

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้วยกระบวนการ 1A4C ต่อความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ภควินต์ จันตะ ส.บ.

นิรัชกร ท้าวอาจ พย.บ.

นันทธร เปาป่า ส.บ.

วิลาพร ใหม่ยะ ส.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอน อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอน ตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ ไทลื้อ เหาะและลัวะ และศึกษาผลลัพธ์ในประเด็น ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (activity daily living - ADL) ของผู้ป่วย การรับรู้คุณค่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ความเครียดและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 7 ราย/ครอบครัว และญาติผู้ดูแล 48 ราย รวม 55 ราย ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ 19 ราย กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ 14 ราย กลุ่มชาติพันธุ์เหาะ 14 ราย และกลุ่มชาติพันธุ์ลัวะ 8 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนตำบลปอน อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2558 เครื่องมือการวิจัยคือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแนวคิด 1A4C แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรล ADL แบบประเมินการรับรู้คุณค่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C แบบประเมินความพึงพอใจและแบบวัดความเครียดโรงพยาบาลสวนปรุง ใช้การวิเคราะห์อุปนัย: analytic Induction ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ คือ accessibility: มีอาสาสมัครล่ามแปลภาษา เบอร์โทรศัพท์ติดไว้ทุกหลังคาเรือน อบต.ช่วยในการส่งต่อผู้ป่วย continuity: ญาติแจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อส่งต่อข้อมูล อสม. นำปัญหาไปแจ้งให้ทีมหมอครอบครัว นายก อบต. ลงเยี่ยม comprehensiveness: มีการนิมนต์พระสงฆ์และเชิญหมอผีสวดต่อโหรากรรมเจ้ากรรมนายเวร co-ordination: มีการประสานการดูแลกับหมอพื้นบ้าน community participation: นายก อบต. นำข้อมูลไปขอความช่วยเหลือจากพัฒนาสังคมผู้นำชุมชน/อสม. ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ทำราวหัดเดิน กะลาชกคะเย่อ ยางยืดเหยียดแขน ถูงน่องถั่วเขียวบิบบมีมือ (2) ด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หลังได้รับการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และทำให้ผู้ป่วย 5 รายประสบผลสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ และไทลื้อ ปัจจัยความสำเร็จสำคัญคือการเข้าถึงบริการสุขภาพภายในเวลา 14 วัน และการได้รับการดูแลใกล้ชิดจากญาติและ อสม. แต่พบว่าผู้ป่วย 2 รายจากกลุ่มชาติพันธุ์เหาะและลัวะ ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพเนื่องจากยังยึดติดกับประเพณีและความเชื่อเดิม ๆ จึงปฏิเสธการรักษาในระยะแรก ทำให้เข้าถึงบริการช้าและทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพค่อนข้างช้า (3) ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในกลุ่มที่ไม่เป็นการพึ่งพา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ถึง 5 ราย (ร้อยละ 71.43) (4) ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่รับรู้คุณค่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระดับที่มีคุณค่ามากที่สุด (ร้อยละ

96.50) (5) ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย (ร้อยละ 92.73) (6) ผู้ป่วยและญาติทุกรายมีความพึงใจในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) เนื่องจากสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 2,000 บาท/ราย จากผลการวิจัยเสนอแนะให้มีการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านด้วยกระบวนการ 1A4C กับผู้ป่วยภายใน 14 วัน หลังการเจ็บป่วย และขยายแนวทางสู่พื้นที่ตำบลและตำบล-ทุ่งช้างที่มีกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน, แนวคิด 1A4C, ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างถูกต้องจากบุคคลในครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ช่วยลดความพิการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอน อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่านเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีหลากหลายมากถึง 5 กลุ่มชาติพันธุ์ ประกอบด้วยชาติพันธุ์พื้นเมือง ขมุ ไทลื้อ เหาะ และชาติพันธุ์ลัวะจากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตำบลปอนพบว่ามีความเสี่ยงที่เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในปี 2555-2557 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอน จำนวนมากถึง 183, 195 และ 211 รายตามลำดับ สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยสะสมโรคเบาหวานจำนวน 66, 73 และ 81 รายตามลำดับ ทำให้ตำบลปอนมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (stroke) ทั้งที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสะสมจนถึงปี 2557 จำนวน 11 รายโดยพบว่าอัตราป่วยของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มชาติพันธุ์พื้นเมืองจำนวน 4 ราย กลุ่มชาติพันธุ์ขมุ จำนวน 4 ราย และกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ เหาะ และลัวะ ชาติพันธุ์ละ 1 รายเท่ากัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของตำบลปอนที่มีรูปแบบการดำเนินงานไม่ชัดเจน โดยสามารถจำแนกปัญหาในการดำเนินงานออกเป็น 8 ปัญหาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เรียงตามลำดับ ดังนี้ (1) ยังยึดติดกับประเพณีและวัฒนธรรมความเชื่อเดิมๆ จึงปฏิเสธการ

