

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อภิญญา ถิ่นเดิม*, กุลทัต หงษ์ขยางกูร**,
อมร รอดคล้าย**, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย**, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ให้บริการสาธารณสุข ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้บริหารท้องถิ่น เครือข่ายในชุมชน รวม 27 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อค้นพบจากการศึกษา 4 ประเด็น คือ 1) การช่วยให้ได้รับสารอาหารเพียงพอและปลอดภัย ด้วยการจัดการอาหารและการรับประทาน การฟื้นฟูสมรรถภาพการกลืนลำบาก และการดูแลความสะอาดช่องปาก 2) การร่วมสร้างจิตวิญญาณเพื่อการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากผ่านการสร้างพลังใจ การฟื้นฟูความเป็นมนุษย์ และการช่วยเหลือเกื้อกูล 3) การบูรณาการนโยบาย ด้วยการประสานนโยบายการให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน นโยบายขยายศูนย์บริการเพื่อลดความแออัดและเพิ่มการเข้าถึงบริการ และนโยบายการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน 4) การบริหารจัดการระบบการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในชุมชน ประกอบด้วย การใช้หลักการบริหารจัดการในการทำงาน การบริหารการให้บริการในผู้ป่วยกลืนลำบาก การระดมทรัพยากรชุมชน และการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ผลการศึกษาจะช่วยให้ชุมชนมีแนวทางร่วมกันในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำไปเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบการให้บริการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน, การฟื้นฟูสภาพ, ภาวะกลืนลำบาก, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** อาจารย์ประจำ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Corresponding author, email: apinyayha@gmail.com, Tel. 085-0500534

Received : February 24, 2021; Revised : May 28, 2021; Accepted : June 7, 2021

Community Participation for Rehabilitation of Dysphagia in Post-Stroke Patients

Apinya Thindoem*, Kullatit Hongchayangkool**,
Amorn Rodklai**, Vorasith Sornsrivichai**, Karnsunaphat Balthip***

Abstract

This qualitative research explored community participation of dysphagia rehabilitation in post-stroke patients. Data were generated by in-depth interviewing and focus group discussions with four groups, including patients and caregivers, health care providers, policymakers, and community partners. The data gathered from 27 participants were analyzed by content analysis technique. The research findings showed four themes as 1) helping to provide sufficient nutrients and safe swallowing that composed of food preparation and eating, swallowing rehabilitation, and oral care 2) creating spirituality of dysphagia rehabilitation in post-stroke patients through encouragement, restoration of humanity, succor and support 3) policy integration by combining of policies for solving the problem of people, expansion of health services to reduce hospital overcrowding and improve access to health care, rehabilitation in the community and 4) management of dysphagia rehabilitation system by applying management approach, management of dysphagia patient services, mobilization of resources in the community, and development of the database. These findings will provide a community for a guideline of dysphagia rehabilitation in post-stroke patients. It also can be a model for other communities in a similar context and apply primary information for designing appropriate and effective rehabilitation services.

Keywords : Community participation, Rehabilitation, Dysphagia, Post-stroke patients

* Student, Master of Science (Health System Management), Public Policy Institute, Prince of Songkla University

** Instructor, Public Policy Institute, Prince of Songkla University

*** Assoc. Prof., Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Corresponding author, email: apinyayha@gmail.com, Tel. 085-0500534

Received : February 24, 2021; **Revised :** May 28, 2021; **Accepted :** June 7, 2021

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยคุกคามประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทุกปี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากกว่า 18 ล้านคน (World Health Organization, 2017) ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือภาวะกลืนลำบาก โดยกว่าร้อยละ 50 มีความยากลำบากในการควบคุมการบดเคี้ยวและกลืนอาหาร (Martino, Foley, Bhogal, Diamant, & Speechley, 2005) ในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบปัญหาการกลืนลำบากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร้อยละ 37.5 (โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2561) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ช่วง 2-4 สัปดาห์แรกพบความชุกของภาวะกลืนลำบากมากถึง ร้อยละ 50-80 (Martino et al, 2005) ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากนานกว่าหนึ่งปีมีแนวโน้มต้องได้รับอาหารทางสายไปตลอดชีวิตและมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 2 ปี ถึงร้อยละ 14 (Broadley, Croser, & Cottrell, 2003) ภาวะกลืนลำบากส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตสังคมและเศรษฐกิจ ในด้านร่างกายพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 49 (Fernandez, Ottensio, & Atanelov, 2013) ปอดติดเชื้อจากการสำลัก ร้อยละ 40-70 และอัตราการเสียชีวิตจากปอดติดเชื้อจากการสำลักสูงถึงร้อยละ 45 (Brogan, Langsdon, Brook, & Budgeon, 2014) ด้านจิตใจ ร้อยละ 41 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 31 ปฏิเสธการรับประทานอาหาร และเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นจาก 4.7 วัน เป็น 12.7 วัน เกิดภาวะในการรักษาและการฟื้นฟูเพิ่มขึ้น โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยผู้ป่วยกลุ่มนี้หนึ่งคนสูงถึง 12,715 ดอลลาร์สหรัฐ (Attrill, White, Murray, Hammond, & Doeltgen, 2018)

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วและต่อเนื่อง โดยควรได้รับการฟื้นฟูสภาพภายใน 6 เดือนแรก (Golden period) ด้วยการฟื้นฟูกล้ามเนื้อช่วยเคี้ยวและกลืน การจัดทำสำหรับการรับประทานอาหาร การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการฝึกรับประทานอาหารทางปากอย่างปลอดภัย (Elfetoh & Karaly, 2018) ผู้ป่วยกลืนลำบากที่มาใช้บริการที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ ร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอหาดใหญ่ ร้อยละ 30 เป็นผู้รับบริการนอกเขตอำเภอและจังหวัดใกล้เคียง กลุ่มผู้ป่วยในเขตอำเภอหาดใหญ่ได้รับการนัดให้มาฟื้นฟูที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 3 วัน พบว่า ร้อยละ 62.4 ของผู้ป่วยไม่สะดวกมาฟื้นฟูที่โรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาการคมนาคมจากบ้านสู่โรงพยาบาล เช่น ระยะเวลา ยานพาหนะ รวมทั้งไม่มีผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล (โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2561; ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลได้และกลุ่มที่อาศัยนอกเขตอำเภอจะได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพกลับไปฝึกที่บ้าน มีบริการติดตามอาการร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จากการประมวลข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดและจากการศึกษาที่ผ่านมา สรุปว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ร้อยละ 14.2 มีภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก มีน้ำหนักตัวลดลงถึง ร้อยละ 29.07 (โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2561; Jeon, Jung, Seo, Ryu, Han, & Oh, 2019) ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพไม่มีความก้าวหน้า ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลยาวนานขึ้น และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะพัฒนาสู่ระยะเรื้อรัง (Broadley et al, 2003; Fernandez et al, 2003) ครอบครัวประสบปัญหาการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Transitional period) ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลหลักไม่พร้อมช่วยเหลือดูแล ได้รับความรู้และการฝึกทักษะที่ไม่เพียงพอทำให้ขาดความมั่นใจ รวมถึงการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างไม่ถูกต้อง ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เมื่อกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้านไม่ใช่ผู้ดูแลหลักที่ดูแลในโรงพยาบาลจึงไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561; Rittman et al, 2004)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาหายได้เร็วขึ้น ประชาชนหน่วยงาน เครือข่ายองค์กรต่างๆ ในชุมชนเป็นส่วนสนับสนุนให้ครอบครัวกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (George, Mehra, Scott, & Sriram, 2015) โดยชุมชนสามารถเข้าไปมีบทบาทในการปรับ

