



การทำงานของเครือข่ายชุมชนในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่อง ทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*

ภัทรวรรณ นิสัยนัต พย.ม.** สมจิต แดนสีแก้ว PhD.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ เป็นการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาประสบการณ์และการรับรู้ของชุมชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน 10 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มผู้ร่วมวิจัยคือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล 10 คน กลุ่มเสี่ยง 30 คน อสม. 30 คน ผู้นำชุมชน 10 คน สมาชิกสภาเทศบาล 4 คน สหสาขาวิชาชีพ 6 คน รวม 90 คน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 – มกราคม พ.ศ. 2560 ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชน ระยะที่ 2 เปิดเวทีร่วมวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน และระยะที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ประสบการณ์และการรับรู้ของชุมชน เก็บข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 12 คน นำประสบการณ์การนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีเสวนากลุ่ม กลุ่มละ 50 คน 2 ครั้ง ในระดับหมู่บ้าน และร่วมประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) การประเมินอาการและการรับรู้อาการ พบว่าญาตินำส่งเนื่องจากการรับรู้อาการถูกต้อง ผู้ป่วยเข้าถึงระบบทันเวลา จำนวน 2 คน (ร้อยละ 9) และไม่ทันเวลา 21 คน (ร้อยละ 91) 2) การประสานขอความช่วยเหลือโดยเครือข่ายชุมชน โดยรพ.สต. ประสานโทรแจ้ง 1669 จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 9) ญาติประสานโทรแจ้ง 1669 จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 17) และไม่มีการประสานขอความช่วยเหลือ จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 74) 3) การตอบสนองต่ออาการและการจัดการกับอาการ พบว่าผู้ป่วยพยายามรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเองตามการรับรู้ถึงความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยบางรายพยายามอดทนต่ออาการที่เกิดขึ้น และรอต่อการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง 4) การตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล การตัดสินใจ พบว่า ญาติตัดสินใจนำส่ง 21 คน (ร้อยละ 91) ตัวผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง 2 คน (ร้อยละ 9) การเดินทาง ผู้ป่วยทุกคนที่เดินทางเอง 17 ราย (ร้อยละ 74) โดยไม่มีการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล มีการส่งด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 6 คน (ร้อยละ 26) สรุปผลการวิจัย เวทีการเรียนรู้ร่วมกันและศรัทธาในศักยภาพของเครือข่ายชุมชน ใช้การเรียนรู้ความจริงของชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการรับรู้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เวทีการเรียนรู้ร่วมกันและศรัทธาในศักยภาพของเครือข่ายชุมชน ใช้การเรียนรู้ความจริงของชุมชนแลกเปลี่ยน การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีย่อยร่วม และวิธีทำงานด้วยหัวใจของชุมชน เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพ เห็นคุณค่าในสังคม มีความตระหนัก อยากร่วมพัฒนา มีพลังของเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และร่วมกันนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาชุมชนเป็นสังคมอยู่ดีมีสุข

คำสำคัญ: การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

*เป็นส่วนของวิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น เรื่อง การวิเคราะห์แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นายกิตติมงคล สماعيلพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ



Community Network Operation to Increase Express Health Care Services to Stroke Patients of Health Promotion Hospital in Tambon Ban Phue and Tambon Phra Lub, Amphoe Mueang, Khon Kaen*

Pattharawan Nissayan M.S.N.** Somjit Daenseekaew PhD.***

Abstract

This qualitative research analyzed community engagement in community experiences and perceptions of accessing health services of stroke patients living in 10 villages, which are the responsibility of the Ban Phue District Health Promotion Hospital, Phra Lab Sub-District, Muang District, Khon Kaen Province. The study composed of 90 participants; 10 caregivers, 30 person with risk risks, 30 community health volunteers, 10 community leaders, 4 councilors, 6 multidisciplinary health providers. This study was conducted in 3 phases; phase 1: gather community information, phase 2: community forum, and phase 3: community forum in community experiences and awareness analysis. Data from in-depth interviews of stroke patients and related persons were used in the group discussion for brainstorming and reflection. Qualitative data were analyzed using content analysis. Findings were as follows: 1) for symptom perception and symptom evaluation, only two patients (9%) were delivered to care in a timely fashion whereas 21 patients (91%) could not. 2) Co-ordination for stroke care was done through community network by primary care unit (9%) and emergency hotline by relatives (17%) the remaining 74% did not coordinate for care. For symptom and symptom management, patients attempted to treat or alleviate their symptoms by their perceived severity. Some patients tried to tolerate the symptoms and wait for progression. Decisions to visit hospital were made by relatives (91%). All patients (74%) who travelled to hospital by themselves did not received pre-hospital care. Only 6 patients (26%) transported by emergency medical system. A shared learning platform and a belief in the potential of community networks expanded experiences and perceptions of access to services of stroke patients, mutual learning platforms, and faith in the potential of community networks.

