

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนสำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษา: ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

นิตยา บัวสาย พย.ม.

ชลิตดา ชันแก้ว พย.บ.

พลอย พงษ์วิทย์ภานุ พ.บ.

นิภา เชื้อไชย ส.บ.

มะลิจันทร์ เพียรเสมอ ส.บ.

ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

วันรับ:	10 พ.ค. 2561
วันแก้ไข:	16 มิ.ย. 2564
วันตอบรับ:	26 มิ.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิ ทำการศึกษา ณ ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือนมกราคม 2557 - เมษายน 2560 ผู้ให้ข้อมูลหลักมี จำนวน 52 คน ประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว (2) กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ และ (3) กลุ่มบุคลากรสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ผู้ร่วมกระบวนการวิจัย จำนวน 30 คน ประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว (2) กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ และ (3) กลุ่มบุคลากรสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน กระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 4 ระยะ มีดังนี้ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการ ระยะที่ 3 การนำใช้รูปแบบบริการ และการประเมินผลรูปแบบการดูแล ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมทุกระยะการดำเนินโรค และเชื่อมโยงของการบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทดียงภูมิ และตติยภูมิ ไปจนถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ (1) การป้องกันในระดับปฐมภูมิ (2) การเรียนรู้ของชุมชนในการสร้างความตระหนักต่อโรคและการรับรู้สัญญาณอันตรายของหลอดเลือดสมอง (3) การตอบสนองของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน (4) การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล (5) การดูแลระยะหลังการเจ็บป่วย ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้พบว่า (1) ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ: สามารถตอบสนองอย่างรวดเร็วและประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 100.00 (2) ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์: ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากร้อยละ 26.50 เป็นร้อยละ 0.00 (3) ตัวชี้วัดด้านภาวะแทรกซ้อน: ไม่มีผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้านพลัดตกหกล้ม และไม่มีแผลกดทับ (4) ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว ประเมินโดยใช้ Stroke Specific Quality of life พบว่า ไม่มีปัญหา ไม่ต้องการความช่วยเหลือ ร้อยละ 66.60 (5) เพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี โดยการประเมินหลังกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน 1 ปี โดยใช้ modified Rankin scale พบว่าอาการดีขึ้นและไม่พบความผิดปกติหลงเหลือ ร้อยละ 55.50

คำสำคัญ: บริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง; การบริการระดับปฐมภูมิ; โรคหลอดเลือดสมอง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เป็นสาเหตุของความพิการถาวรที่สำคัญ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิง และสูงเป็นอันดับที่ 2 ในเพศชาย รายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในช่วงปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5–2.0 เท่า⁽²⁾

ผลการสำรวจภาวะสุขภาพในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดอำนาจเจริญ ข้อมูลปี 2555–2557 พบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 91.56, 122.23 และ 152.38 ตามลำดับ

หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง โรงพยาบาลอำนาจเจริญ มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ และให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน เขตตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ รวมทั้งสิ้น 3,067 คน ข้อมูลภาวะสุขภาพในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2557 พบว่า ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง จำนวน 189 คน (ร้อยละ 6.00 ของจำนวนประชากรที่รับผิดชอบและให้บริการ) ผลการ

ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) พบว่า ระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 56.60 ระดับความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 19.50 ระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 16.40 และระดับความเสี่ยงสูงมาก ร้อยละ 7.40 ที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน คิดเป็นอัตราป่วย 163 ต่อแสนประชากร

การจัดระบบบริการสุขภาพในการจัดการโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในระยะที่เกิดโรค โดยมีการพัฒนาบริการสุขภาพที่เน้นการรักษาที่ทันที่ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเตือนของโรคเป็นสำคัญ เป็นบริการตั้งรับในหน่วยบริการสุขภาพระดับสูง ที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และใช้งบประมาณค่อนข้างสูงในการให้บริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีเพียงผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ จากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การบริการสุขภาพในปัจจุบันเน้นที่การรักษามากกว่าการป้องกันโดยมุมมองของผู้ให้บริการระบุถึงบริการสุขภาพเพื่อการรักษาเมื่อเกิดโรค เป็นสำคัญ ส่วนผู้รับบริการสะท้อนมุมมองการพึ่งพาการรักษาโรคมกกว่าการป้องกันโรค⁽³⁾ และที่สำคัญการส่งต่อรักษาในเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองเป็นการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทันเวลา โดยบริการสุขภาพนี้อยู่ภายใต้แผนการจัดบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข และมีเป้าหมายเพื่อลดระดับความรุนแรงและผลกระทบจากโรค⁽⁴⁾ จึงเป็นการย้ำเตือนถึงระบบการจัดบริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการรักษาในระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มุ่งเน้นการพัฒนาการจัดบริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ มากกว่าการพัฒนาบริการที่เน้นให้เกิดความครอบคลุมทุกระยะการดำเนินโรค และเน้นทุกระดับของผู้ที่มีส่วนได้เสียในการจัดบริการด้านสุขภาพ สอดคล้อง

