

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาล: การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

Nursing roles: paradigm shift in stroke care in the health care system in Thailand

ไพรินทร์ พัสตุ*

Pairin Patsadu*

บทคัดย่อ

พยาบาลถือเป็นบุคลากรสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยไม่ได้มีหน้าที่เพียงเป็นผู้ปฏิบัติงานเท่านั้น พยาบาลยังต้องพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลให้ทันสมัย ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน รวมทั้งความซับซ้อนของโรค บุคคล และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้เฉพาะทางการพยาบาลในการดูแลสุขภาพ ดังเช่น แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทั้งในด้านการรักษา ปัจจัยการเกิดโรค การเข้าถึงระบบการดูแล หากพยาบาลเข้าใจและปรับตัวถึงกระบวนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทุกมิติทั้ง 4 มิโนทัศน์ คือ ความเป็นปัจเจกบุคคล วัฒนธรรม ครอบครัว ชุมชน สิ่งที่เป็นอยู่ในตัวบุคคลทั้งภายในภายนอก รวมทั้งศาสนา วัฒนธรรม สังคม นโยบาย เศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของมนุษย์ กระบวนการของคนในขณะที่มีชีวิตหรือใกล้ตายและการปฏิบัติการโดยพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ รวมทั้งผลลัพธ์ของการปฏิบัติ จะสามารถช่วยให้บทบาทพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยประสบความสำเร็จ ทัศนคติที่ดีลง ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ระบบบริการสุขภาพ

Abstract

Nurses are important personnel to drive healthcare system in Thailand. They perform duties not only as operators but they have to develop nursing science to be updated and suitable with current social changes as well as complexity of diseases, persons and technology to construct specific nursing know-how for healthcare. It is in accordance with a concept of taking care of patients having stroke that at present, it is highly advanced in terms of treatment, disease factors, and access to healthcare system. If the nurses understand and adapt themselves for

* corresponding author อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Email: Pairin.P@stin.ac.th.

changing paradigms in every dimension including 4 aspects: individuality, culture, family and community as well as characters lying inside and outside persons, religion, culture, society, policy and economy related to human's health and processes of alive or dying persons, the roles of nurses in connection with providing care for stroke patients at every level of health service system in Thailand will be successful with decreased occurrences. Furthermore, people will be able to take care of themselves and have better quality of life.

Keyword: paradigm shift, stroke care, health care system

บทนำ

การพยาบาลถือว่าเป็นสาขาหนึ่งซึ่งมีองค์ความรู้เฉพาะของตน เป็นวิชาชีพหนึ่งซึ่งมีหน้าที่ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาวิจัย และการจัดการศึกษา ซึ่งองค์ความรู้ในสาขาวิชา สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ 1) องค์ความรู้ที่เป็นพื้นฐานของวิชาชีพ (Professional foundations) ประกอบด้วยประวัติความเป็นมาของวิชาชีพ จริยศาสตร์ การจัดการเรียนการสอน และการบริหาร และ 2) ศาสตร์ทางการพยาบาล (Nursing science) เป็นองค์ความรู้เฉพาะทางการพยาบาล ศาสตร์ทางการพยาบาลเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวกับมนุษย์ (Human science) ศาสตร์ของการปฏิบัติ (Practical science) ศาสตร์ของการดูแล (Caring science) และศาสตร์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health oriented science) ศาสตร์ทางการพยาบาล เป็นศาสตร์เกี่ยวกับมนุษย์ ให้ความสำคัญกับบุคคลในฐานะองค์รวมได้บูรณาการ และสังเคราะห์ความรู้จาก Basic biological physical รวมทั้งศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องตลอดจนมีการศึกษาค้นคว้า และแสวงหาองค์ความรู้ที่เฉพาะเพื่อใช้เป็นพื้นฐานที่จำเป็นของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งความรู้ที่ช่วยให้เข้าใจสุขภาพของบุคคล (Human health) พฤติกรรมของบุคคล (Human behaviors) ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพของบุคคล (Human experience of health) การให้ความหมายต่อเหตุการณ์และสถานการณ์ของบุคคล การตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วย (Human responses to illness) ศาสตร์ทางการพยาบาลจึงเน้นที่คนแบบองค์รวม มีแก่นอยู่ที่มีความเข้าใจ ประสบการณ์ของบุคคล การให้ความหมายตามการรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ของบุคคล จากกระบวนการค้นคว้าช่วยให้วิชาชีพพยาบาลสามารถดูแล และตอบสนองต่อปัญหาภาวะสุขภาพของคนได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพกับโรคในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน ดังเช่น โรคหลอดเลือดสมองที่มีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล

กระบวนทัศน์ (Paradigm)

กระบวนทัศน์ (Paradigm) มาจากภาษากรีก โดย Para หมายถึง Beside และ Digm หมายถึง ทฤษฎี คือ ชุดแนวความคิด หรือ มโนทัศน์ (Concepts) ค่านิยม (Values) ความเข้าใจรับรู้ (Perceptions) และการปฏิบัติ (Practice) ที่มีร่วมกันของคนกลุ่มหนึ่ง ชุมชนหนึ่งและได้ก่อตัวเป็นแบบแผนของทัศนคติอย่างเฉพาะแบบหนึ่งเกี่ยวกับความจริง (Reality) ซึ่งเป็นฐานของวิถีเพื่อการจัดการตนเองของชุมชนนั้น โทมัส คูห์น (Thomas S. Kuhn) กล่าวว่า “ตัวอย่างต่าง ๆ ที่เป็นที่ยอมรับของการทำงานด้านวิทยาศาสตร์อย่างแท้จริง ตัวอย่างที่รวมไปถึงกฎ ทฤษฎี การนำไปใช้และเครื่องมือรวมกัน ซึ่งทั้งหมดนี้ได้ก่อให้เกิดรูปแบบซึ่งนำไปสู่แนวปฏิบัติที่เชื่อมโยงกัน

อย่างเฉพาะพิเศษในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ คนที่มีงานวิจัยอยู่ในกระบวนทัศน์เดียวกัน จะมีกฎและมาตรฐานการปฏิบัติทางวิทยาศาสตร์เหมือนกันและได้ผลออกมาเหมือนกัน” สำหรับทางการพยาบาลนั้นกระบวนทัศน์ (Paradigm) หมายถึง กรอบการมอง หรือกรอบเค้าโครงแนวความคิด ซึ่งช่วยให้เกิดแนวคิดเชิงวิทยาศาสตร์ คุณลักษณะที่สำคัญของ กระบวนทัศน์ (Paradigm) คือ เป็นศาสตร์ที่มีการยอมรับในแวดวงของนักวิชาการของศาสตร์นั้น ๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และเป็นศาสตร์ที่มีลักษณะเปิดกว้างสำหรับที่จะศึกษาและพิสูจน์ต่อไป

อภิกระบวนทัศน์ (Metaparadigm of nursing) Fawcett (2005) กล่าวว่า อภิกระบวนทัศน์ทางการพยาบาล หมายถึง อัตมโนทัศน์สากลที่อธิบายปรากฏการณ์ที่สนใจในวิชาชีพเป็นประโยคที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และเป็นส่วนที่เป็นนามธรรมที่สุดขององค์ความรู้ทางการพยาบาลและควรมีลักษณะคือ บอกถึงความแตกต่างของขอบเขตความรู้แต่ละวิชาชีพ รวมปรากฏการณ์ที่สนใจในวิชาชีพไว้ด้วยกัน มีความคิดเห็นที่เป็นกลาง และมีขอบเขตเนื้อหาสาระที่เป็นสากล ซึ่งอภิกระบวนทัศน์ทางการพยาบาลมี 4 มโนทัศน์ คือ **มนุษย์** หมายถึง ความเป็นปัจเจกบุคคล วัฒนธรรม ครอบครัว ชุมชน หรือกลุ่มคน หรือคนซึ่งมีส่วนร่วมในทางการพยาบาล **สิ่งแวดล้อม** หมายถึง สิ่งที่เป็นอยู่ในตัวบุคคลทั้งภายในภายนอก รวมทั้งศาสนา วัฒนธรรม สังคม นโยบาย เศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของมนุษย์ **สุขภาพ** หมายถึง กระบวนการของคนในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือใกล้ตาย **การพยาบาล** หมายถึง การปฏิบัติการโดยพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับมนุษย์ และเกี่ยวข้องกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติ สำหรับอภิกระบวนทัศน์ทางการพยาบาล (Metaparadigm) ในการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลจะต้องมีขอบเขต ปรากฏการณ์ในวิชาชีพการพยาบาลที่สามารถอธิบายถึงความแตกต่างจากทฤษฎีวิชาชีพอื่น