รักษาและฟื้นฟูในระยะแรกๆ ส่วนมากเมื่อเจ็บป่วยจะพึ่งพิธีกรรมทางไสยศาสตร์แทน เนื่องจากขาดความเข้าใจ (2) การสื่อสารที่ไม่เข้าใจ กว่าที่ผู้ป่วยและญาติจะยอมรับได้ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน (3) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษามาตามนัดเนื่องจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารักษาไม่ต่ำกว่า 3,000 บาท/ราย ทำให้มีภาวะเครียดเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัว (4) พื้นที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลและการเดินทางยากลำบาก (5) ญาติผู้ดูแลไม่มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (6) ญาติไม่เกิดการยอมรับสภาพของผู้ป่วย (7) ผู้ป่วยและญาติในกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ ไม่มีความหวัง ทำให้ท้อต่อการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง จนไม่มีกำลังใจในการรักษา มีภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น พิกุลช้ำชอน พิกุลถาวร และเสียชีวิตเร็วกว่าชาติพันธุ์พื้นเมืองทุกราย (8) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ไม่มีข้อมูลผู้ป่วย จึงไม่ได้สนับสนุนความช่วยเหลือ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอน จึงได้เกิดแนวคิดในการค้นหาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามกระบวนการ 1A4C ต่อด้ขึ้นความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (activity daily living - ADL) ของกระทรวงสาธารณสุขขึ้น⁽²⁾ เพราะมีผลการดำเนินงาน ที่คล้ายรูปแบบของกระทรวงฯ มากที่สุดและในปี 2557 ที่ผ่านมาได้ทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวกับกลุ่มชาติพันธุ์พื้นเมืองเป็นกลุ่มชาติพันธุ์แรกในบ้านปอน หมู่ที่ 6 ตำบลปอน อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน จำนวน 4 รายระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2556 - 31 ธันวาคม 2557 ผลการดำเนินงานในปี 2557 พบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในกลุ่มที่ไม่เป็นการพึ่งพา

และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในระยะเวลา 8 เดือนสูงถึงร้อยละ 75.0 จึงได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยกระบวนการ 1A4C ซึ่งเป็นแผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภาคปฏิบัติที่ครอบคลุมการช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิ (Accessibility) ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity) การดูแลอย่างเป็นองค์รวม (Comprehensiveness) การประสานบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ (Coordination) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ (Community participation) มาดำเนินการในผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ ไทลื้อ เหาะ และลัวะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ ไทลื้อ เหาะ และลัวะ และศึกษาผลลัพธ์ในประเด็นความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การรับรู้คุณค่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ความเครียดและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการค้นหาแนวปฏิบัติในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยกระบวนการ 1A4C กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์อุปนัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ ไทลื้อ เหาะ และลัวะ จำนวน 7 ราย/ครอบครัวและญาติผู้ดูแลรวม อสม. ตามกลุ่มชาติพันธุ์จำนวน 48 ราย รวมทั้งสิ้น 55 ราย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลปอน อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่านระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 – 31 ธันวาคม 2558 โดยคัดเลือกญาติที่อาศัยในครอบครัวและมี อสม. ในกลุ่มชาติพันธุ์นั้น ๆ ดูแล 2 คนต่อ 1 ครอบครัว จำแนกเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ จำนวน 19 ราย ไทลื้อ จำนวน 14 ราย เหาะ จำนวน 14

ราย และลัวะ จำนวน 8 รายเครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแนวคิด 1A4C แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธล ADL แบบประเมินการรับรู้คุณค่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C แบบประเมินความพึงพอใจ แบบวัดความเครียด โรงพยาบาลสวนปรุง⁽³⁾ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์อุปนัย (analytic induction)