กับสถานการณ์การจัดบริการของศูนย์แพทย์โนนหนาม-
แท่ง ร่วมกับโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ในปี 2557 พบว่า
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อ
การรักษาทันเวลายังมีน้อยกว่าร้อยละ 34.00 ส่งผลให้ผู้
ป่วยที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพและเข้าถึงล่าช้า ได้รับผล
กระทบคือเกิดความพิการและมีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว
ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะและลดระดับคุณภาพชีวิต
จากการวิเคราะห์ช่องว่าง (gap analysis) พบว่า การจัด
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการดูแลกลุ่มเสี่ยงและ
กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เชื่อมต่อกับบริการ
ทุติยภูมิและตติยภูมิ ไปจนถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน
การจัดบริการยังไม่เชื่อมโยงครอบคลุมทุกระยะของโรค
การจัดบริการในระดับปฐมภูมิยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน
เหมาะสมกับบริบทการทำงานในพื้นที่ และประชาชนมี
ความรู้ความตื่นตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมองน้อยมาก
เพียง ร้อยละ 5.00

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด-
สมองที่ครอบคลุมทุกระยะการดำเนินโรคนั้นเป็นแนวทาง
เพื่อเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์ปัญหาที่จะทวีความ
รุนแรงมากยิ่งขึ้น เช่น ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการ
เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การทบทวนรายงานที่
เกี่ยวข้องในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าการจัดบริการ
สุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมุ่งเน้นที่การ
ป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ
ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ
และมีกรอบแนวทางการดำเนินงานที่มีความเฉพาะ⁽⁵⁾
ดำเนินงานมุ่งเน้นการบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคส่วน
สุขภาพและภาคสังคม⁽⁶⁾ เชื่อมโยงการบริการสุขภาพ
ครอบคลุมทุกระยะของโรค ตั้งแต่การบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ไปจนถึงการดูแล
ระยะยาวในชุมชน⁽⁷⁾ ซึ่งการดำเนินงานในรูปแบบนี้ช่วย
ลดปัญหาและผลกระทบด้านการบริการสุขภาพและสังคม
ได้ดี

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้ต้นนโยบาย
สำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การ

วางระบบบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด-
สมองให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการ
ประสานการบริการระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งการประสานการดูแลที่เป็นลักษณะสามประสาน
ระหว่างบ้านหรือชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หรือคลินิกหมอครอบครัวกับโรงพยาบาลชุมชนที่เป็น
เครือข่ายบริการ

จากสถานการณ์ข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา
การพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิที่เหมาะสม
กับบริบท เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งประยุกต์ใช้รูป-
แบบของ Kemmis S และ McTaggart R⁽⁸⁾ ที่เป็น
กระบวนการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเป็นวงจร จนกว่า
งานนั้นจะได้รับการปรับปรุงตามที่ต้องการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ
ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด-
สมองในบริการระดับปฐมภูมิที่เหมาะสมกับบริบท ซึ่งจะ
เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือด-
สมองที่มีความเชื่อมโยงครอบคลุมทุกระยะของการ
ดำเนินโรค โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่
เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลการปฏิบัติดังกล่าวส่งผลให้การดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดประสิทธิภาพ การศึกษา
วิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้มีความเข้าใจความเชื่อมโยงระบบ
บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่าง
ลึกซึ้ง และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับพื้นที่
ในการกำหนดนโยบายด้านการจัดการโรคหลอดเลือด
สมองที่มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงการบริการ
สุขภาพในทุกระดับต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประยุกต์ใช้
ตามรูปแบบของ Kemmis S และ McTaggart R⁽⁸⁾
ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วน

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 3 การนำใช้รูปแบบ ระบบบริการช่องทางด่วน
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

