



ไขปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้มีส่วนได้เสียในการบริการปฐมภูมิ

สาคร อินทโธ่ พย.ม.*

สมพิศ เพ็ญเกษ พย.ม.**

อัญชลี ทองภูบาล พย.บ.***

ปิยะดา ทับสมบัติ พย.บ.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายมุมมองการรับรู้ปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีส่วนได้เสียในการบริการปฐมภูมิ บริบทหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนมกราคม – เมษายน พ.ศ. 2560 ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้มีส่วนได้เสียในการบริการปฐมภูมิ จำนวน 36 คน ประกอบด้วย 1) ตัวแทนภาคประชาชน 18 คน 2) ตัวแทนภาคสุขภาพ 9 คน และ 3) ตัวแทนภาคสังคมและผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ 9 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา ประกอบด้วย ข้อค้นพบ 2 ประเด็นหลัก คือ 1. มุมมองการรับรู้ปัญหาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการบริการปฐมภูมิ ของผู้มีส่วนได้เสียจาก 3 ภาคส่วน ประกอบด้วย 1) มุมมองการรับรู้ปัญหาของภาคประชาชน ระบุถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ชัดเจน การบริการเชิงรุกในชุมชนยังไม่ทั่วถึงสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังขาดการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายโดยบุคลากรสุขภาพ และการขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ 2) มุมมองการรับรู้ปัญหาของภาคสังคมระบุถึง ความไม่ชัดเจนในการให้ข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และ การทำงานแยกส่วนกัน 3) มุมมองการรับรู้ปัญหาของภาคสุขภาพ ระบุถึง ผู้รับบริการขาดความตระหนักในการป้องกันปฐมภูมิ กลุ่มเสี่ยงเข้าไม่ถึงบริการระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และขาดความต่อเนื่องในการป้องกันขั้นตติยภูมิ 2. มุมมองความต้องการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 1) พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเชิงรุก 2) เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอาหารและการส่งต่อ 4) พัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่าย และ 5) พัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง

การศึกษานี้ชี้ว่าการบริการปฐมภูมิเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียเพื่อให้เกิดการบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในบริบทการบริการปฐมภูมิตามความเป็นจริง

คำสำคัญ : การบริการสุขภาพ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง บริบทการบริการปฐมภูมิ ผู้มีส่วนได้เสีย

*อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแกดำ

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลแกดำ

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลแกดำ



Exploring Problems and Needs of Stroke Care Prevention of Primary Stakeholders

Sakorn Intolo M.N.S.*

Sompit Peangkat M.N.S.**

Anchulee Thongpoobal B.N.S***

Piyada Thubsombat B.N.S****

Abstract

This qualitative research aimed to explore problems and needs of stroke prevention among primary care stakeholders in a primary care unit (PCU) in Mahasarakham province during January to April 2017. Thirty six key informants were selected by using purposive sampling with selection criteria, they were primary care stakeholders from 3 sectors included; 1) people's sector representatives (18), 2) health sector representatives (9) and 3) social sector representatives and other stakeholders (9). Data collecting used multi method such as; in-depth interview, focus group discussion, participatory observation and field recording. Data analyzed by using content analysis.

The research findings include two main themes which were, 1. primary care stakeholders perception in problems of stroke prevention care services included 3 views from 3 sectors: 1) people sector's perception in problems of stroke prevention care services included 4 sub-themes there were problems of giving the unclear information of stroke care, proactive services for non-communicable diseases (NCDs) patients in the community not covered, lack of home visits by health providers after discharge and lack of continuity in rehabilitation. 2) social sector's perception in problems of stroke prevention care services included 2 sub-themes were problems of giving the unclear information of stroke care and work separately 3) health sector's perception in problems of stroke prevention care services included; clients lack of awareness in primary prevention, the risk groups could not access to service for stroke fast track system and lack of continuity in tertiary prevention. 2. primary care stakeholders' needs of care services for stroke prevention include 5 sub-themes which were; 1) development of information giving in stroke prevention, 2) improvement of screening and surveillance services for risk groups, 3) promote the community participation in warning signs management and referral system, 4) development of care services of rehabilitation and 5) development of continuing care service. This study guided the PCU to develop care services for stroke prevention within focus on community participation that responds to problems and health care needs under the context of primary care setting.

Keywords: health care service, primary care context, stroke prevention, stakeholders

*Nurse instructor of Department of adult and geriatric nursing, Srimahasarakham Nursing College, Mahasarakham

