

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี
Improvement of a Continuing Care Model for the Palliative Care
with Stroke's Patients in Sangkom Hospital Udon Thani Province

ไพรวรรณ โพนสิงห์¹, วณิดา พิมพ์พาสง¹
Priwan Phonsing, Wanida Pimpasaeng¹,
¹โรงพยาบาลสร้างคอม,
¹Sangkom Hospital,

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้ายใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 – 30 มิถุนายน 2564 ดำเนินการเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะประเมินสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ จำนวน 3 รอบปฏิบัติการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้ร่วมศึกษาประกอบด้วย 1) สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย จำนวน 12 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน 3) พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. จำนวน 6 คน 4) ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสร้างคอม จำนวน 3 คน และ 5) ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย จำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเสวนาและประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา และให้ผู้ร่วมศึกษามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ทุกกระบวนการ ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย จำนวน 18 ครอบครัว เป็นเพศชาย 22 คน (ร้อยละ 40.47) และเพศหญิง 32 คน (ร้อยละ 59.53) ได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน อยู่ในระยะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 17 คน (ร้อยละ 43.60) ระยะพึ่งพารุนแรง 17 คน (ร้อยละ 43.60) และได้รับการประเมินความสามารถในการสูญเสียกิจวัตรประจำวันมากที่สุด 14 คน (ร้อยละ 77.77) การประเมินความสามารถในการสูญเสียกิจวัตรประจำวันมาก 4 คน (ร้อยละ 22.23)

รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ในเขตโรงพยาบาลสร้างคอม มีการทดลองใช้ ประยุกต์แนวคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนการสะท้อนคิด และสามารถพัฒนารูปแบบได้ ดังนี้ 1) มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีความตระหนักร่วมกัน 2) มีกติกาสำหรับการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย 3) สามารถแก้ไขปัญหาและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุม

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study is to participatory action research process. The duration of the study in 1 January 2021 to 30 June 2021 was carried out into 3 phases, namely 1) Assessment phase 2) The development phase of the model, which is considered as the operation of 3 operations cycles and, 3) Evaluation phase. Participants consisted of 1) 12 family members of stroke's patients 2) 12 Village Health Volunteers (VHV) 3) 6 Registered Nurse at Health Promoting Hospital 4) 3 persons responsible for chronic disease at Sangkom Hospital and 5) A multidisciplinary team consisting of physician, pharmacist, nutritionist, public health academic, and Thai traditional medicine total of 5 people. The researcher has collected data and facilitated the discussion and brainstorming sessions. The statistics used in the analysis of quantitative data by frequency distribution, percentage, while the qualitative data used content analysis and the participants were involved in the analysis in every process. The results of the research showed that;

All 18 the Home-bound and Bed-bound Stroke's Patients were 22 males (40.47%) and 32 females (59.23%) and they were evaluated by Activities of Daily Living (ADL) for assessment functional independence namely, 17 persons (43.60%) total dependence, 17 persons (43.60%) severe dependence. Besides, participants were appraised for losing the ability in activities of daily living which found out the 14 samples (77.77%) are most impairment the ability of daily living and the 4 subjects (22.23%) are more decline in the ability of daily living

Continuing Care Model of the Home-bound and Bed-bound Stroke's Patients in Sangkom Hospital Udon try design out, applied concepts, exchanging experiences, reflections and developed the model as follows: 1) Obvious model and mutual awareness 2) Rules for working with multidisciplinary teams and networks 3) Able to solve problems and provide comprehensive care for stroke patients.