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ตำบลปอน พบว่า ภายหลังจากค้นหาแนวปฏิบัติในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยกระบวนการ 1A4C ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอน มีการระดมความช่วยเหลือของหน่วยงาน ตลอดจนกลุ่มองค์กรด้านการพัฒนาในพื้นที่เข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายการดำเนินงานที่หลากหลายผสมผสานกับวิธีการดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ตำบลปอนมีความแตกต่างกันดังนี้

จากข้อจำกัดทางความเชื่อ สังคม วัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในพื้นที่ตำบลปอน ที่ยังยึดติดกับประเพณีและความเชื่อเก่า ๆ จึงปฏิเสธการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันในระยะแรก กว่าจะยอมรับได้ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพค่อนข้างช้า ทีมหมอครอบครัวตำบลปอนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้มีการปรับรูปแบบกลยุทธ์การดำเนินงานคือ การผสมผสานรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งดูแลสุขภาพตนเองภาคประชาชน (popular/lay sector) ซึ่งเป็นระบบใหญ่ที่สุด การแพทย์พื้นบ้าน (folk sector) และการแพทย์ภาควิชาชีพ (professional sector)

ตารางที่ 1 ภาพรวมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ตำบลปอน

หัวข้อของ 1A4C	วิธีดำเนินงานในพื้นที่ตำบลปอน
1) Accessibility: การดูแลแต่แรกทุกเรื่อง	มีอาสาสมัครล่ามแปลภาษา/มีการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร โดยเฉพาะหมายเลขโทรศัพท์กับทุกหลังคาเรือน อบต.เป็นหน่วยงานหลักในการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ. ตลอดจนรับผู้ป่วยกลับบ้าน
2) Continuity: ความต่อเนื่องของการดูแล	ให้ความรู้แก่ญาติเพื่อสังเกตอาการผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติแจ้ง อสม. ที่อยู่ใกล้ที่สุดเพื่อส่งต่อข้อมูล อสม. เข้าเยี่ยมทุกสัปดาห์และนำปัญหาไปแจ้งให้ทีมหมอครอบครัวทราบอย่างต่อเนื่อง ทีมหมอครอบครัวนำปัญหาไปคุยกับคณะกรรมการกองทุน สปสช. รับทราบนายก อบต. ให้ความสำคัญลงไปเยี่ยมกับทีมหมอครอบครัว มีการถ่ายทอดทักษะการดูแลผู้ป่วยและส่งต่อการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัวสู่อสม. ประจำหมู่บ้าน และสมาชิกครอบครัวเพื่อสามารถดูแลช่วยเหลือในระดับครอบครัว/ชุมชน
3) Comprehensiveness: การดูแลเบ็ดเสร็จอย่างเป็นองค์รวม	<ul style="list-style-type: none"> - มีการไปหาหมอผีเพื่อหาโรคที่เป็นและมีการเลี้ยงผีเพื่อให้หายจากโรคที่เป็นแต่ถ้าไม่หายจึงเข้ารับการรักษาโดยมีทีมหมอครอบครัวให้คำแนะนำ - มีการเชื่อมโยงหรือมีการใช้ข้อมูลด้านความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ตลอดจนการเชื่อมโยงระดับบริการในกรณีจำเป็น เช่น มีการนิมนต์พระสงฆ์และเชิญหมอผี สวดอธิษฐานกรรม เจ้ากรรมนายเวร มีการทำบายศรีสู่ขวัญแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การเยี่ยมติดตามไปถึงโรงพยาบาลในกรณีที่เข้าพักรักษาเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ
4) Co - ordination: ผสมผสานบริการทีมสหสาขาวิชาชีพ	มีการติดต่อเพื่อขอรับการช่วยเหลือจากหมอพื้นบ้าน/ทีมวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ตามความจำเป็น เช่น การทำกายภาพบำบัดในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว มีการนวด ประคบ และแช่สมุนไพรเพื่อช่วยในการบำบัดและผ่อนคลาย
5) Community participation: การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	นายก อบต.ได้นำข้อมูลไปขอความช่วยเหลือจากพัฒนาสังคมโดยให้ทีมหมอครอบครัวทำรายงานข้อเท็จจริงของผู้ป่วยทำให้ได้รับการช่วยเหลือในการสร้างห้องน้ำและทางลาดชัน อบต. สนับสนุนของเยี่ยม แม่บ้าน กิ่งกาชาดสนับสนุนของใช้ที่จำเป็น มีการประสานงานกับผู้นำชุมชน อสม. เพื่อเชื่อมต่อข้อมูล ผู้นำชุมชน อสม. และปราชญ์ชาวบ้านช่วยทำอุปกรณ์ในการยึดเหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ทำราวหัดเดิน กะลาซีกคะเย่อ ยางยึดเหยียดแขน