ดังนั้น กระบวนทัศน์ทางการพยาบาล (Metaparadigm) หรือมโนทัศน์หลัก หรือทัศนะแม่บท เป็นกรอบขอบเขต หรือโครงสร้างทางความคิดหรือมโนคติในภาพรวมกว้าง ๆ ของศาสตร์สาขาทางการพยาบาล ซึ่งจะประกอบด้วย มโนทัศน์ของศาสตร์สาขานั้น ๆ รวมทั้งมีการกำหนดลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เหล่านั้นด้วย ซึ่งมโนทัศน์หลักที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนทัศน์ในศาสตร์สาขาทางการพยาบาล จะต้องมียุทธศาสตร์ดังนี้

1. มโนทัศน์จะต้องกว้างพอที่จะครอบคลุมถึง ความรู้ และปรากฏการณ์ทางการพยาบาลทั้งหมดซึ่งมีความแตกต่างจากศาสตร์สาขาวิชาชีพอื่น
2. มโนทัศน์เหล่านี้จะต้องได้รับการยอมรับในวิชาชีพ ว่าเป็นแก่นหรือสาระองค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลอย่างแท้จริง
3. มโนทัศน์เหล่านี้จะต้องไม่มีความซ้ำซ้อนกัน
4. มโนทัศน์เหล่านี้ต้องมีความเป็นสากลทั้งขอบเขตและเนื้อหา
5. การพัฒนาองค์ความรู้ของศาสตร์ทางการพยาบาลจะอยู่ภายใต้ขอบเขตของมโนทัศน์เหล่านี้

การเปลี่ยนแปลงของกระบวนทัศน์

ศตวรรษที่ 18 ถึงต้นศตวรรษที่ 19 ผลจากสงครามไครเมียทำให้ทหารที่บาดเจ็บต้องการการดูแลในตึกเกลได้รวบรวมผู้หญิงขึ้นกลุ่มหนึ่งเพื่อให้การดูแลทหารที่บาดเจ็บเหล่านั้น ในระยะนี้พันธกิจของพยาบาล คือ การปฏิบัติเพื่อช่วยให้บุคคลฟื้นหาย โดยการดูแลในเรื่องความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยใช้วิธีการสังเกตและการจดบันทึกของมิสไนติงเกลมาพัฒนาปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม

สุขภาพและการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย การเรียนทางการพยาบาลเน้นที่การฝึกปฏิบัติงาน ต่อมาได้มีการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาล โดยในช่วงแรกของการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล เน้นตามแนวคิดปรัชญาแบบ Positivism/ Empiricism ต่อมาพัฒนามาเป็นรากฐานของแนวคิด Post positivism Interpretivism และ Critical social ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาล อันเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติ การพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการศึกษาวิจัยมาในปัจจุบัน