Keywords: Improvement of Care Model, Stroke's Patient

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญประกอบด้วย 4 กลุ่มได้แก่ 1)กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) กลุ่มโรคเบาหวาน 3) กลุ่มโรคมะเร็ง และ 4) กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมากลุ่มโรคไม่ติดต่อได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึง ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ปี 2555 และปี 2558 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุดจาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือดจาก 22.4 ต่อแสนประชากร เป็น 27.8 ต่อแสนประชากร การเสียชีวิตรายโรคระหว่างเพศ พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบในเพศชายพบสูงกว่าเพศหญิง 2 -3 เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และทำนายไว้ว่าในปี พ.ศ.2573 ประชากรโลก จำนวน 23 ล้านคน จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ สำหรับประเทศไทยสถิติของกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราการป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพองโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง (Thai Health Promotion Foundation, 2016)

จากข้อมูลจำนวนและอัตราการตายต่อประชากรแสนคน ปี 2559-2561 ด้วย 4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ภาพรวมของเขตบริการมีอัตราการตายจำนวน 92.27 93.65 และ 90.08 ตามลำดับ ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงขึ้นทุกปี สำหรับจังหวัดอุดรธานีพบอัตราการตายจำนวน 93.70 106.34 และ 102.64 ก็มีอัตราการตายที่ค่อนข้างสูงขึ้นทุกปีเช่นกัน หากพิจารณาจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีอัตราการตาย จำนวน 33.14 34.69 และ 33.42 ส่วนจังหวัดอุดรธานีมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 38.11 41.46 และ 40.29 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) พบเจ็บป่วยเรื้อรังติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) ไม่ได้รับการดูแล

รักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรังทำให้ภาวะโรครุนแรงขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องนอนติดบ้าน ติดเตียง ตามด้วยความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ในปี พ.ศ.2559 กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวนโยบายการดำเนินงาน ในการจัดการกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) โดยกำหนดเป็นมาตรการเป็นแนวทางในการดำเนินงาน เช่น การเฝ้าระวัง ติดตาม คัดกรองโรคลดพฤติกรรมเสี่ยง สร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดเสี่ยงในชุมชน ให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พัฒนาคุณภาพบริการ กำกับ ติดตาม ประเมินผล มีระบบสารสนเทศสำหรับการดำเนินงาน แต่จากการประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรในการดำเนินงานยังขาดความรู้เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย (Islam et al., 2014)

โรงพยาบาลสร้างคอมเป็นเครือข่ายการบริการด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของ คปสอ.สร้างคอม จากสถานการณ์ความเจ็บป่วยของประชาชนในเขต พบมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) ต่างๆ เพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ.2564 พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องติดตามเยี่ยม ดูแลสุขภาพด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) ต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2562-2564 จำนวนทั้งสิ้น 137 151 และ 128 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) กลุ่มที่ยังช่วยเหลือดูแลตนเองได้ปกติ และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานบางส่วนหรือทั้งหมด ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น หรือที่เรียกว่าผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในปี 2562-2564 จำนวน 61 51 และ 42 ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 47.65 33.77 และ 30.65 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีการเสียชีวิตในกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 2 5 และ 2 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 3.07 9.80 และ 4.36 ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 85.00 ได้แก่ ภาวะแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ติดเชื้อ ปอดอักเสบ ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admission) ร้อยละ 60.00 ผู้ดูแลครอบครัวมีความเครียดต่อการดำรงชีวิต ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 100 ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลร้อยละ 64.00 (โรงพยาบาลสร้างคอม, 2564) ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวในเขตอำเภอสร้างคอม ได้รับการดูแลโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลสร้างคอม 1 แห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง

จากการสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่าแต่ละแห่งมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้ายที่แตกต่างกันและไม่ชัดเจน ทีมดูแลยังขาดความพร้อม ทั้งด้านวิชาการ ความรู้ในการดูแลเฉพาะโรคของผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดทีมสหวิชาชีพที่ครบครันบางหน่วยบริการขาดนักกายภาพบำบัด ขาดนักโภชนาการ ในการร่วมติดตามดูแลผู้ป่วย ขาดการประสานงานกันระหว่างหน่วยบริการ ทั้งในส่วนของ การส่งต่อ การเยี่ยม อุปกรณ์ และการแจ้งพื้นที่ในการออกเยี่ยมหรือการส่งต่อผู้ป่วย

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลสร้างคอม เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ได้รับการดูแลที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนมีคุณภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับภาวะโรคอย่างปกติสุข

