

การวิเคราะห์ระบบการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในชุมชน Analysis of management system for patients with acute stroke in community

โชคชัย พลพิทักษ์, อรสา กองตาล และลักขวี ปิยะบัณฑิตกุล

Chokchai Phonphithak, Orasa Kongtalin, and Lukawee Piyabanditkul

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Nursing, Khonkaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระบบการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองญาติผู้ดูแล รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจำนวน 33 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยเกิดอาการของโรคมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาล ภายใต้เงื่อนไขของการรับรู้อาการและความรุนแรงของโรค ปัจจัยส่วนบุคคล ระบบบริการสุขภาพ และบริบทของชุมชน ส่วนในระยะการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนพบว่า นอกจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่มีบทบาทในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยแล้ว ยังมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ สนับสนุนบริการสุขภาพ การจัดสวัสดิการ และการสนับสนุนเชิงนโยบายโดยผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันในชุมชนพบว่า การรับรู้อาการและความรุนแรงของโรคที่รวดเร็ว ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาได้ทันช่วงเวลาบริการช่องทางด่วนฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนนั้น มีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ระบบการจัดการ, การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

Abstract

This qualitative study aimed to analyze the management system of stroke patients in community. Data were collected through in-depth interviews from 33 cases including stroke patients, relative's caregivers, and people involved in the care of stroke patients in community. Data were analyzed by content analysis method. The results of

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author E-mail: Me_chok@kkumail.com

วันที่รับบทความ: 30 สิงหาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ: 16 พฤษภาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ: 29 พฤศจิกายน 2564

this study provided the management of the patient in the acute phase, the people who play an important role in the decision to refer patient to hospital for treatment under the condition of perceived symptoms, the severity of the disease, personal factors, health service system and the context of area in community, are the patient himself, his relatives, or those who witnessed the incident while the patient was symptomatic. In the period of continuous care in community, it was found that in addition to the patient himself and his relatives who played a role in caring for and rehabilitating the patient, there are other people involved in community to take part in helping support, health services welfare arrangement and public health policy support. The rapid recognition of symptoms and severity of the disease affects the timely treatment of stroke patients through the Stroke Fast Track. In the period of continuous care in community, the ongoing and effective management of the patients themselves, their caregivers, and those involved in the care of patients in community it plays an important role in promoting the rehabilitation of the patient's physical condition.

Keywords: Stroke Patients, Management System, Community Continuous Care

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดความพิการของประชากรทั่วโลก จากรายงานขององค์การอัมพาตแห่งสหรัฐอเมริกา (American Stroke Organization, 2019) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ ที่ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต ประมาณ 5.5 ล้านคนทั่วโลก และพบผู้ป่วยรายใหม่ 13.7 ล้านคนต่อปี โรคนี้เป็นสาเหตุของความพิการที่พบบ่อย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต (Donnan, Fisher, Macleod, & Davis, 2008) ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร สูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และสูงเป็นอันดับที่ 2 ในเพศชาย โรคหลอดเลือดสมอง ในช่วง พ.ศ. 2559-2562 พบอัตราการป่วย 451.39, 467.46, 506.20 และ 542.54 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิต

48.13, 47.81, 47.15 และ 52.97 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2563) แสดงให้เห็นว่าอัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยนั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ในระหว่าง พ.ศ. 2559-2563 พบอัตราการป่วย 156.62, 195.85, 177.22, 144.23 และ 184.29 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิต 40.82, 58.82, 47.61, 42.28 และ 52.29 ต่อแสนประชากรตามลำดับ พื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดของอำเภอศรีวิไลอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลชุมภูพร แต่กลับพบว่ามีการเข้ารับบริการในช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อการรักษาต่ำที่สุด(โรงพยาบาลศรีวิไล งานเวชระเบียนและสถิติ, 2563) จากการติดตามออกเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ยังพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล ความไม่สม่ำเสมอในการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัญหาการมีส่วนร่วมในการ

