

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ใช้บริการโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ
และหลอดเลือดในบริบทการบริการสุขภาพปฐมภูมิ
Development of Stroke Preventive Care Service Model
for Clients with Chronic Illness Having CVD Risk
in Context of Primary Care

สาคร อินโทะโล^{1*} สมพิศ เพ็งเกษ² นวรัตน์ บุญน่าน² ธนัท ปุริทาสังข์² ระพีพร คะสุวรรณ²
Sakorn Intolo^{1*} Sompit Peangkat² Nawarat Bunnan² Thanat Puritasang² Rapeeporn Kasuwun²

¹วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

¹Srimahasarakam Nursing College, Mahasarakam, Thailand.

²โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

²Kaadam hospital, Mahasarakam, Thailand.

*Corresponding author: sakorn@smnc.ac.th

Received 21 August 2019 • Revised 7 November 2019 • Accepted 15 May 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใช้บริการโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบริบทการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้ร่วมวิจัย เป็นตัวแทนจาก 3 กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ กลุ่มผู้ใช้บริการ 18 คน กลุ่มบุคลากรสุขภาพ 9 คน และกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนาการดำเนินงาน และระยะสังเคราะห์รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา เกิดรูปแบบการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการ โดยมี 5 ขั้นตอนบริการ คือ 1) การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง 2) การบริการคลินิกโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ 3) การบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง 4) การบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และ 5) การเยี่ยมบ้านและดูแลระยะยาว สรุป รูปแบบที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาเป็นบริการแบบบูรณาการระหว่างการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองและการบริการด้านสังคม

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; กลุ่มเสี่ยง; การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This action research aimed to develop stroke preventive care service model for clients with chronic illness having CVD risk in context of primary care. Participants were representatives from three groups, including 18 clients with chronic disease, nine health providers and nine other stakeholders. In-depth interviews and focus group discussions were used for qualitative data collection. The Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk was used for quantitative data collection. The study included three steps which were: situational analysis, development process and model synthesis. Content analysis was used for qualitative data analysis; descriptive statistic was used for quantitative data analysis. Findings revealed "The Integrated Stroke Preventive Care Service Model" (ISPCSM) comprising five steps of care services, 1) awareness in modifying risky behaviors, 2) integrated care services in non-communicable diseases: NCDs clinic, 3) stroke fast track services, 4) continuing rehabilitation services, and 5) home visit and long term care services. The ISPCSM are services that has integrated between health care services to prevent stroke and social services of long-term care system.

Keywords: model development; risk group; stroke prevention

ความเป็นมาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรไทยเป็นอันดับหนึ่ง และพบว่ามีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มสูงขึ้น¹ นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียสุขภาพะรองจากอุบัติเหตุ² ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของไทยเช่นเดียวกับทุกประเทศทั่วโลก จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 5 ของประเทศ³ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศในภาพรวม⁴ ปัจจัยส่งเสริมสำคัญที่ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs) โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรืออาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ จะเห็นได้จากแนวทางการแก้ไขปัญหาระบาดโรคหลอดเลือดสมองที่องค์การอนามัยโลก มุ่งเน้นในสามประเด็นหลัก คือ การสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพและการดำเนินการเพื่อควบคุมโรค⁵ ซึ่งเป็นแนวทางที่ทุกประเทศต้องนำไปกำหนดทิศทางและนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละประเทศ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขของไทยมีการกำหนดนโยบายสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองเน้นการบริการทั้งในเชิงรุกโดยการส่งเสริมการป้องกันโรคในระยะก่อนเกิดอาการของโรคและการบริการเชิงรับโดยเน้นระบบจัดการอาการในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤติ ระยะกึ่งวิกฤติ และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกำหนดไว้ในนโยบาย Service plan⁶ การนำนโยบายสุขภาพไปสู่การปฏิบัติที่เห็นได้ชัดเจน คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพเพื่อการรักษาโรคในระยะเฉียบพลันและป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค⁷ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเชิงรับที่ทันสมัยแต่จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าร้อยละ 75 ที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ทันเวลา โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนชนบท สาเหตุสำคัญ คือ การคมนาคมไม่สะดวก ปัญหาภาวะเศรษฐกิจและขาดผู้ดูแล⁸ ในขณะที่การบริการเพื่อป้องกันโรคเชิงรุกพบว่า มีรูปแบบที่หลากหลายในการดำเนินงานแตกต่างกันไปตามบริบทแต่ละพื้นที่ อีกทั้งยังขาดการบูรณาการการที่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ และขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบทำให้ผลการดำเนินงานไม่ชัดเจน⁹

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า การจะแก้ไขปัญหาสุขภาพโรคหลอดเลือด

เลือดสมองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่ดีจะต้องวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจากกลุ่มผู้ใช้บริการจากบริบทสถานการณ์ที่เป็นจริง วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ให้บริการร่วมด้วย เพื่อนำไปสู่การวางรูปแบบการบริการที่สามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรมที่เป็นจริง การดำเนินงานด้านบริการสุขภาพต้องเน้นบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคมในทุกระดับของการบริการสุขภาพ¹⁰ นอกจากนี้การวางนโยบายการบริการสุขภาพจะต้องเชื่อมโยงการบริการสุขภาพไปจนถึงการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชนโดยเน้นการบูรณาการการบริการสุขภาพและสังคม¹¹ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพและสังคม และได้รับการตอบสนองความต้องการได้ตรงสภาพปัญหาที่เป็นจริง กลุ่มผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ทันเวลาลดปัญหาและผลกระทบจากความรุนแรงของโรค กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ จากสถานการณ์ในพื้นที่อำเภอแกลง ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีความต้องการที่จะพัฒนารูปแบบการ

สุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในบริบทการบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำถามการวิจัย

รูปแบบบริการสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใช้บริการโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบริบทการบริการปฐมภูมิเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