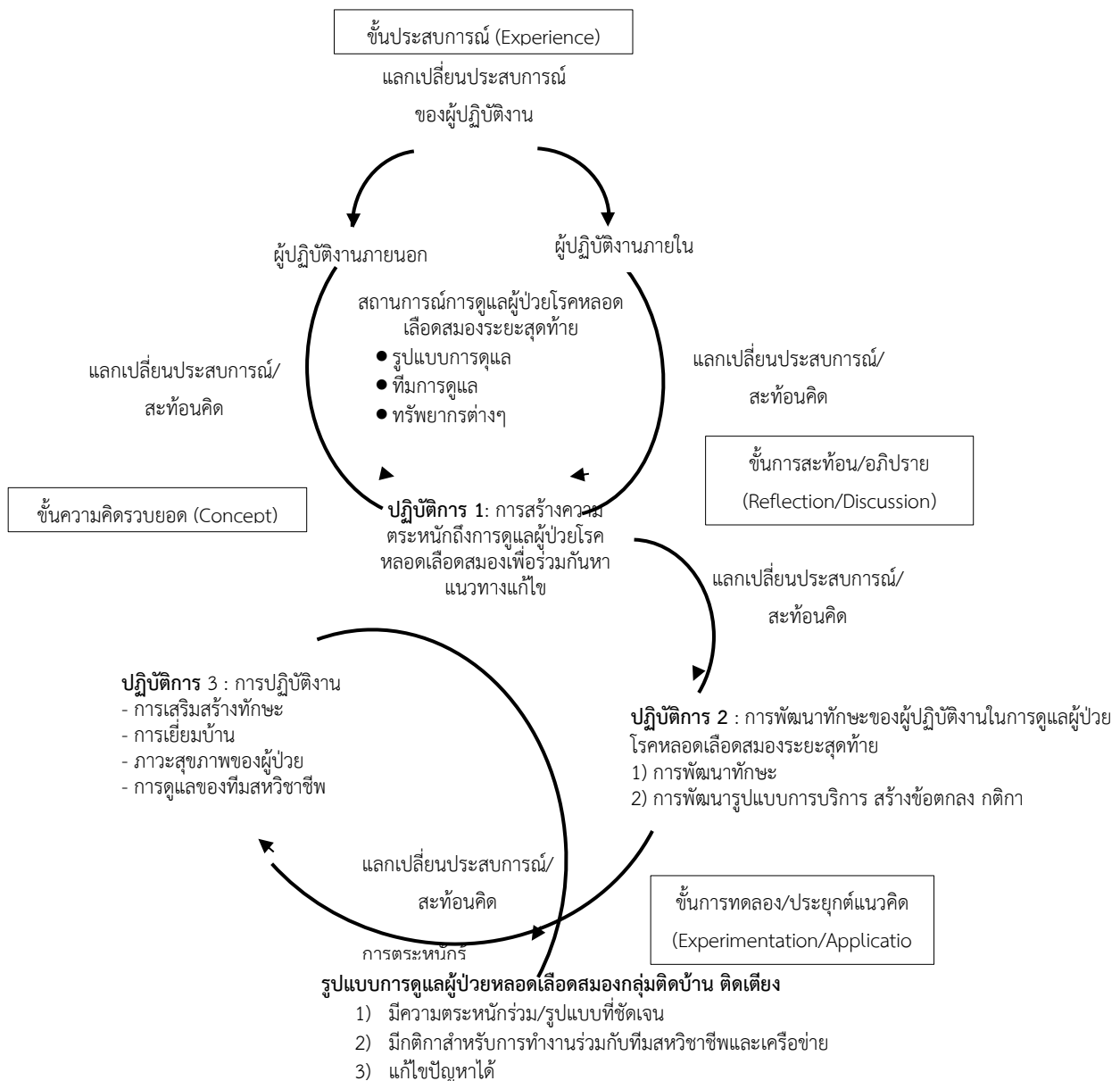
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ในอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ในอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ Kolb's Model (David A. Kolb, 1991) มาเป็นกรอบวิธีการจัดการเรียนรู้ เกิดมาจากการเชื่อว่า การเรียนรู้ของคนเราเป็นกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวของตัวเองซึ่งมีกระบวนการ