**Registered Nurse of non-communicable disease clinic, Kaedam hospital, Mahasarakham

***Head nurse of Department of Family Clinical Practice and Community, Kaedam hospital, Mahasarakham

****Registered Nurse of Department of Family Clinical Practice and Community, Kaedam hospital, Mahasarakham



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้อย่างเฉียบพลันของประชากรไทยและส่งผลให้เกิดความพิการและภาวะทุพพลภาพระยะยาวจากความรุนแรงของโรค¹ สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบว่าโอกาสเกิดโรคมักเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น² ในปี พ.ศ. 2555 จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดที่มีสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 5 ของประเทศ แม้ว่าจะเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรไม่ถึงล้านคน³ ผู้สูงอายุคือกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดโดยคิดเป็นร้อยละ 67.17 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อำเภอแกลงเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดรองจากอำเภอเมือง⁴ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในพื้นที่ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาด้านการดูแลและปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว โดยครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยรวมเป็นจำนวนมาก มีรายงานระบุว่าในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย ต้องจ่ายค่ารักษาสูงถึง 162,664.97 บาทต่อคนต่อปี⁵ จากการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้าจึงมีแนวโน้มว่าจะส่งผลกระทบต่อบริการสุขภาพและการบริการสังคมของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในปัจจุบันการบริการสุขภาพของไทยมุ่งเน้นการเข้าถึงการรักษาในระยะเฉียบพลันที่ทันเวลาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคอย่างเฉียบพลัน สะท้อนถึงมุมมองเชิงนโยบายที่ให้ความสำคัญกับการรักษาโรคเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และใช้งบประมาณที่ค่อนข้างสูง และส่วนใหญ่การบริการที่เน้นการรักษามักเป็นบริการในรูปแบบของการตั้งรับในหน่วยบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการระดับตติยภูมิ ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ โดยมีผู้รับบริการเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่เข้าถึงบริการนี้ได้ ดังงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระบุว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ทันเวลา⁶ และยังมีผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการไม่ทันเวลาจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบในระยะยาว อีกทั้งการดำเนินโรคยังสามารถกลับเป็นซ้ำได้ตลอดเวลา ดังนั้นการบริการโดยมุ่งเน้นการรักษาเป็นสำคัญจึงไม่อาจตอบโจทย์ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุม⁷

ในขณะเดียวกันมุมมองการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองของประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น อังกฤษ ออสเตรเลีย กลับมุ่งเน้นความสำคัญที่บริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค โดยเชื่อมโยงบริการเพื่อป้องกันทั้งสามระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่มีความเฉพาะ⁸ เน้นการดำเนินงานบูรณาการระหว่างภาคบริการด้านสุขภาพและภาคสังคม⁹ ส่งเสริมการเชื่อมต่อการบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิไปสู่การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว¹⁰

ในส่วนของการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย มีการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก แต่ภาพของบริการดังกล่าวยังไม่เด่นชัดมากนักเมื่อเทียบกับบริการเพื่อมุ่งเน้นการรักษา บทบาทภารกิจด้านการป้องกันโรคภายใต้แผนนโยบายสุขภาพหลักของประเทศจึงถูกมุ่งเน้นไปที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นสำคัญ^{7,11} เพื่อให้ตรงตามภารกิจด้านการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ¹² โดยบริการที่เป็นอยู่เน้นที่การป้องกันระดับปฐมภูมิเป็นสำคัญ อันได้แก่ การคัดกรองสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการโรคเรื้อรัง ในส่วนของการป้องกันทุติยภูมิมุ่งเน้นการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการตอบสนองนโยบายด้านการรักษา ส่วนการป้องกันตติยภูมิในเชิงการปฏิบัติยังไม่มีชัดเจนมากนัก อีกทั้งยังขาดความเชื่อมโยงบริการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ระดับเข้าด้วยกัน ดังนั้นจึงมักพบอุปสรรคและการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ค่อนข้างสูง¹³ ดังนั้นการทำความเข้าใจมุมมองความต้องการของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการบริการปฐมภูมิจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้เกิดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทที่เป็นจริง การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงในบริบทการบริการปฐมภูมิ โดยข้อค้นพบจากการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาบริการสุขภาพในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายมุมมองการรับรู้ปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการปฐมภูมิ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ทำการศึกษาในพื้นที่บริการสุขภาพปฐมภูมิของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลแกด้า อำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเมษายน พ.ศ. 2560 โดยก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะเริ่มต้นด้วยการสนทนาวอย่างไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล เมื่อเกิดความไว้วางใจแล้วทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการสนทนา กลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 3 กลุ่ม ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการเซ็นใบยินยอม ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 36 คน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ประกอบด้วย 1) ตัวแทนภาคประชาชน จำนวน 18 คน ประกอบด้วย ผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุ 9 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มละ 3 คน โดยเกณฑ์คุณสมบัติคือเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ ไม่มี ความบกพร่องด้านความรู้ความจำ และผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุ 9 คน เป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ 2) ตัวแทนภาคสุขภาพ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข ชุมชน 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน โดยเกณฑ์คุณสมบัติคือมีประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และมีความสมัครใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล และ 3) ตัวแทนภาคสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานด้านสังคม ผู้นำชุมชน แกนนำชมรมผู้สูงอายุ 2 คน และ อสม. 3 คน เกณฑ์คุณสมบัติคือมีประสบการณ์ในงานที่ทำอย่างน้อย 1 ปี และมีความสมัครใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนกรอบแนวคิดเบื้องต้น และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน แนวคำถาม ประกอบด้วย คำถามหลักและคำถามรองในประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง ตาม

มุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์บันทึกเทปแบบคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการเปรียบเทียบการฟังเสียงบันทึกเทปซ้ำอีกครั้ง อ่านทบทวนข้อมูลหลายๆ รอบเพื่อจับประเด็นสำคัญและให้รหัส (Code) จากนั้นนำมาจัดหมวดหมู่ของรหัสข้อความ สร้างประเด็นหลักเมื่อมีประเด็นซ้ำกัน ตีความและตรวจสอบความหมายโดยใช้วัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นแนวทางสร้างข้อสรุปประเด็นหลักและนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องเพื่อลดอคติของผู้วิจัย จากนั้นนำไปสรุปร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และนำเขียนรายงาน

จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลแกด้าในการลงพื้นที่และค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ คุณสมบัติ ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและทำการแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบใดๆ การศึกษานี้จะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้และข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทวนข้อมูลที่ได้กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

ผลการวิจัย

การรับรู้ปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริการปฐมภูมินำเสนอได้ใน 2 ประเด็นหลัก คือ มุมมองการรับรู้ปัญหาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม และความต้องการเกี่ยวกับบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัญหาการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ประกอบด้วย 3 มุมมอง คือ 1) การ



รับรู้ปัญหาภาคประชาชน: ผู้รับบริการ สะท้อนถึง การได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ชัดเจน การบริการเชิงรุกในชุมชนยังมีน้อย และการขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่าย 2) การรับรู้ปัญหาภาคสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ สะท้อนถึง ความไม่ชัดเจนในการให้ ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง และการทำงานแยกส่วนกัน และ 3) การรับรู้ปัญหาภาคสุขภาพ: บุคลากรสุขภาพ สะท้อนถึง ผู้รับบริการขาดความตระหนักในการป้องกันปฏิกิริยา กลุ่มเสี่ยงเข้าไม่ถึงบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และขาดความต่อเนื่องในการป้องกันขั้นตติยภูมิ

จากมุมมองการรับรู้ปัญหาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม ก่อให้เกิดมุมมองร่วมในประเด็นความต้องการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใน 5 ประเด็นคือ 1) พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเชิงรุก 2) เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอาหารและการส่งต่อ 4) พัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่าย และ 5) พัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง

1. มุมมองการรับรู้ปัญหาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการบริการปฐมภูมิของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 ภาคส่วน ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้ปัญหาภาคประชาชน: ผู้รับบริการ กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวระบุปัญหา 3 ประเด็นรอง ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ชัดเจน การบริการเชิงรุกในชุมชนยังมีน้อย และการขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่าย

1) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ชัดเจน โดยบุคลากรด้านสุขภาพยังมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคค่อนข้างน้อย การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังในหน่วยบริการ ยังเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นหลัก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีเพียงการระบุว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งนี้จึงทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในรายละเอียดของโรค อาการนำของโรคที่ต้องพึงตระหนัก และการกลับเป็นซ้ำของโรค ตัวแทนผู้ดูแลในครอบครัว ได้ระบุถึงประเด็นการรับรู้ปัญหาในมุมมองของภาคประชาชน: ผู้รับบริการ ในประเด็น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่ชัดเจน ดังนี้ “ตอนแรกที่มีอาการเข้าใจว่าจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับกระดูกกับเส้นเอ็นเส้นประสาท อะไรแบบนี้ เลยไปหาหมอกระดูก

พอไปถึงหมอบอก อ๋อ ไม่ได้เนี่ย ต้องไปโรงพยาบาล ถึงได้เข้าโรงพยาบาล ไปตรวจ ไปเอกซเรย์สมอง เขาบอกเป็นเส้นเลือดในสมองอุดตัน สมองขาดเลือดไปเลี้ยง แต่มาเลยเวลาที่กำหนด ให้ยาไม่ทัน แขนขาซีกซ้ายเลยอ่อนแรงแบบนี้ เราก็ไม่เคยรู้เรื่องโรคแบบนี้มาก่อน เราก็ปฏิบัติอะไรไม่ถูกเลย”

2) การบริการเชิงรุกในชุมชนยังมีน้อย การบริการสุขภาพที่ผ่านมามีการให้บริการเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เช่น การลงคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน การบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ การเจาะเลือดเพื่อติดตามแผนการรักษา แต่ในปัจจุบันปรับเปลี่ยนเป็นการบริการเชิงตั้งรับในหน่วยบริการทำให้ผู้สูงอายุที่เดินทางลำบากและไม่มีผู้ดูแล เกิดความไม่สะดวกของการเข้ารับบริการ เสี่ยงสะท้อนจากผู้สูงอายุระบุถึง การบริการเชิงรุกในชุมชนยังมีน้อย ดังนี้ “ผู้สูงอายุที่เดินทางลำบาก เดินไม่ได้ ต้องใช้รถเข็น แล้วบางคนก็มีลูกหลานแค่คนเดียว แล้วลูกหลานเขาก็ไปโรงเรียนหรือไปทำงาน จะให้ใครพาเดินไปหาหมอ ต้องเข้าใจตรงนี้ ปัญหาแน่นอนอยู่ที่ความยากลำบากในการเดินทาง ควรจะมีการบริการลงเชิงรุกในชุมชนให้ประชาชนกลุ่มนี้ได้เข้าถึงบริการ”

3) การขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่าย ผู้สูงอายุและครอบครัวระบุถึงปัญหาการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการจำหน่ายที่ไม่ชัดเจน การขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่าย จากปัญหาข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการเชิงตั้งรับของหน่วยบริการ อีกทั้งการติดตามเยี่ยมหลังการจำหน่ายโดยบุคลากรสุขภาพยังมีน้อย ผู้สูงอายุกลุ่มผู้ป่วยได้ระบุถึงประเด็นนี้ “อยากให้หมอลงมาติดตามเยี่ยม มาช่วยแนะนำวิธีการทำกายภาพเองที่บ้าน ว่าต้องทำยังไง ทำนานแค่ไหน ถึงจะดีขึ้น เราทำเอง ช่วงแรกๆ ยอมรับว่าตั้งใจทำเพราะอยากหายเร็วๆ แต่หลังๆ มารูสึกว่าไม่ค่อยจะดีขึ้น เลยทำบ้างไม่ทำบ้าง บางทีก็หมดกำลังใจ ไม่ค่อยมีหมอมาย่เยียม บ่อยเท่าไรนะ มาสักครั้งหนึ่ง นานแล้ว อยากให้มาแนะนำ บอกให้รู้ในสิ่งที่ถูกต้อง เราก็จะสบายใจว่าทำเองและมีความหวังที่จะฟื้นหายได้”

1.2 การรับรู้ปัญหาภาคสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ประกอบด้วย 2 ประเด็นรอง ได้แก่ ความไม่ชัดเจนในการให้ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง และการทำงานแยกส่วนกัน

1) ความไม่ชัดเจนในการให้ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรด้านสังคมระบุถึง การได้รับข้อมูลเกี่ยว



กับโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรด้านสุขภาพว่ายังมีรายละเอียดไม่ชัดเจนนัก โดยส่วนใหญ่จะได้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นหลัก โรคหลอดเลือดสมองอาจจะมีแทรกแต่มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ผู้สูงอายุจึงอาจยังไม่เข้าใจลึกซึ้งพอ ส่งผลให้ขาดความตระหนักเกี่ยวกับโรค ตัวอย่างมุมมองที่สะท้อนถึง ประเด็นการรับรู้ปัญหาในมุมมองของภาคประชาชน: ผู้รับบริการ ในประเด็น ความไม่ชัดเจนในการให้ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ “การให้ความรู้โดยหมอที่ลงมาตรวจเบาหวาน ส่วนมากจะให้ข้อมูลให้ความรู้เฉพาะเรื่องเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่มีแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งหากประชาชนไม่รู้ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค ว่ามีอันตรายรุนแรงอย่างไร อาจจะไม่ตระหนักถึงความสำคัญและไม่ดูแลสุขภาพตนเอง”

2) การทำงานแยกส่วนกัน กลุ่มบุคลากรด้านสังคมะบุถึงการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการด้านสุขภาพและหน่วยบริการด้านสังคมที่ผ่านมายังขาดการประสานงานร่วมกันที่ชัดเจน ยังเป็นการทำงานที่แยกส่วนกันจึงส่งผลให้ขาดความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงาน มุมมองของผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขของเทศบาลสะท้อนถึงประเด็นการทำงานแยกส่วนกัน ดังนี้ “งบประมาณตาม พรบ. จัดสรรลงมาให้ท้องถิ่น ท้องถิ่นก็อยากช่วย อยากประสานให้ความร่วมมือจับมือกัน เพื่อเดินหน้าด้านสุขภาพ หมอหรือพยาบาล เขามีข้อมูลด้านสุขภาพของคนในพื้นที่อยู่แล้ว แต่ว่าการประสานงานกันระหว่างท้องถิ่นกับหน่วยงานด้านสุขภาพยังมีค่อนข้างน้อย งานบางอย่างเขาอยากทำแต่ของโรงพยาบาลมีน้อย เรามีงบแต่เราไม่รู้ปัญหาเขาไม่ได้มาบอกเรา ท้องถิ่นไม่รู้ เพราะเขาไม่ได้เสนอมาการทำงานเรายังประสานกันน้อยอยู่ค่ะ”

1.3 การรับรู้ปัญหาภาคสุขภาพ: บุคลากรสุขภาพประกอบด้วย 3 ประเด็นรอง ได้แก่ ผู้รับบริการขาดความตระหนักในการป้องกันขั้นปฐมภูมิ กลุ่มเสี่ยงเข้าไม่ถึงบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันตติยภูมียังขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

1) ผู้รับบริการขาดความตระหนักในการป้องกันขั้นปฐมภูมิ มี 2 ประเด็นสำคัญ คือ 1) ขาดความใส่ใจเพราะขาดข้อมูล โดยประเด็นที่เป็นปัญหา ได้แก่ สื่อที่ใช้ยังเป็นภาษาวิชาการมากเกินไป การให้ข้อมูลด้านสุขภาพยังไม่เจาะจงรายละเอียดโรคหลอดเลือดสมอง และการแจ้ง

ผลหลังการคัดกรองสุขภาพที่ล่าช้า 2) เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่กิจกรรมไม่ครอบคลุม บุคลากรด้านสุขภาพได้สะท้อนมุมมองถึงประเด็นปัญหานี้ ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพมีข้อจำกัดเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง การติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการทำงานที่แยกส่วนกันระหว่างส่วนที่เกี่ยวข้อง หัวหน้าพยาบาลได้สะท้อนมุมมองเกี่ยวกับการขาดความใส่ใจของผู้รับบริการเพราะสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคยังเป็นภาษาวิชาการมากเกินไป ดังนี้ “แผ่นพับมาให้ความรู้สำหรับประชาชนที่ส่วนกลางส่งมา ที่อ่านแล้วมัน เป็นภาษาวิชาการมากเกินไป ประชาชนอาจจะขาดความใส่ใจในการป้องกันโรคเพราะเหตุนี้ คือระดับประชาชน เขาอาจจะไม่เข้าใจสื่อ เราเข้าใจเพราะเรารู้ดี แต่คนจะเอาไปปฏิบัติเป็นอีกเรื่องหนึ่งนะ มันน่าจะเป็นสื่อให้ความรู้ที่เป็นภาษาชาวบ้าน ที่อ่านปุ๊บ เข้าใจปั๊บ และนำไปปฏิบัติได้เลยตามวิถีของเขา โดยที่ไม่ต้องไปแปล หรือตีความอีก”