สภาพแวดล้อมให้อื้อต่อการฟื้นฟูสุขภาพ ในลักษณะการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หน่วยงานทางการแพทย์เป็นแกนนำด้านสุขภาพในการฟื้นฟูสุขภาพและเยี่ยมบ้าน หน่วยงานท้องถิ่นช่วยบูรณาการทรัพยากร จัดสรรงบประมาณ และสนับสนุนให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น (อภิญญาวดี สันทะเกิต, 2559)

การทบทวนวรรณกรรมที่เผยแพร่และเข้าถึงได้ พบโปรแกรมการมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแลในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมารับประทานอาหารทางปากได้ดี ได้แก่ การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสุขภาพการกลืนและการรับประทานอาหาร (ลัดดา ศิลาเรียม, อธิรุช ห่านิรติชัย, และสมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2557) โปรแกรมกิจกรรมพยาบาลโดยการสอนแนะนำต่อการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับญาติและผู้ดูแล (วันวิสา คำสัตย์ และรุ่งระวี นาวิเจริญ, 2559) โปรแกรมการส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล (พิราลักษณ์ ลาภหลาย, ศุภร วงศ์ทัญญู, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2560) โปรแกรมที่กล่าวมาทั้งหมดเน้นการให้ความรู้การฟื้นฟูเฉพาะผู้ป่วยและญาติช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลและให้คู่มือการฟื้นฟูกลับไปฝึกต่อเองที่บ้าน กิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพไม่ครอบคลุมทุกหัวข้อการฟื้นฟูสุขภาพ ส่วนการติดตามผลเป็นการติดตามระยะสั้น 1 เดือน (พิราลักษณ์ ลาภหลาย และคณะ, 2560; ลัดดา ศิลาเรียม และคณะ, 2557; วันวิสา คำสัตย์ และรุ่งระวี นาวิเจริญ, 2559) และไม่พบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เข้าใจถึงความร่วมมือของชุมชนในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องหลังกลับบ้านไปใช้ชีวิตในชุมชน สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างความร่วมมือของชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูการกลืน การบริโภคอาหารดีขึ้น ลดภาระการดูแลของครอบครัว ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการไม่เปลี่ยนไปสู่การเป็นผู้ป่วยระยะเรื้อรัง เกิดเป็นชุมชนแห่งการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจากการกลืนลำบาก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลช่วงเดือน มกราคม ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล ประชากรเป็นผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากในโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 27 คน จาก 4 กลุ่มหลัก คือ 1) ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 6 เดือน การรับรู้ความเข้าใจดีและสื่อสารได้ ส่วนผู้ดูแลต้องเป็นผู้ดูแลหลักมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากอย่างน้อย 1 เดือน 2) ผู้ให้บริการสาธารณสุขเป็นเจ้าหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากในพื้นที่ อย่างน้อย 6 เดือน 3) ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้บริหารท้องถิ่น เป็นบุคคลที่มีส่วนกำหนดนโยบาย แผนงาน หรือจัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการทางสุขภาพ และ 4) เครือข่ายในชุมชน เป็นกลุ่มคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือมีประสบการณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย และอาศัยอยู่ในพื้นที่ อย่างน้อย 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ชุด คือ 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกภาคสนาม โดยเครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และแนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับ

สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เป็นแนวคำถามปลายเปิด มีคำถามหลัก คำถามรอง และคำถามเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง ส่วนแบบบันทึกภาคสนามใช้สำหรับบันทึกสิ่งที่สังเกตขณะสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เช่น สีน้หน้า ท่าทางการแสดงออก บรรยากาศและสิ่งแวดล้อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะกลืนลำบากในโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการระบบสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.88 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบมาแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 3 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาตรวจสอบคุณภาพซ้ำกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก 13 ครั้ง ครั้งละ 40-60 นาที ในผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 4 คน ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้บริหารท้องถิ่น จำนวน 6 คน ผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน จำนวน 1 คน และการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ๆ ละ 2-3 ชั่วโมง ในกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข จำนวน 9 คน กลุ่มเครือข่ายในชุมชน จำนวน 7 คน และวิเคราะห์คัดกรองข้อมูลทุกครั้งก่อนเก็บข้อมูลครั้งถัดไป

การสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัย ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness) ได้จากการวางแผนวิจัยภายใต้ความเชื่อของงานวิจัยเชิงคุณภาพ และเขียนผลการวิจัยที่สะท้อนถึงความเชื่อว่าเป็นธรรมชาติด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่ไม่กดดัน สร้างสัมพันธภาพให้มีความเป็นกันเอง เพื่อให้ความรู้สึกอิสระในการให้ข้อมูล โดยจัดทำนั่งในระดับเดียวกัน ใช้ห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีการรบกวนจากภายนอก การสัมภาษณ์จะใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างกระตุ้นนำ และถามคำถามต่อเนื่องจากคำตอบก่อนหน้าเพื่อสืบค้นและเจาะลึก โดยไม่ถามขึ้นนำความคิดจากผู้วิจัย ผู้วิจัยใช้ภาษาสุภาพ เข้าใจง่าย เมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นจะรับฟังด้วยความตั้งใจ แสดงความใส่ใจและเคารพต่อความจริง ไม่ตัดสินคุณค่าของผู้ให้ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจะสรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลับไปยังผู้ให้ข้อมูลทันทีหลังจากจบประเด็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน การสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มสนทนาต้องมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ข้อมูลในประเด็นวิจัย ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ฟังที่ดี จับประเด็นได้แม่นยำ รวมทั้งเปิดกว้างสำหรับคำตอบทุกรูปแบบและไม่ให้ความสำคัญกับผู้ให้ข้อมูลคนใดคนหนึ่ง การบันทึกภาคสนามจะทำหลังสัมภาษณ์เสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมง โดยการบันทึกสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะให้สัมภาษณ์ และสิ้นสุดการเก็บเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) โดยพิจารณาจากการที่ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการนำข้อมูลการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มมาถอดการสนทนาทุกคำอย่างละเอียด ทำความเข้าใจ ทบทวนข้อมูล จัดกลุ่มคำ (Code) ข้อความและประโยคสำคัญที่เป็นข้อมูลเดียวกับคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์ออกมา สร้างกรอบไว้เพื่อเป็นแนวทาง เปรียบเทียบความเหมือนความต่างของข้อมูล ข้อมูลที่เหมือนกันให้จัดไว้ด้วยกัน หากต่างกันให้จัดกลุ่มใหม่ จากนั้นจัดระบบข้อมูล แยกหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยรวบรวมเป็นประเด็นย่อย (Sub-theme) และประเด็นหลัก (Theme) ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกันกับประเด็นหลัก สรุปความตามประเด็น และเขียนคำบรรยายอย่างเป็นระบบตามเนื้อหาที่ปรากฏโดยละเอียด

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล การวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมวิจัยสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC 002/63 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงข้อมูลและลงนามยินยอม ผู้วิจัยให้ข้อมูลครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจ

เข้าร่วมหรือถอนตัว โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการศึกษา ระยะเวลาศึกษา กรณีมีคำถามที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกใจตอบ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ไม่ตอบ ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงการใช้คำถามเชิงคุกคาม ผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมวิจัย หากมีความประสงค์จะถอนตัวออกจากการศึกษาสามารถกระทำได้โดยอิสระ ข้อมูลการวิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ เพื่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูล เทปบันทึกการศึกษาก็จะถูกเก็บเป็นความลับและถูกทำลายเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลง ผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล นำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ข้อค้นพบจากการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 27 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 4 คน ผู้ป่วยเป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 78 ปี ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะกลืนลำบาก เฉลี่ย 4 เดือน ทั้งคู่เน้นถือศาสนาพุทธ รายได้เฉลี่ย 800 บาทต่อเดือน จากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ ได้รับการฟื้นฟูสภาพจากทีมเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ เดินทางไปยังสถานพยาบาลโดยให้ครอบครัวไปส่ง หรือเหมารถไปหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และใช้บริการรถ กู้ภัยของหน่วยงานรัฐและเอกชนในกรณีฉุกเฉินไปโรงพยาบาลส่วนกลาง ผู้ป่วยคนแรกอาศัยอยู่กับภรรยา คนที่สองอาศัยอยู่กับบุตรสาว บุตรชาย และหลานชาย ส่วนผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นเพศหญิงทั้งคู่ อายุเฉลี่ย 59 ปี ผู้ดูแลของผู้ป่วยคนแรกเป็นภรรยาของผู้ป่วย มีรายได้จากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ คนที่สองเป็นบุตรสาว ประกอบอาชีพค้าขาย รายได้เฉลี่ย 8,000 บาทต่อเดือน

ผู้ให้บริการทางสุขภาพ จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.89 อายุ เฉลี่ย 39.77 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ ร้อยละ 44.45 รองลงมาเป็นนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 22.22 เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข เท่ากัน ร้อยละ 11.11 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานประจำศูนย์แพทย์ชุมชน ร้อยละ 66.67 ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 33.33 และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากในพื้นที่ เฉลี่ย 4.7 ปี

ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้บริหารท้องถิ่น จำนวน 6 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน อายุเฉลี่ย 48.83 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีบทบาทเป็นผู้บริหารทางสาธารณสุขและท้องถิ่นเท่ากัน ร้อยละ 50 และมีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ เฉลี่ย 7.2 ปี

เครือข่ายในชุมชน จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 อายุเฉลี่ย 40.87 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เป็นเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 50 เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ และผู้ประกอบการร้านค้า เท่ากัน ร้อยละ 25 และอาศัยอยู่ในพื้นที่ เฉลี่ย 31.75 ปี

พบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ประเด็น

การช่วยให้ได้รับสารอาหารเพียงพอและปลอดภัย

การที่ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และผู้ประกอบการร้านอาหารในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความบกพร่องของกล้ามเนื้อ ดังรายละเอียด

การจัดการอาหารและการรับประทานอาหาร เป็นการที่ภรรยา บุตรสาว ญาติพี่น้อง แม่ค้าร้านอาหารแผงลอยในชุมชน ช่วยเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมตามสภาพการฟื้นฟูจากภาวะกลืนลำบาก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น *การเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย* เป็นการปรุงหรือประกอบอาหารให้มีลักษณะเหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยเพื่อไม่ให้สุดสัลัก ในช่วงแรกเป็นอาหารเหลวทางสายยาง เมื่อเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ผู้ดูแลจะเตรียมปรับเนื้อสัมผัสของอาหาร เริ่มจากเป็นอาหารบดตามระดับความหนืดข้น ปรับความละเอียด และปรับเป็นอาหารอ่อนเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดีไม่เกิดการสำลักขณะรับประทานอาหาร ดังภรรยาผู้ป่วยเล่าว่า

“ให้กินที่หม่ำมีน้ำก่อน ข้าวต้มโจ๊ก ข้าวต้มก็เอียด ๆ หน่อย...ข้าวต้มเกลืออะไรพั้นนั้นแล” (C2: 89-103)

กรณีครอบครัวไม่สามารถเตรียมอาหารได้เอง แม่ค้าร้านอาหารแผงลอยในชุมชน ช่วยเตรียมอาหารบดละเอียดที่เหมาะสมภายใต้คำแนะนำของญาติ และนำส่งถึงบ้านทุกวัน

“ข้าวต้มโจ๊กละ ๆ วันละ 2 ถัง...หัวรุ่งตี 6 โมงเช้า ก็เอาไปส่ง...แกเพิ่งสั่งประมาณ 2 เดือน บางทีเค้าก็ฝากสั่งมา สั่งมาวันต่อวัน” (M1: 8-13)

ส่วนการเตรียมอาหารให้เหมาะกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะอ่อนแรงของร่างกายจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย เมื่อได้รับอาหารที่มีกากใยต่ำระยะหนึ่งจะมีอาการท้องผูก ผู้ดูแลจึงต้องปรับอาหารให้มีกากใยเพิ่มขึ้น ดั่งบุตรสาวของผู้ป่วยเล่าว่า

“พออยู่มาพักนึงท้องผูกอีก พี่พยายามเปลี่ยนอาหาร...พอหลังอาหาร ก็หาผลไม้กิน กลัวยับข้าง บางทีก็พักท้องนึง กลืนง่ายเหนียว ๆ แบบหมอบอก พยาบาลสอน เราปรับเอง” (C1: 234-236)

การปรับวิธีการรับประทานอาหาร ในช่วงแรกผู้ป่วยที่มีศักยภาพจำกัดในการรับประทานอาหารทางปาก เกิดการสำลักน้ำลาย น้ำหรืออาหารง่าย ทำให้ภรรยา บุตรสาวและญาติพี่น้องต้องช่วยป้อนอาหารผ่านทางสายยาง เมื่อผู้ป่วยมีศักยภาพในการรับประทานอาหารมากขึ้น ภรรยาและบุตรสาวจะเริ่มฝึกให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก โดยปรับเป็นอาหารชนิดชิ้น และให้รับประทานเป็นคำเล็ก ๆ เพื่อป้องกันการสำลัก รวมถึงปรับเพิ่มมื้ออาหารเพื่อให้ได้ปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน ดังคำบอกเล่าว่า

“เราก็ลองให้กินข้าวต้มก่อน เป็นข้าวต้มไม่มีน้ำ พยาบาลบอกมา เราก็ลอง แกก็กินได้...ก็พยายามให้กินเรื่อย ๆ แกกินได้ที่ละนิด” (C1: 117-118)

การทานวิตามินที่เหมาะสมในการรับประทาน เมื่อผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยระยะยาว จึงเรียนรู้และปรับวิธีการดูแลโดยใช้ประสบการณ์เดิมมาจัดการการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ เช่น การตัดแปลงอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับความปลอดภัยจากการสำลักในการดื่มน้ำของผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของบุตรสาวว่า

“กับแก้วก็กินไม่ได้ ใหม่ ๆ สำลัก นึกถึงเด็ก พี่ลองให้กินกับขวดนมก็กินได้ กินอยู่ทุกวันนี้...กินกับขวดนมเหมือนเด็กเลย มันคงไหลออกมาทีละนิด แกเลยไม่สำลัก” (C1:120-123)

