู้ดูแลควรจัดหาซีดีธรรมะ หรือ เปิดทีวีของธรรมะ หรือนั่งอ่านบทสวดมนต์ให้ ผู้ป่วยฟัง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย มากขึ้น	เอกสาร ประกอบ คำ บรรยาย	30 นาที	-สังเกตความ สนใจของ ผู้เรียน -ผู้เรียนแสดง ความคิดเห็น , ซักถาม -ผู้เรียน สามารถ อธิบายการให้ คำแนะนำการ ดูแลผู้ป่วย ด้านจิต วิญญาณได้

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา การทำบุญ ทำทาน สามารถปฏิบัติได้โดยง่าย โดยผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมให้ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สัมผัสหรือจับกับสิ่งที่จะนำไปทำบุญหรือทำทาน และกล่าวนำการอธิษฐาน หรือกล่าว สาธุ ให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้การนิมนต์พระมารับบิณฑบาตกับผู้ป่วยที่บ้านก็สามารถปฏิบัติได้ การสวดมนต์หรือการฟังบทสวดมนต์ การสวดมนต์หรือการฟังบทสวดมนต์สามารถทำให้ผู้ป่วยใจสงบลงและคลายจากความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าลงได้ ถ้าผู้ป่วยชอบฟังบทสวดมนต์ นอกจากนี้การทำความดีเพิ่มเติม เช่น การตักบาตร การทอดผ้าป่า ทอดกฐิน ปล่อยสัตว์ปล่อยปลา ถวายยา ฯ ก็สามารถกระทำได้ โดยการฝากญาติไปทำให้และกลับมาให้ผู้ป่วยได้อนุโมทนากุญแจ หรือการนิมนต์พระภิกษุสงฆ์มารับถวายที่บ้านก็ได้				

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
3	อสม.มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วย ด้านจิตสังคม	อสม.สามารถ อธิบาย ให้ คำแนะนำการ ดูแลผู้ป่วยด้าน จิตสังคมได้	5.การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคม 5.1 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมครอบครัว, เพื่อนและชุมชน อสม.มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้คงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ • การสนับสนุนให้ครอบครัว พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการได้รับการดูแลจากญาติ ผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัวมากกว่าบุคคลภายนอก • การสนับสนุนให้ชุมชนมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มจิตอาสา • การพุดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่สามารถตอบสนองได้ เพื่อให้กำลังใจและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคม ผู้สอนบรรยาย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมครอบครัว,เพื่อนและชุมชน อสม.มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้คงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ • การสนับสนุนให้ครอบครัวพุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย • การสนับสนุนให้ชุมชนมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยกลุ่มจิตอาสา • พุดคุยเพื่อให้กำลังใจและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง • แนะนำให้ผู้ดูแลจัดผู้ป่วยพักในบริเวณที่เหมาะสม สงบ มีผู้ดูแลหรือครอบครัวอยู่ด้วยตลอดเวลา	เอกสาร ประกอบ บรรยาย	30 นาที	อสม.สามารถ อธิบาย ให้ คำแนะนำการ ดูแลผู้ป่วย ด้านจิตสังคม ได้

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
			• แนะนำให้ผู้ดูแลจัดผู้ป่วยพักในบริเวณที่เหมาะสม สงบ และไม่แยกจากสังคม ครอบครัวมากเกินไป มีผู้ดูแลหรือครอบครัวอยู่ด้วยตลอดเวลา 5.2 สิทธิประโยชน์ การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ หน่วยงานช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วย เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการมากกว่า 6 เดือน สามารถทำบัตรผู้พิการเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือได้ , สังคมสงเคราะห์	5.3 สิทธิประโยชน์ การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ หน่วยงานช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วย เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการมากกว่า 6 เดือน สามารถทำบัตรผู้พิการเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือได้ , สังคมสงเคราะห์			

วันที่	วัตถุประสงค์ ทั่วไป	วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมการสอนและเนื้อหาการสอน	สื่อ	เวลา	เกณฑ์ ประเมินผล
3	อสม.มีความรู้ ความเข้าใจใน การจัดการ กรณีเร่งด่วน ฉุกเฉินได้	อสม.สามารถ อธิบาย ให้ คำแนะนำใน การจัดการกรณี เร่งด่วนฉุกเฉิน ได้	1. ทักษะอื่นๆที่จำเป็น 6.1 การจัดการกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินได้ เช่น การหมดสติ, การชักเกร็ง ฯ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลที่บ้าน ชุมชน ซึ่งไกลจากสถานพยาบาล เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน อสม. ควรให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเกี่ยวกับช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น การติดต่อแจ้งเหตุฉุกเฉินไปยังเจ้าหน้าที่พยาบาลในสถานพยาบาลใกล้บ้าน , การติดต่อเบอร์ 1669 ในการบริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยภายในพื้นที่, การแจ้งข้อมูลกับ อสม. ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงเพื่อประสานการช่วยเหลือไปยังเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	ผู้สอนบรรยาย ทักษะอื่นๆที่จำเป็น การจัดการกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินได้ เช่น การหมดสติ, การชักเกร็ง ฯ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลที่บ้าน ชุมชน ซึ่งไกลจากสถานพยาบาล เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน อสม. ควรให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเกี่ยวกับช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น การติดต่อแจ้งเหตุฉุกเฉินไปยังเจ้าหน้าที่พยาบาลในสถานพยาบาลใกล้บ้าน , การติดต่อเบอร์ 1669 ในการบริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยภายในพื้นที่, การแจ้งข้อมูลกับ อสม. ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงเพื่อประสานการช่วยเหลือไปยังเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เมื่อสิ้นสุดการบรรยาย ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย	เอกสาร ประกอบ คำ บรรยาย	30 นาที	สังเกตความ สนใจของ ผู้เรียน การ แสดงความ คิดเห็น -อสม.อธิบาย แนะนำการ จัดการกรณี เร่งด่วน ฉุกเฉินได้

กราบขอขอบคุณอย่างสูง

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เป็นสาเหตุหลักในการดำรงชีวิตของคนทั่วโลก โรคนี้สามารถเกิดได้กับคนทุกระดับ ชาวสารพัดดีที่สมควรสื่อสารให้ประชาชนได้เข้าใจและตระหนัก คือ การให้รู้จักอัมพฤกษ์ อัมพาต ทั้งด้านอันตรายที่เกิดขึ้น ความเสี่ยง การป้องกันควบคุมความเสี่ยง และเมื่อเริ่มปรากฏอาการเริ่มแรกของโรค ประชาชนควรประเมินหรือสังเกตอาการเหล่านี้ได้ตั้งแต่ระยะแรก รวมทั้งรู้วิธีการจัดการตนเองตั้งแต่ระยะที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง จนกระทั่งถึงระยะที่ปรากฏอาการเริ่มต้นแล้ว เนื่องจาก อสม. เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อสม. จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแล ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้

การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลการจัดการโรค

การตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถจำแนกเป็นด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมักมีแขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ เดินหรือลุกนั่งไม่ได้ รับประทานของทุกอย่างทางปากไม่ได้ มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวหรือกลืนไม่ได้ตามมา ดังนี้

1.1 ความปวด ที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวดตามข้อ ปวดไหล่ ข้อไหล่ติด ไหล่หลุด พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่แขนอ่อนแรงหรืออัมพาต เกิดจากการอักเสบของเอ็นกล้ามเนื้อที่อยู่รอบหัวไหล่ การที่แขนไม่มีการเคลื่อนไหว และน้ำหนักแขนดึงให้แขนตกลง ทำให้เกิดภาวะไหล่หลุด

1.2 การเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.2.1 ปอดอักเสบ จากการกลืนลำบาก ทำให้มีการสำลักน้ำลายและเชื้อโรคในปากเข้าปอด ทำให้ปอดอักเสบ, การเคลื่อนไหวลดลง, การไม่สามารถไอหรือขับเสมหะได้

