

Experiences, Needs, and Barriers in Stroke Recovery among Working-Age Patients and Their Caregivers: A Transition from Hospital to Home

Nuntakarn Paksee*, Athittiya Chua-um*

**Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Uttaradit 53000 Thailand*

Abstract

This qualitative study aimed to explore the experiences, needs, and barriers in stroke recovery among working-age patients and their caregivers during the transition from hospital to home. Interpretive phenomenology was employed as the methodological framework, guided by the Transitional Care Model. Participants were purposively selected, comprised 13 working-age stroke survivors and 13 primary caregivers. Data were collected through two-phase of in-depth interviews: Before discharge and home visits two to four weeks post-discharge. Data analysis followed Miles, Huberman, and Saldaña's content analysis approach. Three major themes emerged. First, transitional adjustment experiences were characterized by a profound identity crisis linked to occupational role loss and significant emotional burden among unprepared caregivers. Second, participants reported unmet supportive needs, including tailored information and self-management skills, return-to-work support, and accessible psychosocial assistance. Third, barriers to rehabilitation included post-stroke depression, economic and environmental constraints, and critical gaps in information transfer between hospital and community health teams. These findings highlight the urgent need to develop transitional care programs specifically responsive to the unique needs of working-age stroke survivors within the Thai healthcare context.

Keywords: Stroke, Working-age, Transitional Care Model, Caregiver, Rehabilitation experience (J Thai Stroke Soc. 2026;25(2): 18–31)

Corresponding author: **Athittiya Chua-um** (Email: athittiya@unc.ac.th)

Received 18 April 2026 Revised 1 June 2026 Accepted 10 June 2026

ประสบการณ์ ความต้องการ และอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัยทำงานและญาติผู้ดูแล: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน

นางสาวนันทกาญจน์ ปักษ์*, นางสาวอติติญา เชื้ออำ*

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อุดรดิตถ์ 53000
ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ ความต้องการ และอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความและกรอบแนวคิด Transitional Care Model เป็นโครงสร้างในการตีความข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน 13 ราย และญาติผู้ดูแลหลัก 13 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกสองระยะ คือ ก่อนจำหน่าย และการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย 2-4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Miles, Huberman และ Saldana ผลการวิจัยพบประเด็นหลัก 3 ประเด็น ประการแรก ประสบการณ์การปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งโดดเด่นด้วยวิกฤตอัตลักษณ์จากการสูญเสียบทบาทอาชีพและภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่ขาดการเตรียมความพร้อม ประการที่สอง ความต้องการสนับสนุนที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ทั้งด้านข้อมูลและทักษะการดูแลตนเอง การสนับสนุนการกลับสู่อาชีพ และการสนับสนุนทางจิตใจ ประการที่สาม อุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลังเจ็บป่วย ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม และช่องว่างในการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับทีมสุขภาพชุมชน ผลการศึกษานี้ให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่ตอบโจทย์ความต้องการเฉพาะของวัยทำงานในระบบสุขภาพไทย

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, วัยทำงาน, การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน, ญาติผู้ดูแล, ประสบการณ์การฟื้นฟู (J Thai Stroke Soc. 2026;25(2): 18-31)

บทนำ (Introduction)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญระดับโลก ข้อมูลจากการศึกษา Global Burden of Disease Study 2021 รายงานว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกสูงถึง 93.8 ล้านคน และส่งผลกระทบต่อปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากความพิการ (DALYs) สูงถึง 160.5 ล้านปีต่อปี ที่น่ากังวลยิ่งขึ้นคือแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ในกลุ่มประชากรอายุน้อยกว่า 70 ปี โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งสะท้อนว่าโรคหลอดเลือดสมองไม่ใช่โรคของผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียวอีกต่อไป สำหรับบริบทของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มวัยทำงาน (อายุระหว่าง 18–60 ปี) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มประชากรนี้มีความสำคัญเป็นพิเศษในเชิงเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากเป็นกำลังหลักในการผลิตและการดูแลครอบครัว ความพิการที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อชีวิตหลายมิติ โดยส่งผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้บทบาทหน้าที่ อัตลักษณ์ทางอาชีพ และคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัว^{2,3}

ช่วงเวลาที่สำคัญ และเปราะบางที่สุดในเส้นทางการฟื้นฟูสภาพคือ ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Phase) จากโรงพยาบาลสู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในการจัดการอาการในสภาวะแวดล้อมที่ขาดผู้เชี่ยวชาญ หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า ความไม่ต่อเนื่องของการวางแผนจำหน่าย และการขาดระบบสนับสนุนภายหลังออกจากโรงพยาบาลเป็นอุปสรรคสำคัญในการปรับตัว⁴ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่ต้องเผชิญกับ "วิกฤตอัตลักษณ์" (Identity Crisis) จากการสูญเสียบทบาทผู้หาเลี้ยงครอบครัว⁵ ความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแตกต่างจากผู้สูงอายุอย่างสิ้นเชิง โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการกลับเข้าทำงาน ทว่าอัตราการสำเร็จยังคงต่ำเนื่องจากข้อจำกัดด้านกายภาพ ความเหนื่อยล้า และขาดการสนับสนุนที่ตรงจุด^{6,7} ขณะเดียวกัน ญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นแกนหลักในการฟื้นฟูที่บ้าน มักขาดการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอก่อนจำหน่าย ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย^{8,9}

แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional

Care Model: TCM) ของ Naylor ที่เน้นการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและลดภาระผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้ป่วยวัยทำงานไทยยังมีข้อจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ และอิงบริบทระบบสุขภาพต่างประเทศ ทำให้ยังมีช่องว่างองค์ความรู้ ที่สำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์ และความต้องการภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย^{4,9} นอกจากนี้ ในขณะที่ระบบสุขภาพมักมองภาพผู้ดูแลว่าเป็นลูกหลานหรือผู้รับจ้างดูแลในบริบทผู้สูงอายุ แต่งานวิจัยยังขาดการสะท้อนภาพที่แท้จริงของคู่สมรสในวัยแรงงาน ที่ต้องแบกรับภาระซ้ำซ้อนทั้งงานประจำ และการดูแลผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ ความต้องการ และอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้กรอบแนวคิด TCM เป็นโครงสร้างในการตีความข้อมูล ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะ สนับสนุนการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคม และลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องในระบบสุขภาพไทย

วิธีวิจัย (Methods)

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (Interpretive Phenomenological Research) ซึ่งมีรากฐานทางปรัชญาจากแนวคิดของ Heidegger ที่เน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่มนุษย์มีชีวิตรอยู่ผ่านกระบวนการตีความเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล¹¹ แนวทางนี้เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาประสบการณ์ที่ซับซ้อนและมีความเป็นส่วนตัวสูง เช่น การเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงความหมายเชิงลึกที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสร้างขึ้นจากประสบการณ์จริงของตนเองอย่างแท้จริง¹²

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน (อายุ 18–60 ปี) และผู้ดูแลหลัก (Primary Caregivers) ที่เข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยจากทั้งจังหวัดอุดรธานี และพื้นที่ใกล้เคียง การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงและสามารถถ่ายทอดข้อมูลที่มีความลึกและครอบคลุมเพียงพอ กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามหลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) โดยคาดว่าจะใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละประมาณ 10–15 ราย หรือจนกว่าจะไม่มีประเด็นใหม่ปรากฏขึ้นจากการสัมภาษณ์¹⁴