โดยการให้ความเคารพเชื่อถือ หมอพื้นบ้านที่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ให้ความเคารพเชื่อถือ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ร่วมกับการดูแลช่วยเหลือของญาติและชุมชน ซึ่งถือเป็นการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม (holistic) ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งรูปแบบการดูแลช่วยเหลือมีความแตกต่างกันไปตามเงื่อนไขความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของแต่ละชาติพันธุ์ (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C

พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิสามารถนำเสนอผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

ครอบครัวที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 64 ปี เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ขมุเป็นผู้ป่วย stroke ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับภาวะพึ่งพาปานกลาง โดยมีพยาธิสภาพคือมีแขนขาข้างขวาว่อนแรง ใช้การไม่ได้ ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง จากนั้นจึงได้รับการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ ในวันที่ 7 หลังการเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์	Accessibility	Continuity	Comprehensiveness	Co- ordination	Community participation
ขมุ	- ล่ามแปลภาษา - เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน - ห้องถิ่นรับส่งผู้ป่วย	- เยี่ยมบ้านผู้ป่วย - อสม. ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	- เชิญหมอผีสวด - อโหสิกรรมเจ้ากรรม- นายเวร - การเลี้ยงผี	- ประสานหมอพื้นบ้าน - ทำการนัดประคบ สมุนไพร - นักกายภาพบำบัด - สอนญาติและอาสา- สมัครผู้ดูแล	- ห้องถิ่นสร้างทางลาด- ชันไปห้องน้ำให้โดย ใช้งบพัฒนาสังคมฯ นวัตกรรมที่เกิดขึ้น: :อุปกรณ์ช่วยออก- กำลังกายแขนและช่วย การลุกนั่งของผู้ป่วย เช่น กะลาซึกะเยอ ยางยึด เหยียดแขน
ลัวะ	- ล่ามแปลภาษา - เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน - ห้องถิ่นรับส่งผู้ป่วย	ฝึกทักษะให้ญาติ สังเกตอาการผู้ป่วย เมื่อมีอาการผิดปกติ แจ้ง อสม. ที่อยู่ใกล้ ที่สุดเพื่อส่งต่อข้อมูล	- เชิญหมอผีสวด - อโหสิกรรมเจ้ากรรม- นายเวร - การเลี้ยงผี	- นักกายภาพบำบัด - สอนญาติและอาสา- สมัครผู้ดูแล	ชุมชนช่วยสร้าง นวัตกรรมโดยใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น: กะลาซึกะเยอ ยางยึดเหยียดแขน
เขาะ	- ล่ามแปลภาษา - เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน - ห้องถิ่นรับส่งผู้ป่วย	อสม. เข้าเยี่ยมทุก สัปดาห์และนำปัญหา ไปแจ้งให้ทีมหมอ- ครอบครัวทราบอย่าง ต่อเนื่อง	- เชิญหมอผีสวด - อโหสิกรรมเจ้ากรรม- นายเวร - การเลี้ยงผี	- นักกายภาพบำบัด - สอนญาติและอาสา- สมัครผู้ดูแล	ห้องถิ่นสร้างห้องน้ำให้ โดยใช้งบพัฒนาสังคมฯ นวัตกรรมที่เกิดขึ้น: ราวหัดเดินและ กะลาซึกะเยอ
ไทลื้อ	- เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน	ทีมหมอครอบครัวนำ ปัญหาไปคุยกับคณะ- กรรมการกองทุน สปสช. รับทราบ	- นิมนต์พระสงฆ์สวด - อโหสิกรรมและ บายศรีสู่ขวัญ	- นักกายภาพบำบัด - สอนญาติและอาสา- สมัครผู้ดูแล - หมอพื้นบ้านแ่ สมุนไพร	ชุมชนช่วยสร้าง นวัตกรรมโดยใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น: กะลาซึกะเยอ

