

**การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง:
เน้นการรักษาทันทีหรือป้องกัน***
**Health care service for older persons with stroke:
Focusing on prevention or cure**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 39 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2559
Volume 39 No.4 (October-December) 2016

ศาสตราจารย์ พย.ม. ** วรณภา ศรีรัตนรัตน์ ปส.ด. (พยาบาล) ***
Sakorn Intolo, MNS ** Wanapa Sritanyarat, PhD. (Nursing) ***

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 43 คน คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษา การบริการสุขภาพมุ่งเน้นการรักษามากกว่าการป้องกัน ใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การคัดกรองผู้ป่วย NCDs เพื่อการรักษา; 2) การบริการในคลินิก NCDs; 3) การส่งต่อรักษาในระบบเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมอง; 4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 5) ผลลัพธ์การบริการ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อการรักษาล่าช้า ข้อค้นพบ สะท้อนถึงบทบาทของภาคสุขภาพมีความเด่นชัดมากกว่าภาคส่วนอื่น ๆ ดังนั้นในการพัฒนาบริการสุขภาพจึงต้องการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในการป้องกันโรค

คำสำคัญ: การบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This qualitative study aimed to explore situation of health care services for the elders with stroke in a primary health care context during October 2015 to February 2016. The 43 informants were stakeholders from primary health care sectors. Data were collected using in-depth interview and analyzed by using content analysis. Findings indicate that health care services for persons with stroke focusing on treatment rather than prevention, which included: 1) screening for NCDs treatment; 2) NCDs clinic services; 3) referral system in stroke fast track; 4) continuing care and 5) service outcomes included inaccessible to healthcare service for prevention and delayed access to healthcare. Findings showed that health sector play more significant role than other sectors. Therefore, the development of health care service requires all sectors' participation and collaboration, especially stroke prevention.

keywords: health care service, older persons, stroke prevention

*Graduate School Khon Kaen University Thailand, Funding

**Doctor of Philosophy (Nursing) student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assoc. Prof., Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเฉียบพลันในกลุ่มประชากร สูงอายุไทย¹ ผลกระทบจากโรคก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพและปัญหาภาวะพึ่งพิงในระยะยาว² แนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันพบว่าเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น³ ซึ่งจากสถิติพบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง⁴ จังหวัดมหาสารคามมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดเป็นอันดับที่ 5 ของประเทศ โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยสูงอายุ⁵ สถานการณ์ในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลแกดำ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุและมีจำนวนมากกว่ากลุ่มวัยอื่นถึง 4 เท่า นอกจากนี้ระดับความเสี่ยงยังเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁶ จากแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุทั้งในภาพรวมของประเทศและระดับชุมชน จึงนับเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขให้สอดคล้องกับภาวะสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน

จากการทบทวนงานวิจัยของประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าบริการสุขภาพเพื่อการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคหลอดเลือดสมองมุ่งเน้นการป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ภายใต้กรอบนโยบายในการดำเนินงาน⁷ โดยการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคม เชื่อมโยงการบริการสุขภาพทุกระดับ ไปจนถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน⁸ เป็นแนวทางที่ช่วยลดผลกระทบด้านบริการสุขภาพและสังคมได้เป็นอย่างดี ส่วนประเทศไทยในปัจจุบันพบว่าบริการสุขภาพมีการมุ่งเน้นที่การรักษาในระยะเฉียบพลันเป็นสำคัญ จะเห็นได้จากการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการ “ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง” (stroke fast track) ซึ่งเป็นบริการตั้งรับในหน่วยบริการสุขภาพระดับสูง อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการสุขภาพในระยะเฉียบพลันยังมีจำนวนน้อย⁹ ทั้งนี้อาจ

สืบเนื่องมาจากการประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมถึงประชาชนทุกพื้นที่โดยเฉพาะในเขตชนบท¹⁰ นอกจากนี้การบริการสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพในระยะหลังเกิดโรคก็ยังเป็นประเด็นที่ผู้ป่วยสูงอายุเข้าถึงบริการได้ค่อนข้างน้อยเช่นเดียวกัน¹¹