ต่อมาในปี 1960 Positivism /Empiricism paradigm มีบทบาทในการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาล สิ่งที่มีอิทธิพลอย่างมากคือ รูปแบบ Medical model ซึ่งอิงเรื่องโรคเป็นหลัก และเน้นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และจากการศึกษาองค์ความรู้อื่น นักการศึกษาพยาบาลในยุคแรก ๆ จะนิยมรูปแบบนี้เนื่องจากเป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการสร้างองค์ความรู้ ต่อมา พบว่า แนวคิดนี้ยังขาดในเรื่องของคุณค่า ความเชื่อ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมา รากฐานแนวคิดเชิงปฏิฐาน (Positivism) เริ่มไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการนำวิธีการทางสถิติมาใช้ในการวิเคราะห์ และสรุปอ้างอิง โดยละเลยปรากฏการณ์จริง ต่อมาจึงเกิดแนวคิดเชิงประจักษ์นิยมสมัยใหม่ (Modern empiricism) ที่เรียกว่า Post - positivism ที่ได้รับการยอมรับในเรื่องของการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ผสมผสานกับแนวคิดของ Historicism ซึ่งคำนึงถึงคุณค่าและความเชื่อมาใช้ในการบวนการตัดสินใจร่วมกับเทคนิควิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยในช่วงต้นศตวรรษที่ 1960 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาเปลี่ยนผ่านจากยุคสมัยใหม่ (Modern) สู่ยุคหลังสมัยใหม่ (Postmodern) ซึ่งภาวะทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมกำลังมีการเปลี่ยนแปลง อันเป็นยุคที่ความมีเหตุผลตามหลักวิทยาศาสตร์และอิสรภาพทางการเมืองถูกทำลาย ดังนั้นวิธีคิดแบบหลังสมัยใหม่คือ สิ่งที่เราเชื่อว่าเป็นความรู้และความจริงในโลกนี้นั้น คือสิ่งที่ถูกประกอบขึ้นมาด้วยอุดมการณ์และกระบวนการชุดหนึ่ง ๆ ความรู้ที่มีลักษณะพึงประสงค์คือ ความรู้ที่มีความหลากหลาย มีการปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ ซึ่งเอดเวิร์ด (Edward, 1999) กล่าวว่า วิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นเพียงวิธีหนึ่งในการแสวงหาความรู้ทางการพยาบาลเท่านั้น ซึ่งควรจะมีการแสวงหาความรู้โดยใช้กระบวนการทัศน์ของปรัชญาอื่นที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น เช่น Interpretative paradigm โดยได้รับอิทธิพลจาก Ontological assumptions ที่ว่าความจริงมีความซับซ้อน เป็นองค์รวม แบ่งแยกไม่ได้ (Multiple reality) ให้ความสนใจในประสบการณ์ของมนุษย์ เพราะความจริงและประสบการณ์ของมนุษย์มีการปรับเปลี่ยน วิธีการแสวงหาความรู้ที่หลากหลายจึงมีความจำเป็นในการนำความรู้ที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Tacit knowledge) ออกมาปรากฏให้เห็นชัดเจนมากขึ้น ทำให้ได้ความรู้ใหม่ที่อธิบายประสบการณ์ การให้ความหมายและรูปแบบการจัดการดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพ ซึ่งจะให้คุณภาพชีวิตของบุคคลดีขึ้น จะเป็นได้ว่าศาสตร์ความรู้ทางการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ในการดูแลเพื่อพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยในปัจจุบันพยาบาลได้กลายเป็นส่วนหนึ่ง และฟันเฟืองขนาดใหญ่ในการดูแลสุขภาพของมนุษย์

ระบบบริการสุขภาพ (Health service system)

ปัจจุบันฐานคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ประกอบด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค การรักษา รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ (สงวน นิตยารัมภพงศ์, 2556) โดยสามารถแบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of Care) เป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care level) เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เกิดความตระหนัก รวมถึงเลือกปฏิบัติในเรื่องสุขภาพอนามัยของตนเองมากขึ้น การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแนวโน้มประชาชนมีความตระหนักในการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น พยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนที่ยังไม่เพียงพอในการป้องกัน ป้ายเสี่ยง เห็นได้จากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง และขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงของสุขภาพอื่น ๆ หากพยาบาลมีบทบาทและให้ความสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน พัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลให้มีความเฉพาะเจาะจงของบริบท สังคมและวัฒนธรรมจะช่วยให้กลุ่มคนที่มีปัญหาโรคเรื้อรังไม่กลายเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และสมองตามมา

2. การบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Primary health of care level : PHC) เป็นการบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสม และสอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพ และปัญหาของชุมชน ผู้ให้บริการสาธารณสุขในระดับนี้คือ ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ดำเนินการโดยประชาชน และสามารถจะทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก เหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน ระดับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยประชาชนสามารถจัดทำแผนสุขภาพชุมชนเพื่อชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาพ วางระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะยาว ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ในระบบการเงินการคลังนั้น ยังช่วยสร้างความเป็นธรรม เน้นกระจายอำนาจ ทุน ทรัพยากร สถานพยาบาลควบคู่ไปกับการวางแผนเรื่องกำลังคนที่มีอัตราการผลิตเพื่อพัฒนาคนทั้งประเทศเน้นคุณภาพและสามารถกระจายได้อย่างทั่วถึงซึ่งจะเป็นทางออกลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ

3. บริการสุขภาพระดับต้น (Primary care level หรือ Primary medical care : PMC) เป็นการบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์ประเภทต่าง ๆ และแพทย์ทั่วไป เป็นกลไกหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุข เนื่องจากระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ช่วยให้เกิดกลไกสำคัญเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนมากขึ้น ยั่งยืน เกิดประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ด้วยค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่มากเกินไป ช่วยกระจายอำนาจแก่ชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดการ รวมถึงมีทีมงานเป็นทีมของบุคลากรด้านวิชาชีพที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่าง ๆ และชุมชน พยาบาลจะเกี่ยวข้องกันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นความร่วมมือกันทำงาน ในระดับอำเภอ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการระดับต้นที่ดูแลแบบองค์รวม ทุกครัวเรือนที่เป็นองค์กรรวม และเข้มแข็งขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทที่โดดเด่นในฐานะนักประสานงานกับภาคส่วนด้านสุขภาพ และภาคสาธารณสุข ภาคประชาชน รวมทั้งภาคการปกครองท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความร่วมมือด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพร่วมกันซึ่งระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในระดับนี้ หากสามารถเกิดระบบ

การดูแลที่มาร่วมกัน จะช่วยให้คนในชุมชนปลอดภัยลดเลือดสมอง เกิดนโยบายสุขภาพท้องถิ่นที่ดี และสามารถขับเคลื่อนชุมชนต่อไปได้

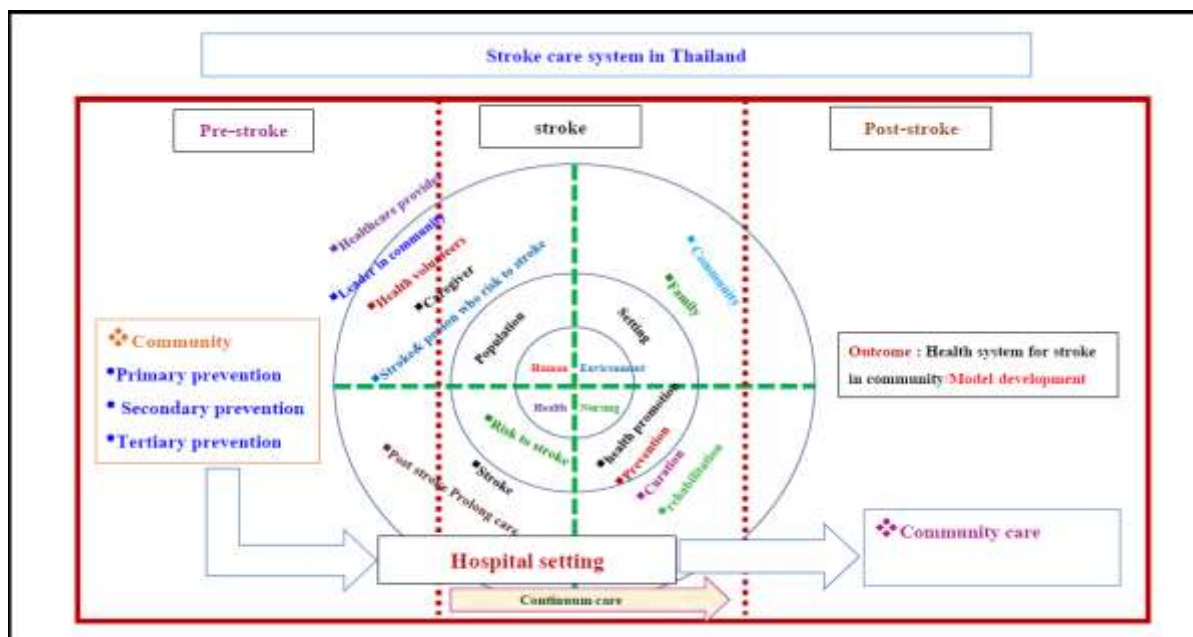
4. บริการสุขภาพในระดับกลาง (Secondary care level หรือ Secondary medical care : SMC) การให้บริการในระดับนี้ ต้องการแพทย์ที่มีความชำนาญ เป็นการดูแลที่เน้นรักษาความเจ็บป่วย และผลกระทบจากโรคที่มีความซับซ้อน รุนแรงวิกฤต ต้องการความช่วยเหลือจากการรักษาเฉพาะทาง ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการค้นหา แก้ไขปัญหา การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งในระบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ระบบบริการสุขภาพในระดับนี้จะเกี่ยวข้องกับการรักษาที่มีความรวดเร็ว เช่น การรักษาด้วยระบบ Stroke fast track การรับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายเนื่องจากมีศักยภาพในด้านบุคลากร เทคโนโลยีมากกว่า ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความเชี่ยวชาญที่เฉพาะทาง ซึ่งอาจปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานพิเศษ เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต หรือกึ่งวิกฤต เป็นต้น