1.2.2 ข้อติด จากการเคลื่อนไหวลดลง

1.2.3 แผลกดทับ เกิดจากการนอนทับร่างกายบริเวณเดียวกันนานๆ (มักเกินกว่า 2 ชั่วโมง) ผิวหนังบริเวณนั้นจะตาย และพุพองแตกออก มีเชื้อโรคเข้าไปในเนื้อบริเวณนั้น ต่อมาเกิดการอักเสบ เนื้อตายเน่ากินลึกลงไปเรื่อยๆ การรักษาทำได้ลำบากและหายช้า

1.3 การดูแลกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง จึงทำให้ไม่สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

1.3.1 ความสะอาดร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลทำความสะอาดร่างกายเองได้ จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

1.3.2 การรับประทานอาหารและน้ำ ปัญหาที่พบบ่อยคือ การได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ, การสำลักอาหาร

1.3.3 การนอนหลับ อาการเจ็บป่วยของร่างกายส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด, อาการปวด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ

1.3.4 การขับถ่าย เช่น ปัสสาวะไม่ออก จากการไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหว การเดิน การรับประทานอาหารและน้ำได้น้อย และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มักมีปัญหาคอหลวมมากโตในผู้ชาย หรือกระบังลมหย่อนในผู้หญิง, ท้องผูก จากการเคลื่อนไหวและรับประทานอาหารและน้ำลดลง

1.4 การได้รับอุบัติเหตุ จากการมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่วมกับมีอาการทางสมอง จึงทำให้เพิ่มโอกาสในการได้รับอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้มได้

2. ด้านจิตใจ ที่พบบ่อยและสามารถประเมินได้โดยการสังเกตสีหน้า อารมณ์ของผู้ป่วย คือ ภาวะเครียด ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันโดยไม่ได้เตรียมใจมาก่อน ผู้ป่วยที่พูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด จะเกิดภาวะนี้ได้ง่ายกว่า

3. ด้านจิตวิญญาณ การได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณลดลง เช่น การร่วมกิจกรรมทางศาสนา เนื่องจากปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

4. ด้านจิตสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และการได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ทางสังคมลดลงเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางสมอง ไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ ร่วมกับปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

5. ด้านอื่น ๆ ได้แก่ การจัดการกรณีฉุกเฉินต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินได้ง่าย เช่น การชักเกร็ง ผู้ดูแลจึงควรมีความรู้และทักษะในการจัดการกรณีเร่งด่วนด้วย

การรายงานพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว มักพบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งในฐานะที่ อสม. มีหน้าที่ในการประสานข้อมูลกับหน่วยงานสาธารณสุข หรือทีมพยาบาล อสม. จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตลักษณะความผิดปกติ การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและรายงานให้พยาบาลทราบถึงความผิดปกตินั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีมพยาบาลได้ทันเวลา

การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ได้แก่

การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา

ความปวด เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายทั้งทางกายและอารมณ์ ซึ่งอาการปวดที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการปวดตามข้อ ปวดไหล่

การประเมินความปวด ประเมินได้จาก คำบอกเล่าของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ โดยอาจจะให้ผู้ป่วยประมาณระดับความปวดเป็นตัวเลข 1- 10 หรือการใช้ภาพ ซึ่งถ้ามากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป ต้องปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาปวด และ/หรือจากการประเมินลักษณะท่าทางการแสดงออก เช่น หน้ามึน คิ้วมวด กระสับกระส่าย

การให้คำแนะนำการบรรเทาความปวดโดยการไม่ใช้ยา เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดไม่รุนแรง (ไม่เกิน 3 คะแนน)

1. แนะนำให้ผู้ดูแลเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เช่น การเปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟังเพื่อการผ่อนคลาย, การชักชวนผู้ป่วยพูดคุยเรื่องอื่นๆ, การเปิดธรรมชาติหรือบทสวดมนต์
2. แนะนำให้ผู้ดูแลนวดเบา ๆ บริเวณที่ปวด, หรือประคบสมุนไพร
3. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย โดยสังเกตจากสีหน้าของผู้ป่วยขณะจัดท่า หรือโดยการซักถามผู้ป่วย
4. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรือช่วยออกกำลังกาย บริหารข้อที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย

การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การป้องกันปอดอักเสบ : การประเมินการหายใจ การจัดท่านอน การป้องกันการสำลัก การจัดสิ่งแวดล้อม

การประเมินการหายใจ ทำได้โดยการดูทรวงอกของผู้ป่วยมีรูปร่างปกติหรือไม่ มีความสมมาตรกันหรือไม่ทั้ง 2 ข้าง ซึ่งอาจพบทรวงอกที่ผิดปกติได้ในผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง นอกจากดูรูปร่างทรวงอกแล้ว อสม. ควรสังเกตและให้คำแนะนำผู้ดูแลในการสังเกตลักษณะการหายใจของผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติหรือไม่ ลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ได้แก่

1. หายใจเร็ว
2. หายใจช้า
3. หายใจหอบลึก
4. หายใจแบบถอนหายใจ
5. หายใจไม่สม่ำเสมอ คือ การหายใจและหยุดเป็นพักๆ
6. หายใจลำบาก

จังหวะการหายใจปกติ ในผู้ใหญ่หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที โดยให้นับจากการสังเกตบริเวณ ทรวงอกของผู้ป่วยขึ้นและลง นับเป็น 1 ครั้ง

เมื่อพบความผิดปกติให้สอบถามกับผู้ดูแลว่าผู้ป่วยปกติหายใจอย่างไร มีความผิดปกติ ไปจากเดิมหรือไม่ หากพบว่าการหายใจของผู้ป่วยไม่เหมือนเดิม ร่วมกับมีอาการอื่น เช่น ไข้ ไอ มี เสมหะ ผู้ป่วยซึมลง ควรส่งปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

การให้คำแนะนำการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. แนะนำให้ผู้ดูแลจัดท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสม ซึ่งการจัดท่าต้องคำนึงถึง

1.1 เตียงนอน ควรเป็นเตียงที่แข็งแรงปลอดภัย และควรมีไม้กั้นเตียง (ถ้าสามารถ จัดหาได้) และถ้าผู้ป่วยสามารถนั่งทรงตัวได้ ควรพิจารณาความสูงของเตียงโดยสังเกตเมื่อผู้ป่วย ลุกขึ้นนั่งห้อยขาบนเตียงแล้ว เท้าผู้ป่วยสัมผัสพื้นได้พอดี

1.2 ที่นอน ต้องเป็นที่นอนเนื้อแน่น ไม่นุ่มหรือแอ่งเกินไป ผ้าปูที่นอนซึ่งตึงไม่มีรอยย่น หรือมีรอยพับ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการถูไถของผิวหนัง ซึ่งจะทำให้เกิดแผลกดทับได้

1.3 ท่านอนในผู้ป่วยอัมพาต เป็นเรื่องสำคัญ ผู้ดูแลควรจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ทำมุมอย่างน้อย 30 องศา เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ต้องเปลี่ยนท่านอนให้บ่อยๆ อย่างน้อย ทุก 2 ชม. โดยสลับเป็นท่านอนหงาย นอนตะแคงซ้าย นอนตะแคงขวา เพื่อป้องกันการเกิดปอด อักเสบ นอกจากนี้ยังป้องกันการบวม การเกิดข้อยึดติด และการเกิดแผลกดทับด้วย

2. แนะนำให้ผู้ดูแลกระตุ้นหรือป้อนน้ำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 1-2 ลิตรต่อวัน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัด เช่น ภาวะบวม หรือหัวใจล้มเหลว

3. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลรักษาความสะอาดภายในช่องปากและฟัน โดยการทำทำความสะอาดทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร โดยใช้แปรงสีฟันหรือไม้พันสำลี ชุบน้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาดภายในช่องปาก กระพุ้งแก้ม และฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน ช่องปาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปอดอักเสบได้ และยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความอยาก ในการรับประทานอาหารได้มากขึ้น

4. แนะนำให้ผู้ดูแลป้องกันการเกิดการสำลักอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการกลืนลำบาก ทำได้โดย