จากความไม่สมดุลระหว่างการบริการสุขภาพที่เป็นอยู่และแนวโน้มของการเกิดโรคในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในเขตชนบท จึงเกิดประเด็นที่น่าสนใจว่า มุมมองการรับรู้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการอธิบายที่ชัดเจนในเรื่องนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจสาระสำคัญผ่านมุมมองจากการรับรู้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับบริบทการบริการสุขภาพโดยตรง การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุในบริบทของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์การบริการสุขภาพเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาระยะต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาด้านสถานการณ์การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ทำการศึกษาในพื้นที่เทศบาลตำบลแกดำ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE 582226)

ผู้วิจัยขออนุญาตจากพื้นที่ศึกษา ก่อนเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับพยาบาลกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลแกดำ ในการเป็นผู้นำทาง (gatekeeper) ลงพื้นที่และค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติ ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและทำการแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลและให้ลงนามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยที่ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบใด ๆ การศึกษานี้ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลและจะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลและจะทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทวนข้อมูลที่ได้อีกกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลรอง ใช้การคัดเลือกโดยวิธีเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองทั้งในบทบาทของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 34 คน และผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวน 9 คน ดังนี้ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 12 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มละ 4 คน โดยเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ ไม่มีความบกพร่องด้านความรู้ความจำ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุ 12 คน และกลุ่มบุคลากรสุขภาพ 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขชุมชน นักกายภาพบำบัด 2) ผู้ให้ข้อมูลรอง ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานด้านสังคมของเทศบาล ผู้นำชุมชน แกนนำชมรมผู้สูงอายุ แกนนำ อสม. และ care givers

เครื่องมือในการวิจัย

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนกรอบแนวคิดเบื้องต้น และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 ท่าน แนวคำถาม ประกอบด้วย คำถามหลักและคำถามรอง ในประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ คำถามหลัก มีดังนี้

“การบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (ตามบทบาทที่ท่านทำ/ตามบริการสุขภาพที่ท่านได้รับ) ตามความคิดเห็นของท่านเป็นอย่างไร?”

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามขั้นตอนของ Colaizzi¹² ไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์บันทึกเทปแบบคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการเปรียบเทียบการฟังเสียงบันทึกเทปซ้ำอีกครั้ง อ่านทบทวนข้อมูลหลาย ๆ ครั้งและจับประเด็นสำคัญเพื่อให้รหัส (code) จากนั้นนำมาจัดหมวดหมู่ของรหัสข้อความ มีประเด็นซ้ำกันและสร้างประเด็นหลัก ตีความและตรวจสอบความหมายโดยใช้วัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นแนวทางสร้างข้อสรุปประเด็นหลักและนำไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องในการตีความและสรุปกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และนำเขียนรายงาน ดังตัวอย่างที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการให้รหัสข้อมูลและประเด็นหลัก

ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูล	รหัสข้อมูล	ประเด็นหลัก
HP-D (พยาบาล, หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล)	ถ้าพูดถึงโรคหลอดเลือดในสมองในนโยบาย service plan ตาม KPI บทบาทของเรา เราแค่เป็น รับการค้นหาล้างต่อ รักษา เราจะไม่ได้รับการรักษา	บทบาทตามนโยบาย	การคัดกรองผู้ป่วย NCDs เพื่อการรักษา
	เราจะคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM HT จะใช้ Check list ประเมิน CVD risk ในกลุ่มผู้ป่วย DM HT ทุกราย	ประเมิน CVD risk	การคัดกรองผู้ป่วย NCDs เพื่อการรักษา
	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM HT ทุกรายต้องมาเข้าระบบการรักษา ในคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะได้รับติดตามการรักษาโดยมีการนัดมาตรวจกับแพทย์อย่างต่อเนื่อง	การติดตามรักษาผู้ป่วยโรค NCDs	การบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง
	เราให้ความรู้ในคลินิกโรคเรื้อรัง ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง CVD risk เน้นที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30 2ส 1พ จะมีอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ แอลกอฮอล์สูบบุหรี่	ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง	การบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง

ความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากับบุคคลหลายกลุ่ม ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรค ในช่วงเวลาที่ต่างกัน ตลอดจนการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลและผู้ดูแลในครอบครัว และนำข้อมูลที่ตีความมาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ และการทบทวนวรรณกรรม

ผลการศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 อายุอยู่ในช่วง 62-80 ปี (อายุเฉลี่ย 70 ปี) ทุกคนมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 83.33 การประเมิน ADL พบว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้คิดเป็นร้อยละ 66.67 และผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างคิดเป็นร้อยละ 33.33 ในกลุ่มป่วยและกลุ่มที่ได้รับ

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่าช่วงอายุที่เกิดอาการของโรคคือช่วง 61-70 ปี (เฉลี่ย 64 ปี) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.67 อายุอยู่ในช่วง 25-78 ปี (อายุเฉลี่ย 70 ปี) ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 66.67 (ภรรยาคิดเป็นร้อยละ 50 และสามีคิดเป็นร้อยละ 16.67) กลุ่มบุคลากรสุขภาพ อายุอยู่ในช่วง 27-51 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 (อายุเฉลี่ย 38 ปี) ทุกคนประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2 ปีขึ้นไป

ข้อค้นพบ สถานการณ์การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นอยู่ *เน้นการบริการสุขภาพเพื่อรักษามากกว่าการป้องกัน* ตามการรับรู้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นำเสนอได้ 5 ประเด็นดังที่แสดงในภาพที่ 1 ดังนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วย NCDs เพื่อการรักษา การบริการสุขภาพพื้นที่ศึกษาพบว่าการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรค NCDs ได้แก่

โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นประจำทุกปี เพื่อนำเข้าสู่ระบบรักษาและควบคุมอาการของโรค มุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความสอดคล้องกันโดย ผู้ให้บริการระบุถึง การคัดกรองโรค NCDs เพื่อการรักษา ใน 2 ประเด็นย่อย คือ การคัดกรองโรค NCDs เพื่อการรักษา และ ค้นหากลุ่ม CVD risk จากกลุ่มป่วย NCDs ตามนโยบาย ส่วนผู้รับบริการระบุถึง 2 ประเด็น คือ กลุ่มเสี่ยงคือไม่เป็นไร แต่กลุ่มป่วยต้องรักษา และไม่รู้ว่าความเสี่ยงไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

กลุ่มผู้ให้บริการระบุถึง การคัดกรองโรค NCDs เพื่อการรักษา ใน 2 ประเด็นย่อย คือ 1) การคัดกรองผู้ป่วยโรค NCDs เพื่อการรักษา หมายถึง การบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรค NCDs ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อนำเข้าสู่ระบบการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ส่วนในกรณีที่พบกลุ่มเสี่ยง จะมีการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์อีกครั้ง หากยังอยู่ในภาวะเสี่ยง จะมีการให้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรค เช่น การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลัก 3 อ 2 ส 1 ฟ คือ การควบคุมอาหารที่มีรสหวาน รสเค็ม และอาหารที่มีไขมัน การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างนาน 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง การควบคุมอารมณ์ และสร้างสุขภาพจิตที่ดี การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการดูแลสุขภาพช่องปาก และฟันอย่างสม่ำเสมอ ดังที่พยาบาลได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า “พอเรา screening จะได้คนไข้ที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คนไข้กลุ่มนี้อยู่ในมือเราอยู่แล้ว ก็จะมีการติดตามต่อเนื่องจากการที่เขาเข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง” และ 2) ค้นหากลุ่ม CVD risk จากกลุ่มป่วย NCDs ตามนโยบาย หมายถึง การบริการสุขภาพที่สืบเนื่องจากการคัดกรองกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อทราบกลุ่มป่วยแล้ว จะมีการจะคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (CVD risk) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเป็น