Keywords: participatory rural appraisal, stroke patient

*Part of the thesis Master of Nursing Degree Community Medicine Practice College Khon Kaen University on the Analysis of Guidelines for Strengthening Community Networks to Improve Access to Healthcare for Patients with Stroke Funded by Research and Training Center to promote the quality of working life. Khonkaen University

** Master of Nursing Science Program Community Medicine Practice Faculty of Nurse Khonkaen University

***Associate professor Community Medicine Faculty of Nurse Khonkaen University

Deputy Director of Research and Training Center for Quality of Life Khon Kaen University

Editorial, Journal of Nursing and Health Care



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นภาวะผิดปกติของระบบประสาทเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤติที่ไม่สามารถทำนายได้ล่วงหน้า แต่ส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ และเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เป็นภัยเงียบที่คุกคามต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคลครอบครัว ชุมชน ประเทศชาติและสังคมโลก อย่างไรก็ตามโรคนี้เป็นโรคที่ป้องกันได้ หากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะแรก¹⁻² โรคหลอดเลือดสมองมี 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 75-80 และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 20-25³

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก พบว่า โรคทางหลอดเลือดสมองนั้นเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรที่อายุ 15-59 ปี และในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 6 ล้านคนหรือเฉลี่ย 1 คนใน 6 วินาที เป็นจำนวนมากกว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย รวมกัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁴ จังหวัดขอนแก่นพบว่ามีอัตราการตายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 164.4 คน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 292.3 คน และ 194.6 คนต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ จากสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่นมีอัตราการตายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2552 ถึง 2554 มีผู้ป่วยจำนวน 1,016; 1,065, และ 1,095 คน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2550 - 2554 มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่นอนรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 516; 547; 568; 659 และ 781 ตามลำดับ⁵

เส้นทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ผลดีนั้นต้องเริ่มจากการให้การรักษาที่รวดเร็วที่สุด เพื่อลดอัตราการสูญเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วย โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 270 นาที ร่วมกับระบบบริหารจัดการแบบครบวงจร (Stroke Fast Track) ที่ประกอบด้วย การคัดกรองในรายที่สงสัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Cincinnati stroke screening scale หรือ Act FAST (F=face

หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว A=arm แขน อ่อนแรง S=speech พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้หรือพูดไม่ออก T=time รักษาให้เร็วที่สุด) เพื่อคัดแยก (triage) ผู้ป่วยเป็นประเภทฉุกเฉินและได้รับการดูแลรักษาตามแนวทาง Stroke Fast Track⁶ การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวได้เร็วป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และอัตราการตายในผู้ป่วย หากผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิด ไม่ทราบว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ระยะเวลาถึงโรงพยาบาล หลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง นานเกินกว่า 3 ชั่วโมง เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ ทำให้เกิดพยาธิสภาพหลังป่วย เช่น พิกัด หรือเสียชีวิตได้สูง

จากระบบฐานข้อมูล ภูมิ Java Health Center Information System (JHCIS) ณ วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ.2559 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (รพ.สต.บ้านผือ ตำบลพระลับ) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน พบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2556 - 2558 มีผู้ป่วยจำนวน 6; 8; 9 รายตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลต่อเนื่องและถูกส่งต่อกลับมารักษาใน รพ.สต.บ้านผือ จำนวน 23 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่รู้และไม่มีความเข้าใจในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนปัจจัยเสี่ยงและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเข้ารับการรักษารวดเร็วทัน ถึงแม้ผู้ป่วยจะอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลพระลับ จังหวัดขอนแก่น การเดินทางมาในโรงพยาบาลขอนแก่นมีความสะดวกและรวดเร็ว แต่เมื่อมีอาการเกิดขึ้น ไม่ทราบว่าเป็นอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และไม่คิดว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่รีบเข้ารับการรักษาก่อนให้เกิดอันตรายต่อชีวิต จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความสำคัญกับใส่ใจกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น จะรอให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นจึงให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลพามาปรึกษาที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงนำแนวคิด กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) มาประยุกต์ใช้ในการมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการรับรู้ของชุมชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการสร้างความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึง อาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง และการรักษา



โรคหลอดเลือดสมอง ลดความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย และได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพสูงสุด ลดอัตราการตายและลดความพิการเพิ่มเสริมสร้างการทำงานของเครือข่ายชุมชนในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์และการรับรู้ของชุมชนในการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) Huizer, G. (1997) โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลสังเกตศึกษาข้อเท็จจริงจากประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้องแล้วจัดเก็บนำมาวิเคราะห์ เรียนรู้ร่วมกับชุมชนเปิดโอกาสให้ทุกคนมีอิสระแสดงความคิดเห็นแบบประชาธิปไตย กล่าวคือ กล่าวพูด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บนพื้นฐานความเคารพ ความเสมอภาค และความเท่าเทียมกัน การค้นหาความจริงผ่านการพูดคุยร่วมกันวิเคราะห์ภาวะวิกฤติชีวิตของบุคคลในชุมชนจากความจริงเล่าผ่านประสบการณ์ตรง จนเกิดการตกผลึกเห็นปัญหาร่วมกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการศึกษาประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และร่วมพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกันของชุมชนเพื่อส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้เร็วและมีประสิทธิภาพ และผู้ร่วมวิจัยได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชน อสม.กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพทีมหมอครอบครัว สมาชิกเทศบาลตำบลพระลับ จำนวน 90 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 – มกราคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามปลายเปิดเพื่อศึกษา