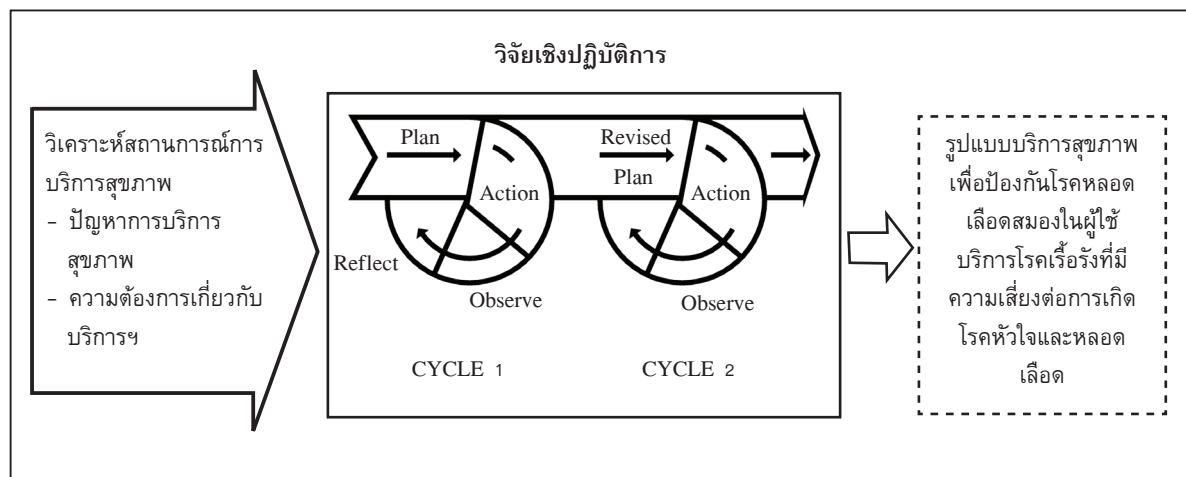
เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใช้บริการโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบริบทการบริการปฐมภูมิ

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีความเข้าใจร่วมกัน (Mutual collaboration approach)

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีความเข้าใจร่วมกัน (mutual collaboration approach) ทำการศึกษาในบริบทของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ณ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะการพัฒนา และระยะการสังเคราะห์รูปแบบ โดยใช้วงจรการปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart¹² ในการพัฒนา วงจรการปฏิบัติการ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกต การสะท้อนคิด และการวางแผนใหม่ ปรับปรุงแผน การศึกษาใน 3 ระยะ อธิบายดังนี้

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะนี้ใช้เวลา 3 เดือน (ตั้งแต่มกราคม ถึงมีนาคม พ.ศ. 2560) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของบริบทพื้นที่ที่ศึกษาโดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา และศึกษาปัญหาและความต้องการด้านการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลักจากตัวแทน 3 กลุ่ม จำนวน 36 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 18 คน ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง กลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มละ 3 คน และผู้ดูแลหลักของทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 9 คน 2) กลุ่มบุคลากรสุขภาพ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุขชุมชน 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน 3) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 9 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล 1 คน ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขของเทศบาล 1 คน ผู้รับผิดชอบงานด้านสังคมของเทศบาล 1 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 1 คน ตัวแทนแกนนำชมรมผู้สูงอายุ 2 คน และตัวแทน อสม. 3 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักถ่ายทอดข้อมูลจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องในการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคเรื้อรัง

ระยะการพัฒนา ระยะนี้ดำเนินไปเป็นเวลา 6 เดือน (ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2560) ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากระยะแรกเป็นข้อมูลนำเข้าในกระบวนการพัฒนาการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยการใช้การสนทนากลุ่ม และใช้การประชุมระดมความคิดเห็นดังนี้

1) การสนทนากลุ่มระหว่างผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลหลักออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน ให้แต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย จากตัวแทนจากกลุ่ม 3 กลุ่ม ตัวแทนผู้ให้บริการ บุคลากรสุขภาพและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ทำการสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง คือ กลุ่มละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สร้างความเข้าใจและหาแนวร่วมในการพัฒนาการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยง

คำถามในการสนทนากลุ่ม “กิจกรรมใดบ้างที่ควรทำเพื่อปรับปรุงบริการการดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง” ผู้ร่วมวิจัยได้แบ่งปันความคิดเห็นตามแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังตามข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์

2) การประชุมระดมความคิดเห็นระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลัก จากตัวแทน 2 กลุ่ม ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 18 คน คือ บุคลากรสุขภาพ 9 คน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 9 คน ทำการประชุมระดมความคิดเห็น จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดย ครั้งที่ 1 เป็นการวางแผนการพัฒนาการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงร่วมกัน โดยนำเสนอประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวางแผนและกำหนดกิจกรรมการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคเรื้อรัง และครั้งที่ 2 เป็นการสะท้อนคิดผลจากการให้บริการสุขภาพตามกิจกรรมที่กำหนดเพื่อนำมาพัฒนากิจกรรมการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคเรื้อรังให้ดีขึ้น

ระยะการสังเคราะห์รูปแบบ ระยะนี้ใช้เวลา 3 เดือน (ตั้งแต่กันยายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2560) ระยะนี้มีการประชุมสนทนากลุ่มร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลัก จากตัวแทน 2 กลุ่ม จำนวน 18 คน คือ บุคลากรสุขภาพและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 2 ครั้ง และมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน เพื่อร่วมกันสรุปการสังเคราะห์รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ

กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง โดยผู้ร่วมประชุมคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 36 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ใช้บริการ จำนวน 18 คน 2) กลุ่มบุคลากรสุขภาพ จำนวน 9 คน และ 3) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 9 คน

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนกรอบแนวคิดเบื้องต้น และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 ท่าน แนวคำถาม ประกอบด้วย คำถามหลักและคำถามรอง ในประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง ตามมุมมองของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ คำถามหลัก มีดังนี้

“ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน”

“ท่านคิดว่าบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ควรได้รับการพัฒนาในประเด็นใด จะพัฒนาอย่างไร”

2. แนวทางประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง¹³ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 โดยประเมินข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา โดยแบ่งระดับความเสี่ยงตามโอกาสที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในระยะ 10 ปีข้างหน้า ดังนี้

ระดับที่ 1 ความเสี่ยงต่ำ ผลการประเมินโอกาสที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่าร้อยละ 10

ระดับที่ 2 ความเสี่ยงปานกลาง ผลการประเมินโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 10 ถึง ร้อยละ 20

ระดับที่ 3 ความเสี่ยงสูง คือ ผลการประเมินโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 10 ถึง น้อยกว่า ร้อยละ 20

ระดับที่ 4 ความเสี่ยงสูงมาก คือ ผลการประเมินโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 20 ถึง น้อยกว่า ร้อยละ 30