บริการสุขภาพภายใต้นโยบาย service plan ของกระทรวงสาธารณสุข บริการที่ผู้ป่วยได้รับ คือ ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงโรคโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค แพทย์ได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า “คนไข้ที่เป็น DM, HT เขามารับยาในคลินิก เมื่อเรารู้อยู่แล้วว่ากลุ่ม stroke มักจะเกิดความเสี่ยงในกลุ่มนี้ เราจะมีการประเมิน CVD risk ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงอาการใดบ้างต้องรับมาโรงพยาบาล” ส่วนผู้รับบริการระบุถึงการคัดกรองโรค NCDs เพื่อการรักษา ใน 2 ประเด็นย่อย คือ 1) กลุ่มเสี่ยงคือไม่เป็นไรแต่กลุ่มป่วยต้องรักษา เป็น การให้ความหมายของคำว่า กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ตามความเข้าใจของผู้รับบริการ กลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะเกิดโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่มีอาการของโรค ยังไม่เป็นอะไรมาก ไม่อันตรายและไม่น่ากลัว ส่วนกลุ่มป่วย คือมีอาการของโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นแล้ว จะต้องได้รับการรักษาจากหมออย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายหนึ่งซึ่งเป็น อสม. กล่าวถึงประเด็นความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงว่า “ปีที่แล้วพี่สาวได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ หมอบอกว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันสูง จึงแนะนำให้กินเค็ม เราเป็นอสม. เราก็ดูเรื่องอาหารให้เป็นบางครั้ง แต่พอเวลาแกลทำเองก็ไม่รู้ว่าแกลควบคุมรีเปล่า เพราะได้ยินพี่เขยทักว่าอาหารค่อนข้างเค็ม หลายครั้ง เขาก็คงจะคิดว่าเป็นแค่กลุ่มเสี่ยงยังไม่ป่วย เลยไม่สนใจควบคุมอาหารเท่าไร ” และ 2) ไม่รู้ภาวะเสี่ยง ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้รับบริการกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้ระบุถึงความไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากไม่ได้รับการแจ้งผลการคัดกรอง แม้ว่าจะได้รับการตรวจคัดกรองทุกราย ดังนั้นจึงไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงหรือไม่ และจะต้องทำอะไรเมื่อมีภาวะเสี่ยง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า

“ยังไม่ได้รับการแจ้งผลการคัดกรองค่ะ รู้แต่ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเฉยๆ คัดกรองโรคหลอดเลือดสมองยังไม่รู้” จะเห็นได้ว่าประเด็น การคัดกรองผู้ป่วย NCDs เพื่อการรักษา ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีมุมมองที่สอดคล้องกันในการให้ความสำคัญกับการรักษา เมื่อคัดกรองแล้วพบว่าในกลุ่มป่วยโรค NCDs ส่วนกลุ่มเสี่ยงถูกให้ความสำคัญน้อยลงมาเพราะยังเป็นกลุ่มที่ไม่เกิดปัญหาสุขภาพ

2. การบริการในคลินิก NCDs เป็น บริการที่สืบเนื่องจากผลจากการคัดกรองสุขภาพและพบกลุ่มป่วย NCDs การบริการจากนั้นคือ การส่งข้อมูลของกลุ่มป่วยเข้าระบบการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล การรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความสอดคล้องกัน คือ เป็นการบริการรักษาสำหรับผู้ป่วย NCDs ผู้ให้บริการระบุถึง การรักษาโรคในคลินิก NCDs ว่าเป็น บริการติดตามรักษาผู้ป่วยโรค NCDs หมายถึง การบริการสุขภาพที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยโรค NCDs แต่ละรายภายหลังจากผลการคัดกรองระบุได้ว่าเป็นกลุ่มป่วย ซึ่งบริการที่กลุ่มป่วยจะได้รับ ประกอบด้วย การตรวจรักษาโรค ได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนสุขภาพเพื่อให้การควบคุมโรค และการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ดังที่พยาบาลได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า “รูปแบบของการบริการในคลินิกเป็น one stop service อย่างเช่น แบบคนไข้ที่เป็น DM, Hypertension เพราะเรารู้อยู่แล้วว่า กลุ่ม Stroke มักจะเกิดความเสี่ยงที่เป็น Hypertension และก็เป็น DM ร่วมกับอายุเยอะๆ ซึ่งโดยส่วนใหญ่คนไข้พวกนี้เค้าก็จะได้รับความรู้ในคลินิก NCD เราจะมีการประชุม CVD risk ให้คนไข้ แนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหรือว่าอาการใดบ้างต้องรีบมาโรงพยาบาล” ในขณะที่มุมมองของผู้รับบริการสะท้อนถึงประเด็นนี้ว่าเป็น บริการรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับกลุ่มป่วย หมายถึง การบริการสุขภาพที่สืบเนื่องมาจากการคัดกรองสุขภาพ เมื่อผู้รับบริการทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มป่วย จากนั้นจะต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิก NCDs ผู้สูงอายุ