สถานการณ์การเกิดอาการ การรับรู้ การส่งต่อ การขอความช่วยเหลือ จากทุกภาคส่วน ความคาดหวังในการรับบริการ สาธารณสุขของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ 2) แนวทางการเสวนากลุ่ม โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากนั้นป้อนประเด็นคำถามที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แต่ละคนมีสะสมไว้ ซึ่งมีทั้งเหมือนและแตกต่างในแต่ละคน ทำให้ได้ฝึกการเป็นผู้เล่าเรื่องราวชีวิต 3) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นแนวทางการสังเกตที่ผู้วิจัยได้สังเกตเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปในชุมชน สมาชิกชุมชน ความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีส่วนเกี่ยวข้องและ/หรือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการ 4) แนวทางการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด เพื่อสรุปสถานการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษานำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์ การดำเนินการ การส่งต่อ ความรู้สึก สิ่งที่คาดหวัง ความเชื่อร่วม ร่วมแสดงความคิดเห็น สะท้อนคิด กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก 5) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ โดยการพูดคุยสัมภาษณ์ สังเกต และการปฏิบัติเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมและเชื่อถือได้ นอกจากนั้นยังมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำตลอดการวิจัย ได้รับการฝึกเกี่ยวกับการมีคุณสมบัติที่ดีของผู้วิจัยจึงทำให้ผู้วิจัยมีความยืดหยุ่นเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็นทุกประการจากชุมชน การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาปัจจัยที่เน้นการเข้าใจปรากฏการณ์ การตีความหมาย ของโลกหรือสิ่งที่ต้องการศึกษาด้วยวิธีการศึกษาและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ที่มีข้อมูลมากได้อธิบาย เวลาที่เกิดอาการ สถานที่เกิดอาการ เวลาถึงแผนกฉุกเฉิน การรับรู้ ความคิดเห็น ความคาดหวัง และการมีส่วนร่วมต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) การเสวนากลุ่มมีความลึกซึ้งตามคำถามที่ผู้ดำเนินการป้อนคำถามและสามารถตั้งคำถามเชิงลึกลงในรายละเอียดอย่างต่อเนื่อง โดยเลือกถามผู้ที่มีข้อมูลมากที่สุด (Rich information) และเต็มใจเล่ามากที่สุดก่อน ต่อมาจึง



ถามผู้เข้าร่วมเสวนารายอื่นโดยกระตุ้นให้ทุกคนได้คิดและเกิดอารมณ์อยากเล่าประสบการณ์ของตนเองอย่างเปิดเผย การเสวนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลประสบการณ์ในการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมเสวนา สังเกตพฤติกรรม สีหน้า ขณะที่มีส่วนสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมระดมสมอง 4) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยลักษณะทั่วไปในชุมชน คนในชุมชน วิธีชีวิตชุมชน วิธีชีวิตของครอบครัว พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย พร้อมทั้งจดบันทึกในสิ่งที่พบเห็น 5) การประชุมระดมสมอง ศึกษาเสนอข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์ การดำเนินการ การส่งต่อความรู้สึก สิ่งที่คาดหวัง ความเชื่อ ที่ผู้วิจัยสรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก เปิดโอกาสและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้ระดมสมอง คิดวิเคราะห์แนวทางจนสามารถสรุปเป็นแผนปฏิบัติการ มีกลวิธีและกิจกรรมในการดำเนินงาน มีผู้รับผิดชอบและแหล่งงบประมาณในการดำเนินงานที่ชัดเจน จนสามารถกำหนดเป็นการสังเคราะห์แนวทางการสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6) การบันทึกภาคสนาม ทำการบันทึกทุกครั้งที่มีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การประชุมระดมสมอง มีการจดบันทึก การบันทึกภาพ และการบันทึกเทป โดยขออนุญาตผู้ร่วมวิจัยทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยอ่านข้อมูลจากการบันทึกหลายครั้ง ชีตเส้นใต้คำสำคัญ และนำคำเหล่านั้นมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ใส่รหัสข้อมูล และนำข้อมูลมาเรียงร้อยตามความเป็นเหตุเป็นผล และนำมาอธิบายความรู้ ความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ต่าง ๆ อย่างครบถ้วน สมบูรณ์ ระบุนัยข้อเรื่อง (Theme) จากการประมวลคำสำคัญ (Key words) และเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล และทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นสมบูรณ์เพื่อตอบคำถามการวิจัย การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation)

จริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิของ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ร่วมศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการวิจัยครั้งนี้ โดยได้ทำหนังสือ

