

บทความวิจัย

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*

ปริญญ วิทยโย** กิตติภูมิ วิทยโย**** เพชรไสว ลัมตระกูล***** สมศักดิ์ เทียมเก่า***** จิราพร วรวงศ์***
วิฑูรย์ เชื้อสวน** วชิรศักดิ์ อภิพัลฐ์กานต์** ภาวิณี พรหมบุตร****
กาญจนา ปัญญาธร***** วณิดา ศรีพรหมษา*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้กรอบแนวคิดขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภาควิชาขยายในตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 91 คน และระยะพัฒนาการ จำนวน 60 คน เครื่องมือได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วย 3) ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม และ 5) แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า ได้แก่ การใช้วิธีหลายวิธีในการเก็บข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และการเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันจากหลายบุคคลทั้งจากผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน ทั้งจากผู้ใหญ่บ้านและสมาชิกเทศบาล

* การวิจัยนี้สนับสนุนโดย 1) กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2) กลุ่มวิจัยและพัฒนาด้านประสาทวิทยาศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ 3) กลุ่มวิจัยความอยู่ดีมีสุขและการพัฒนาอย่างยั่งยืน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
** ผู้อำนวยการวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น
*** ผู้อำนวยการวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น
**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, จังหวัดสุรินทร์
***** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น
***** รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น
***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, จังหวัดอุตรดิตถ์

ผลการวิจัย ระยะเวลาที่สถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพน้อย ผู้ดูแลและ อสม. ขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแล เทศบาลและผู้นำชุมชน ขาดการรับรู้สถานการณ์ปัญหา และหน่วยงานบริการสุขภาพ ไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้าน การพัฒนาการดูแลโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนของภาคีหุ้นส่วนในชุมชน ซึ่งมีลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาการดูแล จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การส่งเสริมศักยภาพในการดูแล และการสร้างการดูแลที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และตามระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ หน่วยบริการสุขภาพและองค์กรภาคีหุ้นส่วนในชุมชน ควรสร้างการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยการเรียนรู้ข้อมูลชุมชนร่วมกัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรกำหนดนโยบายและพัฒนากระบวนการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตำบล เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นต้นแบบในการดูแลตนเอง และการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้ผลดี ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น และร่วมเรียนรู้ในการวางแผนและการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

คำสำคัญ: การดูแล; โรคหลอดเลือดสมอง; การมีส่วนร่วม

ความเป็นมาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังในปีพ.ศ. 2553-2555 มีอัตราป่วย 307.9, 330.6 และ 354.5 ต่อแสนประชากร และมีอัตราตาย 27.5, 30.1 และ 31.7 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2555) ในจังหวัดขอนแก่น ในปี 2551-2553 พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล มีอัตราป่วย 330.6, 365.1 และ 393.7 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย 23.8, 22.9 และ 25.1 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2555) และตำบลบ้านเปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีจำนวน 23 หมู่บ้าน มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 57.5, 81.5 และ 87.8 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ และมีจำนวนอัตราตายในปี 2553-2555 เป็น 15.1, 20.4 และ 22.8 ต่อประชากร 100,000 คน (โรงพยาบาลขอนแก่น, 2555) และในปี 2556 ตำบลบ้านเปิด มีประชากร จำนวน 35,981 คน พบผู้ป่วย จำนวน 26 ราย อุบัติการณ์ 72.3 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปิด, 2556) จะเห็นได้ว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคและอัตราตายของโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปีทั้งในภาพรวมของประเทศ ภูมิภาค และพื้นที่ ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ทุกประเทศให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา (จรรยา, 2554)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ที่บ้าน เป็นการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจกรรมด้วยตนเองได้เร็วหรือใกล้เคียงปกติให้ได้มากที่สุด

หากผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนหน่วยงานและภาครัฐที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในชุมชนมี 4 องค์การหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่ยังพบว่า ผู้ป่วยยังขาดการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การฟื้นฟูสภาพ มีภาวะพึ่งพาจากผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน และยังพบว่า องค์การในชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลและยังคงมีความต้องการในการพัฒนาศักยภาพในการดูแล กล่าวคือ 1) องค์การภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแล การฟื้นฟูสภาพ (ภฤชญา, 2549) สุขภาพแย่ง เครียด รู้สึกเป็นภาระ กิจกรรมทางสังคมเสียไป (ธัญภรณ์, 2551) มองตนเองไร้พลังอำนาจ สูญเสียคุณค่าในตนเอง สูญเสียโอกาสในการทำงาน ไม่พร้อมต่อการดูแล ทั้งทางด้านการจัดเตรียมสถานที่ การจัดการในชีวิตประจำวันกับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลหลายเรื่อง รวมทั้ง ความรู้สึกน้อยใจในโชคชะตา ผู้ดูแลไม่สามารถรักษาสมาคมด้านการใช้ชีวิตในสังคมได้ (อิษฐาน, 2549) และมีความต้องการความช่วยเหลือทั้งด้านบริการสุขภาพ และสวัสดิการต่างๆ จากองค์กรหน่วยงานต่างๆ (นันทพร, 2545) และปรากฏการณ์ในพื้นที่ยังพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลขาดรายได้และไม่มั่นใจในการดูแล อสม. มีการติดตามเยี่ยมบ้านในบางราย ไม่ได้ดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง ขาดการรายงานข้อมูลและการเชื่อมประสานข้อมูลการทำงานกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) องค์การท้องถิ่น (ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล: สท.) ขาดการรับรู้สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 3) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. หรือ อปท.) ขาดการรับรู้สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การจัดสวัสดิการชุมชน เบียดบังชีพผู้พิการยังไม่ครอบคลุม ไม่มีการสนับสนุนอาชีพเสริมเพิ่มรายได้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และ 4) หน่วยงานของรัฐ การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง ข้อมูลผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน ไม่มีแนวทางในการดูแล และขาดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนในการดูแล โดยขาดการร่วมการตัดสินใจ โดยประเมินสถานการณ์ปัญหา ร่วมในการวางแผน และออกแบบกิจกรรมการพัฒนา ขาดการร่วมดำเนินการ โดยร่วมมือดำเนินการตามแผน และขาดการร่วมรับผลประโยชน์ โดยการร่วมประเมินผลและรับผลที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้ดูแล อสม. ในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน เทศบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่ให้การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านเป็นเงินถึง 1,959.85 บาท ต่อวันต่อผู้ป่วย 1 คน (กาญจนศรีและคณะ, 2552)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการรับรู้และความตระหนักในปัญหาและความต้องการการดูแล การวางแผนและดำเนินงาน มีการสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งจะส่งทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

คำถามการวิจัยนี้ คือ 1) สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นอย่างไรและ 2)การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนควรดำเนินการอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และ 2) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการคัดเลือกทั้งผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) (ชาย, 2550) ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งผู้ป่วยด้วย และผู้ร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยมี 2 ระยะ คือ

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 6 กลุ่ม ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่วิจัย จำนวน 91 คน ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง กันยายน 2556 ดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วย 26 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รักษาที่โรงพยาบาลและได้จำหน่ายและกลับมาพักฟื้นที่บ้าน มีผู้ป่วย 13 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 23 หมู่บ้าน โดยอาศัยในหมู่ที่ 1, 2, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18 และ 23 2) ผู้ดูแล 24 คน ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว 3) อสม. 13 คน โดยเป็นประธาน อสม. หรือเป็นผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่ที่มีผู้ป่วย 4) ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 13 คน สท. 12 คน 5) พยาบาลจาก รพ.สต. 1 คน และ 6) ผู้บริหาร ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. 1 คน และ นายกเทศมนตรี 1 คน

2. ระยะการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 4 กลุ่ม ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่วิจัย จำนวน 60 คน ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2557 ดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วย 10 คน โดยอาศัยในหมู่ที่ 1, 2, 3, 8, 10, 12, และ 23 2) ผู้ดูแล 10 คน 3) อสม. 16 คน และ 4) ผู้นำชุมชน คือ ผู้ใหญ่บ้าน 13 คน และ สท. 11 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) (Kemmis & McTaggart, 1992) นี้ ทำการศึกษาใน 13 หมู่บ้าน ตำบลบ้านเปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยการดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน 2556-มีนาคม 2557 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการคัดเลือกทั้งผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งผู้ป่วยด้วย และผู้ร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย บทบาท หน้าที่ และกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือของ 4 องค์กรหลักและข้อมูลที่สะท้อนถึงความต้องการการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลตามองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) (Barr et al., 2003) การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการเก็บรวบรวมข้อมูลระดับทุติยภูมิ จากทะเบียนสถิติรายงานของ รพ. ขอนแก่น และ รพ.สต. บ้านเปิด ข้อมูลระดับปฐมภูมิโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่ม

ผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล ผู้อำนวยการ รพ.สต. และนายกเทศมนตรี และการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม อสม. และ 2) กลุ่มผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน และ สท.) และประเมิน BI (Mahoney & Barthel, 1965; สถาบันประสาทวิทยา, 2550) และ ประเมิน NIHSS (Brott et al., 1989) ในกลุ่มผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2-4 เป็นระยะพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผู้เข้าร่วมในระยะ พัฒนาการดูแล จำนวน 60 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วย 10 คน โดยอาศัยในหมู่บ้านที่ 1, 2, 3, 8, 10, 12, และ 23 2) ผู้ดูแล 10 คน 3) อสม. 16 คน และ 4) ผู้นำชุมชนคือ ผู้ใหญ่บ้าน 13 คน และ สท. 11 คน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน เป็นการวางแผนแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล อสม. และ ผู้นำชุมชน จำนวน 3 ครั้ง ตามประเด็นปัญหาและความต้องการการดูแลและตามองค์ประกอบของการดูแล โรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและแบบปรับปรุง แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมสร้างศักยภาพและการดูแลต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมให้กับ อสม. และผู้ดูแล จำนวน 1 ครั้ง จัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ อสม. จำนวน 1 ครั้ง ฝึกทักษะในการติดตามเยี่ยมบ้านให้ อสม. จำนวน 1 ครั้ง ร่วมกับผู้นำชุมชน ในการผลิตและสนับสนุนอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับ BI และ NIHSS