พื้นที่ในการศึกษา ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง ซึ่งเป็น
หน่วยบริการปฐมภูมิของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรง-
พยาบาลอำนาจเจริญ ประชากรเป้าหมายในการวิจัย คัด-
เลือกผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการช่อง-
ทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการ
ระดับปฐมภูมิที่เหมาะสมกับบริบทของศูนย์แพทย์โน-
นหนามแท่ง ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
ในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในตำบลโนนหนามแท่ง
อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้วิจัยคัดเลือกโดยวิธี
เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ
ผู้ให้ข้อมูลหลักมีจำนวน 52 คน ประกอบด้วย (1) กลุ่ม
ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 24 คน (2) กลุ่ม
บุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 10 คน และ (3) กลุ่ม
บุคลากรสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน
18 คน ผู้ร่วมกระบวนการวิจัย จำนวน 30 คน ประกอบ
ด้วย (1) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 10
คน (2) กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 10 คน และ
(3) กลุ่มบุคลากรสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน
จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบ
บริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
บริการระดับปฐมภูมิที่เหมาะสมกับบริบทของศูนย์แพทย์-
โนนหนามแท่ง ประกอบด้วย

1.1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้ป่วย
และผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ กลุ่ม
บุคลากรสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

1.2 แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้ป่วยและ
ผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ กลุ่ม
บุคลากรสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

1.3 แบบสังเกตการปฏิบัติตัว สำหรับการดูแลใน

ชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว การปฏิบัติ
งานของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ กลุ่มบุคลากรสังคมและ
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูป-
แบบระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด-
สมองในบริการระดับปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย

2.1 ผู้ร่วมกระบวนการวิจัย ได้ร่วมกันคัดเลือกตัว-
ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในการประเมินเพื่อสะท้อน
คุณภาพของการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในบริการ
ปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วย ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ จำนวน
4 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ตัวชี้วัด และ
ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ จำนวน 1 ตัวชี้วัด

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต Stroke Specific Quality of
Life ((SSSS--QOL)⁽⁹⁾

2.3 แบบประเมินความพิการจากโรคหลอดเลือด-
สมอง (modified Rankin scale) โดยประเมินเมื่อแรกรับ
ผู้ป่วยเข้าในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรง-
พยาบาลเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความ
พิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนตั้งแต่
0-6 คะแนนน้อยกว่า 3 คาดว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือ
ตนเองในการประกอบชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง^(10,11)

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือทุกชุดผ่าน
การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ทั้งนี้
ได้นำไปทดสอบความเที่ยงกับประชากรกลุ่มที่ไม่ได้เป็น
กลุ่มประชากรเป้าหมาย

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพควบคุมคุณภาพความน่าเชื่อ-
ถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (trian-
gulation) ทั้งด้านข้อมูล (data triangulation) ด้านทฤษฎี
(theoretical triangulation) และระเบียบวิธีวิทยา (meth-
odology) และนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล
ตรวจสอบ และรับรองความถูกต้องของข้อมูล (member
check) ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2557
ถึงเดือนเมษายน 2560 โดยมีกระบวนการวิจัยแบ่งออก
เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

ระยะที่ 3 การนำใช้รูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรูปแบบที่กำหนดร่วมกัน ร่วมแก้ไขปัญหาและติดตามผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา และนำผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงรูปแบบ

กระบวนการวิจัยมีการดำเนินการต่อเนื่องเป็นวงจรตั้งแต่เดือนมกราคม 2557 ถึงเดือนเมษายน 2560 จนการพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการปรับปรุงรูปแบบตามที่มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความเห็นพ้องร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งขณะเก็บรวบรวมข้อมูล และหลังเสร็จสิ้นการรวบรวมข้อมูล ใช้แนวคิดการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1) อ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทป และทำความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการถอดเทป

2) อ่านทบทวนข้อมูลหลายๆ ครั้งและจับประเด็นสำคัญเพื่อให้รหัส (code)

3) จัดหมวดหมู่ของรหัสข้อความ มีประเด็นซ้ำกัน และสร้างประเด็นหลัก (theme)

4) ตีความและตรวจสอบความหมายโดยใช้วัตถุประสงคของการศึกษาเป็นแนวทาง

5) สร้างข้อสรุปประเด็นหลักและนำไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล⁽¹²⁾ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องในการตีความและสรุปกับผู้ร่วมกระบวนการวิจัย

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า การบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิเน้นทั้งการป้องกันและการรักษา โดยมุมมองของผู้ให้บริการระบุถึงการให้ความสำคัญของมิติการให้บริการสุขภาพที่ต้องดำเนินการทั้งการป้องกันและการรักษาเมื่อเกิดโรค ส่วนผู้รับบริการสะท้อนมุมมอง การพึ่งพาการรักษาโรคมกกว่าการป้องกันโรคมุ่งเน้นการรักษามากกว่าการป้องกันโรค โดยมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการสะท้อนการรับรู้ ในประเด็นหลัก

1) การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันและรักษา โดยมีเป้าหมายค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันการเกิดโรค เฝ้าระวังโรค และติดตามการรักษาต่อเนื่องในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเด็นนี้สะท้อนถึงการให้ความสำคัญของการป้องกันก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในฐานะโรคปลายเหตุที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้การควบคุมรักษาโรคที่ได้ผลย่อมช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวได้ ถือเป็นการทำงานตามแนวคิดการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการส่งเสริมสุขภาพและการรักษา แต่การทำงานด้านการป้องกันในระดับปฐมภูมิถูกเร่งรัดจากตัวชี้วัดในระดับนโยบายทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

2) การรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมโรคและติดตามรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก แต่การจัดบริการในคลินิกถูกกำหนดรูปแบบตามมุมมองของผู้ให้บริการเป็นหลักที่มีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลังของบุคลากร ส่วนใหญ่จะให้บริการแบบ

ตั้งรับในหน่วยบริการ จึงไม่สามารถติดตามผลในเชิงรุกได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ผู้รับบริการบางส่วนจึงขาดความตระหนักในการป้องกันโรค สิ่งนี้สะท้อนถึงปัจจัยด้านบุคลากร ที่มีผลต่อการจัดบริการทำให้หน่วยบริการสามารถที่จะจัดบริการส่วนใหญ่เพื่อการรักษาโรคเรื้อรังมากกว่าการป้องกันโรค

3) การส่งต่อรักษาในเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองในระดับจังหวัด เป็นการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารักษาในระบบ ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทันเวลา โดยบริการสุขภาพนี้อยู่ภายใต้แผนการจัดบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข และมีเป้าหมายของการจัดบริการเพื่อลดระดับความรุนแรงและผลกระทบจากโรค เป็นการย้ำเตือนถึงการให้ความสำคัญกับการรักษาในระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และระบบการจำหน่ายผู้ป่วยไม่มีการเชื่อมประสานข้อมูลให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

4) การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติหรือผู้ดูแล จะเป็นผู้แจ้งถึงอาการ ความเจ็บป่วยที่ต้องการให้บุคลากรด้านสุขภาพลงไปดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยพิการที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการในคลินิก แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการจะไม่มีการแจ้งข้อมูลมาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่มุมมองของผู้รับบริการให้ความสำคัญกับการเข้ารับการรักษาเพื่อส่งต่อเมื่อพบว่าการดำเนินโรคมีความรุนแรงมากขึ้น

5) ผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเต็มที่ จากการที่ผู้รับบริการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย ส่งผลให้แสวงหาแนวทางการดูแลสุขภาพตามความเชื่อ และมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า การบริการสุขภาพที่เป็นอยู่สะท้อนถึงการขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากระดับครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ บทบาท

การมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่น ๆ ยังมีค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าการให้ความสำคัญกับการรักษาโรคเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนาารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ร่วมกระบวนการวิจัยได้ร่วมกันสะท้อนข้อคิดเห็นและร่วมเสนอรูปแบบภายใต้คำถามการสะท้อนคิดว่า “กิจกรรม วิธีการในการจัดบริการ ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนควรเป็นอย่างไร” โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 ให้ผู้ร่วมกระบวนการวิจัยสะท้อนคิดแ่งมุมของสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและการบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และสังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดแล้วนำเสนอข้อมูลให้ผู้ร่วมกระบวนการพัฒนาได้ร่วมแสดงข้อคิดเห็น เป็นภาพรวมและสังเคราะห์รูปแบบ ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิขึ้น การพัฒนาารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการปฐมภูมิตั้งแต่ปี 2557 ถึง 2560 พบว่า รูปแบบการจัดบริการประกอบด้วยหลักการสำคัญ 5 หลักการ 8 ขั้นตอน คือ

1) Primary stroke prevention

- Prevention ประกอบด้วย CVD risk screening, mapping high risk group, total lifestyle modification, EKG screening ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF) ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง information therapy โดยการให้ข้อมูลเรื่อง อาหาร ยา ออกกำลังกาย การป้องกันโรครายบุคคลอย่างเพียงพอ stroke awareness ฝึกติดตามภาวะสุขภาพตนเอง drug therapy, review การรักษา ผู้ป่วยรายบุคคลร่วมกับสหวิชาชีพ