กลุ่มเสี่ยง กล่าวว่า “ผมมีความดันสูงอยู่ครับตอนนี้ก็พยายามควบคุมให้ลดลง แต่ก่อนความดันตัวบนเคยขึ้นไปเกือบ 150 เดียวนี้อยู่ประมาณ 130 ผมไม่ค่อยกินยา เพราะมีปัญหาเรื่องโรคไตด้วย ไปตรวจตามนัดที่คลินิกในโรงพยาบาลตลอดครับ” ผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีมุมมองที่ให้ความสำคัญกับการรักษาโรคเรื้อรังเป็นเรื่องสำคัญ โดยหากสามารถควบคุมได้ย่อมจะช่วยให้สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นเดียวกัน

3. การส่งต่อรักษาในระบบเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมอง เป็น การบริการสุขภาพเพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วยระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองหรือ stroke fast track เพื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งเป็นการบริการภายใต้แผนการจัดบริการ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาและได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 270 นาที ผู้ให้บริการระบุถึง การส่งต่อรักษาในเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในประเด็น บริการตั้งรับในหน่วยบริการเพื่อส่งต่อรักษาให้ทันเวลา หมายถึง การบริการสุขภาพที่เน้นการตั้งรับในหน่วยบริการสุขภาพเป็นหลัก เพื่อส่งต่อผู้รับบริการที่เข้ามารับบริการในกรณีที่มีอาการเข้าข่ายว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบส่งต่อของเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมอง ไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อการรักษาให้ทันเวลาภายใน golden period 270 นาที แพทย์ได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า “เรามีนโยบายอยู่แล้ว คือ Stroke service plan เค้าก็ให้เป็นตัวชี้วัดหลักในการค้นหาส่งต่อให้เร็ว คือระบบ fast track stroke ผู้ป่วย stroke ที่มาโรงพยาบาลชุมชน ต้องได้รับการ refer ทุกราย เพราะฉะนั้นคนไข้คนไหนที่สงสัยว่าเป็น stroke หรือเส้นเลือดในสมอง ต้อง refer ทุกราย ให้ทัน golden period 270 นาที” การส่งต่อรักษาในเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองมุ่งเน้นความรวดเร็ว

ภายในเวลาที่กำหนดเพื่อให้เกิดประโยชน์ด้านการรักษาสำหรับผู้รับบริการ จึงก่อให้เกิดช่องว่างของการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติได้เข้าใจ ดังมุมมองของผู้รับบริการที่สะท้อนถึงประเด็นนี้ว่าเป็น *บริการสำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรง* หมายถึง การบริการสุขภาพที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคในระดับรุนแรงและเกินขอบเขตความสามารถด้านการรักษาของโรงพยาบาลชุมชนจะรักษาได้ จึงต้องส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด คำพูดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่สะท้อนประเด็นนี้ คือ “ตอนนั้นที่มีอาการปากเบี้ยว ลูกก็พาไปโรงพยาบาลชุมชน แต่ไม่ได้รักษาที่นั่นนะ เพราะไม่มียา หมอสงสัยจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเลยส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด ได้เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เขาให้ยา อาการดีขึ้นทันทียาเขาดีจริง ๆ ตอนนั้นนอน 2 คืน ก็ให้กลับบ้าน” มุมมองผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างระบุถึงความสำคัญของการรักษาโรคในระยะเฉียบพลัน ด้วยการส่งต่อในระบบ stroke fast track เมื่อเกิดอาการของโรคภายในเวลา 270 นาที เพื่อให้ผลที่ดีในการรักษา

4. การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องโดยทีมหมอครอบครัวของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีการติดตามเยี่ยมให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการภาวะแทรกซ้อน และติดตามประเมินปัญหาผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรัง มุมมองการรับรู้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีดังนี้ มุมมองของผู้ให้บริการ ระบุถึง *บริการเยี่ยมบ้าน* สำหรับผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงและมีปัญหาซับซ้อน หมายถึง การดูแลต่อเนื่องของทีมหมอครอบครัวของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ที่ติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายหลักคือกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นอันดับแรก เพื่อป้องกันการภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นที่จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังมุมมองของพยาบาลที่กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า “ผู้ป่วยติดเตียง เป็นกลุ่มแรก ๆ ที่เราจะออกเยี่ยม