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการประเมินผลในภาพรวม โดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (BI) และ แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ในกลุ่มผู้ป่วย และการสนทนากลุ่ม ในกลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 2 ครั้ง เพื่อสรุปการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือ

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือจากการศึกษาเอกสาร ตำรา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามองค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM) แล้วกำหนดขอบเขต โครงสร้างของแบบสัมภาษณ์ และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม จากนั้นทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมองและการ ดูแลโรคเรื้อรัง จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเห็นตรงกัน 3 ใน 5 คนขึ้นไป และปรับแก้ตามผู้เชี่ยวชาญ แนะนำแล้วถือว่า มีความตรงเชิงเนื้อหา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลทุกมิติข้อมูลจากทะเบียน สถิติรายงาน การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ โดยใช้แบบประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (BI) และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือด สมอง (NIHSS) การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เพื่อศึกษา ทำความเข้าใจปรากฏการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก บทบาท หน้าที่ และกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ ของ 4 องค์ครหลักที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผลของการดูแลช่วยเหลือ และปัญหาที่ยังคงอยู่ รวมทั้ง ข้อมูลที่สะท้อน ถึงความต้องการการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน นำข้อมูลที่ได้รวบรวมได้ มาจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน

ชุมชนตามองค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM)

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยผู้วิจัยไม่ปักใจว่าแหล่งข้อมูลที่ได้มานั้นแหล่งใดแหล่งหนึ่งถูกต้อง ใช้การตรวจสอบหลายทาง ได้แก่ การใช้วิธีหลายวิธีในการเก็บข้อมูล ทั้งจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (methodological triangulation) และการเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันจากหลายบุคคล ทั้งจากผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน ทั้งจากผู้ใหญ่บ้านและสมาชิกเทศบาล (data triangulation) (สฤงการ์, 2554; Lincoln & Guba, 1981)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์แบบเมทริกซ์ (matrix analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการโดยยึด 1) หลักความเคารพในบุคคล 2) หลักผลประโยชน์ หรือไม่ก่ออันตราย และ 3) หลักความยุติธรรม และผลประโยชน์ที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมและได้ไปรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) กระบวนการและผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

1.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.5 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.1 มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 65.4 และส่วนใหญ่มิโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.0 เป็นอัมพาตซีกซ้าย ร้อยละ 65.4 ระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (BI) และ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 65.4 และ 57.7 ตามลำดับ

2) ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นภรรยา ร้อยละ 50.0 และมีอาการปวดขาและปวดหลังจากการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 45.8

3) อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 จบชั้นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัคร 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.5 และเคยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 18.7 ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสมาชิกในครอบครัวของ อสม. เอง

4) พยาบาล เป็นเพศหญิง มีบทบาทในการตรวจรักษาผู้ป่วยในคลินิก ให้คำปรึกษา แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกำกับติดตาม อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้าน

5) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน และ สท. ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และไม่เคยดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100.0

6) ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย
 1) ผู้อำนวยการ รพ.สต. เป็นเพศหญิง เป็นผู้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวม ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานของบุคลากร และ 2) นายกเทศมนตรี เป็นเพศชาย เป็นผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาด้านการสาธารณสุขในพื้นที่ภาพรวม และเป็นผู้กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานของบุคลากร

1.2 ปัญหาหรือความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตาม องค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM) รายละเอียด ดังนี้

1) นโยบายด้านสุขภาพ พบว่า ทั้งระดับหน่วยงาน องค์กร และบุคคล มีนโยบายและ แผนงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป แต่นโยบายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนไม่ชัดเจน

2) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่า มีการจัดลานออกกำลังกายสาธารณะสำหรับ บุคคลทั่วไป แต่ยังขาดการจัดสิ่งแวดลอมภายในบ้านที่เหมาะสมและอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ที่บ้าน

3) ความเข้มแข็งของชุมชน พบว่า ทั้งในกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน เทศบาล และ รพ.สต. มีการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ แต่เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ แต่ยังขาดการสร้างการรับรู้สถานการณ์ การเกิดโรค ขาดการมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ วางแผน และการเรียนรู้ร่วมกันในการจัดการแก้ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล พบว่า 1) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและสถานการณ์การ เกิดโรค ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และ อสม. ขาดการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีดูแลตนเองของผู้ป่วย วิธีการ ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนไม่ทราบสถานการณ์ผู้ป่วยและต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย 2) ด้าน ทักษะในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแล และ อสม. ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และ อสม. ขาดการ พัฒนาทักษะในการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วย และ 3) ด้านการสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย พบว่า รพ.สต. มีการส่งเสริมการเรียนรู้แก่องค์กรในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล และ อสม. ที่ไม่เพียงพอ

5) การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถจัดการการดูแลตนเองได้ พบว่า รพ.สต. ไม่มีแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับ อสม.