2) Community education

- Detection ประกอบด้วย stroke alert ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย ญาติ ประชาชนในชุมชนมีการจัดตั้งระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง corner ในหน่วยบริการปฐมภูมิ early detection ที่รวดเร็ว มีระบบการ consult แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รวดเร็ว

3) EMS Response

- Participation ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนในการประสานงาน การแจ้งเหตุ มีศูนย์แจ้งเหตุนอกเวลาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยกู้ชีพของท้องถิ่น

4) Acute stroke care

- Decision ประกอบด้วย fast definitive diagnosis ถ้าเข้าเกณฑ์แจ้งโรงพยาบาลอำนาจเจริญว่า “activate ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” acute treatment ตาม guideline ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- Dispatch ประกอบด้วย การส่งรถพยาบาลไปรับผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว

- Data ประกอบด้วย การรวบรวมประวัติ อาการผิดปกติ การประเมินอาการเบื้องต้น รายงาน stroke fast track โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

- Delivery ประกอบด้วย การส่งต่อผู้ป่วยตาม guideline stroke fast track

5) Post stroke care

- Discharge planning and home health care ประกอบด้วย: discharge planning ร่วมกันระหว่างหอผู้ป่วย หน่วยบริการปฐมภูมิ และญาติ การติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน/การทำ home ward, secondary stroke prevention and long-term management ประเมินภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแล 4 ด้านคือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการเคลื่อนที่ ด้านการนอนหลับพักผ่อน และด้านจิตใจและอารมณ์

ระยะที่ 3 การนำใช้รูปแบบ ระบบบริการช่องทางด่วน

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิ เป็นระยะของการลงมือปฏิบัติของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกส่วนตามกิจกรรมที่กำหนด ภายหลังจากที่ร่วมกันทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น และแก้ไขปัญหาภายใต้บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเป็นระยะ จนกระทั่งผู้ร่วมกระบวนการวิจัยสามารถร่วมกันออกแบบกิจกรรมที่จะนำไปใช้ในการจัดบริการ ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิ ได้จริง และดำเนินการได้อย่างอิสระ ระยะนี้มีการดำเนินการตามรูปแบบและกิจกรรมการปรับปรุงรูปแบบการดูแลเป็นระยะตั้งแต่ปี 2557 ถึง 2560 เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของปฐมภูมิ ภายใต้อำนาจหน้าที่เพื่อสะท้อนคิดว่า “กระบวนการที่นำไปใช้สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราป่วย อัตราตาย พิการและภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ต้องปรับปรุงขั้นตอนไหนบ้าง” ภายใต้อำนาจหน้าที่ที่เกิดขึ้นจริงร่วมกับการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะ ดังนี้

1) ปี 2557 มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ

1. Prevention: CVD risk screening, drug therapy
2. Decision: fast definitive diagnosis ถ้าเข้าเกณฑ์แจ้งโรงพยาบาลอำนาจเจริญว่า “activate ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” acute treatment ตาม guideline ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ EKG
3. Data: การรวบรวมประวัติอาการผิดปกติการประเมินอาการเบื้องต้น รายงานระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
4. Delivery: การนำส่งโรงพยาบาลอำนาจเจริญตาม Guideline ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการนำรูปแบบไปใช้และการวิเคราะห์ผลพบปัญหา คือ ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการเบื้องต้นของ

ตนเองได้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย หรือการสังเกตอาการยังมีน้อย และไม่ทราบถึงอาการการเจ็บป่วย ระบบการรับผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุยังช้าเนื่องจากการแจ้งเหตุที่ไม่ชัดเจน และการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในตอนกลางคืน

2) ปี 2558 จึงมีการปรับปรุงรูปแบบโดยมีการเพิ่มรูปแบบการดำเนินการอีก 3 ขั้นตอน คือ

1. Detection: จัดตั้งระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Corner ในหน่วยบริการปฐมภูมิ stroke alert ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย ญาติ ประชาชนในชุมชน early detection มีระบบการ consult แพทย์ที่รวดเร็ว
2. Participation: การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว การแจ้งเหตุ ศูนย์แจ้งเหตุนอกเวลาในชุมชน
3. Dispatch: การส่งรถพยาบาลไปรับผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว

จากการนำรูปแบบไปใช้และการวิเคราะห์ผลพบปัญหา คือ หน่วย EMS และหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ทราบว่า high risk group บ้านอยู่ตรงไหนของชุมชน ทำให้การเข้าถึงที่เกิดเหตุล่าช้า ข้อมูลความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติยังไม่เพียงพอ ในการจัดการดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเอง เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง และญาติก็ไม่ทราบถึงระดับความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจึงไม่มีการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ

3) ปี 2559 จึงมีการปรับปรุงรูปแบบโดยมีการเพิ่มกิจกรรมใน Prevention โดยมีกิจกรรมการ Mapping in high risk group โดยมีการนำข้อมูลแผนที่กลุ่มเสี่ยงสูงไปใช้ในหน่วย EMS ของท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้ในการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย information therapy, stroke awareness training, self-management training

จากการนำรูปแบบไปใช้และการวิเคราะห์ผลพบปัญหา คือ หลังจากส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลของโรงพยาบาลก่อนส่งผู้ป่วยกลับมาฟื้นฟูที่บ้านไม่มีการ

วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการเตรียมเรื่องการดูแลระยะยาวที่บ้าน และการส่งต่อข้อมูลการดูแลระหว่างทุติยภูมิกับปฐมภูมิยังไม่มีต่อเนื่องเชื่อมโยง

4) ปี 2560 จึงมีการปรับปรุงรูปแบบโดยมีการเพิ่มรูปแบบการดำเนินการอีก 1 ขั้นตอน คือ discharge planning and home health care ใน chronic stroke care โดยมีกระบวนการวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกันระหว่างทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และญาติ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน มีการดูแลแบบ homeward ในระยะ sub-acute มีการเน้นกระบวนการ secondary stroke prevention and long term management ในกลุ่มผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล มีการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในระยะ sub-acute และระยะยาวที่บ้าน มีการประเมินภาวะแทรกซ้อนโดยผู้ดูแล ญาติและ อสม. และส่งต่อข้อมูลให้แก่บุคลากรด้านสุขภาพได้ มีโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแล 4 ด้านคือ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนที่ การนอนหลับพักผ่อน และด้านจิตใจและอารมณ์

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน จากการนำรูปแบบ ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการทำงานและนำผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกัน เป็นระยะของการประเมินผลในทุกขั้นตอนการพัฒนา และระหว่างดำเนินการเป็นระยะ โดยการประชุมปรึกษาหารือ การสัมภาษณ์และการสังเกตจากการให้บริการสุขภาพ ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด โดยมีการประเมินผลลัพธ์ของการนำใช้รูปแบบไปใช้ ดังนี้

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการปฐมภูมิ

1.1 ผลการประเมินตัวชี้วัดด้านกระบวนการตั้งแต่ปี 2557-2560 สรุปภาพรวมพบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะ acute care กระบวนการจัดการผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น ทั้งกระบวนการ door to primary care team <10 นาที door to stroke team <15 นาที door to drug (>80% compliance) <60 นาที ผู้ป่วย Stroke ได้รับการประเมิน

สภาพถูกต้อง รวดเร็ว อีกทั้งเกิดจากการปรับปรุงรูปแบบการทำงานตลอดเวลาทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ตามตารางที่ 1

1.2 ผลการประเมินตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ตั้งแต่ปี 2557-2560 พบว่า การจัดบริการของหน่วยบริการ-ปฐมภูมิโดยเน้นการให้ข้อมูลความรู้รายบุคคลแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง การสังเกตสัญญาณเตือนของโรค แนวทางการรับบริการเมื่อพบอาการของโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำไปใช้ในการดูแลป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยง ช่วยลดอัตราการป่วยได้ ตามตารางที่ 2

1.3 ผลการประเมินตัวชี้วัดด้านภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ปี 2557-2560 พบว่า การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลและญาติ ในการดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานอาหาร ทั้งด้านการเคลื่อนที่ ด้านการนอนหลับพักผ่อน และด้านจิตใจ

และอารมณ์ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยในชุมชนได้ ตามตารางที่ 3

1.4 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นการประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต Stroke Specific Quality of life ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 2557-2560 ที่มีการเจ็บป่วยและได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยประเมินในปี 2560 พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 66.6 ไม่มีปัญหา ไม่ต้องการความช่วยเหลือ ร้อยละ 22.30 ผู้ป่วยมีปัญหาน้อย ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย และร้อยละ 11.10 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด ตามตารางที่ 4

1.5 ผลการประเมินผลลัพธ์คุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ modified Rankin scale ปี 2557- 2560 โดยการประเมินหลังจำหน่ายออกจาก