ดูแลผู้ป่วยของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลในการวางแผนและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วิเคราะห์ระบบการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทพื้นที่ตำบลชุมภูพร อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องที่อยู่ในพื้นที่ตำบลชุมภูพร อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 33 ราย เลือกแบบเจาะจงโดยเป็นผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จำนวน 12 ราย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนจำนวน 21 ราย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (first respond[FR]) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ มีแนวข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความเหมาะสมของของแบบสัมภาษณ์โดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์พยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE632164 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2563 และได้รับการอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ และองค์การบริหารส่วนตำบลชุมภูพร โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล ให้สิทธิปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และมีการเก็บรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ นำผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยนัดหมายสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์โดยเป็นที่บ้านพักที่ทำงาน หรือสถานที่สาธารณะ ผู้วิจัยขอทำการบันทึกเสียงสัมภาษณ์เชิงลึกขณะเก็บข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ผู้วิจัยแจ้งขอการสัมภาษณ์เพิ่มเติมหากข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ เมื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลการสัมภาษณ์แล้ว ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง เมื่อพบว่าข้อมูลมีความอึดแล้วจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหา ที่สะท้อนให้เห็นการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับขั้น โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการถอดเทปและพิมพ์แบบคำต่อคำ บันทึกและอ่านข้อมูลการสัมภาษณ์โดยละเอียดเพื่อกำหนดรหัสคำ (coding) จัดกลุ่มคำประเภทเดียวกันไว้ด้วยกันเป็นประเด็น (themes) จากนั้นเขียนคำอธิบายของแต่ละประเด็น ข้อสรุปอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต้องการศึกษา โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล ประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล อ้างอิงตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลให้เห็นว่าข้อมูลมีความเป็นจริง มีหลักฐานให้ตรวจสอบได้ แสดงความชัดเจนน่าเชื่อถือของข้อมูล และมีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ก่อนการตีความประเด็นในทุกๆ ประเด็นของการวิจัย และมีการ

ตรวจสอบกลับซ้ำโดยผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย

ผลการวิจัย

ระบบการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทพื้นที่ตำบลชุมภูพร อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ครอบคลุม 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้อาการความรุนแรงของโรค 3) การจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ดังนี้

1. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วย บริบทของพื้นที่ ระบบบริการสุขภาพ และลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ดังรายละเอียดดังนี้

1.1 บริบทของพื้นที่ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูง มีประชากร 7,788 คน แบ่งเขตการปกครอง 13 หมู่บ้าน 2,620 ครัวเรือน มีการคมนาคมสะดวก ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สวนยางพารา และทำนาตามฤดูกาล มีรายได้เฉลี่ย 63,701 บาท/คน/ปี ร้อยละ 70 ไม่มีโรคประจำตัว มีผู้พิการในพื้นที่ ร้อยละ 2.5 และเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยสมาชิกในครอบครัวทำการดูแลเบื้องต้นโดยผสมผสานการใช้แพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกในการดูแล

1.2 ระบบบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ระบบ ดังนี้

1.2.1 ระบบบริการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ทำหน้าที่ประสานให้หน่วยงานในพื้นที่ออกรับผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีหน่วยที่ให้บริการในพื้นที่อยู่ 2 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบล และ มูลนิธิสว่างศรีวิไลซึ่งเป็นหน่วยงานของภาคเอกชนในการนำส่งผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในชุมชนไปรักษายังโรงพยาบาล

1.2.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องใน

ชุมชน ระบบการส่งผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuity of Care [COC]) โดยผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีระบบประสานข้อมูลส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในพื้นที่ เพื่อทำการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง มีการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

1.3 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วย จำนวน 6 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 3 ราย และเพศหญิง 3 ราย อายุเฉลี่ย 65 ปี 8 เดือน มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองอุดตัน ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.67 มีภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 66.67 2) ญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50 ปี 1 เดือน ทุกคนประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำสวนยางพาราและทำนาตามฤดูกาล มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรหรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 66.67 รองลงมาเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ร้อยละ 33.33 3) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน มีจำนวน 21 ราย เป็นเพศชาย 16 ราย และเพศหญิง 5 ราย อายุเฉลี่ย 46 ปี 9 เดือน อายุน้อยที่สุด 38 ปี และอายุมากที่สุด 70 ปี

2. การรับรู้อาการ ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 การรับรู้อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มี 8 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด 2) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก 3) วิงเวียนศีรษะคลื่นไส้อาเจียน 4) ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อนมองไม่ชัด 5) ปวดศีรษะ 6) มึนชา 7) เหนื่อยล้าอ่อนเพลีย และ 8) ชักเกร็งหมดสติ กลุ่มอาการเหล่านี้เกิดขึ้นพร้อมกันหลาย ๆ กลุ่มอาการ หรือเกิดขึ้นเพียงกลุ่มอาการเดียวก็ได้ ตัวอย่างคำบอกเล่า “...อยู่ดี ๆ มันรู้สึกว้าวุ่นแรงลง เดินเหมือนจะล้ม แขนด้านขวาก็ยก

ไม่ขึ้น ขาด้านขวาก็เดินแล้วเข้าอ่อนทรุดลงเลย...” (PT01) และ “...พอได้ยินเสียงพ่อร้อง แม่เลยหันไปดู ปากพ่อทำไมเบี้ยว จึงรีบโทรศัพท์ไปบอกลูก...” (RC06)