6) การออกแบบระบบและการจัดบริการสุขภาพ พบว่า รพ.สต. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ที่ไม่ต่อเนื่อง

7) ระบบฐานข้อมูลทางคลินิกประกอบการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ พบว่า รพ.สต. ขาด การรับและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยกับองค์กรในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. กระบวนการและผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน จากสถานการณ์การดูแล ที่มีอยู่ พบว่า ขาดการมีส่วนร่วมระหว่าง อสม. ผู้นำชุมชน และทีมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้สร้างการมีส่วนร่วมผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการพัฒนา และร่วมตัดสินใจในการจัดกิจกรรม

ดังนี้ คือ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน 2) จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (BI) และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ให้กับ อสม. และผู้ดูแล 3) ฝึกทักษะ อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง อสม. ใน แต่ละหมู่บ้าน 4) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกรายร่วมกับ อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและ การฟื้นฟูสภาพตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พร้อมส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต. และ 5) ผู้นำชุมชน สนับสนุนอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพและให้กำลังใจผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผลการวิจัยในระยะพัฒนา มีดังนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแล จากการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน คือ อสม. ผู้นำชุมชน และจากผู้ให้บริการ โดยการได้รับการติดตาม เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพ และสื่อที่ใช้ในการฝึกพูดการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้น มีภาวะการพึ่งพาผู้อื่นลดน้อยลง ส่วนระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) พบว่า ระดับไม่มีการเปลี่ยนแปลง จะมีการเปลี่ยนแปลงในรายการที่ผู้ป่วย มีระดับปานกลาง โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 1 คน ร้อยละ 10.0 เนื่องจากเกิดอุบัติเหตุจากการล้ม (ตาราง 1) ถึงแม้ว่าระดับความรุนแรง ของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่จะมีคะแนนในระดับนั้นๆ ลดลง

ตาราง 1 จำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับ	BI		NIHSS	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	(จำนวนคน)	(จำนวนคน)	(จำนวนคน)	(จำนวนคน)
มากที่สุด	2	2	2	2
มาก	0	0	0	0
ปานกลาง	2	0	2	1
น้อย	6	4	6	6
ปกติ	0	3	0	0
เสียชีวิต	0	1	0	1
รวม	10	10	10	10

2.2 ผู้ดูแล ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตรงตามปัญหาและความต้องการ ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น โดยการเข้าร่วม กิจกรรมร่วมนักชกที่มีอยู่ในชุมชน

2.3 อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรค มีทักษะในการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีความสามารถในการผลิตอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ เช่น เชือกชกกรอก ยางยืดรถจักรยานยนต์ ถูทรายถ่วงน้ำหนัก และการทำราวไม้จับเดิน และมีการใช้แนวทางติดตามเยี่ยมบ้าน (ตาราง 2)

2.4 ผู้นำชุมชน มีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดโรค เห็นความสำคัญ และตระหนัก