เกณฑ์การคัดเลือก สำหรับกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่

(1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก (2) มีอายุระหว่าง 18–60 ปี (3) มีคะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) เต็ม 15 คะแนน และไม่มีภาวะบกพร่องด้านการสื่อสาร (Aphasia) ในระดับที่ขัดขวางการสัมภาษณ์ และ (4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม สำหรับกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ (1) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน (2) มีความสัมพันธ์เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่ไม่ได้รับคำตอบแทนในเชิงพาณิชย์ และ (3) สามารถสื่อสารและถ่ายทอดประสบการณ์ได้ชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะ

แทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้ที่มีประวัติโรคจิตเวชรุนแรงก่อนการเจ็บป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ย้ายที่ออกไปพื้นที่ห่างไกลจนไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ได้ภายในกรอบเวลาที่กำหนด

เครื่องมือวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งครอบคลุมข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล และ (2) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured In-depth Interview Guide) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด TCM ทั้ง 8 องค์ประกอบของ Naylor แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านในสาขาการพยาบาลระบบประสาท การดูแลต่อเนื่อง และ

วิจัยเชิงคุณภาพ ก่อนนำไปทดลองใช้ (Pilot Interview) กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1–2 ราย เพื่อปรับปรุงภาษาและลำดับคำถามให้เป็นธรรมชาติ

กระบวนการเก็บข้อมูลดำเนินการเป็น 2 ระยะ ระยะแรก คือการสัมภาษณ์ก่อนจำหน่าย (Before discharge Interview) ณ โรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที โดยเน้นสำรวจความพร้อมและความกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ระยะที่สอง คือการสัมภาษณ์เชิงลึกและการเยี่ยมบ้าน (Home Visit In-depth Interview) หลังจำหน่าย 2–4 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 60–90 นาที โดยบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกดิจิทัล (หลังได้รับความยินยอม) และดำเนินการถอดคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำภายใน 24–48 ชั่วโมงหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง เพื่อรักษาความสดใหม่ของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังบันทึกภาคสนาม (Field Notes) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรม บริบทสิ่งแวดล้อม และสังเกตการณ์เชิงอวัจนภาษาในระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อใช้ประกอบการตีความข้อมูล ขั้นสุดท้ายดำเนินการตรวจสอบข้อมูลกลับ (Member Checking) โดยนำบทสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์คืนสู่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยประยุกต์ใช้แนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Miles, Huberman และ Saldaña¹⁵ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักที่สัมพันธ์กัน ขั้นตอนแรก คือการลดรูปข้อมูล (Data Reduction) ด้วยการอ่านซ้ำหลายรอบ และการให้รหัสข้อมูล (Coding) ทั้งแบบนิรนัย (Deductive Coding) ตามกรอบ TCM 8 องค์ประกอบ และแบบอุปนัย (Inductive Coding) จากประเด็นที่เกิดขึ้นใหม่จากข้อมูลจริง ขั้นตอนที่สอง คือการจัดระเบียบและแสดงข้อมูล (Data Display) ด้วยการจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายคล้ายกันเพื่อสร้างประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes) พร้อมแสดงความสัมพันธ์ด้วยแผนผังและตาราง ขั้นตอนที่สาม คือการสรุปและตรวจสอบข้อสรุป (Conclusion Drawing and Verification) โดยเชื่อมโยงผลการตีความกับบริบทของผู้ป่วยวัยทำงาน

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการตามเกณฑ์ความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดของ Lincoln และ Guba¹⁶ ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) โดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ของแหล่งข้อมูลจากผู้ป่วย และผู้ดูแลที่สะท้อนปรากฏการณ์อย่างรอบด้าน และวิธีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมทั้งสังเกตการณ์พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับตรวจสอบข้อมูลกลับ (Member Checking) เพื่อป้องกันความเอนเอียงและตีความคลาดเคลื่อนจากตัวผู้วิจัย ดำเนินการความสามารถถ่ายโอน (Transferability) โดยการบรรยายบริบทอย่างหนาแน่น (Thick Description) ความสอดคล้องของกระบวนการ ผ่านการบันทึก Audit Trail ตลอดกระบวนการวิจัยและความเป็นกลาง (Confirmability) ผ่านการสะท้อนตนเอง (Reflexivity) ของผู้วิจัยในทุกขั้นตอน

การพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี

อุตรดิตถ์ (BCNUT REC No. 002/2569) วันที่รับรอง 20 มกราคม 2569 โดยดำเนินการตามมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ ICH-GCP ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรม 4 ประการ ได้แก่ (1) หลักความเคารพในบุคคล ผ่านกระบวนการขอความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent) พร้อมสิทธิถอนตัวโดยไม่กระทบการรักษา (2) หลักการให้ประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมทางจิตใจและหยุดการสัมภาษณ์หากพบความเสี่ยง (3) การรักษาความลับ ด้วยการใช้รหัสแทนชื่อจริงและจัดเก็บข้อมูลในระบบที่มีการป้องกัน และ (4) หลักความยุติธรรม ด้วยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์อย่างเคร่งครัดโดยไม่เลือกปฏิบัติ

ผลการวิจัย (Results)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 26 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน 13 ราย และกลุ่มญาติผู้ดูแลหลัก 13 ราย ข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) เกิดขึ้นเมื่อสัมภาษณ์ครบ 12 คู่ และดำเนินการสัมภาษณ์เพิ่มอีก 1 คู่เพื่อยืนยันความอิ่มตัวของข้อมูล

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 13)

ลักษณะ	รายละเอียด
อายุเฉลี่ย (ปี)	48.6 (ช่วง 35–59)
เพศชาย : เพศหญิง	8 : 5
ชนิดโรค: Ischemic stroke	9 ราย (69.2%)
ชนิดโรค: Hemorrhagic stroke	4 ราย (30.8%)
ระยะเวลาเฉลี่ยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (วัน)	14.3 (ช่วง 7–28)
อาชีพก่อนป่วย: รับจ้าง/แรงงาน/เกษตรกร	6 ราย (46.2%)
อาชีพก่อนป่วย: ข้าราชการ/พนักงาน	4 ราย (30.8%)
อาชีพก่อนป่วย: ประกอบธุรกิจส่วนตัว	3 ราย (23.0%)
สิทธิการรักษา: บัตรทอง	8 ราย (61.5%)
สิทธิการรักษา: ประกันสังคม/ข้าราชการ	5 ราย (38.5%)
ระดับความพิการ (mRS 1–2)	7 ราย (53.8%)
ระดับความพิการ (mRS 3–4)	6 ราย (46.2%)

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล (n = 13)

ลักษณะ	รายละเอียด
อายุเฉลี่ย (ปี)	44.2 (ช่วง 28–62)
เพศหญิง : เพศชาย	9 : 4
ความสัมพันธ์: คู่สมรส	7 ราย (53.8%)
ความสัมพันธ์: บุตร	4 ราย (30.8%)
ความสัมพันธ์: พี่น้อง	2 ราย (15.4%)
ระยะเวลาดูแลเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)	18.4 (ช่วง 16–24)
ระยะเวลาดูแลหลังจำหน่ายเฉลี่ย (สัปดาห์)	6.8 (ช่วง 3–12)
ระดับการศึกษา: ต่ำกว่าปริญญาตรี	8 ราย (61.5%)
ระดับการศึกษา: ปริญญาตรีขึ้นไป	5 ราย (38.5%)

ประเด็นหลักที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และบันทึกภาคสนาม พบประเด็นหลัก 3 ประเด็น และ การวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นย่อย รวม 9 ประเด็น ดังแสดงในตารางที่ 3.