โดยมี อสม. จำนวน 2 คนดูแลร่วมกับญาติซึ่งเป็นคนในครอบครัวจำนวน 1 คน หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพคือ แขนขาข้างขวามีกำลังมากขึ้น สามารถใช้การได้ ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา

ครอบครัวที่ 2 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 66 ปี เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ เป็นผู้ป่วย stroke ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการประเมินความสามารถในการ

ดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับภาวะพึ่งพาปานกลาง โดยมีพยาธิสภาพคือแขนขาซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง จากนั้นจึงได้รับการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ ในวันที่ 10 หลังการเจ็บป่วยโดยมี อสม. จำนวน 2 คนดูแลร่วมกับญาติซึ่งเป็นคนในครอบครัวจำนวน 2 คน หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพคือ แขนขาซ้ายมีกำลังมากขึ้น สามารถใช้งานได้ ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ผลการประเมิน

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา

ครอบครัวที่ 3 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 73 ปี เป็นกลุ่ม-ชาติพันธุ์ไทลื้อเป็นผู้ป่วย stroke ที่เกิดจากโรคเบาหวาน ก่อนดำเนินการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ โดยมีพยาธิสภาพคือแขนซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง จากนั้นจึงได้รับการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในวันที่ 5 หลังการเจ็บป่วย โดยมี อสม. จำนวน 2 คนดูแลร่วมกับญาติซึ่งเป็นคนในครอบครัวจำนวน 11 คน หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพคือ แขนซ้ายมีกำลังมากขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความเครียดลดลง ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) อยู่ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา

ครอบครัวที่ 4 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 83 ปี เป็นกลุ่ม-ชาติพันธุ์ลัวะเป็นผู้ป่วย stroke ที่เกิดจากโรคเบาหวาน ปฏิเสธการรักษาในระยะแรก มีการไปหาหมอผีเพื่อหาสาเหตุของโรคที่เป็น และมีการเลี้ยงผีเพื่อขจัดต้นเหตุของโรค เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงเข้ารับการรักษาจากการให้คำแนะนำจากทีมหมอครอบครัวก่อนดำเนินการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ โดยมีพยาธิสภาพคือแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง จากนั้นจึงได้รับการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ลัวะในวันที่ 28 หลังการเจ็บป่วย โดยมี อสม. จำนวน 2 คนดูแลร่วมกับญาติซึ่งเป็นคนในครอบครัวจำนวน 5 คนหลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยยังคงมีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยมีความเครียดลดลงจากเดิมอยู่ในระดับความเครียดปานกลาง ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับภาวะพึ่งพานานกลาง

ครอบครัวที่ 5 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 80 ปี เป็นกลุ่ม-ชาติพันธุ์ขมุเป็นผู้ป่วย stroke ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการ ประเมินความสามารถในการ

ดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับภาวะพึ่งพานานกลาง โดยมีพยาธิสภาพคือ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง จากนั้นจึงได้รับการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ ในวันที่ 11 หลังการเจ็บป่วย โดยมี อสม. จำนวน 2 คนดูแลร่วมกับญาติซึ่งเป็นคนในครอบครัวจำนวน 2 คนหลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพ คือ แขนขาข้างซ้ายมีกำลังมากขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความเครียดลดลง ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) อยู่ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา

ครอบครัวที่ 6 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 81 ปี เป็นกลุ่ม-ชาติพันธุ์หะ เป็นผู้ป่วย stroke ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ปฏิเสธการรักษาในระยะแรก มีการเลี้ยงผี เมื่ออาการไม่ดีขึ้น จึงเข้ารับการรักษาจากการให้คำแนะนำจากทีมหมอครอบครัว (ซึ่งได้ให้คำแนะนำในช่วงที่ป่วยก่อนแล้ว แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา) ก่อนดำเนินการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ โดยมีพยาธิสภาพคือแขนซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง จากนั้นจึงได้รับการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์หะ ในวันที่ 30 หลังการเจ็บป่วย โดยมี อสม. จำนวน 2 คนดูแลร่วมกับญาติซึ่งเป็นคนในครอบครัวจำนวน 11 คนหลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยยังคงมีแขนซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีความเครียดลดลงจากเดิมอยู่ในระดับความเครียดปานกลาง ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับภาวะพึ่งพานานกลาง