2) กลุ่มเสี่ยงเข้าไม่ถึงบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ 1) รอจนเป็นหนักแล้วค่อยรักษา ในประเด็นนี้เกิดจากการที่ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง จึงขาดความตระหนักเกี่ยวกับการใส่ใจอาการเตือนของโรคและนำไปสู่การเข้ารับการรักษาที่ไม่ทันเวลาที่ เข้ารับการรักษาเมื่ออาการรุนแรงมากแล้ว เข้าระบบ Stroke Fast Track ไม่ทันเวลาทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงตามมา 2) การประสานงานยังไม่เป็นระบบ บุคลากรด้านสุขภาพระบุถึงปัญหาเกี่ยวกับการประสานงานระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับ ในกรณีส่งผู้ป่วยเข้าระบบ Stroke Fast Track ทำให้การติดตามข้อมูลเกิดความล่าช้าและไม่เป็นปัจจุบัน และมีผลต่อการติดตามฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย นักกายภาพบำบัดได้สะท้อนมุมมองถึง การประสานงานยังไม่เป็นระบบที่ส่งผลต่อการติดตามฟื้นฟูหลังการจำหน่าย ดังนี้ “การประสานงานทุกระดับเลยนะ ตั้งแต่เหนือเราขึ้นไป ส่งเราลงมา ไม่ค่อยเป็นระบบ งานกายภาพได้รับการส่งต่อข้อมูลน้อยมาก ส่วนใหญ่เราจะสื่อสารกันเองระหว่างนักกายภาพที่อยู่โรงพยาบาลจังหวัด กรณีมีคนไข้จำหน่ายที่อยู่ในพื้นที่เรา เราจะส่งเมลมาหาเราโดยตรง แบบนี้เราถึงจะรู้ข้อมูล แต่กรณีที่ประสานผ่านระบบโรงพยาบาลจังหวัดนี้เราไม่เคยได้เลย”



3) ขาดความต่อเนื่องในการป้องกันขั้นตติยภูมิ ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย คือ 1) การดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน งานการดูแลต่อเนื่องอยู่ในช่วงของการพัฒนาระบบการดำเนินงาน การเยี่ยมบ้านยังดำเนินการไม่ได้ตามแผน การเยี่ยมบ้านถูกมองว่าเป็นงานของ อสม. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงบางส่วนยังไม่ได้รับการเยี่ยมที่ครอบคลุม และภาคส่วนด้านสังคมและภาคส่วนด้านบริการสุขภาพต่างคนต่างเยี่ยม 2) ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูระยะหลังการจำหน่าย การลงฟื้นฟูสภาพในชุมชนระยะหลังการจำหน่ายยังมีน้อย ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง กลุ่มติดบ้านติดเตียงบางส่วนไม่ได้รับการเยี่ยม บุคลากรด้านสังคมและด้านบริการสุขภาพยังทำงานแยกส่วนกัน อีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวขาดความตระหนักในการฟื้นฟูสภาพ 3) การสื่อสารและฐานข้อมูลยังไม่ชัดเจน ประเด็นปัญหาสำคัญคือการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพยังไม่ชัดเจน การส่งต่อข้อมูลแบบไม่เป็นทางการในหน่วยงาน มีข้อมูลแต่ไม่มีฐานข้อมูลรองรับ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ได้ระบุถึงประเด็นการรับรู้ปัญหาในมุมมองการรับรู้ปัญหาภาคบริการสุขภาพ: บุคลากรสุขภาพ เกี่ยวกับการขาดความต่อเนื่องในการป้องกันขั้นตติยภูมิ ในประเด็นของการดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ดังนี้ “COC รูปแบบงานมันยังไม่ชัดเจนมันเป็นช่วงเริ่มสร้างระบบใหม่พูดถึงก็คือเป็นการสร้างใหม่ทั้งหมดเลย เพราะฉะนั้นรูปแบบของ COC มันก็ยังไม่ชัดเจน”

2. มุมมองความต้องการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 ภาคส่วน

1) การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเชิงรุก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและประเด็นสำคัญของโรค ซึ่งสะท้อนได้จากมุมมองการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัวที่พบว่ายังมีการรับรู้ความเชื่อตามวิถีวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแสวงหาแนวทางในการรักษาตามความเชื่อเป็นหลัก ส่วนมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพระบุถึงการใช้มุมมองของผู้ให้บริการเป็นหลักโดยสื่อที่ใช้ให้ความรู้เป็นภาษาวิชาการมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ จึงไม่เกิดการตระหนักที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นและพึ่งพาบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยจากความไม่เข้าใจ นักกายภาพบำบัดได้ระบุถึงประเด็นการพัฒนารูปแบบการให้