บ้าน เราจะเน้นเราเอาผู้ป่วยติดเตียงก่อน เพราะตรงนี้ มีปัญหาหนัก ติดเตียงมันมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ค่อนข้างเยอะ โดยเฉพาะเรื่องของ bed sore ป้องกันเรื่องของ aspirate pneumonia” นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นผู้สูงอายุยังได้รับการเยี่ยมจากภาคสังคม เช่น ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุและสำนักงานเทศบาลตำบลแกดำ โดยจะมีการวางแผนดำเนินงานภายใต้งบประมาณโครงการกองทุนสุขภาพตำบล ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรองได้กล่าวว่า “กรรมการชมรมก็จะไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงเป็นประจำทุกปีแต่ละหมู่บ้านมีกี่คน เราจะมีการสำรวจและคัดกรองร่วมกับ อสม. และกรรมการแต่ละหมู่บ้าน” ส่วนมุมมองของผู้รับบริการมองว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การเยี่ยมเพื่อให้บริการสุขภาพฟื้นฟูสภาพและให้กำลังใจ โดยบุคลากรสุขภาพและบุคลากรด้านสังคมสำหรับผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียง กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า “เมื่อวาน อสม. ก็มาเยี่ยมให้กำลังใจ ถามข่าวคราว มาพร้อมคุณหมอที่มาเยี่ยม มาเจาะเลือด วัดความดันให้ที่บ้าน เพราะเราไปโรงพยาบาลไม่ได้ แล้วค่อยให้ญาติไปรับยาที่โรงพยาบาล เมื่ออาทิตย์ที่แล้ว กลุ่มชมรมผู้สูงอายุก็มา เอาพิน แคน ซอ มาเล่นให้กันฟัง คนไข้ติดบ้านติดเตียงที่ไปไหนมาไหนไม่ได้แบบนี้แหละ” มุมมองดังกล่าวสะท้อนถึงการดูแลต่อเนื่องโดยบทบาทของภาควิชาชีพ ซึ่งเป็นการบริการเชิงรุกในการตรวจรักษา และฟื้นฟูสุขภาพต่อเนื่องและสำหรับผู้ติดบ้านติดเตียง

5. ผลลัพธ์การบริการ จากบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่นำไปสู่ผลลัพธ์การบริการสุขภาพใน 2 ประเด็นย่อย คือ 1) *การเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค* หมายถึง การที่ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากการบริการสุขภาพเป็นแบบตั้งรับเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพเป็นหลัก

และผู้รับบริการมีข้อจำกัดส่วนตัว มุมมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้ระบุว่า “ก็มีกันอยู่แค่นี้ ทั้งยายจะดูแลผู้ป่วยทั้งจะไปรับจ้างดำน้า ตอนออกมาจากโรงพยาบาลแรกๆ หมอก็บอกให้ไปทำกายภาพที่โรงพยาบาล เราก็ก็น่าไปเลย ไม่ไปขนาดให้ไปรับยาที่คลินิกโรคเรื้อรัง บางทียามดเราไม่สะดวกไปก็ต้องรอให้เสร็จจากทำงานก่อนโน้นแหละถึงจะได้ไปเอายามาให้ด้า” นอกจากนี้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพยังเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งจากความเคยชินของบุคลากรสุขภาพที่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์มากเกินไปทำให้เกิดอุปสรรคของการสื่อความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ ดัง อสม. ได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า “เวลาจัดอบรมให้ความรู้ คุณหมอมักใช้ศัพท์ทางการแพทย์แล้วก็ไม่อธิบาย อสม. เองก็ไม่เข้าใจนะคะ แต่ก็ไม่กล้าถาม พอเราไม่เข้าใจเราก็ก็นำคนอื่นเรื่องการดูแลสุขภาพต่อไม่ได้” จากข้อมูลสะท้อนถึงการบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการดูแลสุขภาพ จึงส่งผลให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อการรักษามากกว่าการป้องกันโรค 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อการรักษาล่าช้า หมายถึง การที่ผู้รับบริการ

โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการสุขภาพไม่ทันเวลาในระบบ Stroke Fast Track ทั้งนี้เป็นผลจากการมีช่องว่างของการให้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยง และระบบการส่งต่อรักษา ทำให้ผู้รับบริการบางส่วนมีการจัดการตนเองตามความเชื่อ คำบอกเล่าและวิถีวัฒนธรรมเมื่อเกิดอาการของโรค ดังที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้กล่าวว่า “เพราะเราไม่เคยรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้นมาก่อน ตอนที่มีอาการครั้งแรก เป็นขั้นตอนไปทุ่งนา จู่ๆ แขนขาก็ยกไม่ขึ้น แค่ว่าจับโทรศัพท์ขึ้นมาโทรหาเมียก็ทำไม่ได้ ก็ต้องรอจนเมียเอาอาหารมาส่งซึ่งก็สายมากแล้ว ตอนนั้นไม่รู้ว่าเป็นอะไร ก็โทรตามหมอนวดมาบีบนวดให้ที่ทุ่งนาเลยแหละ บีบนวดกันอยู่ตั้งนานไม่ดีขึ้นถึงได้เรียกรถมารับไปโรงพยาบาล” ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าการบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ยังมุ่งเน้นที่การรักษา มากกว่าการสร้างความรู้ความตระหนักให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพและจัดการอาการตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการเข้าถึงบริการสุขภาพล่าช้า



ภาพที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์การบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการอธิบายการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องโดยตรงภายใต้บริบทของการบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ ณ ขณะนั้น ข้อค้นพบนี้มีความต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่นำเสนอให้ผู้ให้ข้อมูลในภาพรวม ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นบทบาทของภาคสุขภาพเป็นหลัก จึงเห็นได้ว่าการบริการสุขภาพมุ่งเน้นความสำคัญไปที่ *การรักษาโรค NCDs* แม้ว่าการบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ยังขาดความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ แต่จากมุมมองผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้สะท้อนถึงบางประเด็นในการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีความเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มวัยอื่นทั่วไป ทั้งนี้การรับรู้เกี่ยวกับการบริการ

สุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองโรค NCDs เพื่อการรักษา เป็นการคัดกรองสุขภาพค้นหาผู้ป่วยโรค NCDs ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและนำเข้าสู่ระบบการรักษาในคลินิก NCDs มีเป้าหมายในการควบคุมโรค NCDs อันเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการควบคุมโรค NCDs ที่ได้ผลย่อมช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวได้¹³ แต่ในทางกลับกันมุมมองของผู้รับบริการยังให้ความสำคัญกับการคัดกรองโรคค่อนข้างน้อย อีกทั้งเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงของโรค NCDs ยังขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สิ่งนี้สะท้อนถึงการรับรู้ปัญหาที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 2) การบริการในคลินิกโรค NCDs มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมโรคและติดตามรักษาโรค NCDs ซึ่ง

เป็นการบริการโดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (nurse manager) ให้บริการแบบตั้งรับในคลินิกโรค NCDs เป็นสำคัญ เน้นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ในรูปแบบ one stop service การบริการในรูปแบบเชิงรุกมีน้อยส่งผลให้ผู้ป่วย NCDs กลุ่มเปราะบางไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ จุดนี้สะท้อนถึงการบริการสุขภาพเชิงตั้งรับที่อิงมุมมองผู้ให้บริการเป็นสำคัญและเน้นการรักษามากกว่าการป้องกัน^{14 3)} การส่งต่อรักษาในเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้ นโยบายแผนการจัดบริการสุขภาพ (service plan) กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระดับความรุนแรงและผลกระทบจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน⁹ ในขณะที่มุมมองผู้ให้บริการมุ่งเน้นที่การส่งต่อให้ทันเวลาในระยะที่เริ่มมีอาการเตือนของโรค แต่มุมมองของผู้รับบริการกลับให้ความสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพก็ต่อเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น ประเด็นนี้สะท้อนถึงช่องว่างของการให้ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ทั่วถึงกลุ่มเป้าหมาย¹⁰ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 4) การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปจนถึงการดูแลที่บ้าน ซึ่งถือเป็นการป้องกันระดับตติยภูมิ¹² จากบริการสุขภาพที่เป็นอยู่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของภาคสุขภาพที่มีความชัดเจนมากกว่าภาคส่วนอื่นๆ นอกจากนี้ยังสะท้อนความเฉพาะเจาะจงของบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีความแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการในระยะหลังการเจ็บป่วย 5) ผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพ จากบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ พบว่า ผู้รับบริการยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค เนื่องจากการบริการสุขภาพที่เป็นอยู่เน้นการบริการเชิงตั้งรับเพื่อการรักษาเป็นสำคัญ นอกจากนี้ช่องว่างของการให้ข้อมูลสุขภาพคือมูลเหตุสำคัญของการขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อเมื่อมีอาการผิดปกติที่เป็นสัญญาณเตือนของโรค และก่อให้เกิดความล่าช้าในการ