ครอบครัวที่ 7 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 69 ปี เป็นกลุ่ม-ชาติพันธุ์ขมุเป็นผู้ป่วย stroke ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการ ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับภาวะพึ่งพานานกลาง โดยมีพยาธิสภาพคือ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง จากนั้นจึงได้รับการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C

ในกลุ่มชาติพันธุ์ขมุ ในวันที่ 9 หลังการเจ็บป่วย โดยมี อสม. จำนวน 2 คนดูแลร่วมกับญาติซึ่งเป็นคนในครอบครัวจำนวน 2 คน หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพคือ แขนขาข้างซ้ายมีกำลังมากขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และความเครียดลดลง ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา

4. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วย

พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในกลุ่มที่ไม่เป็นการพึ่งพา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในระยะเวลา 1 ปี จำนวนเพิ่มขึ้นถึง 5 ราย กล่าวคือ ในช่วงก่อนการวิจัย มีกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ จำนวน 3 ราย และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพานกลาง 4 ราย แต่ภายหลังการวิจัยกลับมีการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนี ADL เป็นภาวะพึ่งพานกลาง จำนวน 2 ราย และไม่เป็นการพึ่งพา จำนวน 5 ราย ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

5. ระดับการรับรู้คุณค่าของผู้ป่วยและญาติรวม อสม. ต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C

พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งมีผู้ป่วย 7 รายและญาติกับ อสม. 48 ราย รวม 55 ราย ส่วนใหญ่รับรู้คุณค่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในภาพรวมใน

ระดับที่มีคุณค่ามากที่สุด (ร้อยละ 96.50) โดยหากพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ป่วยและญาติรวม อสม. ให้คะแนนการรับรู้ในระดับที่มีคุณค่ามากที่สุดทุกข้อ และข้อที่มีคะแนนการรับรู้ในระดับมากที่สุดร้อยละ 100.0 มี 2 ประเด็นคือ การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

6. การประเมินภาวะเครียดของผู้ป่วยหรือญาติรวม อสม.

พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้ป่วยและญาติรวม อสม. ส่วนใหญ่ มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงทุกราย (ร้อยละ 100.0) แต่หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้ป่วยและญาติรวม อสม. ส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย (ร้อยละ 92.73) แต่ยังคงมีผู้ป่วยและญาติที่มีภาวะเครียดปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 คน ในกลุ่มชาติพันธุ์เหาะและชาติพันธุ์ลัวะที่เข้าถึงบริการช้า ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

7. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์

พบว่าหลังดำเนินการ ผู้ป่วยและญาติรวม อสม. ทุกรายมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) ต่อ

ตารางที่ 3 ผลการประเมินดัชนีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มผู้ป่วย ก่อนกับหลังการดำเนินงาน (N=7)

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี ADL	ผลการประเมินดัชนีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	
	ก่อนการวิจัย (ราย)	หลังการวิจัย (ราย)
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	3	0
ภาวะพึ่งพานกลาง	4	2
ไม่เป็นการพึ่งพา	0	5

หมายเหตุ: หลังการวิจัยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพานกลางเพิ่มขึ้น 2 รายมาจากกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เป็นการพึ่งพาเพิ่มมาจากภาวะพึ่งพานกลางจำนวน 4 ราย และภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์จำนวน 1 ราย

ตารางที่ 4 การให้คะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติรวม อสม. ต่อคุณการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C(N=55)

การรับรู้คุณค่าของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C	คะแนนการรับรู้คุณค่า (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิ	87.57	12.43	0	0	0
2. ความต่อเนื่องของการดูแล	83.33	16.67	0	0	0
3. การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม	100.00	0	0	0	0
4. การประสานบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ	85.67	14.33	0	0	0
5. ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	100.00	0	0	0	0
6. ภาพรวมการรับรู้คุณค่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทุกด้าน	96.50	3.50	0	0	0

ตารางที่ 5 คะแนนความเครียดของผู้ป่วยและญาติ รวม อสม. ก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C (N=55)