ข้อมูลเชิงรุก ดังนี้ “การให้ข้อมูลเราจะต้องลงไปตรงๆ ตามบ้านในชุมชนให้มากขึ้น การสื่อสารในเชิงรุก เราจะได้รู้ว่าเขาเข้าใจไม่เข้าใจในประเด็นไหนบ้าง อีกอย่างเราจะได้เห็นวิถีชีวิตและการปฏิบัติตัวของเขาในสถานการณ์จริงด้วย”

2) การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ กลุ่มเสี่ยง CVD Risk การดำเนินงานที่ผ่านมามุ่งเน้นผลลัพธ์เชิงปริมาณเป็นสำคัญ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนไม่เข้าใจระดับความเสี่ยงของตนเอง อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงบางส่วนไม่ได้ทราบผลการคัดกรองในทันที ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่าที่ควรจึงไม่ได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประกอบกับการจัดการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมและขาดการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง จากการสนทนากลุ่มเพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน พยาบาลงานเวชปฏิบัติชุมชนได้เสนอแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้ “ในส่วนของ การคัดกรอง เราต้องแจ้งผลให้เร็วขึ้น อีกทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงระดับ 4-5 เราต้องเน้นการให้ข้อมูลเชิงรุกในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนัก ควรให้กลุ่มเวชฯ ลงชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมความเข้าใจและลงไปเยี่ยมถึงบ้านพร้อมๆ กับการลงเยี่ยมบ้านกลุ่มติดเตียงด้วยเลย แบบนั้นจะเกิดประโยชน์มากกว่า การคัดกรองที่ทำอยู่”

3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอาการและการส่งต่อ การบริการที่เป็นอยู่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการในระยะเฉียบพลันได้ทันเวลา ยังมีจำนวนค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยที่เคยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่นับถึงการเข้าไม่ถึงข้อมูลระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง จึงไม่รู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพที่ควรได้รับ อีกทั้งคนในชุมชนยังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างน้อยและยังขาดระบบสนับสนุนการส่งต่อภายในชุมชน จึงทำให้ระบบการช่วยเหลือเพื่อจัดการอาการในระยะเฉียบพลันเป็นอย่างล่าช้า ส่งผลให้เข้าถึงการบริการสุขภาพไม่ทันเวลา นักพัฒนาสังคมของเทศบาล ได้เสนอแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอาการและการส่งต่อ โดยให้ อสม. เป็นส่วนหนึ่งในการประสานงาน ดังนี้ “อสม. ดีตรงที่ว่า อสม. ของเทศบาลก็คือขอประสานงานเรื่องใด แก่ทำให้ได้หมดค่ะ จริงๆ เรื่องการส่งต่อ เรายัง



อสม. อยู่ในทุกหมู่บ้าน เขารู้จักคนในชุมชนเป็นอย่างดี ให้เขามีส่วนร่วมในการประสานงาน เช่น มีใครมีอาการที่เข้าข่ายว่าเป็นโรคนี้ อสม. ประสานไปหาเจ้าหน้าที่ ทันท่วงทีเลย มันก็จะสะดวกขึ้นนะผมว่า อสม. เป็นคนที่ใกล้ชิดประชาชน ก็คือใกล้ชิดกว่าเราก็คือเขาจะรู้ว่ายายนี้ ตานี้ เขาเป็นอะไร แบบไหน จะทำนองนี้ละ เขาจะรู้ดี”

4) การพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการจำหน่าย ยังได้รับการฟื้นฟูสภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย จากมุมมองของผู้รับบริการทั้งกลุ่มบุคลากรด้านสังคม กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ระบุถึงโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็น “โรคตายฝ่ายตายเบื่อง” ส่งผลให้ “ร่างกายไม่เต็มร้อยคือเก่า” “ต้องกลายเป็นคนพิการ” สะท้อนถึงการได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่ายมีค่อนข้างน้อยส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านร่างกายที่ชัดเจน ส่วนบุคลากรด้านสุขภาพระบุถึงปัญหาสำคัญในประเด็นข้อจำกัดด้านบุคลากร เช่น นักกายภาพบำบัด ปัญหาการส่งต่อข้อมูลเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ชัดเจนส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องของการฟื้นฟูสภาพ ประเด็นการพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่าย นักกายภาพบำบัดได้เสนอแนะแนวทางในการดำเนินการว่า “ในการฟื้นฟูหลังการจำหน่าย เราไม่สามารถลงพื้นที่ไปให้บริการที่บ้านได้บ่อยนัก เพราะข้อจำกัดคือคนน้อย แต่ปัญหานี้ถ้าจะแก้ไขได้โดยการสร้างความเข้าใจร่วมกัน และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายโดยทีมดูแลต่อเนื่องและการลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามน่าจะได้ดี นักกายภาพจะไปสอนทุก case ก่อนกลับบ้านอยู่แล้วก็อาจจะเป็นส่วนหนึ่งในทีมนี้ลงเยี่ยมก็ลงไปพร้อมกัน มันก็จะดีนะผมว่า”

5) การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง การดำเนินงานของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ณ ปัจจุบันอยู่ในระยะของการพัฒนาการดำเนินงาน จึงยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน นอกจากนี้บุคลากรด้านสังคมยังระบุถึงการทำงานที่แยกส่วนกัน การประสานงานยังมีค่อนข้างน้อย การดูแลต่อเนื่องถือว่าเป็นประเด็นที่ต้องการการพัฒนาเช่นเดียวกัน ทั้งนี้จากการประชุมสนทนากลุ่ม พยาบาลงานเวชปฏิบัติชุมชน ได้เสนอการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้ “ดูแลต่อเนื่อง รูปแบบงานมันยังไม่ชัดเจน เป็นช่วงเริ่มระบบใหม่ พูดถึงก็คือเป็นการสร้างใหม่ทั้งหมดเลย ดังนั้นเราคงต้องวางแผนร่วมกันใหม่ อาจจะจุดประเด็นจากเรื่องโรคหลอดเลือดสมองนี้แหละ ว่าการเชื่อมต่อการส่งต่อดูแลแต่ละส่วนจะส่งกัน

อย่างไร ใครจะเกี่ยวข้องในประเด็นไหนบ้าง อาจจะต้องเขียนออกมาให้ชัด เอาเฉพาะในหน่วยบริการของเราก่อน แล้วค่อยประติดประต่อกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง”

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายเทียบเคียงกับแนวคิดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ระดับได้ โดยมุมมองการรับรู้ปัญหาด้านการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริการปฐมภูมิ ทั้ง 3 ภาคส่วน ประกอบด้วย 1) ภาคประชาชนหรือผู้รับบริการ คือ กลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัวได้ระบุถึงปัญหาการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีค่อนข้างน้อย การแสวงหาข้อมูลจึงมักเกิดจากถ่ายทอดข้อมูลจากประสบการณ์ตรงของคนในชุมชนและจากความเชื่อที่ถือปฏิบัติสืบทอดต่อกันมา โดยความเชื่อบางอย่างส่งผลต่อการจัดการอาการในระยะแรกของโรค เช่น “การบีบนิ้วโดยหมอเส้นหมอเอ็นแล้วไม่ดีขึ้น รอจนอาการรุนแรงเป็นหนักค่อยมาโรงพยาบาล” หรือ การตัดสินใจเข้ารับการรักษาในสถานบริการของเอกชนตามคำบอกเล่าของคนในชุมชน¹¹ ปัญหาการบริการเชิงรุกในชุมชน การเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่าย สะท้อนถึงการบริการสุขภาพที่ยังเน้นการตั้งรับในหน่วยบริการสุขภาพเป็นหลัก และการให้บริการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสุขภาพเชิงรุกในชุมชนและการฟื้นฟูหลังการจำหน่ายยังมีน้อย⁶

2) มุมมองของภาคสังคมโดยกลุ่มบุคลากรด้านสังคมระบุถึงปัญหาการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีค่อนข้างน้อย ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค¹² สะท้อนถึงการให้ข้อมูลด้านสุขภาพยังขาดการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เชิงรุก หรือการรณรงค์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนยังมีค่อนข้างน้อย¹³ ประเด็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนยังไม่ได้นำไปสู่ดำเนินการร่วมกันเชิงนโยบายระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม นโยบายบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนด้านสุขภาพและสังคม ยังไม่ได้เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ¹⁴ แม้ว่าจะมีข้อเสนอแนะการดำเนินงานโดยรูปแบบการเชื่อมประสานกันการดำเนินงานทุกขั้นตอนจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ก็ตาม^{12,15,16}

3) ในส่วนมุมมองของภาคสุขภาพ โดยบุคลากรด้านสุขภาพ ได้ระบุถึงการบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค



หลอดเลือดสมองทั้ง 3 ระดับ ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ทั้งนี้ ปัญหาการป้องกันระดับปฐมภูมิ มีการระบุถึงประเด็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ไม่ครอบคลุมอันมีสาเหตุเกิดจากการยึดติดมุมมองของผู้ให้บริการเป็นหลักเช่นการใช้สื่อในการถ่ายทอดข้อมูลกับผู้รับบริการที่ยังเน้น “ภาษาวิชาการ” มากกว่า “ภาษาชาวบ้าน” ทำให้ผู้รับบริการไม่เข้าใจข้อมูลที่ชัดเจน และอีกปัญหาคือการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตยังไม่ครอบคลุม สะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับการป้องกันระดับปฐมภูมียังมีค่อนข้างน้อย¹⁴ สอดคล้องกับสถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่พบว่า การดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองยังไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร¹⁷ กลุ่มเสี่ยงเข้าไม่ถึงบริการระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ระบุถึงการเข้ารับการรักษาที่ไม่ทันเวลา เนื่องจากขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การประสานส่งต่อข้อมูลและขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพหลังระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ประเด็นปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความไม่ครอบคลุมของการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันระดับทุติยภูมิ

ในส่วนการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันระดับตติยภูมิ ประเด็นสำคัญคือ ปัญหาการดูแลต่อเนื่อง ทั้งการเยี่ยมบ้าน การสื่อสารและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการรักษาต่อเนื่อง เหล่านี้สะท้อนถึงมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องซึ่งจะสามารถช่วยป้องกัน ลด และชะลอการเกิดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง¹⁸ แต่อาจมีข้อจำกัดบางประเด็นที่มีผลต่อการดำเนินงานที่ไม่ครอบคลุม

ความต้องการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุตามมุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฐมภูมิ ทั้ง 3 กลุ่ม ได้สะท้อนถึง 5 ประเด็นสำคัญที่จะเป็นแนวทางสู่การพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้มีความครอบคลุมการป้องกันทั้ง 3 ระดับ คือ การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเชิงรุก การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง CVD Risk การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอาการและการส่งต่อ การพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่าย และการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โดยทั้ง 5 ประเด็นต้องอาศัยการดำเนินงานร่วมกันของภาคีการบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่มุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนมีทำงานร่วมกันทั้งด้าน