เข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อรักษา จากการศึกษาที่สะท้อนถึงภาพรวมของการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างชัดเจนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ

ข้อเสนอมานะ

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรพัฒนารูปแบบจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติในทุกระยะของการดำเนินโรค โดยส่งเสริมความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

References

1. Suwanwela N C. Stroke epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke* 2011;16(1) :1–7.
2. International Health Policy Program. Thailand burden of disease 2011. Thai Health Promotion Foundation; 2014. (in Thai)
3. Zhang Y, Chapman, Plested AM, Jackson D, Purroy F. The Incidence, prevalence, and mortality of stroke in France, Germany, Italy, Spain, the UK, and the US: A literature review. *Stroke research and treatment*, 2012, e436125.
4. Supreme Patriarch Nyanasanwara Institute of Geriatric Medicine. The survey of Thai older people's health status in four regions of Thailand. Bangkok, Thailand Agricultural Coop-

- eratives Limited; 2007. (in Thai)
5. Thonghong A, Thepsittha K, Jongpiriyaanan P, Gappbirom. T. Chronic diseases surveillance report, 2012, Weekly epidemiological surveillance report Thailand: WESR, 44(10): 145–52.
 6. Mahasarakham Provincial Public Health Office. Illness with non-communicable disease of kaedum contracting unit for primary care; 2015. (in Thai)
 7. Fulop NJ, Ramsay AI, Perry C, Boaden RJ, McKevitt C, Rudd AG, et.al. Explaining outcomes in major system change: a qualitative study of implementing centralized acute stroke services in two large metropolitan regions in England. *Implement Sci* 2016 Jun 3; 11(1):80.
 8. Chau PH, Tang MWS, Yeung F, Chan TW, Cheng JOY, Woo J. Can short-term residential cares for stroke rehabilitation help to reduce the institutionalization of stroke survivors? *Clin Interv Aging* 2014; 9:283–91.
 9. Limwattananon C, Tiamkoa S, Waleekhachonloet O, Tattanachotpanit T, Chonsophon S. Differences in stroke care and outcomes across health insurance schemes: a quantitative analysis. *Health system research institute*; 2014. (in Thai)
 10. Nualnetr N, Wannapong S, Khama S. Perception of stroke fast track among risk persons in community. *Srinagarind Medical Journal* 2015; 30 (1): 57–63.
 11. Vichathai C, Srithamrongsawat S, et al. Intermediate care services for rehabilitation and its costs under health insurance system. Non-thaburi, Health Systems Research Institute; 2009.
 12. Creswell, J.W. *Qualitative inquiry research design*, 2nd Ed., Sage Publications, California; 2007.
 13. Assantachai, P. *Health problem in the elderly and prevention*. 2nd Ed., Bangkok: Union creation; 2011. (in Thai)
 14. Silpasuwan P, Viwatwongkasem C, Kittipichai W, Auemaneekul N, Satitvipawee P, Sujirarat D, et.al. Data analysis and results of the surveillance, prevention and control of non-communicable diseases in the country by 2008–2012. Bureau of Non- Communicable Disease, Ministry of Public Health, Mahidol University; 2013. (in Thai)
 15. Sriprasert P. Service plan health area7 Major chronic non-communicable diseases (NCD), Office of Health area7; 2013. (in Thai)
 16. Chuenjairuang P, Sritanyarat W. The meaning of stroke warning signs in persons experience TIA: Qualitative study in Thailand. *Journal of Nursing Science and Health* 2012; 35(5): 48–62. (in Thai)