การฟื้นฟูสมรรถภาพการกลืนลำบาก เป็นการที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล เวชปฏิบัติ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ช่วยประเมินความพร้อมในการกลืนและช่วยทำให้กล้ามเนื้อคอกลุ่มเคี้ยวกลืนมีความแข็งแรงพร้อมรับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัย โดยแพทย์ประเมินศักยภาพในการกลืนและประเมินความเสี่ยงการสำลัก พยาบาลช่วยคัดกรองความเสี่ยงผ่านการทดสอบกลืนน้ำเบื้องต้นก่อนส่งผู้ป่วยเข้าคลินิก กรณีไม่มีแพทย์ลงเยี่ยมบ้าน พยาบาลช่วยประเมินความพร้อม ระดับความตื่นตัว การทำตามคำสั่ง การทรงตัวในท่านั่ง ส่วนนักกายภาพบำบัดช่วยประเมินการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อคอกลุ่มเคี้ยวกลืน

“แพทย์เป็นเรื่องการประเมินเป็นหลักเรื่องการกลืน ดูว่ามีโอกาสเกิดการสำลักจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการช่วยมัย เช่น ถ้ามีความเสี่ยงต่อการสำลักหรือกินไม่ได้ให้ใช้การ feeding (ให้อาหาร) ทางอื่นไปก่อน” (H6: 90-93)

การฟื้นฟูกล้ามเนื้อคอการเคี้ยวกลืน โดยนักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทยร่วมกันช่วยเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อช่วยเคี้ยวและกลืนให้แข็งแรงกลับมาใช้งานได้อย่างปลอดภัย นักกายภาพบำบัดเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยการบริหารกล้ามเนื้อ เสริมการออกกำลังในการเคลื่อนไหว เช่น การให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวริมฝีปาก ลิ้น ขากรรไกร และฝึกออกเสียงสระเสียงยาว “อา อู อี เอ โอ” ส่วนแพทย์แผนไทยช่วยนวดกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ปาก ลิ้น เพื่อลดการหลังของน้ำลาย และช่วยทำให้เกิดการกลืนที่ดีขึ้น

การดูแลความสะอาดช่องปาก เป็นการที่ภรรยา และบุตรสาว ร่วมมือกันทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยเพื่อป้องกันปอดติดเชื้อเมื่อมีการสำลักเกิดขึ้น โดยช่วงแรกผู้ป่วยยังมีอาการสำลักถี่ บุตรสาวช่วย

เซ็ดทำความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วยทุกวัน เมื่ออาการสาหัสน้อยลงและผู้ป่วยสามารถนั่งทรงตัวได้ บุตรสาวจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยตนเอง บุตรสาวผู้ป่วยเล่าว่า

“ตอนนั้นพ่อยังสาหัส เค้า (พยาบาล) บอกให้ทำความสะอาดปากเดี๋ยวบอดติดเชื้อ เค้าให้พี่เซ็ด วันละ 2 รอบ มีน้ำยาบ้วนปาก แก้วน้ำได้บ้างในช่วงหลัง ๆ...ตอนนี้แกลุกเองได้ ยกแกใส่รถเข็นแล้วมานั่งแปรงฟันเอง” (C1: 43-48)

การร่วมสร้างจิตวิญญาณเพื่อการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบาก

การที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ นักกายภาพบำบัด ผู้บริหารส่วนท้องถิ่นจากเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อสม. ร่วมให้กำลังใจ ช่วยเหลือและปรารภณาจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมารับประทานอาหารทางปากได้ ดังนี้

การสร้างพลังใจ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ นักกายภาพบำบัด ผู้บริหารจากท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ร่วมกันทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วยนำไปสู่ความร่วมมือในการฟื้นฟู ผ่านการให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยมีความเชื่อที่หลากหลายในการสร้างพลังใจ กลุ่มผู้บริหารจากเทศบาลและ อบต. เชื่อว่าการตรวจเยี่ยม พูดคุย ถามไถ่อาการกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่รู้สึกละเลยตาย มีผู้คนรอบข้างคอยช่วยเหลือ พยาบาลมีความเชื่อว่าการให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลของการสาหัส ความจำเป็นของการฝึกกลืนจะทำให้ผู้ป่วยไม่กลัวและมีความกล้าที่จะฝึกเพื่อการฟื้นฟู

“ผมเองก็เคยร่วมเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ ร่วมกับ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ในพื้นที่ไปเยี่ยม ไปถามไถ่ให้กำลังใจ...บ้านไหนที่เราไปเยี่ยมลงไปดูแล เค้ามีความสุข...พวกเราไปให้กำลังใจกัน พอเค้าได้รับรู้ เค้าก็มีกำลังใจ” (J4: 19-22)

การฟื้นฟูความเป็นมนุษย์ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และตัวผู้ป่วยปรารภณาต่อการฟื้นฟู อยากรับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ ผู้ป่วยและแพทย์มีความเชื่อร่วมกันว่า การได้รับประทานอาหารทางปาก การได้รับรสชาติและกลิ่นของอาหาร ถือเป็นจิตวิญญาณของการเป็นมนุษย์ เพื่อนบ้านและญาติของผู้ป่วยในชุมชนเชื่อว่า การรับประทานอาหารทางปากเป็นความสุขอย่างหนึ่งของมนุษย์ คนที่รับประทานอาหารทางสายไม่ได้รับรสชาติเป็นบุคคลที่มีความทุกข์ทางด้านมารับประทาน ทุกคนจึงปรารภณาให้ผู้ป่วยกลับมารับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ ผู้ป่วยและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชุมชน เล่าว่า

“กินได้แต่ไม่มีรสชาติ กินก็เหมือนไม่ได้กิน...มันไม่ได้ผ่านคอ เหมือนดอกไม้ไม่มีกลิ่น” (P1: 11-14)

“อยากให้มองเรื่องการฟื้นฟูเป็นเรื่องสำคัญ ผมมองว่าเรื่องการกินได้เป็นจิตวิญญาณของการเป็นมนุษย์ เพราะคนเราถ้ากินไม่ได้ ในความรู้สึกมันจะไม่เหมือนมนุษย์ การกินผ่านสายหรือการกินผ่านหน้าท้องมันไม่ได้รับรสชาติอาหาร...อยากให้เห็นความสำคัญของการกินได้” (H6: 530-533)

การช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นการเอื้อเพื่อสนับสนุนกันและกันของภาคีความร่วมมือทั้งหน่วยงานท้องถิ่นจากเทศบาลและหน่วยงานสาธารณสุขจากโรงพยาบาลศูนย์ในการทำงานดูแลประชาชนในพื้นที่ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนในเรื่องเงินจากการบริการ อีกทั้งยังแบ่งปันทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ร่วมกันให้เกิดประโยชน์เพื่อประชาชน โดยผู้บริหารท้องถิ่นจากเทศบาล และผู้บริหารจากโรงพยาบาลศูนย์ เล่าว่า

“เทศบาลรับผิดชอบทุกอย่างของศูนย์ ค่าน้ำ ค่าไฟ รายได้ส่งให้โรงพยาบาลหมด เพราะเราไม่ใช่ศูนย์การค้า เราสนับสนุนการบริการเพื่อประชาชน” (J4: 237-238)