จาก คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ ตำบลพระลับ ตำบลพระลับ นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลพระลับ กำหนดตำบลพระลับ และผู้ใหญ่บ้านทั้ง 10 หมู่บ้าน

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่องจำนวน 23 คน ข้อมูลจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์โปรแกรม JHCIS ของ รพ.สต.บ้านผือ ย้อนหลังปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่องจำนวน 23 คน เป็นเพศชาย 11 คน เพศหญิง 12 คน มีอายุระหว่าง 52 – 84 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 65.96 ปี ผู้ให้ข้อมูลทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สถานภาพสมรสคู่และการศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษา ระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอยู่ในช่วง 3 ชั่วโมงถึง 2 วัน โดยเฉลี่ยระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 9 ชั่วโมง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 คน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 4 คน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวน 3 คน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและไตเรื้อรัง จำนวน 1 คน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวน 2 คน โรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 1 คน โรคก่อนในกะโหลกศีรษะ จำนวน 1 คน และไม่เคยตรวจพบโรคประจำตัวแต่เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 2 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่หลังเกิดอาการไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิต ผลการวิจัยโรคผู้ป่วยทั้งหมดเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลี้ยงไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการแสดงทางระบบประสาท ได้แก่ ปากเบี้ยว อ่อนแรง และพูดผิดปกติ 7 คน (ร้อยละ 30) ปากเบี้ยว และอ่อนแรง 6 คน (ร้อยละ 26) มีอาการอ่อนแรง 10 คน (ร้อยละ 43) พบว่าสถานการณ์เกี่ยวกับการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) การประสานแจ้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โทร 1669 จำนวน 10 ราย ประกอบด้วย ญาติเป็นผู้โทร 1669 จำนวน 8 ราย การออกเหตุโดยกู้ชีพเทศบาลตำบลพระลับทั้งหมด อีก 2 ราย ญาติประสานงานกับเจ้าหน้าที่



รพ.สต.บ้านผือ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้โทร 1669 แล้วออกเหตุโดยกู้ชีพเทศบาลตำบลพระลับ 2) ญาตินำส่งโดยรถส่วนตัว จำนวน 13 ราย การเข้าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (FAST Track) พบว่าผู้ป่วยเข้าถึงระบบทันเวลาจำนวน 2 คน (ร้อยละ 9) และไม่ทันเวลา 21 คน (ร้อยละ 91) ผู้ป่วยที่ส่งต่อทันเวลา ทุกคนไม่ได้รับยา Recombinant tissue Plasminogen Activator (rtPA) ซึ่งทั้งหมดนี้พบว่าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic stroke ร่วมกับพบว่าผู้ป่วยเข้ารับบริการล่าช้าเกิน 4.5 ชั่วโมง จึงไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Recombinant tissue Plasminogen Activator (rtPA)

จากการวิจัยพบว่าประสบการณ์และการรับรู้ในการจัดการเพื่อผู้ป่วยเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันแยกเป็น 4 ประเด็น

1) การประเมินอาการและการรับรู้อาการ การรับรู้อาการและความผิดปกติที่เกิดขึ้นถูกต้องเข้าถึงบริการ พบว่ามีความรู้จากเคยเข้ารับการอบรมทำให้ญาติรับรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง นำมาใช้คิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเรียนรู้ ได้แก่ อาการปากเบี้ยว มุมปากตก ตัวสั่น ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด และการแสดงอาการที่ชัดเจน ร่วมกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ทำให้การรับรู้อาการและความผิดปกติที่เกิดขึ้นถูกต้อง ญาติตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยรวดเร็ว ทันเวลา การรับรู้ความเสี่ยงเกิดจากการได้รับความรู้ข่าวสารสาธารณะ และการแนะนำจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันรับบริการคลินิกเรื้อรังและจากคนใกล้ชิดที่ทำงานในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการรับรู้ข่าวสารการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยที่ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอาการแสดงปัจจัยเสี่ยง สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากการรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ

การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการไม่ถูกต้อง เกิดการล่าช้าในการเข้ารับบริการ พบว่าผู้ป่วยและญาติ ทำการดูแลเบื้องต้นตามประสบการณ์เดิมละอาการที่มีในอดีตในผู้ป่วยที่แสดงอาการไม่ชัดเจน เช่น อาการปวดศีรษะ มึนชาแขนขา เพราะมีความคิด ความเชื่อว่าเป็นอะไรมาจึงพากันไปรักษาด้วยวิธีการแบบต่างๆ เช่น รับประทานยา

แก้ปวด บีบนวด เชื่อว่าผีบ้านผีเรือนทำจึงพาไปรดน้ำมนต์กับพระ และไปฉีดยาที่คลินิกเนื่องจากการรับรู้ที่เกิดจากสาเหตุอื่น จนเมื่ออาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยเลือกการรักษาด้วยการนวดแผนไทย และไปฉีดยาที่คลินิก เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจมาขอการรักษาที่ รพ.สต.และไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยและมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ร่วมด้วยได้แก่ อาการท้องเสีย มีนชาจากการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อมีอาการปวดศีรษะ แขนอ่อนแรง เดินไม่ได้ หยิบของไม้ได้ รู้สึกหนักๆ ที่ปาก มึนศีรษะ แขนขาขยับไม่ได้ มีความคิดว่าผีบ้านผีเรือนทำให้ป่วย จึงมีการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อ และคำบอกกล่าวของคนในชุมชน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงเข้ารับการรักษาในที่สุด