ในการศึกษานี้มีการใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) มีการสนทนากลุ่มเป็นการจัดการความรู้ ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ด้วยวิธีการสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม มารวบรวมข้อมูล สรุป วิเคราะห์ และดำเนินการจัดกลุ่มดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาการพัฒนาแบบดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลสร้างคอม พัฒนาจาก Kurt Lewin's Change model (Lewin, 1951; และ หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) ตามแนวคิดรูปแบบของโคลบ Kolb's Model (David A. Kolb, 1991)

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยประยุกต์กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การออกแบบการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ร่วมศึกษา คือ ผู้มาร่วมกิจกรรมเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้ อ่านและเขียนหนังสือได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษานี้ไม่ต่ำกว่า 1 ปี ต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มผู้ร่วมศึกษาทั้งหมด 5 กลุ่ม ดังนี้

- 1) สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สมัครใจร่วมเรียนรู้ จำนวน 18 ครอบครัว
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 6 แห่งๆละ 2 คน จำนวน 12 คน
- 3) พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. จำนวน 6 คน

4) ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสร้างคอม จำนวน 3 คน

5) ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย จำนวน 5 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยและ โรค/ภาวะการเจ็บป่วย

1.2 แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก (Guideline for focus group discussion and in-depth interview) เป็นคำถามเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ในเขตโรงพยาบาลสร้างคอม

1.3 แนวทางการเสวนากลุ่มย่อย (Guideline for small group dialogue) โดยผู้ศึกษานำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก หลังจากนั้นได้ป้อนประเด็นคำถามที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แต่ละคนมีสะสมไว้

1.4 แนวทางการจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด (Guideline for brain storming and reflection) เป็นแนวทางที่ผู้ศึกษาใช้จัดประชุมผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ร่วมกับกลุ่มผู้ร่วมศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

2.1 สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Content Validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจารย์พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา จากนั้นผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ได้แก่ 1) การตรวจสอบด้านข้อมูล (Data triangulation) และ 2) การตรวจสอบข้อมูลจากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

จริยธรรมในการวิจัย

จริยธรรมในการศึกษาเป็นสิ่งที่คุณค่าตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิของ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ร่วมศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการศึกษาคั้งนี้ โดยได้ทำหนังสือจากโรงพยาบาลสร้างคอม ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล และการควบคุมคุณภาพ (Data collection & quality control)

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย โดยมี การประชุมทีมวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับการดำเนินงานในโรงพยาบาล

2. หลังจากพัฒนาเครื่องมือ ทีมวิจัยส่งเครื่องมือให้ทีมผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยใช้ทีมผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

4. ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ

5. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ดังนี้

5.1 ระยะประเมินสถานการณ์ ระยะนี้เป็นการประเมินสถานการณ์การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ในอำเภอสร้างคอม โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก มีกิจกรรมดังนี้ 1) การสนทนากลุ่มทำที่โรงพยาบาลสร้างคอม 2) การสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ศึกษาเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือผู้ถูกสัมภาษณ์เชิงลึก

5.2 ระยะพัฒนารูปแบบ ระยะนี้ถือเป็นปฏิบัติการจำนวน 3 รอบปฏิบัติการ

5.3 ระยะประเมินผล เป็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการ โดยการเยี่ยมบ้านและมีการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ซึ่งผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ผู้ร่วมศึกษา สรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมศึกษาทุกกิจกรรม ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ระบุหัวข้อเรื่อง (Theme) จากการประมวลคำสำคัญ (Key words) และเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล และทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นสมบูรณ์ เพื่อตอบคำถามการศึกษา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้ายในอำเภอสว่างคอม

จากการประเมินสถานการณ์ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ทั้งหมดจำนวน 18 ครอบครัว เป็นเพศชาย 22 คน (ร้อยละ 55.56) และเพศหญิง 32 คน (ร้อยละ 59.53) ได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน อยู่ในระยะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 17 คน (ร้อยละ 43.60) ระยะพึ่งพารุนแรง 17 คน (ร้อยละ 43.60) และได้รับการประเมินความสามารถในการสูญเสียกิจวัตรประจำวันมากที่สุด 14 คน (ร้อยละ 77.77) การประเมินความสามารถในการสูญเสียกิจวัตรประจำวันมาก 4 คน (ร้อยละ 22.23)

2. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้ายในอำเภอสว่างคอม

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่ายด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ Kolb's Model พร้อมทั้งแบ่งออกเป็น 3 ปฏิบัติการ ดังนี้

ปฏิบัติการที่ 1: การสร้างความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
การดูแลสุขภาพต่อเนื่องกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดบ้านติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลัก จำนวน 18 ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 คน และทีมสหวิชาชีพ จำนวน 5 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ร่วมกับการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับทีมแกนนำทางสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอสว่างคอม โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดของทีมผู้ให้บริการ เพื่อเสนอประเด็นการทำงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแล รวมทั้งการหาแนวทางการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นขั้นตอนของประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ในขั้นตอนนี้สามารถทราบถึงสถานการณ์ ในการนำมาวางแผนการแก้ไขและพัฒนารูปแบบได้

ปฏิบัติการ 2 : การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย
1) การพัฒนาทักษะของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย เกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) และได้รับการประเมินความสามารถในการสูญเสียกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การพัฒนาทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อและการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพัฒนาศักยภาพของของทีมดูแล ได้มีการพัฒนาทีมดูแลครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย ในทีมเยี่ยม ได้มีการประสานงานกับแม่ข่ายโรงพยาบาลสว่างคอม ในการใช้ระบบให้คำปรึกษาเป็นรายผู้ป่วยที่มีปัญหา จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม มีการจัดอบรมให้ความรู้ แก่ทีมดูแล โดยการเปิดโอกาสให้ทีมกำหนดหัวข้อการอบรม ที่ต้องการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดบ้านติดเตียง โดยในระยะเวลาที่ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแล ได้จัดอบรมแก่ทีมดูแลจำนวน 3 ครั้ง จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลสุขภาพที่ให้อาหารทางสายยาง การดูแลสุขภาพสายสวนปัสสาวะ การดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันภาวะข้อติด และการดูแลสุขภาพแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต การประเมินผลหลังการอบรม ทีมดูแลมีความรู้ในระดับดี มากกว่าร้อยละ 85 ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสะท้อนคิดของผู้ปฏิบัติงาน และทีมสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการ สร้างข้อตกลงและกติการ่วมกัน