ระดับที่ 5 ความเสี่ยงสูงอันตราย คือ ผลการประเมินโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 30 ถึง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 36 คน ถูกคัดเลือกโดยวิธีเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ เป็นผู้มีประสบการณ์ตรงที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นตัวแทนจาก 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ใช้บริการ จำนวน 18 คน ประกอบด้วย ผู้ใช้บริการ 9 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง กลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มละ 3 คน โดยเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ ไม่มีความบกพร่องด้านความรู้ความจำ กลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ใช้บริการ จำนวน 9 คน 2) กลุ่มบุคลากรสุขภาพ จำนวน 9 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี ในการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ณ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุขชุมชน 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน 3) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 9 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี ในการให้บริการดูแลหรือให้การช่วยเหลือด้านสังคมกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล 1 คน ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข 1 คน ผู้รับผิดชอบงานด้านสังคมของเทศบาล 1 คน ผู้นำชุมชน 1 คน แกนนำชมรมผู้สูงอายุ 2 คน และตัวแทน อสม. 3 คน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ IRB SNC 003/2559 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2559 ตลอดระยะเวลาดำเนินการโครงการผู้วิจัยยึดหลักพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ณ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อลงพื้นที่และค้นหาผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความสมัครใจอาสาสมัครลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบใดๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลา 40-45 นาที และการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 60 นาที

เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทวนข้อมูลที่ได้กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือตลอดกระบวนการวิจัย โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เริ่มตั้งแต่การเก็บข้อมูล โดยทำการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี (methodological triangulation) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม และจากหลายแหล่งข้อมูล (data triangulation) ทั้งจากกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มบุคลากรสุขภาพ กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบให้ตรงความเป็นจริง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาระยะที่ 1 สถานการณ์กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของบริบทพื้นที่ศึกษาและปัญหาและความต้องการด้านการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนำเสนอในตาราง 1

ตาราง 1 สถานการณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่

คุณสมบัติ	กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน		กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	40	25.97	52	37.96
หญิง	114	74.03	85	62.04
รวม	154	100	137	100
อายุ				
น้อยกว่า 30	5	3.25	3	2.19
30-59	49	31.81	38	27.74
60 ปี ขึ้นไป	100	64.94	96	70.07
รวม	154	100	137	100
ระดับความเสี่ยง				
ระดับ 1	73	47.40	67	48.90
ระดับ 2	65	42.21	48	35.04
ระดับ 3	9	5.84	13	9.49
ระดับ 4	5	3.25	9	6.57
ระดับ 5	2	1.30	-	-
รวม	154	100	137	100

จากตาราง 1 กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีจำนวนมีทั้งหมด 154 ราย โดยภาพรวมพบว่ากลุ่มเสี่ยงเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย โดยกลุ่มเสี่ยงเพศหญิงมีจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 74.03 และกลุ่มเสี่ยงเพศชาย มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 25.97 แยกตามระดับอายุพบว่า กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด คือ 100 คน คิดเป็นร้อยละ 64.29 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 30-59 ปี มีจำนวน 49 คน คิดเป็น

ร้อยละ 31.81 กลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.25 เมื่อแยกตามระดับความรุนแรงของความเสียง พบว่าความเสียงระดับ 1 คือรุนแรงน้อยที่สุด มีความเสียงในระดับต่ำสุด มีจำนวนสูงสุด คือ 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.40 รองลงมาคือกลุ่มเสียงที่อยู่ในระดับ 2 มีจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.21 กลุ่มเสียงที่อยู่ในระดับ 3 มีจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.84 กลุ่มเสียงที่อยู่ในระดับ 4 มีจำนวน

5 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.25 และกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในระดับ 5 ซึ่งเป็นความเสี่ยงในระดับสูงสุด มีจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.30

กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนมีทั้งหมด 137 ราย โดยภาพรวมพบว่ากลุ่มเสี่ยงเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย โดยกลุ่มเสี่ยงเพศหญิงมีจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 62.04 และกลุ่มเสี่ยงเพศชาย มีจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 37.96 แยกตามระดับอายุพบว่า กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด คือ 96 คน คิดเป็นร้อยละ 70.07 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30-59 ปี มีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 27.74 กลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.19

เมื่อแยกตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยง พบว่าความเสี่ยงระดับ 1 คือรุนแรงน้อยที่สุด มีจำนวนสูงสุด คือ 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.90 กลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในระดับ 2 มีจำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.04 กลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในระดับ 3 มีจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.49 และกลุ่มเสี่ยงที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในระดับ 4 มีจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.57 และไม่พบกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในระดับ 5

ปัญหาและความต้องการด้านการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาปัญหาและความต้องการด้านการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ที่มิพบทบทเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งสะท้อนถึงประเด็นปัญหาการบริการใน 5 ประเด็นหลัก คือ ผู้ใช้บริการขาดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค การบริการสุขภาพเพื่อจัดการกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มป่วยมักเข้ารับการรักษาเมื่ออาการหนักแล้ว ผู้ป่วยขาดความใส่ใจและความตระหนักในการฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน

ผู้ให้บริการขาดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค

ผู้ให้ข้อมูลหลักได้สะท้อนมุมมองถึง การขาดความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ใช้บริการ เป็นผลมาจากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ยังขาดความชัดเจน ส่วนใหญ่การให้ข้อมูลบุคลากรด้านสุขภาพมักมุ่งเน้นเฉพาะเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่เจาะจงเฉพาะเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ให้บริการขาด

ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ตัวอย่างข้อความจากประเด็นการสัมภาษณ์

“การให้ความรู้ที่ ผมคิดว่าหมอลงมาตรวจเบาหวาน ส่วนมากจะมาให้ความรู้เฉพาะเรื่อง เบาหวาน ความดันไป โรคหลอดเลือดสมองจะมีแทรกเล็กน้อย แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญว่าต้องเฝ้าระวังอะไรบ้าง มีความรุนแรงอย่างไรบ้าง ทำให้เสียชีวิตได้ไหม ประมาณนี้ครับ” (ผู้นำชุมชน)

การบริการสุขภาพเพื่อจัดการกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

การบริการสุขภาพเพื่อจัดการกลุ่มเสี่ยงเป็นประเด็นที่ยังมีปัญหาคือต้องการการพัฒนา โดยเฉพาะการคัดกรองเพื่อค้นหาและจัดการกลุ่มเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพได้สะท้อนถึงข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านการคัดกรองที่มุ่งเน้นการรายงานข้อมูลเชิงปริมาณ แต่แนวทางในการจัดการกลุ่มเสี่ยงยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงจะเน้นเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ ไปที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงจะไม่ได้ข้อมูลด้านสุขภาพทำเฉพาะให้ขาดความตระหนักเพราะคิดว่าตนเองปกติ ไม่มีโอกาสเกิดโรค

“ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในแต่ละปีเราจะมีงบประมาณจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่กลุ่มคะแนน CVD Risk stage 4-5 เรามีการแจ้งผล ให้ทราบคร่าวๆ ว่า พยากรณ์ 10 ปีข้างหน้ามีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระดับไหน แต่ไม่ได้มีกิจกรรมที่สร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ชัดเจน” (พยาบาลวิชาชีพ)

กลุ่มป่วยมักเข้ารับการรักษาเมื่ออาการหนักแล้ว

การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลาซ้ำยังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้ผู้ใช้บริการสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับปัญหาการเข้าถึงบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเนื่องจาก ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอาการเตือนของโรคที่ต้องสังเกตหรือเฝ้าระวังจะไม่มีอาการเตือนใดๆ เลยไม่ตระหนักว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา มาถึงโรงพยาบาลเมื่ออาการรุนแรงมากแล้ว

“ตอนนั้นพี่สาวมีอาการแขนขาอ่อนแรง เพราะบ่นแฉะใจจะเกี่ยวกับกระดูก กับเส้นโลหิตยังบ่น กะเลยพาพี่สาวไปหาหมอกระดูก หมอเลยว่า อยู่ ไม่ได้เนี่ยต้องไปหาหมอเฉพาะทางกะเลยไปโรงพยาบาลใหญ่เลย พอไปตรวจ ไปเอกซเรย์เอ็กซเรย์ เขากะว่าเป็นเส้นเลือดสมองเส้นเลือดอุดตัน สมองขาดเลือดไปเลี้ยง แต่มาไม่ทันเวลา ก็ได้ยามากินต่อที่บ้าน แขนขาก็อ่อนแรงไม่ดีขึ้น หมอว่ามันต้องฟื้นฟูใช้ เวลา ว่ามัน ก่อนนี้เราบรู๊จกว่าเพื่อนมีระบบ ส่งต่อจังได้ เรา ก็ไปหาหมอเอง บรู๊ว่ามีระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง” (ผู้ดูแล)

ผู้ป่วยขาดความใส่ใจและความตระหนักในการฟื้นฟูสุขภาพ

นักกายภาพบำบัด ได้สะท้อนปัญหาการฟื้นฟูสุขภาพหลังการจำหน่ายมักเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง นั่นคือ ผู้ป่วยขาดความใส่ใจและความตระหนักในการฟื้นฟูสุขภาพ โดยผู้ป่วยบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสุขภาพ ไม่ใส่ใจและให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูต่อเนื่อง ทั้งๆ ที่มีแนวโน้มในทางที่ดี แต่ตัดสินใจเลือกที่จะไม่รับการฟื้นฟูตามคำแนะนำ

“บางคนเป็น Stroke เราไปทำรอกทำอะไรให้อย่างดี ไม่ใส่ใจในการฟื้นฟูต่อ ไม่ขยันฟื้นฟูเอารอกที่ทำไว้ ออกก็มี เราอยากให้เขาดีขึ้น แต่ก็ไม่สนใจอะไร แบบนี้ก็มีคะ ถึงจะเดินได้ แต่ก็ เป็น Abnormal grade เราก็อยากให้เขาดีขึ้นจริงๆ อยากให้เขาเดินได้ดี เขาไม่ลากอะไรแบบนี้ ถ้าฟื้นฟูดีมันจะค่อยๆ กลับคืนมา” (นักกายภาพบำบัด)

การดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน

การเยี่ยมบ้านยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพ ภาระงานตามตัวชี้วัดต่างๆ ซึ่งส่งผลขาดความคล่องตัวในการลงเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสุขภาพเชิงรุกในชุมชน การให้ข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชนโดยบุคลากรสุขภาพ จึงค่อนข้างมีน้อย ดังคำกล่าวของแพทย์ที่สะท้อนถึงข้อจำกัดในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนี้

“ยอมรับเลยในเรื่องของหมอครอบครัว เรื่องของการเยี่ยมบ้านผมว่า ของเราค่อนข้างด้อย เยี่ยมไม่ได้ตามแผน หลังก็พัฒนามาเรื่อยๆ พยายามบอกว่า ถ้ามีโอกาสอยากไปเยี่ยมบ้าน ถ้าเป็นไปได้ สมมติ case ที่มีปัญหาเยอะอยากให้ไปเป็นแพทย์ แพทย์ก็จะมิมมองอีกมุมมองหนึ่ง เราก็จะให้ อาจจะให้ข้อมูลกับความรู้ได้ดีกว่า ในเรื่องของโรค” (แพทย์)

ผลการศึกษาระยะที่ 2 ทำให้เกิด 3 วงจรของกระบวนการพัฒนา ดังนี้

วงจรที่ 1 กระบวนการสร้างความตระหนักของผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 36 คน ใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วมในการพัฒนาการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยง ผลลัพธ์ของวงจรนี้ ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เกิดข้อตกลงร่วมระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วงจรที่ 2 การพัฒนาการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผ่านการประชุมกลุ่มอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ โดยการระดมความคิดนำไปสู่การกำหนดแนวทางการพัฒนาการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงในคลินิกโรคเรื้อรังร่วมกัน ผลลัพธ์ของวงจรนี้ ทำให้ได้องค์ประกอบของการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้งการป้องกันปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมี 4 รูปแบบคือ 1) การบริการเชิงรุกในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง 2) การบริการในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) การบริการเพื่อรักษาในระยะเกิดโรคสำหรับกลุ่มที่มีอาการเตือนและอาการของโรค และ 4) การบริการในระยะหลังการจำหน่ายจากระยะเจ็บป่วย

การบริการเชิงรุกในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

ผู้ให้บริการและผู้ดูแลหลักในครอบครัว เสนอแนะประเด็นเกี่ยวกับการบริการเชิงรุกในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง โดยสะท้อนถึงความเป็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการบริการเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