5. บริการสุขภาพขั้นสูง (Tertiary care หรือ Tertiary medical care: TMC) เป็นการบริการด้านการแพทย์ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ คือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐในสังกัดอื่น ซึ่งบทบาทพยาบาลมีความสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ให้มีความสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีจำกัด ไร้รอยต่อการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนกระทั่งถึงความเชี่ยวชาญระดับสูง รวมทั้งหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพครบทั้งระบบ ภายใต้ปัจจัยด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สภาพสังคม การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง และโรคอุบัติใหม่ สำหรับระบบบริการสุขภาพในระดับนี้ พยาบาลถือเป็นบุคคลสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องการความเชี่ยวชาญพิเศษ การพัฒนาด้านองค์ความรู้จากงานวิจัย การติดต่อประสานงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรแพทย์ กลุ่มญาติผู้ดูแล นักกายภาพบำบัดที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูผู้ป่วยในทุกมิติ นักสังคมสงเคราะห์ และการติดต่อประสานงานส่งต่อกลับ และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิดของระบบบริการสุขภาพดังกล่าว ปัจจุบันบทบาทของพยาบาลถูกแทรกซึมอยู่ในทุกมิติของกระบวนการทัศน์ทางสุขภาพ โดยช่วยส่งเสริมให้บุคคล และชุมชนร่วมกันรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ดี ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง เห็นได้จากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องและขาดการออกกำลังกาย ดังนั้น ศาสตร์ทางการพยาบาล (Nursing science) เป็นศาสตร์ของการปฏิบัติ (Practical science) องค์ความรู้ทางการพยาบาลจะต้องนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล หรือการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) เป็นศาสตร์ที่เน้นเรื่องสุขภาพ (Health oriented science) องค์ความรู้ทางการพยาบาลจึงเป็นความรู้ที่ใช้ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน และเป็นศาสตร์ของการดูแล (Caring science) องค์ความรู้ทางการพยาบาลจึงอธิบาย

การปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำด้วยความเอาใจใส่และเอื้ออาทร หรือเป็นองค์ความรู้เฉพาะของสาขาวิชาการพยาบาล ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ที่เชื่อมต่อกันระหว่าง มนุษย์ โลก และสุขภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals) ของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะของทุกคนทุกวัย โดยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เกวลิน ชื่นสุขและคณะ, 2560) รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เนื่องจากแนวโน้มของประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เกิดความเสื่อมของร่างกาย และโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นเลิศ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการ มีระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพ สามารถเข้ารับบริการได้อย่างเท่าเทียม นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลโดยตรง พยาบาลต้องเป็นกำลังคนที่มีคุณภาพ สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นโรคพื้นฐานที่หากไม่สามารถควบคุมได้จะกลายเป็นโรคที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น จะเห็นได้จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำแนกสาเหตุการตายของประชากรไทย พ.ศ. 2554-2557 พบว่า อัตราป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

หากพยาบาลไม่สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ ประชาชนคงไม่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองและครอบครัวแทนการพึ่งพิงสถานบริการ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาระบบสุขภาพไทยได้รับผลกระทบจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ตลอดจนเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนเพื่อทำหน้าที่ให้สมดุล ดังนั้นพยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการดูแลสุขภาพ โดยต้องเน้นบทบาทสนับสนุนสามารถดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ประชาชนสุขภาพดีสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ระบบมีความสมดุล มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และยั่งยืนรวมทั้งพัฒนาองค์ความรู้โรคหลอดเลือดสมองให้มีความเฉพาะเจาะจงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้เขียนสามารถสรุปกระบวนการทัศนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพได้ ดังภาพ