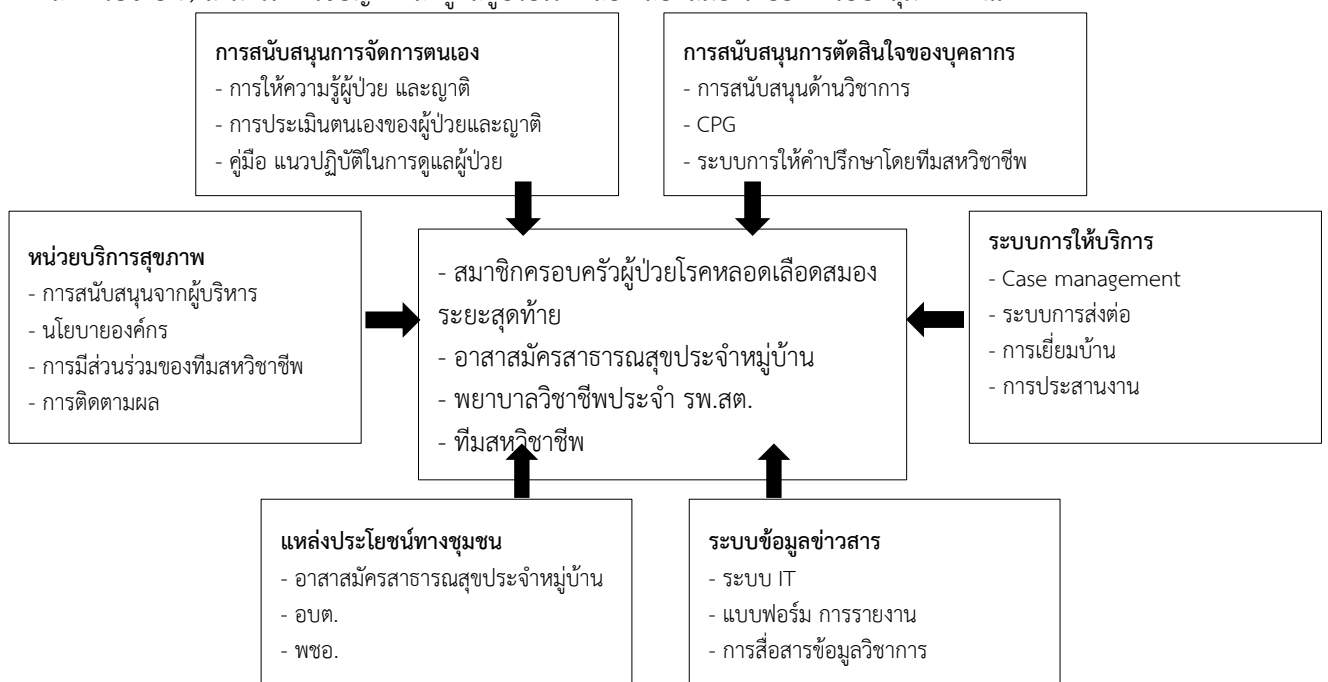
ปฏิบัติการ 3 : การปฏิบัติงาน ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นเสริมสร้างทักษะหลังจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเยี่ยมบ้าน การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และการดูแลของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับกระบวนการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกลุ่มติดบ้านติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของทีมงานเจ้าหน้าที่ มีการกำหนดเป้าหมายสร้างแนวทางพัฒนาเพื่อเกิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม ได้มีการกำหนดให้มีแพทย์ร่วมประเมินสภาพผู้ป่วยในครั้งแรกที่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยทุกราย แจ้งข้อมูลแก่เครือข่ายที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อติดตามเยี่ยมรวมกัน ให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน ตามที่ได้ประเมินความจำเป็นในการดูแล กำหนดแผนติดตามเยี่ยมเป็นต่อเนื่อง ชัดเจน ตามความจำเป็นและส่งต่อเพื่อรักษา กรณีเกินขีดความสามารถในการดูแลที่บ้าน โดยสร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อกับ รพ.แม่ข่ายปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยบริการ ซึ่งแตกต่างจากการปฏิบัติเดิมที่พบว่า การติดตามเยี่ยมขาดการวางแผนทำให้ไม่ต่อเนื่องขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อ ที่เป็นรูปแบบชัดเจน กับ โรงพยาบาลแม่ข่ายขาดความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ และขาดการประสานข้อมูลของทีม

ซึ่งกระบวนการทุกกระบวนการได้สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม สะท้อนผลการดำเนินการวิจัย โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึก และการสรุปผลเพื่อนำไปสู่การปรับแผนใหม่ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข การเสริมพัฒนาในจุดแข็ง ระยะเวลาของการสรุปผลและการสะท้อนกลับข้อมูลใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งหลังการดำเนินงานพบว่าเกิดความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของทีมโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 86.2

รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ในเขตโรงพยาบาลสร้างคอม มีการทดลองใช้ ประยุกต์แนวคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนการสะท้อนคิด และสามารถพัฒนารูปแบบได้ดังนี้ 1) มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีความตระหนักร่วมกัน 2) มีกติกาสำหรับการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย 3) สามารถแก้ไขปัญหาและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุม ดังแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ในเขตโรงพยาบาลสร้างคอม

อภิปรายผล

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนั้นคือ เน้นแนวทางการส่งต่อกับเจ้าหน้าที่ตามบทบาทของอาสาสมัคร และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire (1996) และ Gibson (1991) ที่อธิบายถึงการตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ กระบวนการนี้เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมของตนเอง (พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, & ภาวดี แฉวเพ็ญ, 2559) และสอดคล้องกับ