“ควรจะมีการให้บริการในชุมชนให้มากขึ้น เช่น จัดอบรมให้ความรู้ประชาชนแบบเชิงรุกเลยใครที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะต้องทำอย่างไร จัดในชุมชน คนจะได้สนใจ เจ้าหน้าที่ลงมาเยี่ยมมาให้ความรู้บ่อยๆ หรือไม่มีก็จัดเสียงตามสายให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง” (ผู้ดูแลหลัก)

การบริการในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรังมุ่งเน้นการให้บริการครอบคลุมในทุกๆ ประเด็นที่สำคัญ ทั้งการตรวจติดตามรักษา การติดตามการใช้ยา การส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การบริหารกายบริหารจิต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงบริการในทุกประเด็นและเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ดังนี้

“ถ้าหากมีการปรับรูปแบบการบริการในคลินิกเปลี่ยนจากการนัดมาตรวจตามนัดและรับยา โดยเพิ่มกิจกรรมอื่นๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเข้าใจและตระหนักในการเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะดีมาก เช่น กรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น กรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงการรับประทานยาที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการใช้ และกลุ่มที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 ระดับควรส่งให้ทีมหมอครอบครัวลงติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามต่อเนื่อง” (พยาบาลวิชาชีพ)

การบริการเพื่อรักษาในระยะเกิดโรคสำหรับกลุ่มที่มีอาการเตือนและอาการของโรค

ข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการที่เคยได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการเพื่อรักษาในระยะเกิดโรคสำหรับกลุ่มที่มีอาการเตือนและอาการของโรค โดยควรมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและอาการของโรคมากขึ้น และมีระบบการส่งต่อข้อมูลอย่างรวดเร็ว โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เช่น อสม. ดังนี้

“ยอมรับว่าที่ผ่านมาไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองเลย พอพี่สาวมีอาการแขนขาอ่อนแรงก็เข้าใจว่าเป็นโรคเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ ก็เลยพาไปหาหมอที่คลินิกหมอโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ มันเลยรักษาไม่ทันอยากให้ณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและอาการของโรคให้มากขึ้น ในหมู่บ้านเรามี อสม. ถ้ามีผู้ป่วยที่มีอาการ กลุ่ม อสม. ก็สามารถประสานงานส่งต่อข้อมูลมีระบบรับ-ส่ง โดยรถฉุกเฉินของชุมชนด้วยกันน่าจะดี” (ผู้ดูแลหลัก)

การบริการในระยะหลังการจำหน่ายจากระยะเจ็บป่วย

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการเกี่ยวกับการบริการฟื้นฟูหลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยอยากให้รูปแบบที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่องมากขึ้น ดังนี้

“เราก็ไม่รู้จะไรมากในรายละเอียด ก่อนกลับบ้านพยาบาลก็บอกให้ฟื้นฟูด้วยตัวเอง นักกายภาพก็มาสอนอยู่หรอก แต่พอกลับมาอยู่บ้านเราก็พาคนไข้ทำไม่เป็น ครั้นจะพามาโรงพยาบาลเพื่อทำกายภาพในทุกๆ วัน มันก็ไม่สะดวก ถ้าเกิดว่ามีการบริการติดตามเยี่ยมฟื้นฟูสภาพที่บ้านไม่ต้องมาบ่อยก็ได้ แต่ขอให้มาอาทิตย์ละครั้งอะไรแบบนี้ค่ะ” (ผู้ดูแลหลัก)

วงจรที่ 3 การบูรณาการร่วมกับภาคสังคม การดำเนินงานมีการขยายการมีส่วนร่วมไปยังภาคสังคม ผู้นำชุมชน องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ของวงจรนี้ทำให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 4 ของการบริการ คือ การบริการในระยะหลังการจำหน่ายจากระยะเจ็บป่วย มีการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว (Long term care) ในชุมชนเข้าด้วยกัน เกิดบริการสุขภาพ คือ การบริการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากจำหน่ายโดยนักกายภาพบำบัดและการดูแลสุขภาพระยะยาว ในชุมชนสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดจากผลกระทบของโรค

ผลการศึกษาระยะที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในบริบทการบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเกิดจากกระบวนการพัฒนาในระยะที่ 2 ซึ่งได้ “รูปแบบการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการ” ประกอบด้วย การบริการสุขภาพ 5 ขั้นตอน (ภาพ 2) คือ 1) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง 2) การบริการคลินิกโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ 3) การบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง 4) การบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และ 5) การเยี่ยมบ้านและดูแลระยะยาว

ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง เป็นการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยง CVD risk เพื่อมุ่งเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของสังคม เช่น กิจกรรมลานกีฬาส่งเสริมสุขภาพในชุมชน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมดูแลสุขภาพกายสุขภาพใจในช่วงเข้าพรรษา ผู้นำชุมชนได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า

“กลุ่มเสี่ยงมีค่อนข้างมาก หลายคนรู้ว่าตัวเองป่วยแต่ไม่ได้ใส่ใจเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเอง เพราะบางคนก็คิดว่าคนอื่นก็ไม่เห็นทำอะไร ทำไม่ต้องกลัว ทีนี้ถ้าเราใช้กระบวนการทางสังคมเข้ามาช่วย เช่น เน้นเป็นกลุ่มไม่เห็นรายบุคคล ทำกิจกรรมร่วมกันเลยในบรรดาคนที่เป็กลุ่มเสี่ยงด้วยกัน จะได้ช่วยดูแลกันด้วย มันน่าจะได้ผลมากขึ้นไหม เช่นว่า เราจัดกิจกรรมให้ความรู้ในช่วงที่คนมารวมตัวกันเยอะๆ เลย เช่น ช่วงจำศีลเข้าพรรษา อย่างน้อยๆ กลุ่มเสี่ยงกลุ่มใหญ่ก็คือผู้สูงอายุ เราเน้นกลุ่มนี้ก่อนเลย” (ผู้นำชุมชน)

การบริการคลินิกโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ

การบริการคลินิกโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ เป็นการจัดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการครบวงจรครอบคลุมการดูแลสุขภาพ ทั้งการติดตามการรักษาโดยแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยแจ้งผลระดับความเสี่ยงในแต่ละครั้งของการเข้ารับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาโดยเภสัชกร การให้ความรู้เรื่องอาหารโดยนักโภชนาการ การฟื้นฟูสภาพโดยนักกายภาพบำบัด และการนัดแผนไทยเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยแพทย์แผนไทย และการประเมินสุขภาพจิตโดยพยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพงานคลินิกโรคเรื้อรัง ได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า