ตารางที่ 3. ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการวิเคราะห์

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ประสพการณ์การปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่าน	1.1 วิกฤตอัตลักษณ์และการสูญเสียบทบาท 1.2 ภาระทางอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล 1.3 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับข้อจำกัดใหม่
2. ความต้องการสนับสนุนในการฟื้นฟูสภาพ	2.1 ความต้องการข้อมูลและทักษะการจัดการตนเอง 2.2 ความต้องการสนับสนุนเพื่อการกลับสู่อาชีพ 2.3 ความต้องการสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ
3. อุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ	3.1 อุปสรรคระดับบุคคลและครอบครัว 3.2 อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ 3.3 ช่องว่างในระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลักที่ 1. ประสพการณ์การปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่าน

ประเด็นย่อย 1.1 วิกฤตอัตลักษณ์และการสูญเสียบทบาท

ผู้ป่วยวัยทำงานทุกราย รายงานความรู้สึกสูญเสียอัตลักษณ์อย่างฉับพลันภายหลังการเจ็บป่วย โดยมีนัยสำคัญมากกว่าเพียงการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย หากแต่เชื่อมโยงอย่างลึกซึ้งกับการสูญเสียบทบาทที่เคยนิยามคุณค่าของตนเองในฐานะเสาหลักของครอบครัวและผู้ประกอบอาชีพ การสูญเสียบทบาทนี้ปรากฏชัดในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะทางหรือแรงงาน ซึ่งอาชีพเหล่านี้เปรียบเสมือนอัตลักษณ์หลักของบุคคล ดังที่ผู้ให้ข้อมูล P04 สะท้อนว่า "ตัดผมมาตลอดชีวิตเลย... จนร่างกายเราล้มแบบนี้แหละ"

คำว่าตลอดชีวิตแสดงถึงการหลอมรวมอาชีพเข้าเป็นส่วนหนึ่งของตัวตน เมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพได้จึงนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองอย่างรุนแรง เช่นเดียวกับกรณีของ P08 ที่ระบุว่า "งานไม่ได้ทำ... ก่อนหน้านั้นทำอะไรทำนา" ซึ่งสะท้อนถึงการต้องละทิ้งวิถีชีวิตเดิมที่เคยเป็นเครื่องยืนยันความสามารถ และการพึ่งพาตนเอง

ความรู้สึกสะท้อนใจที่ต้องกลายเป็นภาระ และไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวได้เหมือนเดิม เปลี่ยนสถานะจากผู้ดูแลเป็นผู้ถูกดูแล P03 บริบทญาติผู้ดูแลเล่าถึงผู้ป่วยว่า "เมื่อก่อนเคยทำกับข้าวให้ลูกให้หลานกิน ตอนนั้นทำไม่ได้แล้ว" การสูญเสียบทบาทแม่และยาย ที่คอยดูแลเรื่องปากท้องของคนในบ้าน นอกจากนี้ งานวิจัยยังพบปรากฏการณ์ "ความตระหนักรู้ในความสูญเสียเชิงประจักษ์" โดยเฉพาะในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกหลังกลับไปพักฟื้นอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตทางจิตใจที่สำคัญที่สุด เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่บ้านแตกต่างจากโรงพยาบาล พื้นที่ที่เคยใช้ชีวิต และทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างอิสระ กลายเป็นเครื่องตอกย้ำถึงข้อจำกัดใหม่ทางกายภาพ ส่งผลให้ระยะห่างระหว่างตัวตนที่เคยเป็นกับตัวตนในปัจจุบันปรากฏชัดเจน และสร้างความสะท้อนใจมากกว่าในช่วงที่อยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์

ประเด็นย่อย 1.2 ภาระทางอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแล (Caregivers) ต้องเผชิญกับภาระทางอารมณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งไม่ได้เกิดจากเพียงภาระงานในการดูแลทางกายเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการต้องรองรับอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วย และความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนของอาการ ที่มักใช้ญาติผู้ดูแลเป็นที่รองรับอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยเกิดความหงุดหงิดจากข้อจำกัดของตนเอง ดังที่ผู้ดูแลในราย P07 สะท้อนว่า "เกิดความรำคาญ หงุดหงิดเนอะ บางทีก็ขู่ว่าแต่เราก็เข้าใจแอะเนอะ" ซึ่งแสดงถึงการใช้ความอดทนเพื่อระงับความขัดแย้ง ขณะเดียวกันยังต้องแบกรับ ความวิตกกังวลและความกลัวต่อภาวะวิกฤต ความกลัวว่าอาการจะทรุดลงฉับพลัน เห็นได้ชัดจากกรณี P11 ที่ญาติผู้ดูแลต้องตัดสินใจในภาวะวิกฤตเรื่องการยื้อชีวิต "จะเจาะคอฉันกับบอกไม่เจาะ ถ้าแย่นี่ให้ปั๊ม

ใหม่ฉันบอกไม่ปั๊ม ให้เขาไปสบายไม่ต้องทำอะไร" สะท้อนถึงภาระในการตัดสินใจที่หนักอึ้ง ซึ่งส่งผลต่อภาวะจิตใจของญาติผู้ดูแลอย่างมาก

นอกจากนี้ ภาระการดูแลที่ต่อเนื่องยังนำไปสู่ความเหนื่อยล้าสะสม และการสูญเสียชีวิตส่วนตัว จากการที่ต้องปรับวงจรชีวิตตามผู้ป่วยจนเกิดภาวะเหนื่อยล้าเรื้อรัง เห็นได้ชัดจากผู้ดูแลราย P03 ที่บรรยายถึงวงจรการดูแลที่ไม่มีวันหยุดพักกว่า "5 ทุ่มตื่นปั๊บ แล้วเค้าก็ยามาจน 11 โมงเช้า... บ่าย 3 เค้าก็จะตื่นละ... ทุ่มสองทุ่มเค้าก็เข้าห้องนอน" ภาวะเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลในระยะยาว

ประเด็นย่อย 1.3 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับข้อจำกัดใหม่

นอกเหนือจากการสูญเสียบทบาท ผลการศึกษา ยังเผยให้เห็นถึงกระบวนการทางจิตวิทยาในการยอมรับและปรับเปลี่ยน เพื่อให้อยู่รอดได้ในสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเริ่มจากการปรับลดความคาดหวัง และการยอมรับสภาพจริง เพื่อก้าวข้ามความขัดแย้งในใจไปสู่การรับรู้ข้อจำกัดใหม่ ดังที่ P07 กล่าวว่า "คนเคยทำเนาะเนอะ มันอึดอัด... มันหงุดหงิดตัวเอง ทำอะไรก็ไม่ได้ตั้งใจ" ควบคู่ไปกับการสร้างความหมายใหม่และการดูแลตนเองเชิงรุก โดยเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาสในการทบทวนพฤติกรรมสุขภาพ มองความเจ็บป่วยเป็นบทเรียนมากกว่าบทลงโทษ เช่นที่ P04 สะท้อนว่า "บางทีก็ขอบคุณมันนะ มันทำให้เราหันกลับมาดูแลตัวเองมากขึ้น... รู้จักกินรู้จักอะไรมากขึ้น" ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าใหม่ในการมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยโครงสร้างทางสังคมช่วยเหลือเสริม โดยเฉพาะกำลังใจจากคนใกล้ชิดที่ช่วยประคับประคองอัตลักษณ์ที่เปราะบาง เช่นกรณี P01 ที่ญาติเล่าถึงพัฒนาการว่า "เดินได้นี้ก็ดีเลย... ลูกชายเขาเดินขึ้นบันได 3 ชั้น 4 ชั้น" การรับรู้ถึงความสำเร็จเล็กน้อยผ่านการสนับสนุนของครอบครัว จึงเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดและมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพตนเองต่อไป