การศึกษาของสุนันทา เปรื่องธรรมกุล (2550) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุงจังหวัดเลย พบว่ารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน และรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

การพัฒนาศักยภาพของทีมนักดูแล จากการสนทนากลุ่ม พบว่าแต่ละหน่วยบริการยังขาดความพร้อมของทีมผู้ให้บริการ ทั้งองค์ความรู้เนื่องจากการปรับเปลี่ยนบุคลากร บุคลากรขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้านขาดทวิชาชีพในการเป็นทีมติดตามเยี่ยม เช่น ขาดนักกายภาพบำบัด เป็นต้น จึงได้พัฒนาศักยภาพทีมนักดูแลกำหนดให้มีกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม และการวางแผนการใช้ทีมสหวิชาชีพ ให้ครบครันในการติดตามเยี่ยม โดยการกำหนดแผนเยี่ยมร่วมกัน ใช้ทีมสหวิชาชีพที่บางหน่วยบริการขาดร่วมกัน ในการให้คำปรึกษาแก่ทีม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngoichansri & Kongtalin (2012) ในประเด็นของการพัฒนาศักยภาพทีม ได้แก่การประชุมระดมสมองทีมผู้ให้บริการ การจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมในการดูแล การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของทีมดูแล กับทีมผู้ให้บริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดมสมองหรือแนวทางการ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง และสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม

รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย ในเขตโรงพยาบาลสร้างคอม แบ่งเป็น 3 ปฏิบัติการ คือ ปฏิบัติการที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ปฏิบัติการ 2 การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสุดท้าย และปฏิบัติการ 3 การปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ Kolb's Model (David A. Kolb, 1991) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย จากการสนทนากลุ่มพบว่าทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านติดเตียง ทีมผู้ติดตามเยี่ยมจะเป็นเจ้าหน้าที่ทั้งหมด ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วย จึงได้พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย โดยจะมีการทำแผนพัฒนาและเปิดโอกาสให้องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ที่พัฒนาอาสาสมัครให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยม เปิดโอกาสให้ผู้ให้การดูแลร่วมคิดตัดสินใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sumangsri (2558) ในประเด็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่าการมีส่วนร่วมจากชุมชนตามรูปแบบอาสาสมัครจิตอาสา เพื่อนช่วยเพื่อน ส่งผลดีต่อระบบการดูแลสุขภาพ ความครอบคลุม การได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและส่งผลที่ดีขึ้นต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวมอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอพระคุณนายแพทย์รับบุญ คำไกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสร้างคอม ที่ให้ข้อเสนอแนะ และคำปรึกษาในงานวิจัย และขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560 - 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก. <http://www.plan.ddc.moph.go.th>

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2559 - 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก. <http://www.thaincd.com>

โรงพยาบาลสร้างคอม. สถิติโรคโรงพยาบาลสร้างคอม [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก. <http://www.nonghanhospital.com>

พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, & ภาวดี แถวเพ็ ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ อย่าง ต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด. *JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC7 KHON KAEN*, 23(2), 79-87.

สุนันทา เปรื่องธรรมดา. (2550). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุง จังหวัดเลย. *วารสารการวิจัยกาสะลองคำมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*. ;1(2), 29-42.

Freire, P. (1996). *Pedagogy of the oppressed* (revised). New York: Continuum.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361.

Kolb, D. A., Rubin, I. M., & Osland, J. (1991). *Organizational behavior: An experiential approach*. Prentice Hall.

Ngoichansri, J., & Kongtalin, O. (2012). *Development of continuing care for the home-bound and bed-bound elder in Phetchabun Municipal Community* (Doctoral dissertation, Master thesis] Khon Kaen: Khon Kaen University. 2012.(in Thai)).

Thai Health Promotion Foundation. NCDs. [Internet]. 2021.[cited 2021 December 14. Available:

Sumangsi, S. (2015). Development of the continuous care guidelines for the home-bound and bed bound elders living in the Vicinity of Family Practice Center. *Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital*, 5(1), 53-4.