“เทศบาลสนับสนุนเรา เค้าไม่คิดว่าตั้งค้หลังจากบริการแล้วตั้งค้จะเป็นของใคร เค้าให้เชื่อม “พีเอ็มเค”¹ ระบบโรงพยาบาลไปเลย...บริการอะไรทั้งหมด กำหรือขาดทุน ยกให้โรงพยาบาลทั้งหมด” (J2: 159-163)

หมายเหตุ: 1 “พีเอ็มเค” = PMK ย่อมาจากคำว่า Phramongkut Software แปลว่า โปรแกรมซอฟต์แวร์พระมงกุฎ เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบริหารระบบงานโรงพยาบาล จัดการฐานข้อมูล เชื่อมโยงฐานข้อมูล และสนับสนุนระบบการให้บริการทางสาธารณสุข

การบูรณาการนโยบาย

การประสานแบบแผนความคิดของผู้บริหารหน่วยงานระดับท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อใช้เป็นหลักยึดในการปฏิบัติ ซึ่งแม้จะแตกต่างกันอยู่บ้าง แต่สามารถนำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินงาน การฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ ดังรายละเอียด

นโยบายการให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน แบบแผนความคิดของผู้บริหารท้องถิ่นที่ต้องการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนจากการไปรับบริการฟื้นฟูในพื้นที่ โดยริเริ่มแนวคิดจากผู้บริหารท้องถิ่นในอดีตและได้รับการสานต่อร่วมกับชุมชน เกิดเป็นศูนย์บริการในปัจจุบัน

“ประชาชน ชาวบ้านที่อยู่ในพื้นที่ของเราหรือพื้นที่ข้างเคียงได้รับความเดือดร้อนที่เดินทางไปโรงพยาบาล หาดใหญ่...สมมติว่าพนักงานโรงงานเป็นสามภรรยา คนหนึ่งไปหาหมอ คนหนึ่งก็ต้องลา คนที่เค้าลำบาก ต้องนั่งมอเตอร์ไซด์ไป ต้องนั่งสองแถวไป...เลยมาเป็นนโยบายที่เราจะต้องส่งเสริมดูแลศูนย์สาธารณสุขของเราให้ดีที่สุด” (J4: 3-16)

นโยบายขยายศูนย์บริการเพื่อลดความแออัดและเพิ่มการเข้าถึงบริการ เป็นแบบแผนความคิดของผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ที่รับนโยบายมาจากกระทรวงสาธารณสุขในการลดความหนาแน่นของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยขยายการบริการเข้าไปในชุมชนรอบเมืองเพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลา รอคอยและช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการบริการด้านฟื้นฟูที่สะดวกยิ่งขึ้น

“นโยบายถ้าจากกระทรวงมีเรื่องลดการแออัด เราจะขยายเป็น “พีซีซี”² รอบเมือง โรงพยาบาลเรารับมา เพราะว่าเราเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องดูแลชุมชนรอบนี้ ศูนย์แพทย์ก็เป็น “พีซีซี” หนึ่งของโรงพยาบาลเรา” (J5: 4-10)

นโยบายการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน เป็นแบบแผนความคิดของผู้บริหารด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดโดยรับนโยบายมาจากกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ระยะที่เปลี่ยนผ่านจากบ้านสู่ชุมชน โดยเน้นการฟื้นฟูสภาพภายใน 6 เดือน แรก

“อีกทางหนึ่งก็ลงไปชุมชนเลย คือไปฟื้นฟูสภาพในชุมชน เริ่มมีนโยบายมาทางนี้ของจังหวัดเรานะ แล้ว “ไอเอ็มซี”³...ตอนนี้เค้าเริ่มมาทำในชุมชน คือเมื่อคนไข้กลับมาถึงบ้านต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง” (J5: 150-159)

การบริหารจัดการระบบการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในชุมชน

การที่โรงพยาบาลศูนย์ ศูนย์แพทย์ชุมชน และ รพ.สต. ร่วมเชื่อมโยงงานการดูแลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศูนย์สู่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังรายละเอียด

การใช้หลักการบริหารจัดการในการทำงาน คือการที่ผู้บริหารจากโรงพยาบาลศูนย์ ผู้บริหาร รพ.สต. และผู้บริหารท้องถิ่น ร่วมทำงานโดยนำหลักการบริหารจัดการมาขับเคลื่อนด้านฟื้นฟูและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อันจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากได้ ประกอบด้วย การวางแผน การลงมือดำเนินการ การติดตามประเมินผลและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น ในระดับงานท้องถิ่น ใช้

หมายเหตุ: 2 “พีซีซี” = PCC ย่อมาจากคำว่า Primary Care Cluster แปลว่า การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้เป็นกลุ่มบริการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันด้วยทีมสหวิชาชีพ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว

หมายเหตุ: 3 “ไอเอ็มซี” = IMC ย่อมาจากคำว่า Intermediate care แปลว่า การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ในผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน

หลักการบริหารจัดการมาช่วยขับเคลื่อนงาน โดยผู้บริหารท้องถิ่นมอบหมายให้ผู้นำชุมชนหรือประชาชนช่วยสำรวจผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากในพื้นที่ เมื่อได้ข้อมูลประสานงานไปยังหน่วยงานสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชน รพ.สต. และประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การบริหารการให้บริการในผู้ป่วยกลืนลำบาก โดยศูนย์แพทย์ชุมชนและ รพ.สต. ร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามศักยภาพของหน่วยบริการและตามความซับซ้อนของผู้ป่วย เพื่อความครอบคลุมในการดูแลทั้งการฟื้นฟูหลังจากเจ็บป่วยและการส่งเสริมสุขภาพก่อนการเจ็บป่วยที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะกลืนลำบาก *การให้บริการตามความสามารถของหน่วยงาน* โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ นักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลศูนย์ที่ปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์ชุมชน และพยาบาลเวชปฏิบัติ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข จาก รพ.สต. ร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามศักยภาพของหน่วยบริการเพื่อให้บริการที่ครอบคลุมทั้งเขตพื้นที่ การให้บริการพื้นฐานทั่วไปเป็นหน้าที่ของ รพ.สต. ส่วนการให้บริการที่ซับซ้อนเฉพาะทางเป็นหน้าที่ของศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลมากกว่า *การให้บริการตามแนวคิดการให้บริการสุขภาพ* (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพ) โดยศูนย์แพทย์ชุมชน และ รพ.สต. ร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยให้บริการฟื้นฟูการกลืนลำบากที่ศูนย์แพทย์ชุมชนในรูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD) และให้การฟื้นฟูที่บ้านของผู้ป่วย รวมทั้งให้บริการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุภาวะกลืนลำบาก ด้วยการรณรงค์ลดหวาน งดแอลกอฮอล์ เน้นอาหารสุขภาพในชุมชน เช่น การสร้างมาตรการชุมชนงดสูบบุหรี่และดื่มสุราในงานบุญ งานประเพณี มาตรการไม่ขายขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมบริเวณสถาบันการศึกษา เป็นต้น