ภาพแสดงสรุปกระบวนการพัฒนาระบบการพยาบาลในระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปี พ.ศ. 2560 - 2564 ซึ่งได้ถูกจัดทำขึ้นภายใต้หลักการ และกรอบแนวคิด การดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และความเชี่ยวชาญระดับสูง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการป่วย ลดอัตราการตาย ลดความแออัด และสนับสนุนให้บุคลากรมีศักยภาพในการดำเนินงาน นอกจากนี้พบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศตามสาขาต่าง ๆ 19 สาขา ดังนั้น พยาบาลคือกำลังหลักในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ ที่จะร่วมกันปรับเปลี่ยนกระบวนการของการดูแล เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ตลอดจนมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพตามความจำเป็นของสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และมีคุณภาพได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นระบบที่มีปัญหาเป็นพื้นฐาน ซึ่งมีลักษณะดังนี้ 1) เป็นการดูแลสุขภาพเชิงรุก เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีทุกด้าน เน้นการกระบวนทัศน์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าการรักษา ปรับทัศนคติของกลุ่มเสี่ยงให้รักตนเอง 2) คำนึงถึงสิทธิที่จะเข้าถึงการบริการที่ดีพอ โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม 3) เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีสำหรับคนไทยทุกคน 4) มีระบบการควบคุมและป้องกันโรค ที่มีประสิทธิภาพสูง 5) พัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพที่ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ สามารถจัดการกับปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพได้ 6) มีระบบควบคุมคุณภาพที่สร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนได้ว่าระบบบริการสุขภาพ มีมาตรฐาน และประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างใกล้ชิด 6) มีการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสารของสถิติ อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูล และ 7) การพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านความเชี่ยวชาญทางคลินิก มีการนำข้อมูล

หลักฐานที่น่าเชื่อถือมาใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการและการยอมรับของผู้รับบริการที่มีความเฉพาะเจาะจงของสภาพปัญหา ผ่านการปฏิบัติโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines - CPGs) เป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัยกับการปฏิบัติได้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพอย่างสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- กิริติ บุญเจือ. (2521). *ปรัชญาเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2549). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ปรีชา ช้างขวัญยืน. (2549). *ปรัชญากับวิถีชีวิต*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
- พระธรรมโกศาจารย์. (2550). *ปรัชญากรีก : บ่อเกิดภูมิปัญญาตะวันตก*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยาม.
- รัตนะ บัวสนธ์. (2551). *ปรัชญาวิจัย*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวรรณกุล. (2552). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- สงวน นิตยารัมภพงศ์. (2556). *การบริหารระบบสุขภาพในท้องถิ่นกับอนาคตระบบสุขภาพไทย*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *ศาสตร์ทางการพยาบาล. ในการพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พริ้นติ้ง.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2552). *ทฤษฎีสังคมวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดม บัวศรี, (2544). *ปรัชญา*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Anne, B., Lori, R. and Angela, L. (2014). *Understanding Philosophy in a Nurse's World: What, Where and Why?*. Nursing and Health, 2(3): 65-71.
- Brink, H. (1992). *The science of nursing: current issues and dilemmas*. Curationis, 15 (2); 12-19.
- Butts, B. J and Rich, L. K. (2015). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. (2 nd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Cody, W. K. (2013). *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice*. (5th ed.). Burlington, MA : Jones & Bartlett Learning.
- Dahnke, M. D. and Dreher, M. H. (2011). *Philosophy of science for nursing practice : concepts and application*. New York : Springer Pub.
- DeWitt, R. (2010). *Worldviews : an introduction to the history and philosophy of science*. (2nd ed.). Chichester, West Sussex, U.K. ; Malden, MA : Wiley-Blackwell.

- Edwards, S.D. (1997). *What is philosophy of nursing*. Journal of Advanced Nursing, 25: 1089 - 1093.
- Edwards, S.D. (2001). *Philosophy of nursing : An introduction*. New York: Palgrave Publishers.
- Jan, R., Ian, G. (1997). *Philosophy for nursing*. London: Arnold.
- Leaman, O. (2000). *Eastern philosophy: key reading*. London: Routledge.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development & progress*. (5th ed). Pennsylvania : Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wikins.
- McEwan, M. & Will, E. M. (2011). *Theoretical basis for nursing*. (3th ed). Philadelphia : Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wikins.
- McEwan, M. and Will, E.M. (2014). *Theoretical basis for nursing*. (4th ed). Philadelphia : Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wikins.
- Rodgers, B. L. (2005). *Developing Nursing Knowledge: Philosophical Traditions and Influences*. Lippincott Williams & Wikins.