“การบริการคลินิกโรคเรื้อรังควรเป็นแบบบูรณาการผู้ป่วยที่มาใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพทุกเรื่อง ทั้งตรวจรักษาติดตามอาการ ติดตามเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง หากมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเราจะได้ติดตามอย่างต่อเนื่อง หรือหากมีปัญหาเรื่องการใช้ยาหรือปัญหาจิตสังคมก็จะสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที่ การบริการ

คลินิกโรคเรื้อรังนี้จะช่วยในเรื่องการป้องกันระดับปฐมภูมิได้ดี หรือกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเข้าระบบ Stroke Fast Track เราก็จะมีข้อมูลที่เป็นระบบ สามารถส่งต่อไปถึงการป้องกันระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ดี” (พยาบาลวิชาชีพงานคลินิกโรคเรื้อรัง)

การบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง

การบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการบริการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคและเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบ Stroke Fast Track ให้ทันภายใน 270 นาที โดยการอบรมให้ความรู้แก่แกนนำ เช่น อสม. ของแต่ละหมู่บ้าน โดยมุ่งเน้นให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรค และการจัดการอาการเตือนที่เหมาะสม ในขณะเดียวกันบุคลากรสุขภาพก็ต้องมีความพร้อมตลอดเวลาในการตั้งรับเพื่อส่งต่อผู้ป่วยในระบบ Stroke Fast Track พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า

“เราจะต้องมีระบบการให้ข้อมูลเชิงรุกมากขึ้น เช่น ลงพื้นที่จัดอบรมให้กับแกนนำ เช่น อสม. ของแต่ละหมู่บ้านให้เข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือนที่สำคัญของโรคและการเข้าถึงบริการ Stroke Fast Track ได้ทันเวลา อีกอย่างหนึ่งเราเองก็ต้องมีความพร้อมอยู่เสมอ ถ้าเราประเมินผิดพลาดโอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการก็ย่อมเป็นไปได้สูง” (พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน)

การบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

การบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นบริการเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมเพื่อฟื้นฟูสภาพโดยนักกายภาพบำบัดภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือนแรก นักกายภาพจะลงพื้นที่ฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการในชุมชนเป็นระยะเดือนละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการฝึกกายภาพบำบัด และจะมีเครือข่ายผู้ช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ อสม. ในพื้นที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการและญาติอย่างต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัดได้เสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นนี้ว่า

“การฟื้นฟูในระยะหลังจำหน่ายในระยะ 6 เดือนแรกมีความสำคัญมาก หากคนไข้ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มโอกาสในการป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ ตามอัตรากำลังของนักกายภาพที่มีกันแค่ 2 คน เราอาจจะลงไปติดตามในเชิงรุกลำบากแต่กลุ่มอสม. ที่เราเคย

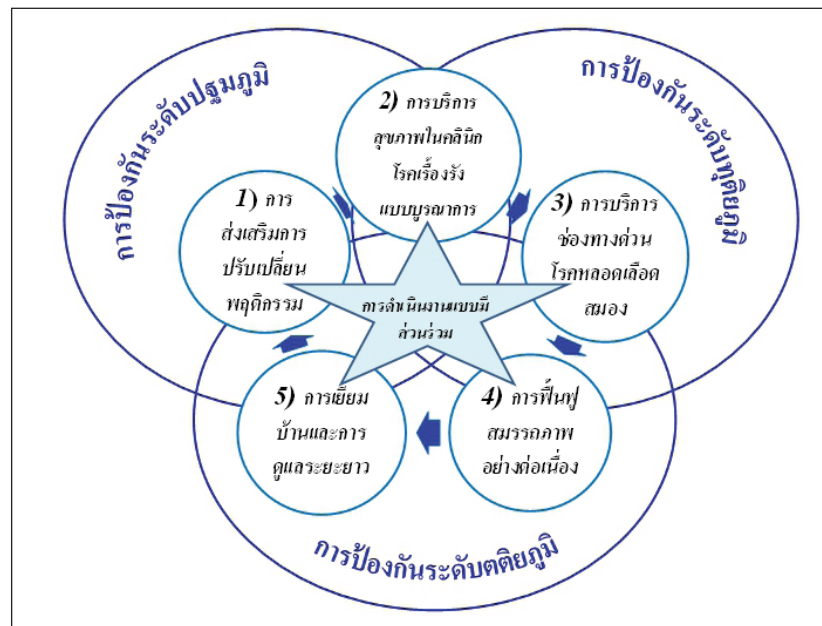
จัดอบรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการให้กลุ่มนี้มีทักษะในการฟื้นฟูเบื้องต้น สามารถให้คำแนะนำและกระตุ้นส่งเสริมกำลังใจให้กับคนไข้กลุ่มนี้ได้” (นักกายภาพบำบัด)

การเยี่ยมบ้านและการดูแลระยะยาว

การเยี่ยมบ้านและการดูแลระยะยาว เป็นการนำเอาแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวเข้ามามีบูรณาการร่วมกัน โดยการดูแลต่อเนื่องเดิมเป็นบทบาทหลักของบุคลากรสุขภาพ และการดูแลระยะยาวเป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเยี่ยมบ้านและการดูแลระยะยาวจากข้อเสนอแนะนี้ นำไปสู่การออกแบบกิจกรรมบริการร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

โดยในการติดตามเยี่ยมจะออกเยี่ยมร่วมกัน และวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือปัญหาทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมไปพร้อมกัน เช่น ส่งเสริมการฟื้นฟูหลังการจำหน่าย และอำนวยความสะดวกในการบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานด้านสังคมของเทศบาล ได้กล่าวในประเด็นนี้ว่า

“การดูแลในชุมชน ก็เป็นหน้าที่ของเราเช่นกัน บางที่เราไม่ได้ลงลึกในประเด็นปัญหาการเจ็บป่วย แต่การเจ็บป่วยก็มีผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชน เมื่อมีการส่งต่อและประสานข้อมูลมาที่เราชัดเจน การช่วยเหลือก็จะครอบคลุมปัญหามากขึ้น การทำงานร่วมกันแบบบูรณาการจึงเป็นการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการที่เป็นจริงของคนในชุมชน” (ผู้รับผิดชอบงานด้านสังคมของเทศบาล)



ภาพ 2 แสดงรูปแบบการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการ

การบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการครอบคลุม การป้องกันโรคใน 3 ระดับ ดังนี้