การระดมทรัพยากรชุมชน เป็นการที่หน่วยบริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลศูนย์ศูนย์แพทย์ชุมชน รพ.สต. หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน เครือข่ายต่าง ๆ และกลุ่มประชาชน ร่วมจัดการทรัพยากรในชุมชนมาใช้สนับสนุนการฟื้นฟูผู้ป่วย *การบริหารงบประมาณตามระเบียบของกองทุน* เป็นการจัดการกองทุนที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถเบิกจ่ายเงินไปสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ป่วย โดยหน่วยบริการสุขภาพในตำบลสามารถทำโครงการเพื่อของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นระดับจังหวัด ส่วน รพ.สต. จะมีพยาบาลช่วยจัดการเขียนแผนการดูแล (Care plan) ผ่านระบบออนไลน์ เพื่ออนุมัติเบิกจ่ายค่าตอบแทนจากกองทุนระบบการดูแล ระยะยาว (Long term care) ให้กับผู้ดูแลที่มาช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยกลืนลำบากที่ไม่มีคนดูแล *การสนับสนุนพื้นที่การทำงาน* เทศบาลมอบอาคารหลังเดิมที่ไม่ได้ใช้งานและปรับปรุงอาคารให้มีความพร้อมเหมาะสมให้กับโรงพยาบาลศูนย์ใช้เป็นที่ตั้งของศูนย์บริการสุขภาพหรือศูนย์แพทย์ในชุมชน ตั้งผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ เล่าว่า

“โซนนั้นโชคดี เค้า (เทศบาล) ยกที่ทำการของเทศบาลเก่าให้ อยู่ในตำแหน่งที่ชาวบ้านเข้าถึงสะดวกพอดีทำเลที่ตั้งอยู่ใจกลางชุมชน ใกล้ตลาดริมถนน...ถ้าไม่มีที่เราก็คงไม่สามารถไปจัดตั้งได้” (J2: 15-18)

การจัดการกำลังคนของทีม เป็นการที่หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานท้องถิ่น และหน่วยงานเอกชน ร่วมช่วยกันจัดทีมทำงานให้เหมาะสมเพื่อการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบาก ประกอบด้วย การจัดทีมช่วยพื้นที่ โดยโรงพยาบาลศูนย์ร่วมจัดหาทีมสหวิชาชีพไปดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ตามบริบทตามอัตรากำลังที่มีอยู่ในช่วงแรกมีเพียงบุคลากรที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร ช่วงหลังเพิ่มนักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ทันตแพทย์เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วย ต่อมาโรงพยาบาลประสบปัญหาการรอบอัตรากำลังเกินทำให้ไม่สามารถจ้างบุคลากรเพิ่มได้ เทศบาลช่วยจ้างพนักงานมาช่วยทำงาน และบริษัทเอกชนร่วมสนับสนุนผู้พิการในโครงการจ้างงานผู้พิการตามกฎหมายมาช่วยงานบริการในศูนย์บริการ ส่วนการใช้ศักยภาพภายใต้วิชาชีพ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ แพทย์แผนไทย และ

นักกายภาพบำบัดในพื้นที่ ร่วมกันฟื้นฟูผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากด้วยความรู้ความสามารถตามบทบาทของวิชาชีพ แพทย์ประเมินความพร้อมการกลืน พยาบาลให้คำแนะนำ เปลี่ยนสายให้อาหาร แพทย์แผนไทยช่วยนวดกล้ามเนื้อปาก และนักกายภาพบำบัดช่วยฟื้นฟูกล้ามเนื้อเนื้อกลุ่มการกลืน ด้วยความรู้เรื่องการฟื้นฟูการกลืนที่มีจำกัด ทีมสหวิชาชีพจึงร่วมเสริมศักยภาพของทีม โดยหาความรู้เพิ่มเติมผ่านการเรียนรู้ร่วมกับนักกิจกรรมบำบัดที่มาช่วยในพื้นที่ และการเรียนรู้จากการอบรมเพิ่มเติมจากหลักสูตรที่โรงพยาบาลศูนย์จัดให้

ชุมชนช่วยชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน รพ.สต. เทศบาล อบต. หน่วยงานเอกชน มูลนิธิ ผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชนในชุมชนช่วยกันทำให้เกิดการฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการบริจาคเงินเพื่อใช้ประโยชน์ในชุมชน เช่น กองทุนบุญจากการบริจาคเบี้ยสวัสดิการผู้สูงอายุที่ไม่ประสงค์รับรายเดือน และเงินจากกลุ่มชมรมศาลเจ้าสามารถนำมาช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากที่ยากไร้ได้ การสนับสนุนและจัดการอุปกรณ์สิ่งของที่จำเป็น โดยศูนย์แพทย์ชุมชนจัดระบบการให้ยืมอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการกลืนลำบาก เช่น เครื่องดูดเสมหะ ส่วนใหญ่ได้จากการร่วมบริจาคของประชาชนและหน่วยงานในพื้นที่ โดยการทำทะเบียนอุปกรณ์ที่ได้จากการบริจาคและการทำทะเบียนการขอใช้อุปกรณ์ตามลำดับ การบริหารจัดการมิให้อุปกรณ์ที่ยืมศูนย์หายโดยการวางมัดจำเงินก่อนรับอุปกรณ์ไปใช้ และคืนเงินเมื่อนำมาส่งคืน ส่วนความร่วมมือของหน่วยบริการสุขภาพกับหน่วยงานเอกชน ทั้งสององค์กรได้ร่วมทำโครงการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย ดังข้อมูลจากผู้อำนวยการ รพ.สต. กล่าวว่า

“ตอนนี้ที่ทำเชื่อมกันอยู่กับโรงงานในพื้นที่ มีเรื่องของถุงมือ อนามัยทำโครงการร่วมกับทางบริษัทครีตรังกรุป...ผู้ป่วยกลืนจำเป็นต้องใช้ อย่างเช่นการใส่อาหาร การเปลี่ยนสาย...ช่วยลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยและญาติได้” (J1: 18-26)

การอำนวยความสะดวก หน่วยงานท้องถิ่นและมูลนิธิเอกชนร่วมสนับสนุนการบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน การรับส่งบุคลากรจากโรงพยาบาลศูนย์เข้าพื้นที่ การช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เทศบาล อบต. และมูลนิธิเอกชนสนับสนุนช่วยเหลือการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล เทศบาลช่วยรับ-ส่ง ทีมสหวิชาชีพลงพื้นที่ไปฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้าน โดยจัดให้บริการรถรับส่งสัปดาห์ละ 2 วัน ตามตารางการออกเยี่ยม ในขณะที่เดียวกันหากยานพาหนะไม่เพียงพอในการให้บริการเยี่ยมบ้าน เทศบาลช่วยเหลือเพิ่มเติม โดยให้รถทางราชการมาใช้เพิ่มเติม ส่วนกรณีการลงเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลสามารถใช้งบประมาณจากกองทุนปฐมภูมิจัดเหมารถเดินทางไปเยี่ยมผู้ป่วยได้