การร่วมจัดบริการ^{19,20} การสร้างองค์ความรู้และการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่มีความครอบคลุมการป้องกันกันโรค¹⁸ ทั้งนี้การดำเนินงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้องจะส่งผลให้เกิดการเชื่อมต่อบริการและตอบสนองความต้องการทั้งการบริการสุขภาพและการบริการด้านสังคม^{5,6}

ข้อเสนอแนะ

ภาคีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ ควรมีส่วนร่วมกันพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจนของแต่ละภาคส่วน และบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำร่วมกัน ภายใต้ศักยภาพ ความรู้ และทักษะของแต่ละสาขาอาชีพ ทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร และบทบาทหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2554. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
2. Nilanont Y, et al. Quality of acute ischemic stroke care in Thailand: a prospective multicenter countrywide cohort study. J Stroke Cerebrovasc Dis 2014 Feb; 23(2): 213-9.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย ปี 2555. นนทบุรี: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. ข้อมูลสถิติการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ 2557. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2557]. สืบค้นจาก http://203.157.185.18/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
5. สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบทาง การแพทย์ระดับตติยภูมิ



- และสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: สำนักงาน
กิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
6. จุฬารัตน์ ลิ้มพัฒนานนท์ สมศักดิ์ เทียมเก่า สุรัชดา
ชนโสภณ อรอนงค์ วลีจรัสเลิศ และชนนรรจรัตน์ โชติ
พานิช. ความแตกต่างระหว่างสิทธิสวัสดิการรักษ
พยาบาลของ บริการโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์:
การศึกษาเชิง ปริมาณ. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา
หลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข (สวรส.); 2557.
 7. พรปวิณ ชื่นใจเรือง และ วรณภา ศรีวัชรรัตน์. การรับ
รู้และการจัดการอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาล
ศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(5): 48-62.
 8. National Stroke Foundation. Acute Stroke Ser-
vices Framework 2011 [Internet]. National Stroke
Foundation; 2011. [cited 2014 Dec 6]. Available
from [http://strokefoundation.com.au/site/media/
Acute_Stroke_Framework_Services_2011.pdf](http://strokefoundation.com.au/site/media/Acute_Stroke_Framework_Services_2011.pdf)
 9. Department of Health. National Stroke Strategy
2007 [Internet]. Department of Health, National
Health Service 2007.
 10. ACCJ. National Survey on Prevention, Early Detec-
tion and the Economic Burden of Disease in Japan.
Published by the American Chamber of Commerce
in Japan. www.accj.or.jp.Adelman, C. 1993.
 11. สุพัตรา ศรีวัฒนชากร ทศนีย์ ญาณะ และบำรุง ชะลอ
เดช. สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย
ปี พ.ศ. 2547-2558. นนทบุรี, มูลนิธิสถาบันวิจัยและ
พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (มสพช.); 2558.
 12. ปิยนุช ภิญโญ และเพชรไสว ลิ้มตระกูล. สถานการณ์
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในตำบลบ้านเปิด
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2557; 32(4): 122-129.
 13. ประเสริฐ มงคลศิริ อัจฉรพรรณ คำยาดี และธิดารัตน์
ชาญตะปะ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการ
ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบ้านไร่
จังหวัดอุทัยธานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์
คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2557; 31(3).
 14. สุพัตรา ศรีวัฒนชากร ทศนีย์ ญาณะ และบำรุง ชะลอ
เดช. สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย
ปี พ.ศ. 2553. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) สถาบันพัฒนาสุขภาพ
อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
 15. ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. เจาะลึกปัญหาเพื่อพัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน.
วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียง
เหนือ 2555; 30(4): 6-14.
 16. นิธิธามา เสรีวิชัยสวัสดิ์ พวงรัตน์ มณีวงษ์ อรณีย์ ศรีสุข
ณัฐพัชร โพธิ์เงิน และนริมาลย์ นิละไพจิตร. การศึกษา
ปัจจัยเสี่ยงการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน.
วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2557; 28(3): 30-40.
 17. สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. การวิเคราะห์
ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและ
ควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับ
ประเทศ พ.ศ. 2551-2555. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่
ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
 18. วรณภา ศรีวัชรรัตน์ ผ่องพรรณ อรุณแสง มยุรี ลีทองอิน
สิริมาศ ปิยะพัฒน์พงศ์ ประสบสุข ศรีแสนปาง และลดาวลัย
พันธุ์พาณิชย์. การถอดบทเรียนและสังเคราะห์ระบบ
บริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสะโตรีคและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ :
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2558.
 19. จารุพักร์ สุขมาลพิทักษ์ วลัยพร นันทศุภวัฒน์ และพร้อม
จิตร์ ห่อนบุญเหิม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองชาย ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิโดย
ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารสมาคม
พยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(1):
32-38.
 20. สุพัตรา ศรีวัฒนชากร ทศนีย์ ญาณะ และบำรุง ชะลอเดช.
สู่ชุมชน สุขภาพดี คู่มือการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชน
ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ
พื้นที่. นนทบุรี: พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน; 2558.