4.1 การจัดท่านอนศีรษะสูงตั้งตรงและศีรษะโน้มไปข้างหน้าเล็กน้อย

4.2 แนะนำให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถในการกลืนอาหารของผู้ป่วย โดยก่อนเริ่ม การป้อนอาหารควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำก่อน ถ้ามีอาการไอหรือสำลักขณะดื่มน้ำ ห้ามป้อนอาหารให้กับ ผู้ป่วย

4.3 เมื่อเริ่มป้อนอาหาร ควรป้อนอย่างช้าๆ ไม่รีบ รอให้ผู้ป่วยเคี้ยวให้ละเอียดก่อน และหยุดป้อนเมื่อผู้ป่วยมีอาการไอ

4.4 จัดอาหารให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย อาหารควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม และเป็นคำเล็กๆ

4.5 พุดคุยกับผู้ป่วย แต่ไม่ควรให้ผู้ป่วยตอบขณะมีอาหารในปาก

5. แนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การรักษาความสะอาดของอุปกรณ์เครื่องนอน ให้สะอาด ปราศจากฝุ่นอยู่เสมอ

6. แนะนำให้จัดที่นอนสำหรับผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก

7. แนะนำให้ผู้ดูแลงดการสูบบุหรี่ การเผาถ่าน การเผาขยะ ภายในบ้านหรือบริเวณใกล้เคียงกับที่พักผู้ป่วย

8. ให้คำแนะนำในกรณีที่ภายในบ้านมีผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด, วัณโรคฯ ควรหลีกเลี่ยงการเยี่ยม, การสัมผัสกับผู้ป่วย หรือควรใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกขณะให้การดูแลผู้ป่วย

9. แนะนำให้ผู้ดูแลล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่ โดยเฉพาะก่อนและหลังการให้การดูแลผู้ป่วย

10. ติดตามประเมินและแนะนำการสังเกตลักษณะเสมหะของผู้ป่วย ถ้ามีลักษณะเหนียวข้นจำนวนมาก สีเหลืองข้นหรือสีเขียว ร่วมกับผู้ป่วยมีไข้ หรือ หายใจลำบาก หรือ ซึมลง ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาเร่งด่วน

การป้องกันข้อติด: การฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อต่อ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ อสม. ควรให้คำแนะนำผู้ดูแลในดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ

การช่วยผู้ป่วยบริหารข้อต่อ มีข้อควรปฏิบัติดังนี้

1. แนะนำให้ผู้ดูแลควรทำการเคลื่อนไหวข้อต่อให้ผู้ป่วยอย่างช้า ๆ และนุ่มนวล เพื่อบรรเทาอาการปวดบริเวณข้อ , ป้องกันการหดสั้นของเอ็นกล้ามเนื้อ และป้องกันการติดแข็งของข้อต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

2. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยเคลื่อนไหวข้อให้สุดช่วงองศาการเคลื่อนไหวที่ปกติหรือดี และค้างไว้ 10 วินาที และทำในแต่ละท่าช้า ๆ ทำละ 30 ครั้ง วันละ 2 รอบ

3. ห้ามบริหารข้อต่อหลังจากที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ หรือผู้ป่วยมีไข้

4. ห้ามบริหารข้อต่อเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยที่ข้อเคลื่อนหรือหลุดในส่วนนั้นๆ โดยการสังเกตลักษณะของแขน-ขาขณะยืดเหยียดว่าเท่ากันทั้ง 2 ข้างหรือไม่ หากพบว่าผิดปกติ แขนหรือขาเหยียดตรงไม่เท่ากัน ควรแนะนำให้ส่งพบแพทย์เพื่อการรักษาก่อน

การให้คำแนะนำการเคลื่อนไหวบริหารข้อต่อโดยผู้ดูแล ได้แก่

1. การบริหารส่วนแขน โดยการยกแขนขึ้นและลง, การกางแขนออกและหุบแขนเข้า, การหมุนข้อไหล่เข้าและออก, การงอข้อศอกเข้าและเหยียดออก, การกระดกข้อมือขึ้นและลง, การกำนิ้วมือเข้าและออก, การกระดกนิ้วโป้งขึ้นและลง

2. การบริหารส่วนขา โดยการงอขาเข้า เหยียดขาออกของข้อสะโพกและเข่า, การหมุนข้อสะโพกเข้า-ออก, การกางขาออกและหุบขาเข้าของข้อสะโพก, การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง, การหมุนปลายเท้าเข้าและออก

การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง จะนั่งหรือนอนบนเตียงหรือที่นอนเป็นส่วนใหญ่ ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว การจัดท่านอนต่างๆ ซึ่งควรปฏิบัติโดยระมัดระวังการดึงรั้งบริเวณผิวหนัง เพื่อป้องกันการเกิดแผลหรือข้อไหล่หลุด และขณะให้การช่วยเหลือควรมีผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน เพื่อป้องกันการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การป้องกันและดูแลบาดแผล : การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผล การป้องกันการเกิดแผลดั่งรังและแผลกดทับ การประเมินแผลและการช่วยเหลือทำแผลเบื้องต้น

แผลหรือบาดแผลเกิดได้จากหลายสาเหตุ และมีลักษณะแตกต่างกัน จึงสามารถจำแนกบาดแผลได้หลายวิธีและหลายชื่อ เช่น แผลสด, แผลแห้ง, แผลสด, แผลกดทับ

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผล

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ร่วมกับการรับประทานอาหารได้ลดลง จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดบาดแผลได้ง่าย ทั้งที่เป็นแผลสดจากการได้รับอุบัติเหตุ, แผลถลอกดั่งรังหรือแผลกดทับจากการนอนในท่าเดิมนานๆ, ซึ่ง อสม. ควรให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลและให้การดูแลป้องกันการเกิดบาดแผลต่างๆ ได้

ความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดแผลได้ง่ายนั้น เกิดจากการเสียดสีหรือการกดทับของผิวหนังตำแหน่งเดิมเป็นเวลานาน จากการไม่ได้รับการเปลี่ยนท่านอนหรือการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นหรือความรู้สึกตัว การรับรู้ลดลง เคลื่อนไหวลดลง, ผิวหนังผู้ป่วยแห้งบาง, ผู้ป่วยสูงอายุ, การดั่งรังผู้ป่วยขณะให้การดูแล ซึ่งปัจจัยหรือความเสี่ยงดังกล่าว

ควรได้รับการดูแลป้องกันเนื่องจากโดยส่วนใหญ่เมื่อเกิดบาดแผลขึ้นจะพบว่าแผลหายช้า เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่สูงอายุ การเคลื่อนไหวลดลงทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี การรับประทานอาหารได้ลดลง

การประเมินสภาพแผล

การประเมินสภาพแผลทำได้โดย การสังเกตลักษณะแผล ขนาดของแผล จำนวนและสีของสิ่งขับหลั่ง กลิ่นของแผล เมื่อพบว่าแผลมีขนาดใหญ่ ลึก มีกลิ่นเหม็น หรือสิ่งขับหลั่งเป็นหนอง สีขุ่น หรือสีเขียว และ/หรือผู้ป่วยมีไข้ ชีพจรสูง ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทราบ

แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแผลติดเชื้อ

1. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ใช้วิธีการยกแทนการดึงลาก
2. ใช้เบาะที่นอนที่มีแรงดันต่ำ เช่น ที่นอนฟองน้ำ, ที่นอนลม
3. ไม่ควรใช้ที่รองนั่งแบบห่วงยาง เพราะจะลดการไหลเวียนของเลือดบริเวณผิวหนังในส่วนอื่น
4. ควรช่วยเหลือผู้ป่วยขยับหรือเปลี่ยนท่านอนทุก 2-3 ชม. เพื่อลดแรงกดดันที่ผิวหนังไม่ให้ผิวหนังสัมผัสกับพื้นใดที่หนึ่งเป็นเวลานานๆ และดูแลไม่ให้ผิวหนังเปื่อยขึ้น
5. ควรจัดท่านอนให้ผู้ป่วยศีรษะสูงประมาณ 30 องศา กับพื้นที่นอน โดยการให้หมอนหรือผ้าห่มรองบริเวณลำตัว ศีรษะ ลำคอ เพื่อหลีกเลี่ยงแรงเสียดสีบริเวณข้อเท้า ส้นเท้า สะโพกและหลังส่วนล่าง
6. ถ้าเป็นท่านั่ง ควรนั่งเอียงทำมุมเล็กน้อยกับเก้าอี้ เพื่อลดแรงกดดันและแรงเสียดสีกับบริเวณสะโพก
7. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีแผลผิวหนังถลอก ไม่หายจนลุกลามกลายเป็นแผลขนาดใหญ่ หรือแผลกดทับ ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง
8. แนะนำให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ หรือเปื่อยขึ้น หากแผลชุ่มมากควรแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาล
9. แนะนำผู้ดูแล จัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และพอเพียง ร่างกายจะได้รับน้ำ โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ เช่น วิตามินซี เอ อี เป็นต้น เพื่อสร้างเนื้อเยื่อและเสริมความแข็งแรงให้กับแผล
10. หากเกิดอาการคันหรือแพ้พลาสติก ควรแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาล ไม่ควรเกาเพราะจะทำให้ผิวหนังรอบแผลช้า ถลอกเกิดการอักเสบติดเชื้อ ลุกลามขยายเป็นแผลกว้างได้

การช่วยเหลือเบื้องต้น

แผลถลอก หรือแผลที่เกิดจากการดิ่งรั้ง ทำได้โดยล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนที่จะทำแผล ใช้น้ำสะอาดล้างแผล ใช้สบู่อ่อนๆ ล้างผิวหนังที่อยู่รอบๆ บาดแผล แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง หลีกเลี่ยงการกระทบบาดแผลโดยตรง ใช้ผ้าก๊อชหรือผ้าสะอาดซับแผลให้แห้ง แล้วใส่ยาสำหรับแผลสด เช่น โพวิโดนไอโอดีน ซึ่งจะช่วยลดการติดเชื้อได้ จากนั้นปิดแผลด้วยผ้าพันแผล

แผลสด กรณีมีเลือดออกบริเวณบาดแผล ถ้าเลือดออกไม่มาก แผลมีขนาดเล็ก ให้ใช้ผ้าก๊อชหรือผ้าสะอาดกดบริเวณบาดแผลเพื่อห้ามเลือด จากนั้นจึงทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือล้างแผลและปิดแผลด้วยผ้าก๊อชสะอาดก่อนนำส่งสถานพยาบาล ถ้าแผลมีขนาดใหญ่ให้ใช้ผ้าสะอาดพันรอบบริเวณบาดแผลและรีบนำส่งรพ.

แผลกดทับ แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการตายของเซลล์ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื่องจากการกดทับ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาท โรคทางระบบหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวจากสภาพการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยอัมพาต ระดับความรุนแรงของแผลกดทับประเมินได้จากระดับความลึกของแผล, ขนาดของแผล, สีข้างหลัง, กลิ่นและสีของแผล ซึ่งเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีแผลกดทับควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

การดูแลกิจวัตรประจำวัน : ความสะอาดร่างกาย, การได้รับอาหารและน้ำ, การนอนหลับ, การขับถ่าย

การดูแลความสะอาดร่างกาย เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสุขสบาย รู้สึกสะอาด กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และการป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย ควรทำอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง หรือทุกครั้งหลังการขับถ่าย

การอาบน้ำแบบเตียง ได้แก่ การอาบน้ำ, การดูแลความสะอาดช่องปาก, การดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก, การดูแลความสะอาดผม

การให้คำแนะนำการอาบน้ำแบบเตียง

1. ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย คลุมผ้าให้ผู้ป่วยขณะอาบน้ำเพื่อให้ร่างกายอบอุ่น
2. เตรียมเครื่องใช้ต่างๆ มาที่เตียง/ที่นอนให้ครบถ้วน วางไว้ในที่เหมาะสม หยิบใช้สะดวก เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. ปิดประตู หน้าต่าง พัดลม เพื่อไม่ให้ลมโกรกผู้ป่วย ป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกายขณะอาบน้ำ ทำให้ผู้ป่วยไม่หนาวสั่น กันม่านหรือปิดประตูให้มิดชิด ดูแลให้หมอนนอน/กระบอกปัสสาวะ ถ้าผู้ป่วยสื่อสารได้
4. พูดคุยกับผู้ป่วยขณะอาบน้ำและสังเกตความผิดปกติของผิวหนัง

5. จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าสบาย ผู้ดูแลอยู่ในท่าที่ถูกต้องตามหลักการทรงตัว และการเคลื่อนไหวที่ดี

6. ล้างมือใส่ถุงมือ (ถ้ามี) ถ้ามีบาดแผลหรือผู้ป่วยมีสิ่งคัดหลั่งหรือติดเชื้อ เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคสู่ผู้ป่วย และป้องกันเชื้อโรคจากผู้ป่วยเข้าสู่ผู้ดูแล

7. ถ้าผู้ป่วยนอนเตียงและมีไม้กั้นเตียง ให้เลื่อนไม้กั้นเตียงลงและเลื่อนตัวผู้ป่วยมาใกล้ผู้ดูแล เพื่อความสะดวกขณะทำ และป้องกันอาการปวดหลัง

8. ทำความสะอาดปากและฟัน โดยการแปรงฟันหรือใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำหรือไม้พันสำลีชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดภายในช่องปากและฟัน กระพุ้งแก้ม ถ้าผู้ป่วยสื่อสารได้ให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากหรือน้ำเกลือ

9. ถอดเสื้อด้านไกลตัวผู้ดูแลออกก่อน เมื่อจะใส่เสื้อให้ใส่ด้านไกลตัวก่อน นำเสื้อผ้าใส่ตะกร้า

10. ใช้ผ้าเช็ดตัว 2 ผืน ผืนแรกสำหรับรองใต้ส่วนต่าง ๆ ขณะทำความสะอาด เมื่อทำความสะอาดบริเวณนั้นเสร็จแล้ว ควรใช้ผ้าเช็ดตัวอีกผืนซับน้ำให้แห้ง เพื่อป้องกันส่วนที่สะอาดแล้วปนเปื้อนกับสิ่งสกปรกที่อยู่บนผ้าเช็ดตัวผืนแรก

11. ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาด แล้วพันมือเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าหรือพันมือเป็นรูปสามเหลี่ยม แล้วเหน็บชายผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันชายผ้าลุ่ยออกบิดไปตามตัวผู้ป่วย

12. ใช้มุมผ้าด้านหนึ่งเช็ดบริเวณเปลือกตา จากด้านหัวตาไปทางหางตา และใช้มุมผ้าอีกด้านเช็ดเปลือกตาอีกข้าง เช่นเดียวกันแล้วชักผ้า เช็ดอย่างนุ่มนวล เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากตาข้างหนึ่งไปยังอีกข้างหนึ่ง และป้องกันการระคายเคืองบริเวณตา

13. ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาด เช็ดบริเวณหน้าผาก แก้ม จมูก รอบปาก คอ ไบหู หลังหู แล้วใช้ผ้าถูตัวอีกผืนชุบน้ำบิดพอหมาดและถูกับสบู่เช็ดบริเวณไบน้หน้า คอ และหู เช็ดอย่างนุ่มนวล เพื่อป้องกันการระคายเคืองบริเวณไบน้หน้า ถ้าผู้ป่วยไม่ชอบฟอกสบู่ที่หน้าให้ใช้น้ำสะอาดเช็ดเท่านั้น ใช้ผ้าถูตัวผืนแรกชุบน้ำบิดพอหมาดเช็ดให้ทั่วจนหมดสบู่และสะอาด และใช้ผ้าเช็ดตัวซับน้ำให้แห้ง เพื่อป้องกันการระคายเคืองหรืออาการคัน