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น 3 ลักษณะ คือ 1) “ไม่รับรู้ถึงความรุนแรง” โดยไม่รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการผิดปกติ ผู้ป่วยพบ 1 ใน 6 ราย ญาติผู้ดูแลพบ 1 ราย 2) “รับรู้ แต่คิดว่าไม่รุนแรง” มีการรับรู้ถึงความผิดปกติขึ้น แต่คิดว่าไม่รุนแรงอาจหายเองได้ ผู้ป่วยพบ 4 ใน 6 ราย ญาติผู้ดูแลพบ 3 ราย 3) “รับรู้ว่ามี ความรุนแรง” อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิต ผู้ป่วยพบ 1 ใน 6 ราย ญาติผู้ดูแลพบ 2 ราย ที่มีการรับรู้อาการ และรับรู้ถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองทันที ดังตัวอย่าง คำบอกเล่า “...คุณยายบอกว่า รู้สึกแขนไม่ค่อยมีแรง ยกแขนไม่ขึ้นข้างเดียว คิดว่าคงไม่เป็นอะไรอีกสักพักก็คงดีขึ้น...” (RC05) และ “...พอเห็นอาการแบบนี้แม่ก็รู้ได้ทันทีว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพราะเคยเห็นคนข้างบ้านเขาเป็นแบบนี้ แม่ก็เลยรีบพามาโรงพยาบาลทันที...” (RC01)

3. การจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

3.1 การจัดการในระยะเฉียบพลัน เป็นการจัดการที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จำแนกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) “**ไม่มีการจัดการ**” พบผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ชาปลายมือปลายเท้าข้างเดียว ลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่รุนแรงจึงไม่มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น 2) “**รอสังเกตอาการ รักษาเองเบื้องต้น**” พบผู้ป่วย 4 ใน 6 ราย ผู้ป่วยและญาติรับรู้ อาการที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่ได้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันที

พบในผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยเกิดลักษณะค่อยเป็นค่อยไป จนถึงผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เกิดขึ้นเฉียบพลัน และผู้ป่วย 2 ใน 4 รายนี้ เกิดอาการช่วงเวลากลางคืน จึงไม่ตัดสินใจไปโรงพยาบาลทันที เนื่องจากเกรงใจเจ้าหน้าที่ และไม่สะดวกในการเดินทาง และ 3) “**รีบนำส่งผู้ป่วยทันที**” พบผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย ลักษณะอาการเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด มีการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างเฉียบพลันและรุนแรง จึงตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยทันที ดังตัวอย่างคำบอกเล่า “...รู้สึกอาการไม่ค่อยดีจึงรีบเข้านอน ในใจคิดว่าพุงนี้คงจะหาย อีกก็ก็คิดอยากไปโรงพยาบาลตอนนี้ แต่เกรงใจ มันดึกแล้วไม่ยากไปรบกวนหมอ...” (PT01) และ “...นั่งอยู่ดี ๆ ก็ปวดหัวขึ้นมาทันที ปวดมาก ตอนนั้นจับขวดน้ำมันหูลดมือ มันเหนียวมากเลยบอกเพื่อนให้รีบพาไปโรงพยาบาลหน่อยทันที...” (RC03)

3.2 การจัดการในระยะการดูแลต่อเนื่องในชุมชน แบ่งการจัดการตามกิจกรรมและบทบาทในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังนี้

1) **การดูแล ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน** ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว โดยเป็นบุตรหรือญาติพี่น้อง พบ 4 ใน 6 ราย และเป็นภรรยาของผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย ได้ให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ทำกายภาพบำบัด ออกกำลังกาย และให้กินยา ดังตัวอย่าง คำบอกเล่า “...มีลูกชายคนเล็กนี่แหละที่คอยดูแล ทำอาหารป้อน ดูแลให้ถ่ายบนเตียง เช็ดตัวเช็ดก้น แม่ก็คอยช่วยอยู่เป็นบางครั้ง...”