ตาราง 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตามระดับการพึ่งพาผู้ดูแลและระดับปานกลาง หรือมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย	แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
1. กลุ่มผู้ป่วยระดับเล็กน้อย	1. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือ 2. ให้ความรู้ คำแนะนำเป็นรายกรณีเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคและสาเหตุ อาการ อาการแสดง และความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อน กระตุ้นและฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพแก่กลุ่มผู้ป่วย 3. สนับสนุนและส่งเสริมจิตอาสา และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยให้ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไปเยี่ยมให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่ยังต้องพึ่งผู้ดูแล
2. กลุ่มผู้ป่วยระดับปานกลาง	1. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือ 2. ให้ความรู้ คำแนะนำเป็นรายกรณีในความรู้เกี่ยวกับโรคและสาเหตุ อาการ อาการแสดง และความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อน กระตุ้นและฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพแก่กลุ่มผู้ป่วย 3. พัฒนาศักยภาพและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกกำลังกาย และการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วย 4. สนับสนุนอุปกรณ์และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดแก่กลุ่มผู้ป่วยร่วมกับจิตอาสา และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 5. พุดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และให้กำลังใจในการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย 6. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะเพื่อนบ้าน การออกกกำลังกายเป็นกลุ่ม เช่น กลุ่มเดินแอโรบิค กลุ่มร่ววงโยนลูกที่มีอยู่ในชุมชน
3. กลุ่มผู้ป่วยระดับรุนแรงมากที่สุด	1. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 1 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือ 2. ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. และพยาบาล โดยให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ดูแล และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลและสามารถวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง 3. พัฒนาศักยภาพและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกกำลังกาย และการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วย 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับจิตอาสา และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม เกิดกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย 5. ประสานงานกับผู้นำชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนกายอุปกรณ์ และสวัสดิการต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพผู้พิการ กองทุนสนับสนุน การจัดหารายได้ เสริมแก่ผู้ดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยและทราบบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการสนับสนุนเบี่ยงชีฟ ผู้พิการแก่ผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนอุปกรณ์ที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพ เช่น ไม้เท้า เพื่อนำมาทำราวไม้เท้าจับเดิน ชักรอก ยางยึดรถจักรยานยนต์ และถุงทราย และมีความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2.5 ระบบบริการสุขภาพ มีการปรับระบบบริการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยให้องค์กรในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการร่วมวางแผนร่วมจัดกิจกรรมในการเสริมความรู้ และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเป็นรายกรณีที่บ้าน จัดอบรมเสริมความรู้เชิงปฏิบัติการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน ร่วมออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ อสม. ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล และร่วมประเมินผลการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยสูงอายุ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง มีการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองน้อยและต้องพึ่งพาผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ อาคม (2553) ที่กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน และจะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และการศึกษาของ อลิสร่า (2553) พบว่า เมื่อป่วยแล้วทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน มีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย ไม่ทราบสถานการณ์การเกิดโรค และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย รวมทั้ง ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และสุขภาพของผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวนา, วิรัตน์, และอนุพันธ์ (2555) ที่พบว่า ความรู้ที่ผู้ดูแลต้องการมากที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วย และ อสม. ต้องการฝึกทักษะในการทำกายภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพรรณและวรัญญา (2556) ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้พิการการรับรู้ข่าวสารและการดูแลผู้พิการแบบองค์รวมในระดับปานกลาง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และด้านการประสานงานเครือข่ายพหุภาคีอยู่ในระดับน้อย และในส่วนของเทศบาลและหน่วยงานบริการสุขภาพ พบว่า ขาดนโยบายและแผนงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ไม่มีแนวทางการช่วยเหลือ มีการติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง ขาดการส่งเสริมการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วย ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. และ รพ.ของรัฐ กับระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในส่วนของชุมชน และสถานบริการสุขภาพของรัฐ ไม่พบการร่วมจัดทำแผนงาน โครงการ ออกแบบบริการ การดำเนินงาน และการประเมินผลร่วมกันกับผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และองค์กร หน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ระเบียบ, สุปรานี, และวันทนา (2554) ที่พบว่า การแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ค่อยมีบทบาท นโยบาย และแผนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเฉพาะ แต่จะเน้นการดูแลในเรื่อง คุณภาพชีวิต และสวัสดิการสังคมทั่วไปเป็นหลัก และสอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ (2551) ที่พบว่า ปัญหาของระบบบริการในการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก คือ ขาดการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการประสานงานดูแลไม่ต่อเนื่อง และระยะเวลาทำกายภาพบำบัดน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมและเพิ่มศักยภาพขององค์กรในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่นำไปสู่การดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้ง การประสานงาน

และการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่างชุมชนและหน่วยบริการจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้น การเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้รับทราบข้อมูล รวมทั้ง สถานการณ์การเกิดโรค ตลอดจน การพัฒนาทักษะในการดูแลช่วยเหลือและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ก็จะส่งผลทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักในการดูแล มีความมั่นใจในการดูแล และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นโดยมีกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนา ดังนี้คือ

1. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ค้นหาและให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง 4 องค์กรหลักในชุมชนคือ องค์กรภาคประชาชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรภาครัฐได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนทุกระยะของการพัฒนาการดูแลตามแนวคิดของ ชนิษฐา (2551) และแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1991) ที่ว่า การสร้างการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนให้มีปฏิสัมพันธ์กัน ช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในการดูแลสุขภาพของคนที่อยู่ในชุมชนให้เกิดสุขภาวะที่ดีขึ้น โดยมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ คือ 1) การร่วมตัดสินใจ โดยประเมินสถานการณ์ปัญหา ร่วมวางแผน และออกแบบกิจกรรมการพัฒนา 2) การร่วมดำเนินการ โดยร่วมมือดำเนินการตามแผน และ 3) ร่วมรับผลประโยชน์ โดยการร่วมประเมินผลและรับผลที่เกิดขึ้น (สมาคมสาธารณสุขอเมริกา, 1983 อ้างถึงใน วีระพงษ์, 2543) และสอดคล้องกับแนวคิดของ ปาริชาติ, สหสยา, จันทนา, และชลกาญจน์ (2543) ที่พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมคือ การสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ทั้งการร่วมค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตาม ประเมินผลและการร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ ซึ่งผลที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ซึ่งในรายที่ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ไม่เปลี่ยนแปลง แต่พบว่ามีระดับของคะแนนเพิ่มสูงขึ้น และถึงแม้ว่าระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่สิ่งเปลี่ยนแปลงร่วมกันคือ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เพิ่มขึ้น รวมทั้ง ผู้ป่วยได้ร่ากำลังใจในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพยรัตน์และลาวัลย์ (2553) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเองในการทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้การพึ่งพาผู้ดูแลน้อยลง 2) ผู้ดูแลได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวคนอื่นที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลักสามารถผลิตเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ (2548) พบว่า ผู้ดูแลสามารถปรับวิธีการดูแลช่วยเหลือการกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลและจัดการกับเงื่อนไขของผลกระทบต่างๆ ได้ 3) อสม. ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และการพัฒนาทักษะในการฟื้นฟูสภาพทั้งแบบไม่มีอุปกรณ์และแบบมีอุปกรณ์ ทำให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ อาคม (2554) พบว่า อสม. ก็ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลได้รับการหนุนเสริมความรู้การดูแล จากการเยี่ยมบ้าน

ของ อสม. ประกอบกับเกิดการช่วยเหลือกันของกลุ่ม อสม. ระหว่างหมู่บ้าน โดยการเรียนรู้ร่วมกันในการวางแผนแก้ปัญหาและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยร่วมกับผู้นำชุมชน และทีมสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร, ภาวนา, และรัชณี (2556) ที่ศึกษาสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน พบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว อสม. กรรมการชุมชน และทีมสุขภาพเชิงรุกในภาพรวม 4) ผู้นำชุมชนได้รับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดโรค เห็นความสำคัญของปัญหา เกิดการเรียนรู้ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีการสนับสนุนเบี่ยงชี้นำผู้พิการและกายอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ และให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อผกา (2553) ที่พบว่า ผู้นำชุมชนได้รับความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้พิการและมีประโยชน์ต่อแผนงานในการช่วยเหลือผู้พิการและผู้บริหารได้ตอบสนองความต้องการของชุมชน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนงาน และผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 5) ด้านระบบบริการ มีการปรับระบบบริการใหม่จากการบริการเชิงรับในสถานบริการ เป็นการบริการเชิงรุกโดยมีข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน มีแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้าน และออกบริการเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. อย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานกับ 4 องค์กรหลักในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ชนิษฐา (2547) ที่กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดการการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งการให้บริการโดยตรงและเสริมพลังอำนาจชุมชน

ดังนั้น การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนของภาคีหุ้นส่วนในชุมชน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งองค์กรในชุมชน สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ นำไปสู่ชุมชนเข้มแข็งพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

2. การเสริมสร้างศักยภาพ ระบบบริการสุขภาพ มีการส่งเสริมการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่องค์กรในชุมชน และการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ชนิษฐา (2547) ที่กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลชุมชน เป็นการจัดการกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน โดยอาศัยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ความสามารถให้กับคนในชุมชนและเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่องไม่สิ้นสุดที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้

ดังนั้น การส่งเสริมศักยภาพหรือความสามารถในการดูแล โดยสร้างโอกาสในการเข้าถึงข้อมูล การฝึกทักษะและเข้าถึงแหล่งประโยชน์อย่างเท่าเทียม ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและมีการจัดการสิ่งแวดล้อม สามารถตัดสินใจเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดการพึ่งพาตนเองได้

3. การสร้างการดูแลต่อเนื่อง โดยการสร้างกลไกในการดูแลให้เกิดความต่อเนื่อง ได้แก่ แผนและแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านของ อสม. และการบันทึกข้อมูลที่ รพ.สต. รวมทั้ง การประสานงานและการส่งต่อข้อมูลระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเหลือตนเองดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล และ อสม. มีความมั่นใจในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย อสม. มีการใช้แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพมีแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน และมีการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลไปยังชุมชน และสถานบริการระดับ

ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สอดคล้องกับแนวคิดของ สภาการพยาบาล (2544) ที่ว่า การดูแลต่อเนื่อง เป็นการให้บริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนร่วมกับ ทีมสุขภาพ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถ ใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุณทริก (2553) ที่พบว่า ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความ พึงพอใจต่อบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช, ปณิตดา, และวิโรจน์ (2556) ที่พบว่า การจัด ระบบบริการ โดยให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านและให้การพยาบาลที่บ้าน และมีการพัฒนาระบบการเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นแบบการสื่อสารสองทาง ระหว่างระบบบริการสุขภาพกับภาคเครือข่ายสุขภาพในชุมชน สามารถตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุม

ดังนั้น การสร้างการดูแลที่ต่อเนื่อง แผนและแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านของ อสม. และการบันทึก ข้อมูลที่ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาหรือ ความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคมและสวัสดิการ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

สรุป

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ชุมชนต้องการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้ง การวางแผนการดูแลร่วมกับหน่วย บริการสุขภาพ องค์กรท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง โดยสร้างการมีส่วนร่วมของ 4 องค์กรหลักของชุมชนเพื่อช่วยเหลือตามปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ทำให้ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน มีการยอมรับ และเรียนรู้ร่วมกัน ในการวางแผนและดำเนินงานการเสริมสร้างศักยภาพ ทำให้เกิดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้ง การเสริมพลังจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการจัดสวัสดิการต่างๆ และการจัดเวทีให้มีการรวม กลุ่มช่วยเหลือกันของอาสาสมัคร สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้ดียิ่งขึ้น และการสร้างความต่อเนื่องในการดูแลโดยร่วมกับ อสม. ในการวางแผนและสร้างแนวทาง ในการเยี่ยมบ้าน และการบันทึกและส่งต่อข้อมูลจากชุมชนกับหน่วยบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการ ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ความรู้ที่ค้นพบจากผลการวิจัย นำไปสู่การให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และองค์กรชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และร่วมกันจัดทำแผนงาน โครงการ แนวทาง ในการดูแลช่วยเหลือ และรวมถึง การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และการจัดสวัสดิการเบียดงชีพ แก่ผู้ป่วยหรือผู้พิการในชุมชนอย่างครอบคลุม
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดให้ส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นผู้รับผิดชอบ และดำเนินการตามนโยบายและแผนงาน โดยมีการจัดระดับกลุ่มผู้ป่วย และจัดทีมในการติดตามเยี่ยมบ้าน
3. ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของชุมชน ร่วมกันทั้งระหว่าง รพ.สต.

และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนวทางการประสานงานและการส่งต่อข้อมูล

4. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรสร้างโอกาสแก่ชุมชนในการมีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล และร่วมในการช่วยเหลือดูแล ทั้งนี้ ควรมีการนำผู้ป่วย หรือผู้ดูแลต้นแบบที่สามารถจัดการดูแลตนเองได้ดี มีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอื่นๆ

5. ควรนำรูปแบบและกระบวนการนี้ไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่น หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดี ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และผู้สนับสนุนทุนวิจัยที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี ประจำปีงบประมาณ 2557 จาก 1) กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2) กลุ่มวิจัยและพัฒนาด้านประสาทวิทยาศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ 3) กลุ่มวิจัยความอยู่ดีมีสุขและการพัฒนาอย่างยั่งยืน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บรรณานุกรม

- กาญจนศรี สิงห์ภู, สมศักดิ์ เทียมเก่า, สุกานดา อริยานุชิตกุล, ศศิธร แสงพงศานนท์, สุพจน์ คำสะอาด, อรทัย เล็กบุญญาสิน, และยมนา สุขมาตย์. (2552). ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24(1), 54-59.
- กฤษฎา คัชรินทร์. (2549). *การจัดการในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2547). *บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. การสังเคราะห์การวิจัยและพัฒนาเครื่องมือและกลไกการทำงานชุมชนในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. [ม.ป.ท.: ม. ป. พ.]. (เอกสารอัดสำเนา).
- _____. (2551). *ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ*. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์.
- จรรยา สันตยากร. (2554). *การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: แนวคิดและประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน*. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. [ม.ป.ท.]: อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ช่อผกา ไชยมงคล. (2553). *การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการรบบบำบัด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ทิพย์รัตน์ ศฤงคาริน และลาวัลย์ พานิชเจริญ. (2553). การศึกษาการปฏิบัติจริง ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 25(1), 67-79.
- ธัญญาภรณ์ อรัญญาวัลย์. (2551). ผลของการเข้ากลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อศึกษาปัญหาและภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารเวชการ*, 52(1), มกราคม-เมษายน: 49-50.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). *กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นงนุช เพ็ชรร่วง, ปณิตดา ปรียทฤม, และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(1), 25-34.
- บุญทริก คำชาย. (2553). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมีส่วนร่วมของชุมชน*. รายงานการศึกษาระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร, สหสยา วิเศษ, จันทนา เบญจทรัพย์, และชลกาญจน์ ฮาซันนารี. (2543). *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย.
- พิมพ์พรรณ เรืองพุทธ และวรัญญา จิตรบรรทัด. (2556). ความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้พิการในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนนาเคียน ตำบลนาเคียน อำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), พฤษภาคม-สิงหาคม: 32-43.
- เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2548). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นสโตรคในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ภาวนา โสภาลี, วิรัตน์ ปานศิลา, และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. (2555). ผลการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 5(1), มีนาคม-มิถุนายน: 79-86.
- ระเบียบ เทียมมณี, สุภาณี เสนาดิสัย, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2554). บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลสาร*, 17(3), 520-532.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. (2555). *รายงานประจำปี 2555*. ขอนแก่น: [ม.ป.พ.].
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. (2556). *รายงานประจำปี 2556*. ขอนแก่น: [ม.ป.พ.].

- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). *แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2550). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: [ม.ป.พ.].
- สภาการพยาบาล. (2544). *รายงานการวิจัย เรื่อง พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ* โดย สภาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ. [ม.ป.พ.].
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพพิมพ์. สมพร รักความสุข, ภาวนา กิรติคุณวงศ์, และรัชณี สรรเสริญ. (2556). สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลหนองซาก อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(2), 11-28.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2555). *รายงานประจำปี 2555*. ขอนแก่น: [ม.ป.พ.].
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2555). *รายงานประจำปี 2555: Annual Report 2012*. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อลิสรา เตชะไพฑูริย์. (2553). สภาพปัญหาและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 29(4), ตุลาคม-ธันวาคม: 505-510.
- อธิษฐาน ชินสุวรรณ. (2549). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อาคม รัฐวงษา. (2554). *การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย*. รายงานการศึกษาระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อาคม อารยาวิชานนท์. (บรรณาธิการ). (2553). *การตรวจวินิจฉัยโรคระบบประสาท: Approach to neurological disorders*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- อ้อมใจ แก้วประหลาด. (2551). *การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, กรุงเทพมหานคร.
- Barr, J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.
- Brott, T., Adams, H. P., Charles, P., Olinger, C. P., Marler, J. R., Barsan, W. G.,...Walker, M. (1989). "Measurements of Acute Cerebral Infarction: A Clinical Examination Scale." *Stroke*, 20(7), 864-870.

- Kemmis & McTaggart. [n.d.]. *The Action research Planner*. Retrieved from <http://academia.uat.edu.mx/pariente/DO/Lecturas/The%20action%20research%20planner.pdf>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1981). *Naturalistic Inquiry*. Newbery Park: Sage Publications.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Function Evaluation: The Barthel Index. A Simple Index of Independence Useful in Scoring Improvement in the Rehabilitation of the Chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- World Health Organization [WHO]. (1991). *Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services*. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organization, 1991 (WHO Technical Report Series, No. 809).

Care Improvement for Patients with Stroke Through Community Participation*

Piyanuch Phinyo** Kittipoom Phinyo**** Petchsavai Limtragool***** Somsak Tiamkao*****
Chiraporn Worawong*** Witun Chuasuan** Wachirasak Aphiphatkan** Pavinee Prombut****
Kanchana panyathorn***** Wanida sripromsa*****

Abstract

This action research aims at analyzing the situations and developing care for stroke patients by community participation. The concept of expanded chronic care model (ECCM) was used in the study. The study areas were 13 villages located in Banped Sub-district, Muang District, Khon Kaen Province. The informants were 91 persons in total. The research instruments for data collection were 1) the in-depth interviews, 2) Barthel Index (BI) and National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) of the patients, 3) the questions from the group discussion and 4) the guidelines of home visits. Frequency and percentage were used to analyze the quantitative data and content analysis was used for analyzing the qualitative data.

The results: In the situation of care of stroke patients in the community revealed that the patients were received less rehabilitation. The caregivers and the village health volunteers were not knowledge and confident in taking care of the patients. The municipalities and the community leaders did not know about the stroke situations. The health care service organizations did not have guidelines for home and the patient database was not up-to date.

* The study was supported by 1) the North-Eastern Stroke Reserch Grop, Faculty of Medicine, Khonkaen University, 2) Neuroscience Research and Development Group, Faculty of Medicine, Khonkaen University, and 3) Research Groop on Wellbeing and Sustainable Development, Faculty of Humanities and Social Science, Khonkaen University, Khonkaen, Thailand.

** Professor Nurse, Boromarajonani College of Nursing, KhonKaen, Thailand.

*** Director, Boromarajonani College of Nursing, KhonKaen, Thailand.

**** Senior Professor Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Thailand.

***** Associate Professor of Faculty of Nursing, Khonkaen University, Khonkaen, Thailand.

***** Division of Neurology, Department of Medicine Faculty of Medicine, KhonKaen University, Khonkaen, Thailand.

***** Senior Professor Nurse, Boromarajonani College of Nursing, KhonKaen, Thailand.

In the development of care for stroke patients by using community participation, encouraging competencies of health care and continuing care. According to patients receive continuing care and the problems and the needs of the patients to multidimensional of health and social welfare, the evaluation, it was found that the patients can perform daily activities better and had no complications. The caregivers, the village health volunteers and the community leaders also had more satisfied.

Suggestion: The health care organization and the community organization should built the perceive problems situation and needs of stroke patients by coordinating community data learning, planning and managing of stroke patients care in community.

Keyword: care; stroke; community participation