14. เลื่อนผ้าเช็ดตัวให้อยู่ใต้ผ้าห่ม คลุมบริเวณหน้าอกและท้อง เช็ดบริเวณหน้าอกและท้อง โดยเฉพาะบริเวณใต้เต้านม ของผู้หญิงให้ยกเต้านมขึ้นเช็ดด้วยน้ำสะอาด และสบู่ให้ทั่ว เช็ดด้วยน้ำจนสะอาดและซับน้ำให้แห้ง เพื่อลดจำนวนและการเจริญของแบคทีเรีย และจุลินทรีย์บริเวณผิวหนัง สำหรับผู้ชาย ให้เลื่อนผ้าห่มที่คลุมหน้าอกลงมาที่ท้องน้อยได้

15. เปลี่ยนน้ำ น้ำสกปรกมีคราบสบู่

16. ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านใกล้ตัว เพื่อไม่ให้น้ำหยดถูกบริเวณที่สะอาดแล้ว ให้ผู้ป่วยช่วยยกแขนขึ้น ถ้าทำได้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว และออกกำลังกาย หรือผู้ดูแลช่วยจับข้อมือและยกแขนขึ้นเช็ดแขนถึงรักแร้ด้วยน้ำสะอาด และสบู่ให้ทั่ว เช็ดด้วยน้ำจนสะอาดและซับน้ำให้แห้ง เพื่อลดการเกิดกลิ่นอับ/กลิ่นตัว

17. ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านใกล้ตัวและเช็ดให้สะอาด เช่นเดียวกับแขนด้านใกล้ตัว เสร็จแล้วแปะมือที่ละข้างหรือทั้งสองข้างในอ่าง ฟอกสบู่ให้ทั้งทั้งมือและตามซอกนิ้ว ล้างให้สะอาด ซับน้ำให้แห้ง เสร็จแล้วเปลี่ยนน้ำ การแปะมือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสะอาดและสบาย

18. เลื่อนผ้าห่มมาคลุมปิดรอบต้นขาให้มิดชิด ปูผ้าเช็ดตัวใต้ขาด้านใกล้ตัว ทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาดและสบู่บริเวณขาถุงสะโพกจนสะอาด ซับน้ำให้แห้ง เพื่อป้องกันการเปิดเผยบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

19. เช็ดขาด้านใกล้ตัวเช่นเดียวกันและแช่เท้าในอ่างน้ำโดยใช้ผ้าห่มคลุมถึงเข่า ให้ผู้ป่วยชันเข่าทั้งสองข้างดึงชาย ผ้าทั้งสองข้างให้สอดทับกันถึงสะโพกเพื่อป้องกันการเปิดเผยบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ วางอ่างน้ำบนผ้าเช็ดตัว ยกเท้าลงแช่ในอ่างที่ละข้างหรือทั้งสองข้าง ฟอกสบู่บริเวณเท้าส้นเท้า ซอกนิ้วล้างให้สะอาด ซับน้ำให้แห้งเพื่อให้เท้าสะอาดไม่อับชื้น

20. เดินไปด้านตรงข้าม พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเข้าหาผู้ดูแล ถ้ามีไม้กั้นเตียงให้ยกไม้กั้นเตียงขึ้น ถ้ามีผู้ช่วย ให้ผู้ช่วยจับตัวผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง กลับมาที่เดิม เปิดผ้าห่มด้านหลังออกวางผ้าเช็ดตัวตามยาวบริเวณคอ หลัง เอว สะโพก ก้นกบผู้ป่วยเพื่อป้องกันผ้าปูที่นอนเปียก เช็ดบริเวณหลังทั้งหมดด้วยสบู่และน้ำ เช็ดให้สะอาดซับน้ำให้แห้ง

21. ให้ผู้ป่วยนอนหงายแบ่งตามขั้นตอนเช่นเดียวกับเวลาเช็ดตัวโดยใช้ผ้าเช็ดตัวปูรองทุกส่วนของร่างกายใส่เสื้อผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันเปื้อนที่นอน

22. ใช้ผ้าเช็ดตัวปูที่นอนแล้วหิวผมให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันเส้นผมและสิ่งสกปรกตกบนหมอนและที่นอน ผมหิวเรียบร้อย

23. เปลี่ยนผ้าปูที่นอนและผ้าอื่นๆตามความจำเป็นเพื่อความสะอาดเรียบร้อยของเตียงผู้ป่วย

24. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายห่มผ้าให้ถ้าผู้ป่วยต้องการหรือมีอาการหนาวถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการห่มผ้า พับผ้าห่มวางไว้ที่ปลายเท้าเตียงหรือพาดไว้ที่หัวเตียงเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายร่างกายอบอุ่นและหยิบใช้สะดวก

25. นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิมเพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป

ข้อแนะนำ

การเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง ควรมีเวลามากพอ ต้องใช้เวลานานประมาณ 45 นาที หรือ 1 ชั่วโมง ควรเช็ดตัวก่อนอาหาร ก่อนนอน ถ้าหลังอาหารควรห่างจากการรับประทานอาหารแล้วอย่างน้อย 20 นาที และถ้าเป็นไปได้ควรมีผู้ช่วย เพื่อความรวดเร็ว

การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ

การประเมินปัญหาในการรับประทานอาหาร อสม. ควรให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่อง การประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย, ความสามารถในการเคี้ยว การกลืน เพื่อป้องกันการ สำลักอาหารก่อนการป้อนอาหาร และในรายที่ไม่รู้สึกตัวหรือมีอาการสับสน ควรพิจารณาการให้ อาหารทางสายยางแทนการรับประทานทางปาก ตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ผู้ดูแล ควรประเมินด้วยว่า ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากน้อยเพียงใด, มีอาการผิดปกติหรือไม่ ระหว่างรับประทานอาหาร เช่น อาการไอ, อาการสำลัก, อาการคลื่นไส้อาเจียนฯ เพื่อพิจารณาหา แนวทางการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การดูแลโภชนาการในผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต

1. แนะนำผู้ดูแลเรื่องการจัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารทุกมื้อ ตรงเวลาและถูกต้อง ตามชนิดอาหารที่ควรได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ครบ 5 หมู่ เช่น อาหารธรรมชาติ อาหาร อ่อน และอาหารเฉพาะโรค อาหารไขมันต่ำ อาหารที่มีกากใยสูง เป็นต้น
2. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยป้อนอาหาร ในผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้ การป้อน อาหาร ควรใช้ช้อนดกที่ละคำและไม่ป้อนเร็วเกินไป ควรสังเกตความสามารถในการเคี้ยวและกลืน อาหาร ควรจัดเตรียมให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือท่านอนศีรษะสูงตั้งตรง ศีรษะโน้มมาด้านหน้า เล็กน้อย
3. แนะนำให้ผู้ดูแลสังเกต เมื่อรับประทานอาหารไปสักระยะ ควรให้ผู้ป่วยอ้าปากดู เพื่อ ตรวจสอบว่ามีอาหารตกค้างหรือไม่ หากมีอาหารตกค้างในกระพุ้งแก้มให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นกวาดให้หมด หากทำไม่ได้ควรช่วยกวาดออกให้ผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาการสำลัก
4. ในรายที่ดื่มไม่ได้ผู้ดูแลควรกระตุ้นหรือช่วยให้ดื่มน้ำ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ
5. แนะนำให้ผู้ดูแลทำความสะอาดปากและฟันทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นความอยากในการรับประทานอาหาร
6. แนะนำให้ผู้ดูแลประเมินปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ การถ่ายเหลว, การถ่ายเป็นน้ำ, และหรือผู้ป่วยมีไข้ ซึมลง ควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือทีมพยาบาลเพื่อ รับการรักษา

การนอนหลับพักผ่อน

แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย, การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ และผ่อนคลาย และดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชม.