2) **การดูแลช่วยเหลือของคนในชุมชน** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการดูแลที่บ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะการปฏิบัติตัว อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและสามารถถ่ายทอดให้ความรู้ได้ ประสานการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ส่งข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยกลับ เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า “...เราก็เป็น

อสม. บ้านก็อยู่ใกล้ ๆ กัน มีอะไรก็คอยดูแลตลอด คอยไปสอนการดูแล การปฏิบัติตัว ไปให้ความรู้เรื่องโรคที่เราไปอบรมมาจากหมอนามัยนี้แหละ.... ” (OM003) ในส่วนผู้นำชุมชน มีการประสานขอความช่วยเหลือจากทั้งหน่วยงานภาครัฐและคนในชุมชน สวัสดิการเบี้ยยังชีพ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในชุมชน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า “ ...ในฐานะผู้ใหญ่บ้าน เราก็ช่วยเหลือในเรื่องของการประสานงานระหว่างทางภาครัฐและขอความช่วยเหลือกันในชุมชนเรา ทั้งเรื่องเงินเบี้ยยังชีพก็ได้ทั่วถึง การออกเยี่ยมตามบ้าน การขออุปการะในการดูแลต่าง ๆ ที่มันจำเป็น.... ” (PN001)

3) **การให้บริการสุขภาพ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) มีระบบการติดตามดูแล ฟันฟูผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) โดยวางแผนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ อสม. และผู้นำชุมชนในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ส่งกลับข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป ตัวอย่างคำบอกเล่า “ ...เราให้การดูแลฟันฟูทั้งทางร่างกาย จิตใจ ให้ได้รับการฟื้นฟูกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ที่สำคัญทุกฝ่ายในชุมชนต้องทำงานประสานเชื่อมโยงกัน.... ” (NU01) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีการสนับสนุนบริการสุขภาพจัดสรรงบประมาณในการดูแล มีจัดตั้งอาสาสมัครบริบาลชุมชน (อสบ.) เพื่อช่วยสนับสนุนงานการดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ตัวอย่างคำบอกเล่า “ ... ในส่วน อบต. ได้จัดตั้ง อสบ. มาช่วยดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการรวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยโดยทำงานแบบบูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน... ” (OS01)

4) **การจัดสวัสดิการ** จำแนกเป็น 2 แบบ ดังนี้ 1) สวัสดิการที่รัฐจัดให้ในรูปแบบของเงินเบี้ยยังชีพ ตัวอย่างคำบอกเล่า “ ...อบต. ชุมภูพร เรามีการดูแลให้ได้ รับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้พิการ ตามระเบียบการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพในชุมชนให้ได้ทั่วถึงทุก ๆ คน... ” (ON01)

2) สวัสดิการที่หน่วยงานชุมชนร่วมจัดขึ้น เป็นการรวมกลุ่มจัดตั้งขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ตัวอย่างคำบอกเล่า “ ...ชุมชนเรามีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง โดยมีการจัดตั้งชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน จิตอาสาของคนในชุมชนเข้ามาช่วยดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน... ” (SP02)

5) **การส่งเสริมด้านนโยบาย** หน่วยงานสาธารณสุขได้มีการดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีระบบการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care [COC]) มี CG (care giver) และ CM (care management) ในการดูแลผู้ป่วย ผู้พิการต่อเนื่องในชุมชน ตัวอย่างคำบอกเล่า “ ... รพ.สต. มีนโยบายที่สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขคือ การใช้ระบบ COC โดยมี CM และ CG มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนเรา... ” ส่วนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีนโยบายการดูแลเรื่องสวัสดิการที่ผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชนที่จะได้รับในรูปแบบของการจ่ายเงินค่าเบี้ยยังชีพผู้พิการ สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยจัดตั้งเป็น กองทุนหลักประกันสุขภาพ ตัวอย่างคำบอกเล่า “ ...ส่วนเรื่องนโยบาย นายกเองเป็นประธานกองทุน สปสช. ถ้าหน่วยงานไหนในชุมชนมีโครงการที่จะจัดทำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผู้พิการ ในชุมชน ก็ให้เสนอโครงการมาของบในการดูแลได้เลย.... ” (ON01) (สปสช. คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยและญาติ รับรู้อาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ 8 กลุ่มอาการซึ่งเป็นอาการแสดงภายนอก ที่สังเกตเห็นความผิดปกติได้ง่าย แต่ละอาการอาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หรือเกิดเพียงอาการเดียวก็ได้ สอดคล้องกับ พัสตราภรณ์ ปัญญาประทุม (2559) ผู้ป่วยและญาติ 4 ใน 6 ราย รับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นของ

อาการปากเบี้ยวพูดไม่ชัด แขนและขาอ่อนแรงครึ่งซีก แต่คิดว่าไม่รุนแรงอาจหายเองได้ เนื่องจากไม่ทราบว่าการที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (Jorgensen et al., 1996; Goldstein, Edwards, & Wood, 2001)

2. การจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยและญาติ 4 ใน 6 ราย รอสั่งเกตอาการและรักษาเองเบื้องต้น เนื่องจากรับรู้ว่ามีไม่รุนแรง จึงเลือกที่จะรอสั่งเกตอาการก่อน หรือ หาแนวทางในการรักษาอื่น ๆ เช่น การซื้อยามากินเอง การไปฉีดยาที่หมอฟันบ้าน (Jorgensen et al., 1996; Goldstein et al., 2001; Pandian et al., 2006; วารุณี อึ้งฮก, อีรณัฐ ห่านวิทย์, และสมบัติ มุ่งทวีพงศา, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการช่วงเวลากลางคืน ไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันที เนื่องจากเกิดความเกรงใจเจ้าหน้าที่ ความไม่สะดวกในการเดินทาง (วารุณี อึ้งฮก, อีรณัฐ ห่านวิทย์, และสมบัติ มุ่งทวีพงศา, 2555) ผู้ป่วย 5 ใน 6 รายเข้ารับการรักษาล่าช้า เนื่องจากรับรู้อาการและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองน้อย จึงไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันที (Shephard, 2004; นิภาพร ภิญโญศรี, 2551) ซึ่งสะท้อนให้เห็นความตระหนัก ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการแสดง ของผู้ป่วยและญาติยังมีน้อย (Hong et al., 2011)

3. การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันจากญาติ พี่น้องและภรรยาซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยดีขึ้น (ภาวนา โสภาลี, วิรัตน์ ปานศิลา, และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, 2555) อสม.และผู้นำชุมชนให้การดูแลช่วยเหลือของคนในชุมชนซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจ และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้นได้ (บุณฑริก

คำชาย, 2553) การได้รับการบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ (ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล, 2555) และเมืองคกรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และจัดหาสวัสดิการที่ชุมชนควรได้รับในรูปแบบเงินสนับสนุน เบี้ยยังชีพผู้พิการ อุปกรณ์ที่จำเป็นได้ครอบคลุม สำหรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ขนิษฐา นันทบุตร, 2553) ในการส่งเสริมด้านนโยบายหน่วยงานสาธารณสุขดำเนินการที่สอดคล้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่มีการกำหนดนโยบายที่เจาะจงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้ในพื้นที่ที่จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (อาคม รัฐวงษา, 2554)

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสาธารณสุขรวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำระบบการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในชุมชนนี้ไปใช้
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลควรเตรียมพร้อมในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการและร่วมกันวางแผนการจัดการเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชน
3. ระบบการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในชุมชนควรกำหนดนโยบายที่เจาะจงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้ในพื้นที่
4. ควรมีการทำวิจัยเชิงปริมาณโดยสร้างเครื่องมือวิจัย และใช้กลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2563). จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- นิษฐา นันทบุตร. (2553). ระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: คิวพีดี.
- นิภาพร ภิญโญศรี. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ดีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- บุญทริก คำชาย. (2553). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พัศตราภรณ์ ปัญญาประชุม. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 17(4), 540-547.
- ภาวนา โสภาลี, วิรัตน์ ปานศิลา, และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. (2555). ผลการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 5(1), 79-86.
- โรงพยาบาลศรีวิไล งานเวชระเบียนและสถิติ. (2563). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ประจำปี พ.ศ. 2563. บึงกาฬ: ผู้แต่ง.
- ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2555). เจาะลึกปัญหาเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(4), 6-14.
- วรุณี อึ้งฮก, ธีรเดช นันทิตชัย, และสมบัติ มุ่งทวีพงศา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *จุลสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 11(1), 37-45.
- อาคม รัฐวงษา, และอรสา กงตาล. (2554). การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- American Stroke Association. (2019). *Latest news about stroke*. Retrieved June 26, 2021, from <http://www.Stroke.org>.
- Donnan, G. A., Fisher, M., Macleod, M., & Davis, S. M. (2008). Stroke. *Lancet*, 371, 1612-1623. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60694-7
- Goldstein, L. B., Edwards, M. G., & Wood, D. P. (2001). Delay between stroke onset and emergency department evaluation. *Neuroepidemiology*, 20, 196-200.
- Hong, E. S., Kim, S. H., Kim, W. Y., Ahn, R., & Hong, J. S. (2011). Factors associated with prehospital delay in acute stroke. *Emergency Medicine Journal*, 28, 790-793.

- Jorgensen, H. S., Nakayama, H., Reith, J., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1996). Factor delaying hospital admission in acute stroke: The Copenhagen stroke study. *Neurology*, 49, 383-387.
- Pandian, J. D., Kalra, G., Jaison, A., Deepak, S. S., Shamsher, S., Padala, S., & Abraham, G. (2006). Factors delaying admission to a hospital-based stroke unit in India. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 3, 81-87.
- Shephard, T. J. (2004). *Exploratory investigation of a model of patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke* (Unpublished doctoral dissertation). Virginia Commonwealth University, Virginia.