1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพเพื่อป้องกันสำหรับผู้ให้บริการโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง CVD risk ที่มีคะแนนความเสี่ยงระดับ 1-5 ซึ่งการป้องกันระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญ

คือ 1) การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสร้างความตระหนักในการป้องกันโรค เน้นการให้ข้อมูลผ่านการจัดกิจกรรมเชิงรุกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน การแจกเอกสารความรู้ที่สอดแทรกในคู่มือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กิจกรรมนี้เน้นที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงทุกระดับ โดยมีการติดตามประเมินความเสี่ยง CVD risk ในกลุ่มนี้อีกครั้งในระยะเวลา 6 เดือน และ 2) การบริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ โดยเน้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับ

3, 4 และ 5 เป็นสำคัญ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องในคลินิกโรคเรื้อรัง การให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การตรวจรักษาโดยแพทย์ การติดตามการใช้ยาโดยเภสัชกร การตรวจเท้าและการฟื้นฟูสภาพโดยนักกายภาพบำบัด การส่งเสริมสุขภาพจิตโดยพยาบาลจิตเวช และการให้คำแนะนำและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง การติดตามประเมินความเสี่ยง CVD risk ในกลุ่มนี้อีกครั้งในระยะเวลา 3 เดือน โดยหากพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใดมีระดับความเสี่ยง CVD risk ที่เพิ่มขึ้นจะมีการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมหมอกรอบครัวติดตามลงเยี่ยมบ้านและนัดติดตามประเมินความเสี่ยง CVD risk ในระยะเวลา 2 เดือน

2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่มีสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke warning signs) โดยสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทุกกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ ระดับ 1-5 การบริการสุขภาพในการป้องกันระดับนี้ คือ การบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อรักษาให้ทันภายใน 270 นาที ประเด็นสำคัญ คือ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก/สมาชิกในครอบครัวหรือ อสม. เกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติของอาการเตือนของโรค ที่สำคัญ ที่จำได้ง่าย คือ “อ่อนแรงแขน-ขา หน้าเบี้ยว บ่เท่ากัน สื่อสารเว้าบ่ได้ ต้องไปโรงพยาบาล” และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ถึงช่องทางในการสื่อสารเพื่อที่จะสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ทันเวลา การบริการสุขภาพเพื่อป้องกันระดับทุติยภูมิ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพอีกทั้งผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น อสม. ในการส่งข้อมูลประสานงานกับบุคลากรสุขภาพได้รวดเร็ว การมีความพร้อมของระบบการบริการฉุกเฉินที่สามารถให้บริการได้ทันเวลา รวดเร็ว และการประสานงานที่เป็นระบบ

3) การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายได้อย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองก็ยังสามารถกลับเป็นซ้ำได้ จึงยังถือเป็นกลุ่มเสี่ยงในระดับ 1-5 การป้องกันในระดับนี้เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและบุคลากรด้านสังคมบริการในการป้องกันระดับนี้ ประกอบด้วย 1) การฟื้นฟู

สมรรถภาพอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่าย ผู้รับผิดชอบหลักคือนักกายภาพบำบัดและทีม อสม.จิตอาสา โดยมีโครงการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสุขภาพของงานกายภาพบำบัด และ 2) การเยี่ยมบ้านและการดูแลระยะยาว โดยผู้รับผิดชอบหลักของหน่วยงานคือทีม หมอครอบครัวของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว ทีม Patient care Team: PCT ของโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงาน การดูแลระยะท้าย อีกทั้งยังมีการบูรณาการร่วมกับระบบการดูแลระยะยาวขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีทีม care givers ติดตามเยี่ยม นอกจากนี้หากกรณีผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุก็จะมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของชมรมผู้สูงอายุร่วมด้วย หรือกรณีที่เพิ่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลก็จะคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการหมู่บ้านร่วมติดตามเยี่ยมและมอบเงินชดเชยกรณีได้เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้งบกองทุนสวัสดิการหมู่บ้าน

อภิปรายผล

รูปแบบการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการเป็นแนวทางการบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ให้บริการโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบริบทการบริการปฐมภูมิ ซึ่งเกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างงานบุคลากรทั้ง 2 ภาคส่วน คือ บุคลากรสุขภาพและบุคลากรด้านสังคม ประกอบด้วย องค์ประกอบของการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมการป้องกันโรคใน 3 ระดับ ทั้งการป้องกันปฐมภูมิในกลุ่มเสี่ยง การป้องกันทุติยภูมิในกลุ่มป่วยและการป้องกันตติยภูมิหลังการเจ็บป่วย โดยมี 5 กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) การบริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ 3) การบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และ 5) การเยี่ยมบ้านและดูแลระยะยาว รูปแบบบริการสุขภาพนี้มีความแตกต่างจากบริการสุขภาพรูปแบบอื่นที่เกิดจากผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เฉพาะเจาะจงการป้องกันในระดับใดระดับหนึ่งเป็นสำคัญ เช่น การพัฒนาบริการปฐมภูมิเพื่อป้องกันโรคระดับทุติยภูมิในกลุ่มผู้มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ หรือการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิโดยเน้นมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นรูปแบบการป้องกันในระดับทุติยภูมิ¹⁵

แต่รูปแบบบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการนี้มุ่งเน้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับ อย่างไรก็ตามมีความสอดคล้องกับกุ่มภาวปีโมเดล¹⁶ ในบางประเด็น คือเน้นการป้องกันครอบคลุมทุกระดับของการป้องกัน คือ การป้องกันปัญหาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิ การป้องกันปัญหาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับทุติยภูมิ การดูแลโดยตรงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย/ครอบครัวรับมือต่อภาวะวิกฤติ และการฟื้นฟูสภาพปัญหาเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่ในส่วนของกลุ่มเป้าหมายของกระบวนการพัฒนามีความแตกต่างกัน คือ การศึกษาของ Baokumphai and Jongudomkarn¹⁶ เน้นการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและตัวแทนของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมการป้องกันทุกระดับ ส่วนงานวิจัยนี้ใช้แนวคิดว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีความเข้าใจร่วมกันเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและเน้นบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและบุคลากรด้านสังคม ทั้งนี้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาจะก่อให้เกิดการส่งเสริมศักยภาพทุนทางสังคมที่มีอยู่ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการในบริบทที่เป็นจริง¹⁷ อีกทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น อสม. อาสาสมัครดูแลในชุมชนตลอดจนเพื่อนบ้านยังมีส่วนสำคัญในการเสริมแรงสร้างคุณค่าและส่งเสริมการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยเสริมแรงให้กำลังใจ กระตุ้นพลังและความสามารถในการขึ้นพื้นฐานในผู้ป่วยให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้¹⁸ จะเห็นได้ว่ากระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยแก้ไขปัญหาคะบวนการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบริบทการบริการสุขภาพปฐมภูมิได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านการบริการสุขภาพตามบริบทที่เป็นจริง