การพัฒนาระบบฐานข้อมูล การที่หน่วยบริการสุขภาพรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไว้อย่างเป็นระบบเพื่อสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมายังพื้นที่ ประกอบด้วย *ระบบการดูแลต่อเนื่อง* คือระบบที่โรงพยาบาลศูนย์พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นตัวกลางระดับอำเภอในการเชื่อมโยงและสื่อสารข้อมูลเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน โดยทำระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังเตือนยังพื้นที่และติดตามการตอบกลับการลงเยี่ยมผู้ป่วย การศึกษานี้ ระบบการดูแลต่อเนื่องเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย พยาบาลจะวางแผนจำหน่าย ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังพื้นที่ปลายทางผ่านระบบเยี่ยมบ้าน จากนั้นศูนย์ดูแลต่อเนื่องจะส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ปลายทางผ่านอีเมล และสร้างระบบติดตามการตอบกลับทางฐานข้อมูลตามตัวชี้วัดเมื่อดำเนินการสำเร็จ *ระบบส่งต่อเฉพาะทาง* คือระบบที่สร้างขึ้นเพื่อนำข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพไปยังพื้นที่ปลายทาง การศึกษาคั้งนี้ เป็นโปรแกรมออนไลน์เฉพาะด้านทางการฟื้นฟูสภาพ หากพื้นที่ได้รับข้อมูลจากระบบส่งต่อเฉพาะทางจากโปรแกรมดังกล่าว พื้นที่จะสามารถใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาเพื่อฟื้นฟูสภาพตามโปรแกรมที่ถูกประเมินได้ทันที *สื่อความรู้เพื่อการสื่อสาร* เป็นตัวกลางที่ใช้ถ่ายทอดองค์ความรู้ไปสู่ผู้ป่วยและชุมชน โดยโรงพยาบาลศูนย์พัฒนาสื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยกลืนลำบากเบื้องต้นในแอปพลิเคชันไลน์ของโรงพยาบาลใช้งานผ่านโทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ผู้ป่วยและญาตินำไปฟื้นฟูสภาพได้ด้วยตนเองที่บ้าน จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการที่เฉพาะทาง ทำให้ญาติและตัวผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ประหยัดค่าเดินทางโดยไม่ต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลใหญ่

อภิปรายผลการวิจัย

ประเด็นหลักที่พบในการศึกษาครั้งนี้ การช่วยให้ได้รับสารอาหารเพียงพอและปลอดภัย ช่วยฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้จากหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ลักษณะของภาวะกลืนลำบากเป็นสิ่งที่มองเห็นและสัมผัสได้อย่างเป็นรูปธรรม ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีสายให้อาหารติดทางจมูกเป็นสิ่งบ่งชี้ที่คนรอบข้างรับรู้ได้อย่างชัดเจน การฟื้นฟูที่ต้องการการพึ่งพาและระยะเวลาที่ยาวนานซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ชีวิตร่วมไปด้วย สร้างการรับรู้ ความรู้สึกถึงความยากลำบากทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล จนให้ความสำคัญของการกลับมารับประทานอาหารตามปกติด้วยตนเอง บุคลากรทางสุขภาพให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลืนลำบากด้วยทราบถึงช่วงเวลาทองของการฟื้นฟูสภาพ หากเกินช่วงเวลาดังกล่าวโอกาสที่ผู้ป่วยจะต้องอยู่แบบพึ่งพิงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายยิ่งขึ้น (Elfetoh & Karaly, 2018) การร่วมมือกันเตรียมอาหารและเตรียมการรับประทานอาหารทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอและมีความปลอดภัยจากการสำลัก ผู้ดูแลต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดการอาหารทุกมื้อ (Nund, Scarinci, Cartmill, & Ward, 2015) จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัวอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ซึ่งผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางเครือญาติจะให้ความสนใจและใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าคนที่อยู่นอกครอบครัว (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติในการร่วมฟื้นฟูจะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมารับประทานอาหารทางปากและถอดสายยางได้เร็วยิ่งขึ้น เนื่องจากญาติเป็นบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและกลับไปดูแลต่อที่บ้าน (บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์, 2560; พิรลักษ์ณ์ ลาภหลาย และคณะ, 2560) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อผู้ดูแลหลักประสบปัญหาการเตรียมอาหาร ชุมชนช่วยประกอบอาหารและเตรียมส่งให้ผู้ป่วยทุกเช้าเนื่องจากความสัมพันธ์ของคนในชุมชนยังถ้อยทีถ้อยอาศัยช่วยเหลือกัน อย่างไรก็ตามการที่ผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชนร่วมประกอบอาหารและนำส่งอาหารให้กับผู้ป่วยครั้งนี้ หน่วยงานในชุมชนไม่ได้รับรู้ปัญหาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อาหารจากภายนอก แต่เป็นการที่ญาติของผู้ป่วยแสวงหาความช่วยเหลือจากชุมชนด้วยตัวเอง

การร่วมสร้างจิตวิญญาณเพื่อการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบาก ช่วยฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายว่า ผู้ป่วยและทีมบุคลากรทางการแพทย์มองว่า การรับประทานอาหารเป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ มนุษย์ต้องการสารอาหารเพื่อการดำรงชีวิต จากบริบท ผู้ให้ข้อมูลและผู้คนในชุมชนเป็นพุทธศาสนิกชนที่มีความเชื่อ มีจิตวิญญาณความเมตตากรุณาอยากช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดีขึ้นตามบทบาทของตน โดยผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่เพื่อแสดงความกตัญญูแก่บิดา มารดา องค์กรสุขภาพให้การฟื้นฟูสภาพตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ คนในชุมชนร่วมเยี่ยมให้กำลังใจเห็นแก่ความเป็นเพื่อนมนุษย์ จึงเกิดเป็นความร่วมมือของทุกฝ่ายที่ร่วมกันให้ผู้ป่วยกลับมารับประทานอาหารทางปากได้ในที่สุด จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ความเข้าใจ ต้องการความรักจากคนรอบข้าง โดยหน่วยบริการในชุมชนได้สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วยสหวิชาชีพที่บ้านเพื่อสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ร่วมด้วย (นงนุช เพ็ชรรวง, ปณิตดา ปรียทฤม, และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง, 2556)

การบูรณาการนโยบาย ช่วยฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายว่า การดำเนินงานของท้องถิ่นปรากฏเป็นรูปธรรมชัดเจน ผู้นำชุมชนตระหนักเห็นความสำคัญ จึงกำหนดนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ นโยบายเปิดศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน ส่วนหน่วยงานสาธารณสุขมีนโยบายลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่จึงหาความร่วมมือจากชุมชนเพื่อขยายหน่วยบริการ และด้วยบริบทของพื้นที่ศึกษาอยู่ห่างจากตัวเมืองถึง 28 กิโลเมตร การมีนโยบายให้บริการในพื้นที่จึงทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก สอดคล้องกับ

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนที่ 5 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุม (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และการศึกษาของนางนุช เพ็ชรรวง และคณะ (2556) สรุปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในชุมชน ต้องประกอบด้วย การสนับสนุนนโยบายและทรัพยากรจากชุมชน จากหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานท้องถิ่น การจัดบริการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบที่อาศัยความร่วมมือของชุมชนมาช่วยกำหนดนโยบาย วางแผนงานการดูแลและช่วยดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

การบริหารจัดการระบบการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในชุมชน ช่วยฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายว่า ด้วยพื้นที่การศึกษานี้มีหน่วยบริการสุขภาพของรัฐถึง 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ทำให้มีบุคลากรที่ดูแลประชาชนในเขตบริการได้อย่างครอบคลุม ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ บุคลากรได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลศูนย์และหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ลักษณะการดำเนินงานต่อการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่หมายรวมถึงผู้ป่วย ผู้ดูแล คนในชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยบริการท้องถิ่น และเครือข่ายในชุมชน (George et al, 2015) จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในชุมชน ต้องประกอบด้วย การออกแบบระบบการจัดและให้บริการผู้ป่วย โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยลดภาระค่าเดินทางของผู้ป่วย ช่วยติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการจัดระบบข้อมูลผู้ป่วยให้เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานต้นทางและปลายทาง (นางนุช เพ็ชรรวง และคณะ, 2556) และการศึกษาของ ปิยนุช ภิญโย และคณะ (2558) พบว่า การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านได้ดีและเกิดความต่อเนื่องในการวางแผนการดูแลร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ อสม. โดยสร้างการมีส่วนร่วมช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่วนการระดมทรัพยากรชุมชน อธิบายว่า การศึกษานี้มีความหลากหลายทางบริบทพื้นที่ แบ่งการปกครองออกเป็นส่วนเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล จึงสามารถจัดสรรงบประมาณดูแลผู้ป่วยได้เพียงพอ และบูรณาการทรัพยากรชุมชนได้อย่างคุ้มค่า เป็นปัจจัยที่ทำให้การฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากสำเร็จไปด้วยดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการในชุมชนของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูที่บ้านจะไม่รู้สึกแปลกแยก และรู้สึกอบอุ่นกว่าเมื่อได้อยู่กับครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้เกิดเป็นสังคมบูรณาการในระดับชุมชนที่อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและยั่งยืน (อภิญญาวดี สิ้นทะเกิด, 2559)

อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดการเข้าไปในชุมชนจากการระบาดของ covid-19 และจำนวนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยมีน้อยจากการกำหนดเกณฑ์ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการสื่อสารของผู้ป่วยรวมทั้งผู้ให้ข้อมูลไม่ครอบคลุมกลุ่มเครือข่ายเอกชนและโรงงานอุตสาหกรรมในชุมชน

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับตติยภูมิและระดับปฐมภูมิควรมีแนวทางการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากในชุมชน โดยจัดทำแผนระดับครอบครัวและชุมชน จัดหาแหล่งเพิ่มพูนทักษะการฟื้นฟูกลืนลำบากเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับทีมในพื้นที่ เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติ นักกายภาพบำบัด อสม. และพัฒนาระบบฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชนสามารถเข้าถึงได้

2. หน่วยบริการสาธารณสุขร่วมกับชุมชนพัฒนารูปแบบการจัดระบบอาหารสำหรับผู้ป่วยกลืนลำบากเช่น การจัดตั้งสหกรณ์ชุมชนให้ร้านค้าหรือผู้ประกอบการในพื้นที่มีส่วนร่วม และควรพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการอาหารในชุมชน โดยจัดหาแหล่งเรียนรู้ในการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะกลืนลำบาก รวมถึงอาหารที่เหมาะสมทางโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. หน่วยบริการสาธารณสุขควรร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยภาวะกลืนลำบาก เพื่อจัดสรรงบประมาณสำหรับการฟื้นฟูสภาพ สนับสนุนนวัตกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

4. ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถนำรูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานสาธารณสุขในระดับตติยภูมิ ระดับปฐมภูมิ หน่วยงานท้องถิ่น เทศบาล อบต. ชุมชน และครอบครัวที่เข้ามาช่วยผู้ป่วย การนำแนวคิดการบูรณาการนโยบายและการจัดระบบบริการไปปรับใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอื่น ๆ ในชุมชน และสามารถนำไปเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงได้

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบนวัตกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น นวัตกรรมผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับฝึกกลืน นวัตกรรมอุปกรณ์ที่ใช้ในการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำสำหรับผู้ป่วยกลืนลำบาก รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติมโดยขยายขอบเขตกลุ่มผู้ให้ข้อมูลครอบคลุมเครือข่ายเอกชน โรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- นางนุช เพ็ชรร่วง, ปนัดดา ปรียทฤม, และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 4(1), 25-34.
- บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการทำหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(2), 28-37.
- ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, เพชรไสว ลัมตระกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, จิราพร วรวงศ์, วิฑูรย์ เชื้อสวน,...
วนิดา ศรีพรหมษา. (2558). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, (35)2, 93-112.
- พิราลักษณ์ ลาภหลาย, ศุภร วงศ์วฑูญ, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ผลลัพธ์การดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับและความปลอดภัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *รามาชิดิพยาบาลสาร*, 23(1), 78-98.
- โรงพยาบาลหาดใหญ่ ฝ่ายเวชระเบียนสถิติ. (2561). *สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2561*. สงขลา: โรงพยาบาล.
- ลัดดา ศิลาเรียม, จีรนุช ห่านิรติชัย, และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *พยาบาลสาร*, 41(พิเศษ), 180-191.
- วันวิสา คำสัตย์, และรุ่งระวี นาวิเจริญ. (2559). ผลของกิจกรรมพยาบาลการสอนแนะนำการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก. *วารสารแพทย์นาวิ*, 43(3), 18-35.

- ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2561). สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(2), 26-39.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). *แผนยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2565)*. สืบค้นจาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20190329105418_1_.pdf
- อภิญญาวดี สันทะเกิด. (2559). *การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในเขตเทศบาลนครสมุทรสาคร* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- Attrill, S., White, S., Murray, J., Hammond, S., & Doeltgen, S. (2018). Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 1-18. doi: 10.1186/s12913-018-3376-3.
- Brogan, E., Langdon, C., Brookes, K., Budgeon, C., & Blaker, D. (2014). Factor associated with respiratory infections in the first week post stroke. *Neuroepidemiology*, 43(2), 140-144. doi: 10.1159/000366423.
- Broadley, S., Croser, D., & Cottrell, J. (2003). Predictors of prolonged dysphagia following acute stroke. *J Clin Neurosci*, 10(3), 300-305. doi: 10.1016/s0967-5868(03)00022-5.
- Elfetoh, E. E., & Karaly, S. M. (2018). Effect of swallowing training program on dysphagia following cerebrovascular stroke. *Egypt Nurs J*, 15(2), 125-134. doi: 10.4103/ENJ.ENJ_10_18
- Fernandez, M. G., Ottension, L., & Atanelov, L. (2013). Dysphagia after stroke: an overview. *Phys Med Rehabil Rep*, 15(3), 187-196. doi: 10.1007/s40141-013-0017-y.
- George, A. S., Mehra, V., Scott, K., & Sriram, V. (2015). Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the natures of engagement with communities. *PLoS ONE*, 10(10), 1-25. doi: 10.1371/journal.pone.0141091
- Jeon, I. J., Jung, G. P., Seo, H. G., Ryu, J. S., Han, T. Y., & Oh, B.M. (2019). Proportion of aspiration pneumonia cases among patients with community-acquired pneumonia: a single-center study in Korea. *Ann Rehabil Med*, 43(2), 121-128.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., & Speechley, M. (2005). Dysphagia after stroke incidence, diagnosis, and pulmonary complications stroke. *AHA Journal*, 36(12), 2756-2763. doi:10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb.
- Nund, R. L., Scarinci, N. A., Cartmill, B., & Ward, B. E. (2015). Dysphagia and the Family; Seminar in dysphagia. *Intech*, 159-175. doi: org/10.5772/60856
- Rittman, M., Faircloth, C., Boylstein, C., Gubrium, J. F., Williams, C., Puymbroeck, M.V., & Ellis, C. (2004). The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *JRRD*, 41(3a), 259-268.
- World Health Organization. (2017). *Cardiovascular disease (CVDs)*. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