ปัญหาการนอนไม่หลับ

แนะนำผู้ดูแลประเมินปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย และค้นหาสาเหตุ หากพบว่าผู้ป่วยนอนกลางวันมากเกินไป ควรจัดให้มีกิจกรรมกระตุ้นในเวลากลางวัน เช่น การบริหารข้อ, การพูดคุยกับผู้ป่วยฯ เพื่อลดชม.การนอนหลับในเวลากลางวัน, การใช้เสียงเพลงหรือเสียงสวดมนต์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายได้มากขึ้น, อสม. ประสานหรือติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มจิตอาสาต่างๆ

กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการนอนไม่หลับได้ ผู้ดูแลควรไปปรึกษาและรับคำแนะนำจากแพทย์ หรือการพิจารณาให้ยานอนหลับ

การดูแลระบบการขับถ่าย

ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ในระยะแรกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือการมีปัสสาวะค้างคั่ง เนื่องจากมีการมีรอยโรคที่สมอง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือการมีปัญหาในการสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้ไม่สามารถบอกความต้องการได้ถูกต้อง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

แนะนำให้ผู้ดูแลสังเกตลักษณะ สีกลิ่น และปริมาณของปัสสาวะ หากมีอาการปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะมีสีแดง ขุ่น มีตะกอน มีกลิ่นเหม็น ปวดท้อง ปวดแสบร้อนบริเวณท่อปัสสาวะ หนาวสั่น มีไข้ ควรรีบพาไปพบแพทย์

ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1. แนะนำให้ผู้ดูแลควบคุมการจัดให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามเวลา เช่น ทุก 2-4 ชม.
2. แนะนำให้ผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา อย่างน้อยทุก 4-6 ชม.
3. แนะนำการใช้ถุงยางอนามัยระบายปัสสาวะ หรือการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ส่วนมากเป็นอาการท้องผูก ซึ่งเกิดจากรอยโรคในสมอง ร่วมกับการขาดการเคลื่อนไหวจากการอ่อนแรง กลืนลำบาก รับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ทำให้ลำไส้ไม่ค่อยทำงาน ทากอาหารน้อยลง เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย มีวิธีการแก้ดังต่อไปนี้

1. แนะนำผู้ดูแล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ประมาณ 2 ลิตรต่อวัน ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด

2. แนะนำผู้ดูแลให้จัดอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ธัญพืช ผักและผลไม้ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสียได้ง่าย
3. แนะนำผู้ดูแลให้จัดเวลาและสถานที่ในการขับถ่ายให้เหมาะสม มิดชิด
4. แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยกระตุ้นการขับถ่ายโดยการนวดบริเวณหน้าท้อง
5. การใช้ยาระบาย การใช้ยาเหน็บ การสวนอุจจาระ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา

การป้องกันอุบัติเหตุ

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่วมกับการมีอาการทางสมอง จึงทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะได้รับอุบัติเหตุได้ เช่น การพลัดตกเตียง การหกล้มฯ อสม. ควรให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อป้องกันการได้รับอุบัติเหตุ ได้แก่

1. กรณีที่ผู้ป่วยพักบนเตียง ผู้ดูแลต้องดื่งไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การดูแล
2. กรณีที่ไม่มีไม้กั้นเตียง ผู้ดูแลควรใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น หมอนข้าง, ห้าหมัด ในการป้องกันการตกเตียงหรือตกจากที่นอน
3. ควรมีผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา
4. ผู้ดูแลควรจัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ให้เป็นระเบียบ ไม่วางเกะกะ
5. กรณีที่ผู้ป่วยนอนเตียง ผู้ดูแลควรตรวจสอบความพร้อมใช้ของเตียงอยู่เสมอ และหากพบว่าชำรุด ควรรีบซ่อมแซม

การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ

การจัดการความเครียด

สาเหตุความเครียดอาจเกิดจาก

1. สาเหตุทางกาย เช่น มีปัญหาสุขภาพ มีความเจ็บป่วยที่ทำให้กลุ้มใจ วิตกกังวล
2. สาเหตุจากภายนอกที่มีผลกระทบกระเทือนต่ออารมณ์และความรู้สึกหรือก่อให้เกิดความกดดันภายในจิตใจ เช่น ประสบปัญหาวิกฤติต่างๆในชีวิต ประสบกับความผิดหวัง มีปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด เผลออยู่กับภัยพิบัติ ต้องปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงทั้งหลาย
3. เกิดจากบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล เช่น มีอารมณ์อ่อนไหว และหวั่นไหวง่าย มองโลกในแง่ร้าย มีความระแวงเคลงใจ

ผลกระทบต่อความเครียด

ความเครียดในระดับต่ำๆและปานกลางจะเพิ่มความสามารถในการทำงานให้สูงขึ้นและมีการเตรียมพร้อมที่ดี

1. ความเครียดในระดับสูง อาจนำไปสู่พฤติกรรมบางอย่าง เช่น หลงลืม ขาดสมาธิ กินมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ ติดเหล้าติดยา และถ้าเครียดสูงเป็นเวลานาน ๆ จนกลายเป็นความเครียดในระดับรุนแรง จะเกิดอาการทางกาย เช่น โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต เกิดความรู้สึกท้อแท้หมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้

การช่วยเหลือเบื้องต้น

1. ชวนพูดคุย ให้ระบายความทุกข์ใจ โดยรับฟังอย่างตั้งใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ควรพูดปลอบใจหรือให้กำลังใจกับผู้ป่วย
2. การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรือเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน
3. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ
4. แนะนำให้ทำกิจกรรมสันทนาการหรือชักชวนทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง ฟังธรรมะ

การให้คำปรึกษาเบื้องต้นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

การให้คำปรึกษาเป็นการพูดคุย เพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาให้สามารถระบายความทุกข์ใจ และคิดแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสม

วิธีการให้คำปรึกษา

1. ให้ความเป็นมิตร มีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือจะช่วยให้เกิดบรรยากาศอุ่นใจและไว้วางใจ
2. รับฟังและให้ผู้มีปัญหาได้ระบายความรู้สึกโดยไม่ขัดจังหวะขณะที่เขากำลังพูด ไม่ได้แย้ง ไม่แย้งพูด ไม่มีอารมณ์โอนเอนตามเรื่องอีกฝ่ายเล่า ไม่หยุดหยัดต่อความคิดหรือคำพูด ให้รู้สึกว่าถ้าเรดกอยู่ในสถานการณ์เช่นเดียวกับเขาเราจะรู้สึกอย่างไร เป็นการช่วยให้เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของอีกฝ่ายได้ชัดเจนขึ้น
3. การพูดคุย เพื่อให้กำลังใจ ชี้ให้เห็นแง่มุมดี ๆ ที่เกิดขึ้น เปิดมุมมองให้เห็นทางออกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย หรือผลดีจากการเกิดปัญหานั้นๆ
4. สังเกตท่าทาง สีหน้า แววตาของผู้มีปัญหาพร้อมด้วย เพราะสิ่งเหล่านี้จะแสดงถึงความรู้สึกเล็ก ๆ ภายในใจชัดเจนกว่าคำพูด

การให้คำปรึกษาของอสม.จะเป็นแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นเสมือนเพื่อนในยามยาก ดังนั้น ถ้าเห็นว่าเป็นปัญหาที่ยากและซับซ้อนจนรับมือไม่ไหว ควรพิจารณาส่งต่อ หรือแนะนำให้ใช้บริการอื่น ๆ ต่อไป