ประเด็นหลักที่ 2. ความต้องการสนับสนุนในการฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นย่อย 2.1 ความต้องการข้อมูลและ

ทักษะการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักที่บ้าน ความต้องการข้อมูลจะเน้นหนักไปที่ทักษะการใช้ชีวิตและการป้องกันความเสี่ยง โดยเฉพาะความต้องการข้อมูลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยต้องการความชัดเจนเรื่องพฤติกรรมกรบริโภคและการสังเกตอาการผิดปกติ ดังที่ P04 สะท้อนบทเรียนจากการ "กินตามใจตัวเอง... กินของทอด ของมัน ของดอง น้ำหวาน" จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่า "มันทำให้เราหันกลับมาดูแลตัวเองมากขึ้น... รู้จักกินรู้จักอะไรมากขึ้น" ขณะเดียวกันยังมีความต้องการทักษะการจัดการด้านยาและผลข้างเคียง เพื่อคลายความกังวลเรื่องผลกระทบระยะยาวต่อร่างกาย เช่นในราย P05 ที่กังวลว่า "กินมากก็ไม่ดีนะยาพวกนี้... ความดันมาๆ ก็ลงไตเนาะ" ข้อมูลที่ถูกต้องจึงสำคัญต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยา นอกจากนี้ยังพบช่องว่างสำคัญในด้านการเข้าถึงข้อมูลสนับสนุนและการติดตามผล เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามอาการหลังจำหน่าย ดังที่ P10 ระบุว่า "ไม่มี (คนมาเยี่ยม) ไม่มีโทรมาอะไรอย่างงี้ ไม่มี" และราย P01 ที่เสริมว่า "ไม่ได้มีใครมาเลยหรือมีมาแค่ครั้งเดียว" สิ่งนี้สะท้อนถึงความต้องการระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน สายด่วน หรือช่องทางการสื่อสารทางไกล เพื่อยืนยันความถูกต้องในการดูแลตนเองและสร้างความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

ประเด็นย่อย 2.2 ความต้องการสนับสนุนเพื่อการฟื้นฟูบทบาททางอาชีพ

สำหรับผู้ป่วยวัยทำงาน การกลับเข้าสู่โลกการทำงานไม่ได้เป็นเพียงการกู้คืนรายได้เพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ แต่คือการกู้คืนอัตลักษณ์และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทว่าเส้นทางนี้เต็มไปด้วยอุปสรรคซับซ้อนที่ต้องการระบบสนับสนุนอย่างเป็นระบบใน 4 มิติหลัก ดังนี้

1) การพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพื่อทักษะเฉพาะอาชีพ: ความต้องการก้าวข้ามการทำกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐาน ไปสู่การฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กและทักษะเฉพาะ (Fine Motor Skills) เพื่อให้สามารถกลับไปใช้เครื่องมือทำงานได้อีกครั้ง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีทักษะฝีมือเฉพาะทางซึ่งมักเกิดความสะเทือนใจเมื่อ

ร่างกายไม่เอื้ออำนวย ดังเช่น P04 สะท้อนว่า "ตัดผมมาตลอดชีวิตเลย... จนร่างกายเราล้มแบบนี้แหละ"

2) การประเมินความพร้อมและขีดจำกัดในการทำงาน: ผู้ป่วยต้องเผชิญสภาวะบีบคั้นและแรงดันระหว่างจิตใจที่มุ่งมั่นกับร่างกายที่มีข้อจำกัด ดังที่ P02 ระบุว่า "ห่วงทำงานเนาะ...มันจำเป็นต้องทำ" ภาระความรับผิดชอบนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการการชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาจุดสมดุลระหว่างการทำงานและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะการปรับรูปแบบงานให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายปัจจุบัน

3) การจัดการความอ่อนล้า และภาวะแทรกซ้อนที่ซ่อนเร้น: แม้ลักษณะภายนอกจะดูแข็งแรงดี แต่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะล้าเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการทำงาน ดังที่ P10 สะท้อนว่า "ทำอะไรแล้วมันเหนื่อยง่าย เผลียง่าย... เดินไกลๆ ก็ได้ แต่ถ้านานๆ มันก็จะเหนื่อยง่าย" การสนับสนุนด้านทักษะการจัดสรรพลังงานและการจัดการเวลาที่ยืดหยุ่นจึงเป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จในระยะยาว

4) การสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง: การหยุดชะงักของอาชีพส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในจิตใจอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักพยายามยึดโยงกับบทบาทเดิม เช่น P09 วิตกกังวลว่า "ช่วงนี้มะปรางกำลังเก็บมะปรางไปขาย" หรือในรายที่สูญเสียงานเดิมจนนำไปสู่ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ดังเช่น P10 ที่ระบุว่า "ช่วงที่ป่วยแรกๆ ก็เครียดจนเป็นโรคซึมเศร้าต้องกินยา ไม่ได้ไปทำงานเหมือนเดิมแล้ว แฟนทำคนเดียว ตอนนั้นเราก็ถึกตุ๊กตา กระเป๋าข้างชายแทน" ดังนั้น การที่ทีมสุขภาพช่วยแนะแนวอาชีพทางเลือกและส่งเสริมศักยภาพใหม่ จึงไม่ได้เป็นเพียงการลดภาวะซึมเศร้าจากการว่างงาน แต่เป็นการสร้างความหวังให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของตนเองว่ายังสามารถขับเคลื่อนครอบครัวและสังคมได้แม้สภาพร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไป

ประเด็นย่อย 2.3 ความต้องการสนับสนุนทางสังคม และจิตใจ

ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่สะท้อนความต้องการสนับสนุนทางจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นจากความต้องการ ความเข้าใจ และความอดทน จากคนใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเผชิญกับ

ภาวะอารมณ์แปรปรวนจากพยาธิสภาพของโรคและความอึดอัดที่ทำอะไรไม่ได้ตั้งใจ เช่น ญาติผู้ดูแลรายงานว่าผู้ป่วยมีอาการ "รำคาญ หงุดหงิด ขู่ว่าง" (P07) ผู้ป่วยต้องการคำมั่นใจว่าตนเองยังมีความสามารถ และไม่ได้ออกห่างจากโรงพยาบาล โดยระบุว่า "ไม่มีใครโทรมาหาเลย" (P01, P10) แสดงถึงความต้องการที่พึงพิงทางใจจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้รู้สึกอุ่นใจในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ความต้องการสนับสนุนทางจิตใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ใช่แค่การปลอบใจ แต่คือการต้องการระบบสนับสนุนที่ช่วยให้เขารู้สึกว่ายังมีตัวตน มีความหวัง และมีคนเคียงข้าง ในวันที่ร่างกายไม่เหมือนเดิม การสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว และทีมสุขภาพตั้งแต่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญว่าผู้ป่วยจะกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประเด็นหลักที่ 3: อุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นย่อย 3.1 อุปสรรคระดับบุคคลและครอบครัว