2) การประสานขอความช่วยเหลือโดยเครือข่ายชุมชน รพ.สต. ประสานโทรแจ้ง 1669 เมื่อญาติมีอาการสงสัยของโรคหลอดเลือดสมองเช่น ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง หยิบของแล้วหลุด เครือข่ายชุมชนประสานขอความช่วยเหลือ ขอคำปรึกษาโดยการโทรศัพท์ปรึกษาหมอครอบครัว บุตรและญาติที่ทำงานเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล สอบถามข้อมูลจากผู้นำชุมชน อสม. และมาพบเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. เพื่อรับการรักษาในทันทีที่รับรู้มีอาการของโรคไม่ดีขึ้น จากการศึกษาที่มีผู้ป่วย 2 รายเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว รักษาและรับยาประจำ มีอาการแขนซ้าย ขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว อาการมืออ่อน ขาอ่อน จับของหลุดมือมีอาการตอนตื่นนอน ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติจึงประสาน รพ.สต. เพื่อขอความช่วยเหลือปรึกษาอาการด้วย เชื่อว่า รพ.สต.สามารถให้การดูแลตนเองได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาในช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้รพ.ขอนแก่น รพ.สต.จึงประสานหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยรอดจากการเป็นอัมพาต สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างคนปกติ ไม่กลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง พบว่าคนไข้ 1 รายมีอาการในวันที่แพทย์ออกตรวจที่รพ.สต. พยาบาลจึงให้ผู้ป่วยได้รับตรวจประเมินอาการจากแพทย์เป็นรายแรก แพทย์พิจารณา Rule out Stroke จึงเขียนใบส่งตัวและโทรประสานเรียก 1669 ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้รพ.ขอนแก่น รพ.สต.จึงประสานหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ญาติ ประสานโทรแจ้ง 1669 เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก ขาอ่อนแรง แขนอ่อนแรงข้างซ้าย บอกลามัว



มองเห็นภาพไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน ไม่ขยับตัว ล้มแรง ญาติมีการปฐมพยาบาลดูแลเบื้องต้น โดยการซื้อยามารับประทาน มีความห่วงใยสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความเจ็บป่วย จึงรีบนำคนไข้ไปยังโรงพยาบาล โดยโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1669 มีผู้ป่วย 1 รายที่แสดงอาการร่วมกับมีสาเหตุตกเตียงและผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ญาติรับรู้ว่าเป็นอาการฉุกเฉินรีบโทรแจ้ง 1669 แต่พบว่า กู้ชีพขึ้นพื้นฐานออกเหตุรับผู้ป่วยฉุกเฉิน เมื่อพบผู้ป่วยในชุมชนมีอาการ แขนขาชา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งทันที พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะทันทีทันใด ตามมองเห็นภาพซ้อน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ญาติเพื่อนบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน มีการตัดสินใจเรียกขอความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 จากการเคยรับการอบรมความรู้จาก รพ.สต. โรงพยาบาลและสื่อต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง มีแหล่งบริการสุขภาพที่มีศักยภาพ และมีช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อต้องการเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพ

และยังพบว่าไม่มีการประสานขอความช่วยเหลือเนื่องจากมีประสบการณ์การประสานขอความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเครือข่ายชุมชน พบว่าคำถามที่มากมายของศูนย์ประสานการส่งต่อเป็นอุปสรรคของการตัดสินใจในการขอความช่วยเหลือเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ล่าช้าและไม่ได้รับการดูแลขณะนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่มีรถยนต์ส่วนตัวหรือของเครือญาติข้างเคียง และการเดินทางสะดวกและรวดเร็ว เมื่อเกิดอาการวิ่งเวียน ปากบิตเบี้ยว พูดไม่ได้ ขณะล้างจานหยิบจานขึ้นมาจากอ่างไม่ได้ จับจานแล้วหลุดมือ จึงนำส่งไปยังโรงพยาบาลโดยตรง มีช่องว่างในการเข้าถึงช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง

3) การตอบสนองต่ออาการและการจัดการกับอาการผู้ป่วย ญาติ และเครือข่ายชุมชนมีการจัดการความเจ็บป่วยตามประสบการณ์ การรับรู้ความรุนแรงและอาการ และการรับรู้สาเหตุของอาการ ไม่ใช่จากโรคหลอดเลือดสมอง จะพยายามรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง ตามความเข้าใจ และรอประมาณอาการหลังการจัดการนั้นๆ โดยมีส่วนหนึ่งที่อดทนรอคอยให้อาการหายไปเอง โดยไม่คิดว่าต้องรับรักษา มีผู้ป่วย 2 ราย ที่คิดว่าตัวเองต้องไปพบแพทย์ด่วน เนื่องจากเป็นอาการตรงกับที่ตนเองเคยประสบมาเมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้น เชื่อมโยงกับโรคประจำตัวและอาการ