ตารางที่ 1 ผลการประเมินตัวชี้วัดด้านกระบวนการตั้งแต่ปี 2557-2560 (N=จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านกระบวนการ			
		2557 (N=5)	2558 (N=3)	2559 (N=1)	2560 (N=0)
1. อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองใน	<5	26.5	14	3.9	0
1. Door to primary care team <10 นาที	100	60 (3 คน)	66.66 (2 คน)	100 (1 คน)	0
2. Door to stroke team <15 นาที	100	60 (3 คน)	66.66 (2 คน)	100 (1 คน)	0
3. Door to drug (>80% compliance) <60 นาที	100	60 (3 คน)	66.66 (2 คน)	100 (1 คน)	0
4. ผู้ป่วย ได้รับการประเมินสภาพถูกต้อง รวดเร็ว	100	100 (5 คน)	100 (3 คน)	100 (1 คน)	0

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ตั้งแต่ปี 2557-2560 (N=จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านกระบวนการ			
		2557 (N=5)	2558 (N=3)	2559 (N=1)	2560 (N=0)
1. อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	<5	26.5	14	3.9	0

การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดอำนาจเจริญ

ตารางที่ 3 ผลการประเมินตัวชี้วัดด้านภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ปี 2557-2560 (N=จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)

ตัวชี้วัดด้านภาวะแทรกซ้อน	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านกระบวนการ			
		2557 (N=5)	2558 (N=3)	2559 (N=1)	2560 (N=0)
1. ร้อยละการเกิดปลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	0	0	0	0	0
2. ร้อยละการเกิดแผลกดทับ (pressure sore/skin break) ≤ 0.5 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	0	0	0	0	0

ตารางที่ 4 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตศูนย์แพทย์โนนหนามแท่งปี 2560 (N=9)

ผลการประเมินคุณภาพชีวิต	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)
1. ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	1	11.10
2. มีปัญหาการทำกิจกรรมมาก ต้องการความช่วยเหลือมาก	0	0.00
3. มีปัญหาการทำกิจกรรมบ้าง ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน	0	0.00
4. ผู้ป่วยมีปัญหาเล็กน้อย ต้องการความช่วยเหลือน้อย	2	22.30
5. ไม่มีปัญหา ไม่ต้องการความช่วยเหลือ	6	66.60

โรงพยาบาล 1 เดือน และประเมินหลังกลับไปดูแลต่อ 1 ปี ร้อยละ 55.50 อาการดีขึ้นและพบความผิดปกติบางอย่างในชุมชน 1 ปี โดยเทียบกับผลการดำเนินงานของภาพรวมประเทศ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและไม่พบความผิดปกติหลงเหลือ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนร้อยละ 44.40 หลังกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน 1 ปี ร้อยละ 33.30 หลังกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน 1 ปี ร้อยละ 22.20 ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินผลลัพธ์คุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ modified Rankin scale (mRn) ปี 2557-2560 (N=9)

ผลลัพธ์คุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	NIH (National Institutes of Health) (ร้อยละ)	หลังจำหน่าย 1 เดือน (ร้อยละ)	หลังจำหน่าย 1 ปี (ร้อยละ)
1. เสียชีวิตอย่างรวดเร็วหลังเกิด stroke	15.00	11.10	0.00
2. พิกัดหรือ อาการผิดปกติรุนแรง	40.00	11.10	11.10
3. อาการดีขึ้นและพบความผิดปกติบางอย่าง	25.00	33.30	22.20
4. อาการดีขึ้นและไม่พบความผิดปกติหลงเหลือ	10.00	44.40	55.50

วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบ ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิกรณีศึกษา: ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมทุกระยะการดำเนินโรค ตั้งแต่ที่การป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และรูปแบบการดำเนินงานทำให้เห็นความเชื่อมโยงของการบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ไปจนถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน ซึ่งการดำเนินงานในรูปแบบนี้ช่วยลดปัญหาและผลกระทบด้านการบริการสุขภาพและสังคมได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chuenjairuang P และ Sritanyarat W⁽¹³⁾ พบว่าความตระหนักและความเข้าใจในอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ของบุคคลที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวรวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยให้บุคคลที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถจัดการตนเองและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ การเสริมสร้างศักยภาพ ระบบบริการสุขภาพ มีการส่งเสริมการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่องค์กรในชุมชน และการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน การพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิ ประสบผลสำเร็จและเกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในชุมชน และสอดคล้องกับบริบทความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกันสอดคล้องกับแนวคิดของชนิษฐานันท์บุตร⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่ากระบวนการพยาบาลชุมชนเป็นการจัดการกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน โดยอาศัยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง

ความสามารถให้กับคนในชุมชนและเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่องไม่สิ้นสุดที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ ดังนั้น การส่งเสริมศักยภาพหรือความสามารถในการดูแล โดยสร้างโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลการฝึกทักษะและเข้าถึงแหล่งประโยชน์อย่างเท่าเทียม ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและมีการจัดการสิ่งแวดล้อม สามารถตัดสินใจเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดการพึ่งพาตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. นโยบายแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (service plan) ควรพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความครอบคลุมทุกระยะของการดำเนินโรค และมุ่งเน้นการทำงานร่วมกันในทุกะดับของการจัดบริการ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
2. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรสร้างโอกาสแก่ชุมชนในการมีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล และร่วมในการช่วยเหลือดูแล ทั้งนี้ ควรมีการนำผู้ป่วย หรือผู้ดูแลต้นแบบที่สามารถจัดการดูแลตนเองได้ดี มีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอื่น ๆ
3. ควรนำรูปแบบและกระบวนการนี้ไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่นหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม

คณะเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง คณะเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาลชุมชน และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนหนามแท่งและคณะ รวมทั้งประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกท่านที่ให้อข้อมูลและความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Campaign advocacy brochures 2017 [Internet]. [cited 2016 Feb 5]. Available from: http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2560.
3. สาคร อินโทโล่, วรณภา ศรีธัญรัตน์. การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: เน้นการรักษาหรือป้องกัน. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
4. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) พ.ศ. 2561-2565. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
5. 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;11(1):80.
6. Department of Health. National stroke strategy [Internet]. 2007 [cited 2016 Feb 5]. Available from: http://we-barchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_081062
7. Chau PH, Tang MWS, Yeung F, Chan TW, Cheng JOY, Woo J. Can short-term residential care for stroke rehabilitation help to reduce the institutionalization of stroke survivors? *Clin Interv Aging* 2014;9:283-91.
8. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA:Sage;2000. p. 567-605.
9. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke* 1999;30(7):1362-9.
10. Bonita R, Beaglehole R. Recovery of motor function after stroke. *Stroke* 1988;19(12):1497-500.
11. Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke* 1988;19(5):604-7.
12. Spelziale HJ, Dona RC. *Qualitative in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams and Winkin; 2007.
13. Chuenjairuang P, Sritanyarat W. Development of primary health care services for stroke prevention in persons with warning signs of stroke. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2012;16(4):313-25.
14. ชนิษฐา นันทบุตร. บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. การสังเคราะห์การวิจัยและพัฒนาเครื่องมือและกลไกการทำงานชุมชนในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

Abstract: Development of Stroke Fast Track Model for Primary Care Unit: a Case Study of Nonnamthaeng Medical Center, Muang Amnat Charoen District, Amnat Charoen Province

Nittaya Buasai, M.N.S.; Chalitda Khunkaew, B.N.S.; Ploy Pongwittayapanu, M.D.; Nipa Chuechai, B.P.H.; Malijun Piansamer, B.P.H.

Nonnamthaeng Medical Center, Social Medicine Department, Amnat Charoen Hospital, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(6):1078-90.

The objective of this study was to develop a stroke fast track model for primary care unit as a case study at Nonnamthaeng Medical Center, Muang Amnat Charoen District, Amnat Charoen Province. It was conducted during January 2014 – April 2017. Fifty-two key informants were selected from 3 main groups: (1) patients and family caregivers, (2) health care providers, and (3) local community stakeholder; and 30 participants were selected from (1) patients and family caregivers, (2) health care providers, and (3) local community stakeholder. The research procedure consisted of four phases: (1) context analysis, (2) model development, (3) testing and evaluating of the model, and (4) the model improvement. The data were analyzed and described using percentage, mean, and content analysis. It was found that the model of stroke fast track for primary care unit that was developed had covered all stages of disease and the linkage of health services from primary care, secondary care and tertiary care to long-term care in the community. The model consisted of 5 components: (1) primary prevention of stroke, (2) community education for stroke awareness and stroke alert, (3) emergency medical services response in community, (4) inter-hospital transfer of patients with acute stroke care, and (5) post stroke care. The results of the model implementation revealed that (1) process indicators: a rapid response and accurate patient assessment of acute stroke increased from 60.00% to 100.00%, (2) outcome indicator: there was a decrease in the incidence of new cases of cerebrovascular disease from 26.50% to 0.00%, (3) complication prevention indicator: stroke patients did not fall at home and there was no evidence of pressure sores, (4) improved long-term quality of life of the patients was observed as measured by stroke specific quality of life scale (no help needed – no trouble at all), 66.60%, and (5) increased good clinical outcomes at 1-year post-discharge as measured by modified Rankin scale, and 55.5% of the patient had no residual symptoms.

Keywords: stroke fast track; primary care unit; stroke