อุปสรรคภายในที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการขาดแรงจูงใจในการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน ภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่ยังยึดติดกับตัวตนเดิม และไม่สามารถปรับตัวเข้ากับข้อจำกัดใหม่ได้ ร่วมกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่ขาดระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ทำให้การฟื้นฟูสภาพที่บ้านเป็นไปอย่างล่าช้าหรือหยุดชะงักลงในช่วง 1-2 เดือนแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่า ผู้ป่วยบางรายสามารถทำได้แต่ไม่ทำ (P03) ซึ่งอาจเกิดจากความรู้สึกเหนื่อยหน่าย หรือการสูญเสียแรงจูงใจในการฝึกฝนร่างกายอย่างต่อเนื่อง

ในระดับครอบครัว อุปสรรคสำคัญคือการปรับเปลี่ยนบทบาทภายในครอบครัว (Family Role Adjustment) โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยเคยเป็นผู้นำครอบครัว การสลับบทบาทกลายเป็นแหล่งความขัดแย้งและความตึงเครียดในความสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจทางอ้อมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยพบความล้าของญาติผู้ดูแล (Caregiver Burnout) เมื่อต้องทำงานหาเลี้ยงชีพควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย (P08) หรือต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมงจนไม่ได้พักผ่อน (P03) ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยลดลง รวมถึงการขาดความรู้ในการทำกายภาพที่ถูกวิธี ทำให้ไม่กล้าให้ผู้ป่วยขยับตัวเพราะกลัวล้ม

ประเด็นย่อย 3.2 อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

เมื่อพิจารณาในมิติของสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ พบว่าฐานะทางการเงินของครอบครัวเป็นปัจจัยชี้ขาดความเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยหลายรายต้องเผชิญกับภาระหนี้สินจากค่าส่วนต่างจากการรักษา และการสูญเสียรายได้หลักจากการขาดงานทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่นกรณี P03 ที่ "ต้องจ่ายส่วนต่างเองถึง 40,000 บาท จากยอดรวมเกือบ 3 แสนบาท" ซึ่งเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัว ภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้ครอบครัวต้องเลือกให้ความสำคัญกับการทำมาหากินมากกว่าการฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มที่ ขณะเดียวกันสภาพแวดล้อมทางกายภาพของที่อยู่อาศัยที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น พื้นที่ต่างระดับหรือการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกที่ปลอดภัย ผนวกกับช่องว่างของระบบสาธารณสุขในชุมชนที่ขาดการติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ยิ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกโดดเดี่ยวและขาดความมั่นใจในการจัดการตนเอง

ประเด็นย่อย 3.3 ช่องว่างในระบบบริการสุขภาพ

อุปสรรคในระดับระบบที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรายงานอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องของการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและทีมสุขภาพชุมชน โดยผู้ป่วยเกือบทั้งหมดรายงานว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดการติดตามผลเชิงรุกหรือไม่มี การแจ้งข้อมูลแผนการรักษาไปยังพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งทางใจในช่วงวิกฤตที่บ้าน ผู้ป่วย P01 และ P10 สะท้อนถึงประสบการณ์ในทิศทางเดียวกันว่า "ไม่มี (คนมาเยี่ยม) ไม่มีโทรมาอะไรอย่างงี้ไม่มี" (P10) และ "ไม่ได้มีใครมาเลย หรือมีมาแค่ครั้งเดียว... อยากให้มาเพื่อช่วยเหลือ" (P01)

ขณะที่ผู้ป่วย P09 อธิบายว่าการขาดความต่อเนื่องนี้ทำให้ต้องพึ่งพาตนเองตามยถากรรม โดยระบุว่า "ไม่มีใครมาเลย... เราก็ดูแลกันไปตามอาการ" ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการการได้รับคำแนะนำที่จำเพาะเจาะจงกับสภาพแวดล้อมจริงในบ้าน มากกว่าเพียงแค่การนัดตรวจตามรอบที่โรงพยาบาล นอกจาก

นี้ยังพบปัญหาการรอคอยนัดพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น นักกายภาพบำบัดและนักอาชีวบำบัด ซึ่งมีจำนวนจำกัดในพื้นที่ ทำให้ระยะเวลารอนานเกิน 4–6 สัปดาห์ ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาสำคัญ (Golden Period) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองและร่างกาย

ผลการตรวจสอบข้อมูลกลับ (Member Checking) ยืนยันว่าประเด็นทั้ง 9 ประเด็นสะท้อนประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน โดยเฉพาะในมิติของความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพที่มีมาตรฐานเดียวกันระหว่างในเมืองและชุมชนห่างไกล

อภิปรายผล (Discussion)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เจาะลึกประสบการณ์ ความต้องการ และอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงานและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านภายใต้บริบทระบบสุขภาพไทย ผลการศึกษาได้ขยายความเข้าใจเชิงลึกใน 3 มิติหลักที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Transitional Care Model (TCM) ของ Naylor อย่างมีนัยสำคัญ และมีจุดบรรจบกับงานวิจัยระดับนานาชาติพร้อมกับชี้ให้เห็นลักษณะเฉพาะของบริบทไทยที่แตกต่างออกไป

วิกฤตอัตลักษณ์และการสูญเสียบทบาทในกลุ่มวัยทำงาน

ประเด็นที่โดดเด่นที่สุดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือความรุนแรงของวิกฤตอัตลักษณ์ (Identity Crisis) จากการสูญเสียบทบาทอาชีพและสถานะผู้หาเลี้ยงครอบครัวอย่างฉับพลัน ซึ่งส่งผลกระทบสะท้อนใจรุนแรงยิ่งกว่าความบกพร่องทางกาย สอดคล้องกับแนวคิด Liminality ของ Hall และคณะ¹⁷ ที่อธิบายว่าผู้ป่วยมักตกอยู่ในสภาวะ "ระหว่างสอง" (Betwixt and Between) คือสูญเสียตัวตนในอดีตแต่ยังไม่สามารถก้าวไปสู่อนาคตได้ ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ลึกซึ้งผ่านปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เกี่ยวกับการพังทลายของโลกและการดำรงอยู่ โดยปกติวัยทำงานจะใช้ร่างกายเป็นเครื่องมือที่พร้อมใช้งานโดยอัตโนมัติ ทว่าเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิกฤตนี้จึงกลายเป็นวิกฤตเชิงภววิทยา (Ontological Crisis) ที่โลกใบเดิมซึ่งผูกติดกับอัตลักษณ์การเป็นเสาหลักครอบครัว

พังทลายลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญสภาวะแปลกแยกและรู้สึกไม่ปลอดภัยในร่างกายตนเอง

วิกฤตนี้เด่นชัดในกลุ่มวัยทำงานมากกว่าผู้สูงอายุ เนื่องจากอาชีพเป็นแกนกลางของอัตลักษณ์บุคคล สอดคล้องกับ Šaňáková และคณะ³ ที่พบว่า แม้ความบกพร่องทางประสาทจะรุนแรงน้อย แต่การเจ็บป่วยยังคงลดทอนคุณภาพชีวิตและบทบาททางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้น มิติวัฒนธรรมไทยในความเป็น "เสาหลักครอบครัว" ที่ผูกติดกับค่านิยมความกตัญญูและการเป็นที่พึ่งพา ยิ่งทวีความรุนแรงของความรู้สึกสูญเสียมากกว่าบริบทตะวันตก สะท้อนจากสถิติของ Ibrahim และคณะ² ที่ยืนยันว่าผู้ป่วยวัยทำงานถึงร้อยละ 58.7 ไม่สามารถกลับเข้าทำงานได้หลังเจ็บป่วย