ที่เกิดขึ้นจึงประสานขอความช่วยเหลือและนำส่งทันทีเพราะเห็นเป็นภาวะฉุกเฉินของชีวิต

พบบางรายพยายามรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง ตามการรับรู้ถึงความรุนแรง และสาเหตุของอาการที่ตนรับรู้ โดยมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์การมี อาการ พื้นฐานความรู้ของแต่ละบุคคล การมีโรคประจำตัว ตลอดจนการปรึกษานักคนอื่นหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีการตอบสนองต่ออาการ โดยคิดว่าอาการนั้นไม่รุนแรง ไม่ต้องรีบไปรับการรักษาในโรงพยาบาล เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในลักษณะแบบเดียวกัน จึงมีการจัดการกระทำกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการกระทำกับอาการ ได้แก่การบีบนิ้ว การไปรูดน้ำมัน การรับประทานยาพาราเซตามอล มีการบีบนิ้ว คิดถึงเรื่องเวรกรรม ผีทำ บาปบุญคุณโทษ จากอาการของโรค รอดูอาการตามความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และแสวงหาการรักษาแบบอื่นๆ เช่น ซื้อยามารับประทานเอง การไปรูดนิ้วเพื่ออาการจะดีขึ้น การอ้อนวอน การไปรูดน้ำมัน คัดศีลหรืออธิษฐานให้อาการที่เป็นอยู่หายไปหรือสิ้นสุดลง การไปรักษาที่คลินิกใกล้บ้าน จากอาการที่เป็นไม่รุนแรงจนกระทั่งอาการไม่ดีขึ้น เป็นมากขึ้น จึงขอรับการรักษาแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมาเข้ารับการรักษาช้ากว่าภายในระยะเวลาที่กำหนด จะทำให้เกิดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยบางรายพยายามอดทนต่ออาการที่เกิดขึ้น และรอดูอาการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ค่อยเป็นค่อยไป ไม่คุกคามต่อชีวิต ไม่มีสาเหตุหรือตำแหน่งจากสมองโดยตรง คิดว่าอาการนั้นสามารถหายไปเองได้ไม่ต้องรับรักษาหรือทำอะไรก็ได้ ต้องการเฝ้ารอให้อาการนั้นหายไปเอง การเกิดขึ้นตอนกลางคืนไม่สะดวกในการเดินทางและไม่อยากรบกวนหมอดิๆ ตลอดจนไม่มีผู้พาไปโรงพยาบาล การตอบสนองต่ออาการและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นควบคู่กันไป เมื่อมีการรับรู้อาการ ความรุนแรงของอาการ และผลกระทบจากอาการนั้นๆ เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือการใช้ชีวิตประจำวัน นำไปสู่การตอบสนองต่ออาการนั้นและเกิดการจัดการซึ่งเป็นแนวทางที่บุคคลแสวงหาและเลือกกระทำเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวซึ่งแตกต่างกันตามประสบการณ์การมีอาการและการรับรู้ของแต่ละบุคคล

4) การตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการตามวิธีการของตนเองแล้ว



แต่อาการนั้นคงอยู่หรืออาการเป็นมากขึ้นกว่าเดิม จึงมีการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการนำส่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การตัดสินใจ พบว่าร้อยละ 91 ญาติเป็นคนตัดสินใจนำส่ง มีเพียง 2 คน (ร้อยละ 9) ตัดสินใจที่จักษุยานยนต์/นั่งรถยนต์มาโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและญาติให้ประวัติว่า เป็นช่วงที่กำลังตัดสินใจ รอดูอาการ และให้การดูแลเบื้องต้นหรือแสวงหาบริการ เช่น ซื้อมากินเอง การไปรต่น้ำมนต์ และการนวดแก้ปวด 2) การเดินทาง ผู้ป่วยทุกคนที่เดินทางเอง 20 ราย (ร้อยละ 87) ไม่มีการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล มีการส่งไม่เหมาะสมด้วยรถกู้ชีพ 1 คน (ร้อยละ 4) เนื่องจากคิดว่าผู้หมดสติเพราะตกเตียง มีการส่งต่อด้วยรถบริการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) 2 คน เนื่องผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ รพ.สต.บ้านผือ และมีการโทรศัพท์ขอรับคำปรึกษาทางการแพทย์จาก รพ.สต.บ้านผือ โดยเฉลี่ยเวลาในการมาถึงของรถกู้ชีพ 20 นาที เข้าถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นภายใน 30 นาที รวมระยะเวลาที่นำส่งด้วยรถกู้ชีพ 50 นาที เวลาเฉลี่ยของการมาถึงของรถบริการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) 30 นาที และเดินทางถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 30 นาที รวมระยะเวลาในการเดินทางด้วยรถบริการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง ส่วนการเดินทางด้วยรถส่วนตัวสามารถถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นภายในเวลา 30 นาที จะเห็นว่า การเดินทางจากจุดเกิดเหตุสามารถถึงจุดบริการใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง

ปัจจัยที่มีผลความล่าช้าที่เกิดขึ้น เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นระยะแรกมักไม่รุนแรง ร้อยละ 91 เริ่มจากอาการชาและอ่อนแรง ซึ่งเป็นอาการที่มักเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเบาหวานจากภาวะปลายประสาทเสื่อม ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึงรับรู้ความรุนแรงระยะแรกต่ำ การรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการหรืออันตรายที่เกิดขึ้นเป็นจุดเริ่มต้นให้บุคคลค้นหาการดูแลรักษาอาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรึกษามัคคนอื่น มีการจัดการกับอาการด้วยกลวิธีการรักษาแบบต่างๆ มีการอดทนรอต่ออาการที่เกิดขึ้น และรอดูให้อาการนั้นหายไปเอง เมื่อมีอาการวูบหมดสติซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันจึงตัดสินใจมารับการรักษา

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่หลังเกิดอาการ ไม่พบอุบัติเหตุการเสียชีวิต ผลการวิจัยโรคผู้ป่วยทั้งหมด

เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลี้ยงไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการแสดงทางระบบประสาท ได้แก่ ปากเบี้ยว อ่อนแรง และพุดผิดปกติ 7 คน (ร้อยละ 30) ปากเบี้ยว และอ่อนแรง 6 คน (ร้อยละ 26) มีอาการอ่อนแรง 10 คน (ร้อยละ 43) สอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการที่ระบุว่า การตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือด (Occlusion, ischemic Stroke) พบมากที่สุดร้อยละ 80 เป็นการอุดตันของหลอดเลือดชั่วคราวจากลิ่มเลือด สิ่งแปลกปลอม ไขมัน หรือฟองอากาศ จึงทำให้การไหลเวียนของโลหิตถูกขัดขวางชั่วคราว จึงส่งผลให้มีภาวะพร่องของระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แขน ขา ขา อ่อนแรง สับสน พุดไม่ชัด มีระยะเวลาเกิดขึ้นประมาณ 2-3 นาที อาการจะหายไปภายใน 1 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 75 มีอาการในระยเวลาน้อยกว่า 5 นาที ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่เป็น Transient Ischemic Attack (TIA) จะนำไปสู่ภาวะ Stroke ดังนั้น TIA จึงเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6 ราย มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังเกิดโรค

การเข้าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (FAST Track) พบว่าผู้ป่วยเข้าถึงระบบทันเวลาจำนวน 2 คน (ร้อยละ 9) และไม่ทันเวลา 21 คน (ร้อยละ 91) ผู้ป่วยที่ส่งต่อทันเวลาทุกคนไม่ได้รับยา Recombinant tissue Plasminogen Activator (rtPA) เนื่องจากเป็นภาวะตีบของหลอดเลือดสมอง ไม่มีการอุดตัน สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของสถาบันประสาทวิทยา (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) ระยะเวลาในการนำส่ง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การตัดสินใจ พบว่าร้อยละ 91 ญาติเป็นคนตัดสินใจนำส่ง มีเพียง 2 คน (ร้อยละ 9) ตัดสินใจที่จักษุยานยนต์/นั่งรถยนต์มาโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและญาติให้ประวัติว่า เป็นช่วงที่กำลังตัดสินใจ รอดูอาการ และให้การดูแลเบื้องต้นหรือแสวงหาบริการ เช่น ซื้อมากินเอง การไปรต่น้ำมนต์ และการนวดแก้ปวด 2) การเดินทาง ผู้ป่วยทุกคนที่เดินทางเอง 20 ราย (ร้อยละ 87) ไม่มีการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล มีการส่งไม่เหมาะสมด้วยรถกู้ชีพ 1 คน (ร้อยละ 4) เนื่องจากคิดว่าผู้หมดสติเพราะตกเตียง มีการส่งต่อด้วยรถบริการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) 2 คน เนื่องผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ รพ.สต.บ้านผือ และมีการโทรศัพท์ขอรับคำปรึกษาทางการแพทย์จาก รพ.สต.บ้านผือ โดยเฉลี่ยเวลาในการมาถึงของรถกู้ชีพ 20 นาที เข้าถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น



ภายใน 30 นาที รวมระยะเวลาที่นำส่งด้วยรถกู้ชีพ 50 นาที เวลาเฉลี่ยของการมาถึงของรถบริการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) 30 นาที และเดินทางถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 30 นาที รวมระยะเวลาในการเดินทางด้วยรถบริการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง ส่วนการเดินทางด้วยรถส่วนตัวสามารถถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นภายในเวลา 30 นาที จะเห็นว่า การเดินทางจากจุดเกิดเหตุสามารถถึงจุดบริการใช้เวลาไม่เกิด 1 ชั่วโมง