ระดับความเครียดและการให้คะแนน	จำนวนและร้อยละจำแนกตามช่วงเวลา			
	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย (0-24 คะแนน)	0	0.00	51	92.73
เครียดปานกลาง (25-42 คะแนน)	0	0.00	4	7.27
เครียดสูง (43-62 คะแนน)	55	100.00	0	0.00
เครียดรุนแรง (63 คะแนนขึ้นไป)	0	0.00	0	0.00

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยและญาติรวม อสม. ทำให้ทราบว่า การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 2,000 บาท/ราย มีความสะดวกในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลมากขึ้นได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมหมอครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเกิดความเอื้ออาทรขึ้นในชุมชน

วิจารณ์

1. ด้านรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ของตำบลปอนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใช้กระบวนการดูแลแบบ 1A4C พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และทำให้ผู้ป่วย 5 ราย

ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์-ชนและไทลื้อ ปัจจัยความสำเร็จสำคัญคือการเข้าถึงบริการสุขภาพภายในเวลา 14 วัน และการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติและ อสม. แต่มีผู้ป่วย 2 รายที่ปฏิเสธการดูแลแบบ 1A4C จากกลุ่มชาติพันธุ์หะและลัวะที่ไม่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากยึดติดกับประเพณีและความเชื่อเดิม ๆ จึงปฏิเสธการรักษาในระยะแรก ทำให้เข้าถึงบริการช้าและทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพค่อนข้างช้า

2. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในกลุ่มชาติพันธุ์ นอกจากต้องสื่อสารด้วยภาษามือแล้ว บางครั้งต้องใช้ภาษาพูดสื่อสารด้วย เพราะภาษาท่าทางบางครั้งไม่สามารถเข้าถึงความรู้สึกเจ็บปวดได้ดีเท่ากับการอธิบายด้วยคำพูด ดังนั้นล่ามแปลภาษา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย/ญาติกับทีมหมอครอบครัว

หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าถึง บริการปฐมภูมิมากขึ้น เพราะเขารู้สึกใกล้ชิดและสนิทกับ ทีมหมอครอบครัวมากขึ้นการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพในหัวข้อลุ่มชุมชนอาสาพากลุ่มชาติพันธุ์เข้าถึง บริการสาธารณสุขที่กล่าวว่า ลุ่มแปลภาษามีความสำคัญ อย่างยิ่งในการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย/ญาติ กับทีมหมอครอบครัว เมื่อเขารู้สึกใกล้ชิดและสนิทกับ ทีมหมอครอบครัวมากขึ้น ทำให้เขาเข้าถึงบริการปฐมภูมิ มากขึ้น เพราะเกิดการสื่อสารที่เข้าใจ ไว้วางใจ มีความสะดวก ในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลมากขึ้นได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมหมอครอบครัว ชุมชน มีส่วน ร่วมในการดูแลเกิดความเอื้ออาทรขึ้นในชุมชน

3. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงความคิด ทางความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมเดิมของกลุ่มชาติ-พันธุ์มีการผสมผสานรูปแบบการดูแลสุขภาพ โดยการให้ หมอพื้นบ้านที่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ให้ความเคารพ เชื่อถือ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เกิดความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี ส่งผลให้ การรักษาดีขึ้น

4. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวคิด 1A4C ในกลุ่มชาติพันธุ์บทบาทของ อบต. หลังจากได้ ทราบข้อมูลของผู้ป่วยแล้วได้ให้การสนับสนุนเพื่อช่วย-เหลือผู้ป่วยและญาติดังนี้

- 1) สนับสนุนรถรับ-ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลและรับ ผู้ป่วยกลับบ้าน
- 2) นายก อบต.และทีมงานลงเยี่ยมพร้อมทีมหมอ-ครอบครัว
- 3) เข้าร่วมวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์เพื่อ ช่วยเหลือ
- 4) สนับสนุนงบประมาณในการช่วยเหลือผู้ป่วยและ ญาติ
- 5) ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากพัฒนาสังคม

จนได้รับงบประมาณในการสร้างห้องน้ำและทาง ลาดชัน

การดำเนินงานครั้งนี้มีผลแตกต่างจากการวิจัยของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในปี ค.ศ. 2015 ที่พบว่า ทีมหมอครอบครัวคือทีมหมอที่ประจำในโรงพยาบาล-ส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น⁽⁴⁾ ไม่มีองค์กรปกครอง-ส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยและสนับ-สุนุนการดำเนินงานดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สะท้อนให้ เห็นโครงสร้างทีมในลักษณะการบริการแบบไร้รอยต่อ