อย่างไรก็ดี การพบกระบวนการปรับตัวเชิงบวกตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 สะท้อนถึงความพยายามตีความความหมายของตนเองใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ของกรอบแนวคิด TCM ที่เน้นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ ทว่าในบริบทไทย กระบวนการนี้ยังเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติโดยขาดระบบสนับสนุน จึงเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาบทบาทพยาบาลประสานงานการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยขยายคุณค่าทางทฤษฎีของกรอบแนวคิด TCM (Naylor) ซึ่งเดิมมุ่งเน้นผลลัพธ์เชิงคลินิกและการจัดการอาการทางกายในผู้สูงอายุ แต่เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มวัยทำงาน องค์กรประกอบการดูแลจำเป็นต้องขยายขอบเขตจากความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADLs) ไปสู่การฟื้นฟูอัตลักษณ์เพื่อการกลับเข้าสู่อาชีพ ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดที่แตกต่างจากผู้สูงอายุ บริบทนี้ขับเคลื่อนให้การพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านต้องก้าวข้ามการดูแลเชิงคลินิกทั่วไป ไปสู่การร่วมมือกับนักกิจกรรมบำบัดเพื่อประเมินศักยภาพ ออกแบบโปรแกรมฝึกทักษะเฉพาะ และปรับเปลี่ยนงานให้สอดคล้องกับวิถีอาชีพจริง

ภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแลและความพร้อมที่ขาดหายไป

ผลการศึกษาด้านภาระทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในวรรณกรรมนานาชาติ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Tsakitzidis และ

คณะ¹⁸ ระบุว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเผชิญปัญหาสุขภาพพร้อมกันทั้ง 4 มิติ คือ อารมณ์ ร่างกาย สังคม และการเงิน โดยเฉพาะความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการดูแล สอดคล้องกับ Lin และคณะ⁹ ที่พบว่าช่วง 2 เดือนแรกหลังจำหน่ายเป็นช่วงวิกฤตสองทาง ที่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเผชิญความยากลำบากพร้อมกัน ทว่าสิ่งที่พบในบริบทไทยและต่างจากประเทศพัฒนาแล้ว คือ ระดับความไม่พร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากยังขาดโปรแกรมการสอนที่เป็นระบบและช่องทางการสื่อสารหลังจำหน่ายที่เข้าถึงง่าย ซึ่งการศึกษา meta-analysis ของ Li และคณะ¹⁹ ยืนยันว่า ปัจจัยทางจิตวิทยาและลักษณะทางคลินิกของโรคสัมพันธ์กับระดับความพร้อมของผู้ดูแล จึงสนับสนุนความจำเป็นในการประเมินและเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนจำหน่ายตามหลักการของกรอบแนวคิด TCM ข้อค้นพบเชิงลึกของงานวิจัยนี้ยังสะท้อนว่า ลักษณะอาชีพเดิม และระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) ของผู้ป่วยวัยทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่จำแนกความรุนแรงของวิกฤตทางจิตใจและรูปแบบภาระของผู้ดูแล โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ทักษะเฉพาะทางหรือแรงงานรับจ้าง จะเผชิญวิกฤตอัตลักษณ์ และการสูญเสียคุณค่าในตนเองอย่างรุนแรงฉับพลัน เนื่องจากตัวตนและรายได้ผูกติดกับการควบคุมร่างกายโดยตรง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องแบกรับทั้งภาระทางอารมณ์จากภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและความกดดันทางเศรษฐกิจในการหารายได้ จุนเจือครอบครัว ต่างจากกลุ่มข้าราชการหรือพนักงานประจำที่มีสวัสดิการรองรับช่วงลาป่วย ซึ่งความเครียดจะไปตกอยู่ที่การเตรียมความพร้อมในความสามารถด้านการคิดและสติปัญญา และการจัดการความอ่อนล้าเพื่อกลับไปปฏิบัติงานบริหาร ยิ่งไปกว่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรง (mRS 3–4) เพิ่มภาระทางกายและอารมณ์แก่ผู้ดูแลจากการฟุ้งฟิงสูง แต่กลุ่มที่มีความพิการน้อย (mRS 1–2) กลับเผชิญวิกฤตความคาดหวัง จากความบีบคั้นที่ต้องรีบกลับไปทำงาน ทั้งที่ร่างกายยังไม่สมบูรณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์ ซึ่งสร้างความเครียดสะสมให้แก่ระบบครอบครัวไม่แพ้กัน

ปรากฏการณ์ความซับซ้อนจำเพาะในกลุ่มวัยทำงานนี้ จึงช่วยขยายขอบเขตทางทฤษฎีของกรอบแนวคิด TCM ในองค์ประกอบที่มีส่วนร่วมของผู้ป่วย

และผู้ดูแล ว่าไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการฝึกทักษะการดูแลทางกายภาพทั่วไปเหมือนในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่พยาบาลประสานงานจำเป็นต้องยกระดับการมีส่วนร่วมไปสู่การประเมินวิกฤตทางจิตใจควบคู่กับบริบททางอาชีพ เพื่อออกแบบโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการฟื้นฟูอัตลักษณ์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและลักษณะงานจริงของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างแท้จริง

ความต้องการข้อมูลและการส่งเสริมการกลับสู่อาชีพ

ผลการศึกษานี้เผยให้เห็นช่องว่างที่ชัดเจนระหว่างข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับ กับข้อมูลที่พวกเขาต้องการเพื่อรับมือกับชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Callaghan และคณะ ซึ่งวิเคราะห์ประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พบว่าปัญหาหลักคือการขาดการแบ่งปันข้อมูลที่ปรับตามบุคคล ช่องว่างการสื่อสาร และการดูแลที่กระจัดกระจาย รวมทั้งการรู้สึกถูกทอดทิ้งในสภาวะรอหลังจำหน่าย⁷ ลักษณะดังกล่าวตรงกับการที่ญาติผู้ดูแลในการศึกษาปัจจุบันระบุว่าไม่รู้ว่าจะโทรหาใครเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งสะท้อนความล้มเหลวในองค์ประกอบ Maintaining Continuity ของ TCM ความต้องการสนับสนุนการกลับสู่อาชีพที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเป็นประเด็นที่โดดเด่นเฉพาะกลุ่มวัยทำงานในการศึกษานี้ งานวิจัยของ Martin และคณะในนิวซีแลนด์พบว่า ผู้ป่วยทุกรายโดยไม่คำนึงถึงระดับความบกพร่อง ล้วนต้องการโอกาสในการสำรวจการเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ทางอาชีพตั้งแต่ระยะต้น แต่การสนับสนุนเชิงรุกด้านนี้ยังขาดหายไปจากระบบ⁵ การทบทวนวรรณกรรมของ Nuccio และคณะซึ่งรวม 38 งานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต่างประสบปัญหาในกระบวนการกลับสู่ตลาดแรงงาน โดยต้องการการสนับสนุนเชิงจิตสังคมและการเชื่อมโยงบริการสาธารณสุข การจ้างงาน และสวัสดิการสังคมเข้าด้วยกัน ในระบบสุขภาพไทยที่ยังไม่มีบริการ Vocational Rehabilitation อย่างเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน ช่องว่างนี้จึงยิ่งทวีความสำคัญ

อุปสรรคในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบ

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post-stroke Depression: PSD) ซึ่งปรากฏในรูปของการขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพ เป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับหลักฐานที่กว้างขวางว่า PSD พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผลโดยตรงต่อแรงจูงใจในการทำกายภาพบำบัดประสิทธิภาพของการฟื้นฟู และคุณภาพชีวิต และยังเพิ่มภาระให้กับผู้ดูแลอีกด้วย²⁰ การค้นพบว่าผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลาง (mRS 3–4) มีแนวโน้มรายงานภาวะนี้มากกว่า สะท้อนความจำเป็นของการคัดกรองและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้เร็วขึ้นในกระบวนการ TCM องค์ประกอบ Symptom Management อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจที่พบในการศึกษานี้ โดยเฉพาะปัญหาระยะทางไกล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดในชุมชน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Kayola และคณะซึ่งระบุว่าในประเทศกำลังพัฒนา อุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูหลังโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ข้อจำกัดทางการเงิน ปัญหาด้านการขนส่ง และการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง²¹ การทบทวนวรรณกรรมในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยเฉพาะยังแสดงให้เห็นว่าอุปสรรคร่วมของภูมิภาค ได้แก่ ความขาดแคลนบุคลากร ระยะทางไกล ค่ารักษาพยาบาลสูง และช่องว่างในความต่อเนื่องของการดูแล²² ซึ่งล้วนปรากฏอยู่ในบริบทอุตรดิตถ์ที่เป็นจังหวัดรองที่มีทรัพยากรบุคลากรด้านกายภาพบำบัดและอาชีวบำบัดจำกัด ช่องว่างที่สำคัญที่สุดที่ค้นพบในการศึกษานี้ คือการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนผู้รับผิดชอบการเยี่ยมบ้านไม่ได้รับแผนการดูแลที่สอดคล้องกับโปรแกรมการฟื้นฟูของโรงพยาบาล ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ Temehy และคณะที่สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงชาติพันธุ์วรรณนา²⁷ เรื่องว่าความต้องการที่รายงานบ่อยที่สุดของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายคือความต่อเนื่องของการดูแล และระยะเวลารอนานก่อนที่การฟื้นฟูจะเริ่มต้นอย่างเป็นรูปธรรมเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด²³ ปัญหานี้ชี้ให้เห็นว่าองค์ประกอบ Collaborative Care และ Maintaining Continuity

ของ TCM ยังไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างเต็มที่ในบริบทสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่ห่างไกลจากชุมชนของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติและนโยบาย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (TCM) ที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มวัยทำงานและสอดคล้องกับวิถีชีวิตยุคดิจิทัล โดยมีข้อเสนอแนะ 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับปฏิบัติการและนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Solutions) ระบบพยาบาลทางไกลเชิงรุก (Tele-nursing) สู่การพัฒนาแอปพลิเคชัน และการติดตามทางไกลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วง 14 วันแรกหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตที่ผู้ป่วยรับรู้ความสูญเสียสูงสุด เพื่อประเมินสภาวะอารมณ์ คัดกรองภาวะซึมเศร้าฉับพลัน และจัดช่องทางด่วน (Fast track) ส่งต่อสู่จิตแพทย์ทันทีหากมีความเสี่ยง จัดโปรแกรมฟื้นฟูเฉพาะบุคคลและอาชีพ คัดกรองความต้องการและพัฒนาแผนกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัดที่จำเพาะกับลักษณะงาน ระดับความพิการ และบริบทจริงของครอบครัว เพื่อเพิ่มสมานฉันท์และคืนอำนาจการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย

2. ระดับนโยบายและการบูรณาการข้ามกระทรวง (Inter-Ministerial Integration) การขับเคลื่อนระบบ ฟื้นฟูสภาพที่เน้นการคืนสู่อาชีพ ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์จากการฟื้นฟูเพื่อกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ไปสู่ความร่วมมือแบบไร้รอยต่อระหว่าง 3 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข (ประเมินเชิงคลินิกและส่งต่อข้อมูล), กระทรวงแรงงาน (ประเมินสมรรถนะ แนะนำอาชีพใหม่ และผลักดันนโยบายสถานประกอบการที่ยืดหยุ่นสำหรับคู่สมรสที่ทำงานประจำ) และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) (สนับสนุนทุนและอุปกรณ์คุ้มครองทางสังคม) เพื่อรองรับภาวะภาระซ้ำซ้อน (Double Burden) ของครอบครัว

3. ระดับระบบบริการสุขภาพชุมชน (Community-Based Care) นโยบายกระจายนักวิชาชีพเฉพาะทางสู่ระบบปฐมภูมิ เร่งจัดสรรนักกายภาพบำบัด และนักอาชีวบำบัดลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อจัดบริการฟื้นฟูถึงบ้านที่มีความถี่สูง มุ่งปิดช่องว่างระบบในช่วง 4–6

สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นระยะที่ผู้สมรสที่ทำงานประจำขาดแคลนเวลาและทักษะในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มาตรการนี้จะช่วยเร่งอัตราการกลับเข้าทำงาน (Return-to-work) และลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประการแรก เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาจึงไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังบริบทอื่นได้โดยตรง แม้ว่าการบรรยายบริบทอย่างหนาแน่น (Thick Description) จะช่วยสนับสนุนความสามารถถ่ายโอน (Transferability) ในระดับหนึ่ง ประการที่สอง การสัมภาษณ์ที่กระทำในช่วง 2-4 สัปดาห์หลังจำหน่ายอาจไม่ครอบคลุมประสบการณ์ระยะยาวที่อาจเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเวลาผ่านไป ประการที่สาม ผู้ป่วยที่มีภาวะ Aphasia ถูกคัดออกตามเกณฑ์ความสามารถในการสื่อสาร จึงอาจเกิดอคติในการคัดเลือก (Selection Bias) ที่ทำให้ไม่ได้ยินเสียงของผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรงกว่า ซึ่งอาจมีประสบการณ์และความต้องการที่แตกต่างออกไป

บทสรุป (Conclusion)

การศึกษานี้เผยให้เห็นว่าระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงวิกฤตที่ซับซ้อนและเปราะบางอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงานและญาติผู้ดูแล ประสบการณ์ที่โดดเด่นที่สุดคือวิกฤตอัตถิภาวนิยมที่เชื่อมโยงกับการสูญเสียบทบาทอาชีพและบทบาทเสาหลักของครอบครัว ซึ่งทวีความรุนแรงโดยภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่ขาดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ความต้องการที่เร่งด่วนที่สุดของกลุ่มนี้คือการมีช่องทางการสื่อสารต่อเนื่องกับทีมสุขภาพ การสนับสนุนการกลับสู่อาชีพอย่างเป็นรูปธรรม และการสนับสนุนทางจิตใจที่เข้าถึงได้ในชุมชน อุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลังเจ็บป่วย ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม และช่องว่างในการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ผลการศึกษานี้สนับสนุนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาโปรแกรมการดูแล

ระยะเปลี่ยนผ่านที่ตอบโจทย์ความต้องการเฉพาะของวัยทำงานในบริบทระบบสุขภาพไทย

องค์ความรู้ใหม่

การศึกษานี้สร้างองค์ความรู้ใหม่สำคัญ 4 ประการ ประการแรก ได้ระบุ "วิกฤตอัตถิภาวนิยมคู่ขนาน" (Parallel Identity Crisis) ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกันทั้งในผู้ป่วยที่สูญเสียอัตถิภาวนิยมทางอาชีพและในผู้ดูแลที่ต้องละทิ้งอัตถิภาวนิยมส่วนตัวของตนเพื่อรับบทบาทผู้ดูแลเต็มเวลา ซึ่งยังไม่เคยถูกบรรยายในบริบทในประเทศไทยมาก่อน ประการที่สอง การศึกษานี้ค้นพบว่าสัปดาห์ที่ 1-2 หลังจำหน่ายเป็น "หน้าต่างวิกฤต" (Critical Window) ที่ประสบการณ์เชิงลบและความรู้สึกโดดเดี่ยวมีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งชี้เป้าหมายเชิงปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมตามแนวคิด TCM ประการที่สาม การศึกษานี้เป็นครั้งแรกในบริบทไทยที่แสดงให้เห็นว่าช่องว่างระหว่าง "แผนการจำหน่าย" กับ "แผนการดูแลชุมชน" ที่เจ้าหน้าที่/บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นอุปสรรคหลักที่ขัดขวางการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่าปัจจัยด้านการเงินหรือสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ประการที่ 4 ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยวัยทำงานมักเป็นผู้สมรสที่ต้องทำงานนอกบ้าน ต่างจากบริบทผู้สูงอายุที่มีระบบช่วยเหลือ ความสัมพันธ์นี้ก่อให้เกิดภาวะซ้ำซ้อน ทั้งการดูแลผู้ป่วย และการรักษาเสถียรภาพทางการเงิน นำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Caregiver Burnout) ตามแนวคิดของ Tsakitzidis และคณะ (2024) ข้อจำกัดด้านเวลาของคนทำงานประจำนี้ส่งผลกระทบเป็นโดมิโนทำให้ขาดโอกาสพัฒนาทักษะการฟื้นฟู และกลายเป็นช่องว่างสำคัญในระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่ยังขาดกลไกสนับสนุนเชิงรุกจากสถานประกอบการและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024;23(10):973–1003. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00369-7

2. Ibrahim S, Francis T, Sheehan KA, Kokorelias K, Stanimirovic A, Hashmi S, et al. Exploring unmet needs and preferences of young adult stroke patients for post-stroke care through PROMs and gender differences. *Front Stroke*. 2024;3:1386300. doi: 10.3389/fstro.2024.1386300
3. Šaňáková Š, Gurková E, Štureková L, Bartoničková D, Macháľková L, Mazalová L. How to return? experiences of patients in working age after first ischaemic stroke: an interpretative phenomenological analysis of patient's perspective at 12–24 months post-stroke. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2024;19(1):2398249. doi: 10.1080/17482631.2024.2398249
4. Chen L, Xiao LD, Chamberlain D, Newman P. Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2021;30(19–20):2786–2807. doi: 10.1111/jocn.15807
5. Martin RA, Johns JK, Hackney JJ, Bourke JA, Young TJ, Nunnerley JL, et al. Early opportunities to explore occupational identity change: qualitative study of return-to-work experiences after stroke. *J Rehabil Med*. 2023;55:jrm00363. doi: 10.2340/jrm.v55.4825
6. Nuccio E, Petrosino F, Simeone S, Alvaro R, Vellone E, Pucciarelli G. The needs and difficulties during the return to work after a stroke: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Disabil Rehabil*. 2024;46(21):4901–4914. doi: 10.1080/09638288.2023.2287016
7. O'Callaghan G, Fahy M, O'Meara S, Lindblom S, von Koch L, Langhorne P, et al. Experiences and preferences of people with stroke and caregivers, around supports provided at the transition from hospital to home: a qualitative descriptive study. *BMC Neurol*. 2024;24(1):251. doi: 10.1186/s12883-024-03767-0
8. Lin S, Wang C, Wang Q, Xie S, Tu Q, Zhang H, et al. The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: a qualitative longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2022;130:104213. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104213
9. Bartoli D, Lombardi E, Trotta F, Macripo S, Pucciarelli G, Francesco P. Training and support needs in transitional care from hospital to home of the health care professional-caregiver-stroke survivor triad: a meta-synthesis study. *J Clin Nurs*. 2025;34(2):625–661. doi: 10.1111/jocn.17591
10. Saragih ID, Everard G, Saragih IS, Lee BO. The beneficial effects of transitional care for patients with stroke: a meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2024;80(2):789–806. doi: 10.1111/jan.15850
11. Tuohy D, Cooney A, Dowling M, Murphy K, Sixsmith J. An overview of interpretive phenomenology as a research methodology. *Nurse Res*. 2013;20(6):17–20. doi: 10.7748/nr2013.07.20.6.17.e315
12. Matua GA, Van Der Wal DM. Differentiating between descriptive and interpretive phenomenological research approaches. *Nurse Res*. 2015;22(6):22–7. doi: 10.7748/nr.22.6.22.e1344
13. Rahimi S, Khatooni M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;6:100174. doi: 10.1016/j.ijnsa.2024.100174
14. Squire CM, Giombi KC, Rupert DJ, Amoozegar J, Williams P. Determining an appropriate sample size for qualitative interviews to achieve true and near code saturation: secondary analysis of data. *J Med Internet Res*. 2024;26:e52998. doi: 10.2196/52998
15. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2014.
16. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1985.
17. Hall J, van Wijck F, Kroll T, Bassil-Morozow H. Stroke and liminality: narratives of reconfiguring identity after stroke and their implications for person-centred stroke care. *Front Rehabil Sci*. 2024;5:1477414. doi: 10.3389/fresc.2024.1477414
18. Tsakitzidis G, Timmermans O, Callewaert N, Verhoeven V, Lopez-Hartmann M, Truijzen S, et al. A holistic approach to expressing the burden of caregivers for stroke survivors: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(5):565. doi: 10.3390/healthcare12050565
19. Li X, Fang H, Wang Y, Lin Y, Xie L, He H, et al. Correlates of preparedness for caregiving of poststroke patients: a meta-analysis. *Front Neurol*. 2025;16:1591234. doi: 10.3389/fneur.2025.1591234
20. Xu J, Zhang H, Wu J. Diagnosis and etiology of poststroke depression: a review. *Front Psychiatry*. 2025;16:1556060. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1556060
21. Kayola G, Mataa MM, Asukile M, Chishimba L, Chomba M, Mortel D, et al. Stroke rehabilitation in low- and middle-income countries: challenges and opportunities. *Am J Phys Med Rehabil*. 2023;102(2S Suppl 1):S24–S32. doi: 10.1097/PHM.0000000000002128
22. Mohd Ludin ML, Low JH, Tan TS, Wee NY, McLean D, Quek KF. Barriers to accessing stroke rehabilitation and initiatives to enhance access to stroke rehabilitation in Southeast Asia: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2025. doi: 10.1080/09638288.2025.2593202
23. Temehy B, Rosewilliam S, Alvey G. Exploring stroke patients' needs after discharge from rehabilitation centres: meta-ethnography. *Behav Sci (Basel)*. 2022;12(10):404. doi: 10.3390/bs12100404
24. Ingram L, Pitt R, Shrubsole K. Health professionals' practices and perspectives of post-stroke coordinated discharge planning: a national survey. *Brain Impairment*. 2024;25:IB23092. doi: 10.1071/IB23092