ปัจจัยที่มีผลความล่าช้าที่เกิดขึ้นได้แก่ 1) การรับรู้อาการไม่เหมาะสมถูกต้องร้อยละ 91 เนื่องจากอาการไม่ชัดเจน ไม่มีสาเหตุหรือตำแหน่งจากสมองโดยตรง อาการแสดงไม่รุนแรง ไม่คุกคามต่อชีวิต ค่อยเป็นค่อยไป เกิดอาการร่วมกับการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่นอาการแขนขาอ่อนแรงร่วมกับท้องเสีย เกิดอาการร่วมกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว เช่น คิดว่าขาชาจากเบาหวาน ปวดศีรษะจากความดันโลหิตสูง เกิดอาการร่วมกับการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การตกเตียง 2) เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในลักษณะแบบเดียวกันแล้วไม่เป็นไร 3) การรับรู้การสื่อสารส่งต่อข้อมูลกับบริการแพทย์ฉุกเฉินไม่เหมาะสม คิดว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ลำบากใจ กลัวสื่อสารไม่ถูกต้อง 4) เกิดจากความเชื่อที่ไม่เหมาะสม เช่น เชื่อว่าสาเหตุเกิดจากผีบ้านผีเรือนทำหรือบาปบุญคุณโทษ 5) เวลาในการเกิดเหตุ เช่น เกิดขึ้นตอนกลางคืนไม่สะดวกในการเดินทางไม่มีผู้พาไปโรงพยาบาล 6) มีรถยนต์ส่วนตัว รอคอยดูอาการ หากอาการรุนแรงสามารถนำส่งเองได้ทันที สอดคล้องกับการศึกษาของเลซี่ และคณะ⁸ และการศึกษาของพัชรภรณ์และคณะที่ระบุว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาที่สำคัญ เกิดจาก 1) ปัจจัยภายในของบุคคล มีความสอดคล้องกัน 2 ประการ คือ การรับรู้ถึงความรุนแรงและอันตรายของโรคต่ำ มีผลให้บุคคลค้นหาสาเหตุและแสวงหาการรักษาช้า ขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลันมักจะมารับการรักษาเร็ว และ 2) ปัจจัยภายนอกของบุคคล ส่วนที่สอดคล้องกัน คือ สภาพแวดล้อมส่งผลต่อการรับบริการที่ล่าช้า เช่น การเกิดเหตุกลางคืน ขณะเกิดเหตุอยู่คนเดียว ขาดผู้ให้การสนับสนุนเรื่องคำแนะนำและส่งต่อ⁹⁻¹⁰ ดังนั้นการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่รวดเร็วต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในชุมชนร่วมการวิเคราะห์และจัดการปัญหา เพราะปัจจัยแห่งความล่าช้าเกิดจากทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเมื่อเกิดเหตุผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่อยู่ในสถานะที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ต้องการอาศัยการสนับสนุนจากคนในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นการเรียนรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน อาการแสดง อันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง เรื่องเวลาที่จะเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการเกิดขึ้น โดยการให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อช่วยลดระยะเวลาตัดสินใจ ลดระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการ และเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองภายในเวลา 270 นาที อีกทั้งบุคลากรสาธารณสุข ควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในประเด็นการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโดย การบันทึกเวลาเริ่มมีอาการและเบอร์โทรศัพท์ขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงควรให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อโทรทัศน์ให้มากขึ้นเพราะเป็นช่องทางที่ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ร่วมวิจัยในชุมชนทุกท่าน ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Facts and figures about stroke [online] 2014 [cited 2016 Jan 4]. Available from: <http://www.world-stroke.org/for-patients/facts-and-figures-about-stroke>.
2. World Heart Federation. Stroke [online] 2016 [cited 2016 Jan 4]. Available from: <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/stroke>.
3. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: (ม.ป.พ.); 2550.



4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2558.
5. ทิพวรรณ ประสานสอน, พรเทพ แพรขาว. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556; 31(2): 36-43.
6. สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนศรี สิงห์ภู, กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ, พัชรินทร์ อ้วนไทร. คู่มือการจัดระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร. ขอนแก่น: คลังนันทวิทยา; 2555.
7. American Heart Association. High Blood Pressure Increases Your Risk for Stroke [online] 2008. [cited 2016 Apr 16]. Available from: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier>.
8. Lacy R, Suh D, Bueno M, Kostis JB. Delay in presentation and evaluation for acute stroke. Stroke 2001; 32(1): 63-69.
9. พัชรภรณ์ สมหาญวงศ์, วารินทร์ บินโฮเซ็น. สถานการณ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษา ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(2): 73-81.
10. Srimahachota S, Boonyaratavej S, Udayachalerm W, Buddhari W, Chaiprompra-sit J, Suithichaiyajul T. Adult mortality of cardiovascular disease by socioeconomic status in Thailand. J med Thai 2007; 4(2): 45-51.
11. Huizer G. Participatory Action Research and People's Participation: Introduction and Cases. Rome: FAO; 1997.