ข้อเสนอแนะ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหา โดยเน้น เรื่องความเชื่อและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น นำมาประยุกต์ ใช้ให้เหมาะสมกับบริบท ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพ-ชีวิตที่ดีขึ้น จึงสามารถประยุกต์รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยกระบวนการ 1A4C (โดย ใช้บริบทของกลุ่มชาติพันธุ์) กับความสามารถในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของโรงพยาบาลส่งเสริม-สุขภาพตำบลปอน กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรค มะเร็งในระยะสุดท้าย ผู้พิการและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน นอกจากนี้ความเข้มแข็งของชุมชนและความร่วมมือจาก ผู้นำชุมชนที่มองปัญหาของผู้ป่วยเป็นปัญหาร่วมกัน ที่ ทุกฝ่ายในชุมชนต้องร่วมมือกันแก้ไขส่งผลให้เกิดการ พัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีความยั่งยืนโดยมีบุคลากรทาง ด้านสาธารณสุขเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลทางการแพทย์ และ เป็นผู้กระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ดูแลหลักและ เสนอแนะให้มีการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านด้วย กระบวนการ 1A4C กับผู้ป่วยภายใน 14 วันหลังการ เจ็บป่วยตามหลักวิชาการของการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด-สมองระยะฟื้นฟูฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 1 ชลบุรี: บียอนด์ พับลิชชิง; 2558.
2. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติและสำนักส่งเสริมสวัสดิ-

- ภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558.
3. สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพมาศ ตาปัญญา. รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2558.
4. สุพัตรา ศรีวิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พลกษา บุกบุญ, ปิยะฉัตร ตระกูลวงษ์. ผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาที่มหมอประจำครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4250/hs2148.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Abstract: Development of a Home Care Model for Stroke Patients through 1A4C toward Activity Day Living

Pakkawun Juntha, B.P.H.; Niratchakorn Thaoart, B.N.S.; Nuntapon Paopa, B.P.H.; Wilapon Maiya, B.P.H.

*Pon District Health Promoting Hospital. Ampur Thungchang. Nan Province, Thailand
Journal of Health Science 2018;27:877-86.*

The purposes of this participatory action research were to study the development of a home care model using 1A4C approach to improve the activity daily living of stroke patients among Khmu, Tai Lue, Hao and Lua ethnic groups who attended the Pon District Health Promoting Hospitals in Pon and Thungchang district, Nan province. It was conducted between January – December 2015. The sample were 7 stroke patients and 48 care givers, altogether 55 of them (19 Khmu, 14 Tai Lue, 14 Hao and 8 Lua). The tools and instruments for data collection were Barthel Activity of Daily Living Index, perceived value form, satisfaction assessment form, and stress questionnaire form; and the data were analyzed by analytic induction method. The components of the 1A4C home care model for stroke patients included (1) accessibility: through volunteer interpreter, phone number attached to every house, and referral by subdistrict administrative organization; (2) continuity: forwarding data by home care-taker to volunteers to inform the family care team who would perform home visits; (3) comprehensiveness: following religious norm in their rituals; (4) co-ordination: coordinating care with traditional healers; (5) community participation: local community leaders submitting patient data to gain support by social development and human security authority, and using innovative local wisdom to assist patient rehabilitation. It was found that the model could help 5 ethnic patients getting access to primary care services, resulting in significant physical improvement. Key success factors were accessibility to health services within 14 days and close home care by care givers and volunteers. There were 2 patients with delayed improvement due to the adherence of traditional rituals and refusal of care. After participating the stroke home care model, 5 patients (71.43%) were able to improve their quality of life and return to mild dependence level; and significant reduction of stress among the relatives was observed. The model was also found to achieve high level of satisfaction among the patients and their relatives; and to reduce the transportation cost of 2,000 baht per case. In conclusion, the stroke home care model using 1A4C approach was effective in improving activity daily living of the ethnic patients. It should be scaled-up to cover other health facilities providing services to the same ethnic populations.

Key words: home care model for stroke patients, 1A4C, activity day living