ข้อจำกัดของการศึกษา

บทความนี้เป็นการนำเสนอผลการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ให้บริการโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบริบทการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกิดจากกระบวนการพัฒนา การศึกษาผลของการนำใช้รูปแบบ

บริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง

สรุป

รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาเป็นแนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้ให้บริการโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบริบทการบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความครอบคลุมในแต่ละระดับของการบริการเพื่อป้องกันโรคและเชื่อมโยงบริการด้านสังคมในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองภายใต้การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและบุคลากรด้านสังคม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานจากแผนกต่างๆ ทั้งในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และหน่วยบริการภายนอกโรงพยาบาล เช่น งานบริการสวัสดิการทางสังคมของเทศบาล รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงความสำคัญในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตามปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การมีส่วนร่วมมีความต่อเนื่องและยั่งยืนคือ ผู้บริหารมีภาวะผู้นำและมุมมองเชิงบวกต่อการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อส่วนรวม และการมีวัฒนธรรมของชุมชนที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันส่งเสริมให้เกิดความสามัคคีของคนในพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพสามารถนำรูปแบบบริการสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปประยุกต์ใช้ได้อย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้
2. หน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นๆ สามารถนำรูปแบบบริการสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ได้ ทั้งนี้ควรพิจารณาความเหมาะสมของบริบททางสังคมของพื้นที่นั้นๆ อย่างไรก็ตามในประเด็นของการมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ของแต่ละพื้นที่
3. ผู้ที่มีบทบาทกำหนดนโยบายด้านการป้องกันสุขภาพของหน่วยบริการควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วน ทั้งในการกำหนดแนวทางการวางแผนการดำเนินงาน การขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการ

ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้การป้องกันโรคในแต่ละระดับมีความชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริงและสามารถประเมินผลได้ชัดเจน

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ทีมผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการเขียนบทความวิจัยทุกคน ลำดับที่ 1 มีส่วนร่วมร้อยละ 60 ลำดับที่ 2-5 มีส่วนร่วมร้อยละ 10

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกๆระยะของการวิจัย จึงมีโอกาสที่จะเกิดความคิดเห็นแตกต่างกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและนำไปสู่การเกิดความขัดแย้งในประเด็นผลประโยชน์ทับซ้อนได้ ทีมผู้วิจัยมีการกำหนดข้อตกลงในการทำงานร่วมกันโดยมีการดำเนินงานที่มุ่งเน้นวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดคณะกรรมการพิจารณาในประเด็นสำคัญต่างๆ ในระหว่างการดำเนินการวิจัย อีกทั้งมีการชี้แจงให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ให้ข้อมูลหลักรับทราบและตระหนักถึงเป้าหมายในกระบวนการพัฒนาร่วมกัน นั่นคือการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ให้บริการโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยที่ไม่เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนแต่อย่างใด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนจนทำให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of non-communicable disease, Ministry of Public Health. 5-Year National NCDs prevention and control strategic and action plan (2017-2021); 2017. Thai.
2. Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Statistical Thailand; 2017. Thai.

3. International health policy program. Thailand burden of disease 2011. Thai health promotion foundation; 2014. Thai.
4. Mahasarakham provincial public health office. Illness with non-communicable disease of kaedum contracting unit for primary care; 2015. Thai.
5. World Stroke Organization. World stroke day 2016. [Internet]. [Cited 2017 May 6]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/get-involved/world-stroke-day.html>
6. Sriprasert P. Service plan health area 7. Major chronic non-communicable diseases (NCD), Health area7; 2013. Thai.
7. Intolo S, Sritanyarat W. Health care service for older persons with stroke: Focusing on prevention or cure. Journal of Nursing Science and Health. 2016; 39(4): 22-32. Thai.
8. Limwattananon C, Tiamkoa S, Waleekhachonloet O, et al. Differences in stroke care and outcomes across health insurance schemes: a quantitative analysis. Health system research institute, Bangkok, 2014. Thai.
9. Bureau of Epidemiology, Department of disease control, Ministry of public health. Chronic diseases surveillance report. Bangkok, 2012. Thai.
10. National stroke foundation. Acute stroke services framework 2011. [Internet]. [cited 2017 Dec 6]. Available from http://strokefoundation.com.au/site/media/Acute_Stroke_Framework_Services_2011.pdf
11. Okamoto E, Miyamoto M, Hara K, et al. Integrated care through disease-oriented clinical care pathways: experience from Japan's regional health planning initiatives. Int J Integr Care. 2011; 11(Spec 10 th Anniversary Ed): e125.
12. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: Communicative action and the public

- sphere. In N. Denzin & Y. Lincoln, Eds. *Handbook of qualitative research*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 559-604.
13. Bureau of non-communicable diseases. Department of disease control, Thailand Ministry of Public Health. *Guidelines for risk assessment of cardiovascular disease*. 3rd ed. Bangkok; 2016. Thai.
 14. Chuenjairuang P, Sritanyarat W. Development of primary health care services for stroke prevention in persons with warning signs of stroke. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2012; 16(4): 313-25.
 15. Sukhumanpitak J, Nantsupawat W, Hornboonherm P. Development of a care model for male stroke patients in secondary hospital using a participatory action research. *Nurs' Assoc Thailand, North-Eastern Divis*. 2012; 30(1): 32-8. Thai.
 16. Baokumphai Y, Jongudomkarn D. Effects of the "Kumpavapee model" toward the potential development of the family leaders in prevention, caring, and rehabilitation of stroke patients in community: case study at the Khon Kaen hospital, *KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences (Graduate Studies)*. 2013; 13(4): 122-34. Thai.
 17. Nuntaboot K. *Community health care system: concept, design and tools*. Nonthaburi: Thailand Nursing System Research Institute. Bangkok; 2008. Thai.
 18. Thangkratok P. The role of the nurses in the chronic disease management. *Songklanagarind J Nurs*. 2017; 37(2): 154-59. Thai.