ข้อควรคำนึงในการให้คำปรึกษา

1. อสม.ควรทำให้เป็นกลาง ออกจากความคิด ความรู้สึกของตนเอง ให้มุ่งแต่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาดด้วยความเมตตา ไม่เข้าข้างหรือมีอารมณ์ร่วมไปกับผู้มีปัญหา ไม่ปล่อยให้อคติเข้าครอบงำ ในกรณีใดที่รู้ว่าตนเองมีอคติควรส่งต่อ
2. เข้าใจในความรู้สึกและเห็นอกเห็นใจในความทุกข์ แต่ไม่ใช่สงสารเวทนาหรือมีอารมณ์ร่วมไปกับเรื่องของผู้มีปัญหา
3. ไม่คาดหวังว่าการช่วยเหลือของเราจะช่วยแก้ปัญหาได้ทุกอย่าง เพราะบางปัญหามีความซับซ้อน หรือสะสมมานานและเกาะกินใจลึกเกินกว่าที่จะแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ
4. รักษาความลับ จึงจะได้รับความไว้วางใจจากผู้มีปัญหาทุกข้อใจ
5. การให้คำปรึกษาไม่มีคำตอบสำเร็จรูปหรือตายตัว ขึ้นอยู่กับความต้องการ การตัดสินใจแก้ไขปัญหของผู้มีปัญหาทุกข้อใจ
6. การให้คำปรึกษาไม่ใช่การแนะนำ การสั่งสอน การปลอบใจ แต่เป็นการช่วยให้ผู้มีปัญหาทุกข้อใจมีแนวทางในการแก้ไขปัญหได้ง่ายมากขึ้น กรณีปัญหาที่เกินความรู้ความสามารถของตนก็ให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน

การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านด้านจิตวิญญาณ

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

ในปัจจุบันเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาที่ได้เปลี่ยนไป ชาวพุทธส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้เข้าวัด ฟังธรรม สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จึงไม่ได้ป่วนทางกายอย่างเดียว แต่จะป่วยทั้งด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณด้วย ผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติธรรม ศีกษารธรรมมาก่อนจะมีความทุกข์มากกว่าผู้ที่ได้ฝึกปฏิบัติธรรมะและฝึกปฏิบัติอยู่เป็นประจำ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ช่วยเหลือหรือญาติผู้ดูแลหรือผู้เกี่ยวข้องจะต้องให้การช่วยเหลือจะต้องมีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติธรรมมาก่อนจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายทุกข์ได้ และต้องคำนึงถึงทัศนคติของผู้ป่วยต่อเรื่องศาสนาพุทธด้วย

หลักการดูแลรักษาใจผู้ป่วยตามหลักพุทธศาสนา

สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ กำลังใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่ผ่องใสได้ตลอดเวลา การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในทางพุทธศาสนานั้นมีอยู่ โดยให้นึกถึงบุญความดีต่าง ๆ ที่ได้ทำมา เมื่อเราได้นึกถึงคุณความดีต่าง ๆ ที่ได้ทำมา ก็จะทำให้ใจอึดเอบ เบิกบาน ความขุ่นข้องหมองใจก็จะมลายหายไป ดังนั้น หลักการที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีจิตใจผ่องใสตลอดเวลา คือ

1. เรื่องร้อนใจใดๆ ต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้ยิน
2. พยายามโน้มน้าวใจให้ผู้ป่วยมีจิตใจอึมครึมอยู่ในคุณความดีที่เคยทำมา
3. ชักชวนให้ผู้ป่วยสร้างคุณงามความดีใหม่ๆ ให้เต็มความสามารถของเขา
4. ชักชวนให้ผู้ป่วยรักษาศีล 5 อย่างเคร่งครัด
5. ชักชวนให้ผู้ป่วยกำหนดใจให้เป็นสมาธิ เช่น ทำสมาธิ ฟังเทศธรรมะ อ่านหนังสือธรรมะ

เป็นต้น

6. โดยสรุปคือ การละเว้นจากความชั่ว กระทำแต่ความดี และทำจิตใจให้บริสุทธิ์

การทำสมาธิ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการต่างๆ มารบกวน เช่น มีอาการปวด เหนื่อย ใจสั่น กระวน กระวาย อ่อนเพลีย เป็นต้น จึงไม่ค่อยมีกำลังใจจะทำสมาธิ การทำสมาธิเป็นการกำหนดที่จิตใจอยู่ในท่าใดก็ได้ ถ้านั่งไม่ได้ก็อยู่ในท่านอนก็ได้ โดยทำใจสบายๆ ให้ทำใจผ่อนคลาย ทุกคนก็จะสามารถทำสมาธิได้ ให้เริ่มต้น 5-10 นาทีก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มเวลาขึ้น

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา

การทำบุญ ทำทาน สามารถปฏิบัติได้โดยง่าย โดยผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมให้ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สัมผัสหรือจับกับสิ่งที่จะนำไปทำบุญหรือทำทาน และกล่าวว่การอธิษฐาน หรือกล่าวสาธุ ให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้การนิมนต์พระมารับบิณฑบาตกับผู้ป่วยที่บ้านก็สามารถปฏิบัติได้

การสวดมนต์หรือการฟังบทสวดมนต์

การสวดมนต์หรือการฟังบทสวดมนต์สามารถทำให้ผู้ป่วยใจสงบลงและคลายจากความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าลงได้ ถ้าผู้ป่วยชอบฟังบทสวดมนต์

นอกจากนี้การทำความดีเพิ่มเติม เช่น การตักบาตร การทอดผ้าป่า ทอดกฐิน ปล่อยสัตว์ ปล่อยปลา ถวายยา ฯ ก็สามารถกระทำได้ โดยการฝากญาติไปทำให้และกลับมาให้ผู้ป่วยได้ออนุโมทนาบุญ หรือการนิมนต์พระภิกษุสงฆ์มารับถวายที่บ้านก็ได้

การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคม

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมครอบครัว, เพื่อนและชุมชน

อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้คงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่

1. การสนับสนุนให้ครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการได้รับการดูแลจากญาติผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัวมากกว่าบุคคลภายนอก

2. การสนับสนุนให้ชุมชนมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยกลุ่มจิตอาสา

3. การพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่สามารถตอบสนองได้ เพื่อให้กำลังใจและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. แนะนำให้ผู้ดูแลจัดผู้ป่วยพักในบริเวณที่เหมาะสม สงบ และไม่แยกจากสังคมครอบครัวมากเกินไป มีผู้ดูแลหรือครอบครัวอยู่ด้วยตลอดเวลา

สิทธิประโยชน์

การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ หน่วยงานช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วย เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการมากกว่า 6 เดือน สามารถทำบัตรผู้พิการเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือได้, สังคมสงเคราะห์

ทักษะอื่น ๆ ที่จำเป็น

การจัดการกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินได้ เช่น การหมดสติ, การชักเกร็งๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลที่บ้าน ชุมชน ซึ่งไกลจากสถานพยาบาล เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน อสม.ควรให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเกี่ยวกับช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น การติดต่อแจ้งเหตุฉุกเฉินไปยังเจ้าหน้าที่พยาบาลในสถานพยาบาลใกล้บ้าน, การติดต่อเบอร์ 1669 ในการบริการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยภายในพื้นที่, การแจ้งข้อมูลกับ อสม. ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงเพื่อประสานการช่วยเหลือไปยังเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

แบบประเมินพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

ข้อความถาม
1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ระดับประถมศึกษา ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มีโรคประจำตัว โปรดระบุ.....
7. ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุชื่อเรื่องและระยะเวลาที่ท่านได้รับในการอบรม 1. เรื่อง.....ระยะเวลา.....วัน/สัปดาห์ 2. เรื่อง.....ระยะเวลา.....วัน/สัปดาห์
8. ท่านมีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุความถี่ในการเยี่ยม ☐มากกว่า 1.....ครั้ง/3เดือน ☐มากกว่า 1.....ครั้ง/เดือน ☐มากกว่า 3.....ครั้ง/เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ ทุกครั้งในจำนวน 12 ครั้ง ที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตามข้อความนั้น เป็นจำนวน 9 -11 ครั้ง ในจำนวน 12 ครั้ง ที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตามข้อความนั้น เป็นจำนวน 5-8 ครั้ง ในจำนวน 12 ครั้ง ที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตามข้อความ เป็นจำนวน 1 - 4 ครั้ง ในจำนวน 12 ครั้ง ที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลยในจำนวน 12 ครั้ง ที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
ด้านการจัดการโรค 1. ท่านให้ข้อมูลกับผู้ดูแลเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง เช่น ปอดอักเสบ ข้อติด แผลกดทับฯ					
2. ท่านให้ข้อมูลกับผู้ดูแลเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องช่วยลด หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ได้ เช่น ปอดอักเสบ ข้อติด แผลกดทับ					
3. ท่านรายงานให้พยาบาลทราบถึง ผลการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย					
ด้านร่างกาย 4. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการ ประเมินอาการปวดข้อของผู้ป่วย					
5. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่อง วิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ ยา เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ , การนวดเบา ๆ, การช่วยยืดเหยียด กล้ามเนื้อ					
6. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแล เรื่อง การจัดท่านอน การช่วยเหลือ การเคลื่อนไหวบนเตียงสำหรับ ผู้ป่วยให้เหมาะสม เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ แผลดิ่งรั้ง					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
7. ท่านแนะนำให้ผู้ดูแลช่วยเหลือ ทำความสะอาดภายในช่องปาก และฟันของผู้ป่วย เพื่อป้องกัน การติดเชื้อภายในช่องปาก					
8. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการ สังเกตลักษณะการหายใจที่เร็วหรือ ช้ากว่าปกติ ควรพาไปพบแพทย์					
9. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่อง การป้องกันการสำลักอาหาร เช่น การจัดท่านอนศีรษะสูง, การป้อน อาหารช้า ๆ					
10. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการ จัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด					
11. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่อง การดูแลการบริหารข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะข้อติด					
12. ท่านประเมินความสามารถในการ เคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ใน ผู้ป่วย และเมื่อพบว่าแขนหรือขา ของผู้ป่วยยึดเหยียดตรงได้ ไม่เท่ากัน ท่านแนะนำให้ผู้ดูแล พาผู้ป่วยไปพบแพทย์					
13. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแล เกี่ยวกับการรักษาความสะอาด ร่างกายของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
14. ท่านให้คำแนะนำผู้ดูแลในการ อาบน้ำบนเตียงหรือที่นอนสำหรับ ผู้ป่วยว่าควรทำหลังรับประทานอาหาร อย่างน้อย 20 นาที					
15. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร ตามแผนการรักษา					
16. ท่านแนะนำให้ผู้ดูแลในการเลือก ชนิดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น อาหารไขมันต่ำ, อาหารที่มี กากใยสูง					
17. ท่านประเมินปัญหาการนอนหลับ พักผ่อนที่ผิดปกติในผู้ป่วย และ ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการ แก้ไขปัญหาเบื้องต้น เช่น การจัดท่าที่เหมาะสม, การจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ					
18. ท่านให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับ การประเมินการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะที่ผิดปกติและรายงาน พยาบาลเมื่อพบสิ่งผิดปกติ					
19. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแล เรื่องการทำความสะดวก อวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่าย ของผู้ป่วย					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
20. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่อง การช่วยเหลือผู้ป่วยในการพลิก ตะแคงตัวทุก 2-3 ชม. เพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับ					
21. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแล ในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย เช่น การใช้หมอนหรือผ้าห่มกัน, การดึงไม้กันเตียงขึ้นหลังให้การ ดูแล(ถ้ามี), การจัดวางอุปกรณ์ เครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ					
การดูแลด้านจิตใจ 22. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่อง การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย					
23. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการ สังเกตสีหน้า อารมณ์ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมิน ความเครียด					
24. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแล ในการบอกกล่าวกับผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนปฏิบัติกิจกรรม					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
การดูแลด้านจิตวิญญาณ 25. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแล เกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วย ได้ผ่อนคลายความเครียด เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำ พิธีกรรมทางศาสนา					
ด้านจิตสังคม 26. ท่านสนับสนุนและให้คำแนะนำ กับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้มี โอกาสพบปะพูดคุยกับบุคคล ในครอบครัวและชุมชน					
27. ท่านให้ข้อมูลกับผู้ดูแลเรื่องแนว ทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับ สิทธิประโยชน์จากหน่วยงานรัฐ ที่เกี่ยวข้อง					
ด้านการเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน 28. ท่านให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเรื่อง การพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกรณี ผู้ป่วยเกิดเหตุฉุกเฉิน					

**แบบประเมินความรู้ในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
ด้านการจัดการโรค		
1. ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ข้อติด ฯ		
2. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องช่วยลดหรือป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น ปอดอักเสบ ข้อติด แผลกดทับ		
3. ท่านต้องรายงานให้พยาบาลทราบถึงผลการตรวจเยี่ยม		
ด้านร่างกาย		
4. อาการปวดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการปวดข้อ		
5. วิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ, การนวดเบา ๆ, การช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ		
6. การจัดทำแผน การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวบนเตียงสำหรับผู้ป่วยให้ เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ แผลติ่งรั้ง		
7. การทำความสะอาดภายในช่องปากและฟันของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อภายในช่องปาก		
8. ลักษณะการหายใจที่เร็วหรือช้ากว่าปกติ ควรพาไปพบแพทย์		
9. การป้องกันการสำลักอาหารในผู้ป่วย ทำได้โดย การจัดทำแผน ศีรษะสูง, การป้อนอาหารช้าๆ		
10. การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ช่วยป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ในผู้ป่วยได้		
11. การบริหารข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะข้อติด		

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
12. เมื่อพบว่าแขนหรือขาของผู้ป่วยยืดเหยียดตรงได้ไม่เท่ากัน ควรแนะนำให้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์		
13. การรักษาความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย		
14. การอาบน้ำนึ่งเตี้ยหรือที่นอนสำหรับผู้ป่วย ควรทำหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 20 นาที		
15. ท่านควรแนะนำให้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการรักษา		
16. อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ อาหารไขมันต่ำ, อาหารที่มีกากใยสูง		
17. การแก้ไขปัญหาเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มีการนอนหลับพักผ่อนที่ผิดปกติ ได้แก่ การจัดทำที่เหมาะสม, การจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ		
18. รายงานพยาบาลเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะที่ผิดปกติ		
19. ควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายของผู้ป่วย		
20. การช่วยเหลือพลิกตะแคงตัวทุก 2-3 ชม. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ		
21. การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย เช่น การใช้หมอนหรือผ้าห่มกัน, การดึงไม้กันเตียงขึ้นหลังให้การดูแล (ถ้ามี), การจัดวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ		
การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ		
22. การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยช่วยลดความเครียดได้		
23. การประเมินความเครียดในผู้ป่วยทำได้โดยการสังเกตสีหน้าและอารมณ์ของผู้ป่วย		
24. การบอกกล่าวผู้ป่วยควรทำทุกครั้งก่อนปฏิบัติกิจกรรม		
25. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความเครียด เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำพิธีกรรมทางศาสนา		

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
ด้านจิตสังคม		
26. ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนให้ได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวและชุมชน		
27. ผู้ป่วยควรได้รับสิทธิประโยชน์จากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง		
ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน		
28. ควรพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเกิดกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน		



**แบบประเมินทักษะการให้คำแนะนำผู้ดูแลในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน**

คำชี้แจง ผู้วิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้วิจัยมากที่สุด

ทักษะการให้คำแนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		ปฏิบัติ ถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ ถูกต้อง
1. การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ด้านการจัดการโรค	1.1 การตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย		
	1.2 การรายงานพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยง หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน		
2. การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ด้านร่างกาย	2.1 การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา		
	2.2 การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน		
	• การป้องกันภาวะปอดอักเสบ		
	• การป้องกันข้อติด		
	• การป้องกันและดูแลบาดแผล		
	2.3 การดูแลกิจวัตรประจำวัน		
	• ความสะอาดร่างกาย		
	• การได้รับอาหารและน้ำ		
	• การนอนหลับ		
	• การขับถ่าย		
	2.4 การป้องกันอุบัติเหตุ		
3. การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ด้านจิตใจ	3.1 การจัดการความเครียด		
4. การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ด้านจิตวิญญาณ	4.1 การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ประกอบ พิธีกรรมทางศาสนา		
5. การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ด้านจิตสังคม	5.1 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ครอบครัว เพื่อนและชุมชน		
	5.2 สิทธิประโยชน์		
6. การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	6.1 การจัดการกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน		