



รายงานโครงการวิจัย

เรื่อง

ตำบลบ้านดงเข้มแข็งในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจ
และหลอดเลือด โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน

**THE EMPOWERMENT OF BAN DONG COMMUNITY NETWORK
FOR THE SURVEILLANCE OF EMERGENCY
CARDIOVASCULAR DISEASE**

โดย

ณณาธิปวี	ศิริภักกุลวัฒน์
ชญานิศ	บุตรดี
ณัฐวศาร์	รุ่งแจ้ง

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
ความเห็นชอบและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของนักวิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สิงหาคม 2559

ชื่อเรื่อง	ตำบลบ้านดงเข้มแข็งในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ผู้วิจัย	ฉัตรปวี ศรีภักกุลวัฒน์, ชญานิศ บุตรดี และ ณัฐวศาร์ รุ่งแจ้ง
ที่ปรึกษาโครงการ	นพ.วิทยาชาติบัญชาชัย ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกด้านการป้องกันอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น, นพ.อภิสิทธิ์ ช่างวรารังกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์, ดร.นิภาพร ลครวงษ์ โรงพยาบาลโสธร, พ.ท.ดร. นพ. ทนงสรรค์ เทียนถาวร วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า, รศ. ดร. จรวัยพร ศรีศศลักษณ์ สถาบันวิจัย สวรส.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลบ้านดง โดยใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พื้นที่ในการศึกษาคือ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมการศึกษาประกอบด้วยสื่อองค์กรหลักในชุมชน ได้แก่ 1) ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน 2) ผู้แทนจากองค์กรท้องถิ่น จำนวน 15 คน 3) ผู้แทนองค์กรประชาชน จำนวน 27 คน และ 5) ผู้แทนจากองค์กรภาครัฐและเอกชน จำนวน 5 คน เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ทำการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2558 - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาได้แนวทางการเฝ้าระวัง และรูปแบบการดูแลประชาชนที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนดังนี้คือ 1) รูปแบบการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) รูปแบบสื่อในการถ่ายทอดชุดความรู้ลงสู่ประชาชน 3) เกิดกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนที่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแลเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน และ 4) วางแผนจัดตั้งกองทุนกู้ชีพในชุมชนในอนาคตเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในชุมชน

กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยให้ประชาชนมีความรู้ มีทักษะการช่วยเหลือกันอย่างทั่วถึง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกิดนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยหายใจขณะช่วยฟื้นคืนชีพ จากแนวคิดของประชาชน โดย

ตำบลบ้านดงเชื่อว่าแนวทางดังกล่าวนี้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในเขตตำบลบ้านดงเพื่อให้สามารถประเมิน ช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ ถูกต้อง และทันเวลา และช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นจากการช่วยเหลือไม่ถูกต้อง และหรือการนำส่งโรงพยาบาลล่าช้าได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในการช่วยเหลือกันเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน

คำสำคัญ: การเฝ้าระวัง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดหัวใจ, การมีส่วนร่วม

Title : The Empowerment of Ban Dong Community Network for the Surveillance of Emergency Cardiovascular Disease

Name's : Chanatipf Siripakkulwat, Chayanit Bhuddee, Nuthwasa Rungjang

Advisors : Dr. Vitaya Chadbunchachai, Director of WHO Collaborating Center for Injury Prevention and safety Promotion Khon kaen Hospital,
 Dr. Apisit Thamrongwarangoon, Ubolrattana Hospital Director,
 Dr. Nipaporn Lakornwong, Yasothon Hospital
 Lt. Col. Dr. Tanongson Tienthavorn, Phramongkutklao College of Medicine,
 Assoc. Prof. Dr. Jaruayporn Srisasalux, Health System Research Institute

ABSTRACT

The aim of this study is for learning the technique of emergency caring method to cardiovascular system patients with the participation of the community by qualitative research studies. An Area of study is Ban Dong sub-district administration organization, Ubonrat district, Khon Kaen province. Contributors and Participants in the study consists of four major organizations in the community; 1) 3 Representatives from local governments, 2) 15 Representatives from local organizations, 3) 27 Representatives of public organizations, 4) 5 Representatives from public and private organizations. Collecting data by observation, intensive interviews and group discussion, hold from December 2015 to July 2016. The data were analyzed by percentage statistics and content analysis.

The result of study is procedure to beware for cardiovascular system with the participation of the community by follow; 1) formed to educate people about the cardiovascular disease 2) multimedia that using to suggest the lack of knowledge people 3) establishment of emergency volunteer group to shift for beware cardiovascular system patients 4) plan to establish rescuer fund in community for supporting service of emergency cardiovascular system patients.

A workshop for educate people with process to beware for cardiovascular system with the participation of the community, allow people to have knowledge, exchange their mutual experience learning and found new innovative respirator during resuscitation. Ban Dong citizens

accept as true that procedure be able to support people requirement in Ban Dong community to classify patient efficiency, reduce complications and decreasing death condition of wrong treatment or late transport. Furthermore, it make a community to get unity and proud with themselves that can help their neighbors in community.

งานวิจัยนี้มอบส่วนดีให้บุพการี และ คณาจารย์

กิตติกรรมประกาศ

รายงานผลการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.นิภาพร ละครวงศ์, พ.ท.ดร.นพ.ทนงสรรค์ เทียนถาวร และ รศ. ดร. จรวยพร ศรีศศลักษณ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำในทุกขั้นตอนที่ได้ทำการศึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อีกทั้งให้ข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขรายงานการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนสนับสนุน และให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย คุณพรทิพย์ วชิรดิถก ผู้จัดการงานวิจัยและพัฒนาวิชาการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มีโอกาสเรียนรู้และพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คุณ ชนนิกันต์ สิงห์พยัคฆ์ พร้อมทั้งงาน ที่คอยเอื้ออำนวยให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยได้ด้วยความราบรื่น

ขอขอบคุณ นพ.วิทยา ชาติปัญญาชัย, ดร. จงกตณี จันทศิริ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น, ผศ.สพ.ญ.ดร.สุกัญญา ลีทองดี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่กรุณาชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ สนับสนุน และให้กำลังใจในการจัดทำโครงร่างวิจัยในเบื้องต้นด้วยความเมตตา ตลอดจนคณาจารย์ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้กรุณาถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์อันทรงคุณค่า จนผู้วิจัยสามารถเปลี่ยนผ่านแนวคิดการพัฒนาการปฏิบัติงานประจำสู่งานวิจัยได้ด้วยความรู้สึกดีงาม

ขอขอบคุณ คุณวันดี แก้วเฮียง หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ คุณชั้นทอง มางจันดีอุคม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลตรวจพิเศษ และเลขาธิการศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่สนับสนุนวิชาการ และกรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณ จ.ส.อ. อุดลย์ศักดิ์ เล่ห์กั้น นายกองกิจการบริหารส่วนตำบลบ้านดง, คุณสุธานี อุทัยชัย คุณอภิชาติ เขาวนปรีชาพร พร้อมทั้งบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง ทั้งสองแห่ง ตลอดจนประชาชนในเขตตำบลบ้านดงที่สนับสนุนและเอื้ออำนวย และคอยช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆจนบรรลุวัตถุประสงค์

ขอขอบผู้บริหารทุกระดับ นายแพทย์อภิสิทธิ์ ชำรงวรังกูร, คุณลดาวัลย์ สุวรรณ ที่กรุณาให้โอกาส เอื้ออำนวย และสนับสนุนให้มีโอกาสได้ศึกษาเรียนรู้ และสุดท้ายขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ผู้ศึกษาขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ฉัตรปวี ศรีภักกุลวัฒน์ และคณะ

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นภาวะที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า และเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตแต่ละบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีและเหมาะสม อาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น เกิดความทุกข์ทรมานและอาจจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเศรษฐกิจของประเทศชาติ (จารุณี สุธีร์, 2555) ภาวะฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ได้แก่กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) ซึ่งกลุ่มโรคดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้น (ปรีชา เปรมปรี และคณะ, 2553) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรคพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในเพศชายและเพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบอัตราการเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 28 ในเพศหญิง และ ร้อยละ 10.6 ในเพศชาย ส่วนโรคหัวใจขาดเลือดพบเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 คือร้อยละ 7.7 รองจากโรคเบาหวาน (นิตยา พันธุเวชย์ และ หทัยชนก ไชยวรรณ, 2558) ส่วนผู้รอดชีวิตจากกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดความพิการหลงเหลือตามมามากที่สุดในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (เดือนเพ็ญ ศรีชา และ คณะ, 2554) แต่ถ้าหากผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเหล่านี้ได้รับการช่วยเหลือได้รวดเร็วทันเวลา จะสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 30 (ชาติรี เจริญชีวกุล, 2553) และสามารถลดอัตราการเสียชีวิต และลดความพิการที่อาจเกิดตามมาภายหลังได้ หากได้รับการนำส่งโรงพยาบาลอย่างถูกวิธี และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ (วิรัตน์ อ่อนสี, 2558)

จากการทบทวนเวชระเบียนด้านการเข้ารับบริการด้วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในปี พ.ศ. 2555- 2557 พบว่าผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในเขตตำบลบ้านดง ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ มีจำนวน 59 ราย (11, 24, 24 รายตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีภาวะฉุกเฉินด้านระบบหลอดเลือด ได้แก่หลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งหมด 23 ราย (7, 6, 13 รายตามลำดับ) คิดเป็นร้อยละ 38.98 ของผู้ป่วยวิกฤติทั้งหมด รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 10 ราย (1,3,6 รายตามลำดับ) คิดเป็นร้อยละ 16 ของผู้ป่วยวิกฤติทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเจ็บป่วยระดับประเทศของไทย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับการนำส่งโดยญาติ และเพื่อนบ้าน จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.13 ทำให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือระหว่างนำส่งไม่ถูกต้องเพราะผู้นำส่งขาดความรู้ และทักษะในการดูแล (พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์ศุกุลชัย, 2540) มีเพียง 7 ราย (ร้อยละ 11.86) ที่ได้รับการนำส่งโดยระบบบริการการแพทย์

ฉุกเฉิน ในจำนวนนี้ได้รับการนำส่งภายในเวลา 2 ชั่วโมงนับตั้งแต่พบเหตุ จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 23.7) แต่ไม่ทราบเวลาที่เกิดเหตุแน่ชัด ญาติพบตอนที่มืออาการแล้ว และที่เหลือ 45 ราย (ร้อยละ 76.27) ได้รับการนำส่งหลังเกิดเหตุเกิน 3 ชม. สูงสุด 3 วัน ซึ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้าเกิดจากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่ทราบสัญญาณอันตรายจึงทำให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น (ปรีชา เปรมปรี และคณะ, 2553) และในจำนวนนี้ พบมีผู้ป่วยจำนวน 5 รายที่มีอาการหมดสติและหัวใจหยุดเต้น ระหว่างนำส่ง แต่ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกวิธี ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุอย่างถูกวิธี อาจเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตมากขึ้น จากการศึกษาของ แพทย์หญิงมธุรส บุญศักดิ์ (อ้างถึงใน รุจาดา สารจิต และ วราลี อภินิเวศ, 2551) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลและได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ มีโอกาสการรอดชีวิต มากถึง 53.75 และทีมที่ช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ไม่ว่าจะเป็นทีมแพทย์ หรือทีมพยาบาล โอกาสการรอดชีวิต ไม่แตกต่างกัน

เนื่องจากในเขตตำบลบ้านดง ยังไม่มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น เคยมีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2548 และเคยขึ้นทะเบียนรับรองหน่วยปฏิบัติการ แต่ยังไม่เคยออกปฏิบัติการจริง เนื่องจากมีปัญหาระบบบริหารจัดการภายในหน่วยงาน และในขณะนี้ มีแผนจัดตั้งหน่วยกู้ชีพใหม่ มีการส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม และขึ้นทะเบียนหน่วยกู้ชีพเมื่อเดือน พฤษภาคม 2559 ประชาชนยังเรียกใช้บริการน้อย อีกทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดงตั้งอยู่ห่างจากชุมชนส่วนใหญ่ โดยมีที่ตั้งห่างจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์เพียง 2 กิโลเมตร เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน จึงใช้เวลารอคอยนานกว่ารถกู้ชีพจะไปถึง เพราะบางหมู่บ้าน ตั้งอยู่ห่างไกลหน่วยกู้ชีพถึง 15 กิโลเมตร อีกทั้งการคมนาคมไม่สะดวก อาจเป็นสาเหตุของการไม่เรียกใช้บริการ ญาติจึงเลือกที่จะนำส่งเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม ด้านการดูแลภาวะฉุกเฉินจากการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ามีการรวมกลุ่มของประชาชนชาวบ้านที่อำเภอป่าดิว จังหวัดยโสธร สามารถนำสู่การกำหนดโครงสร้างนโยบายในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เอื้อประโยชน์ต่อชุมชนเพราะภาวะป่วยฉุกเฉินต่างๆมักเกิดขึ้นในชุมชน หากประชาชนในชุมชนสามารถ ประเมิน และช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้ถูกต้องตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550) และ มีแนวทางการจัดการที่ดี สามารถนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ ถูกต้อง รวดเร็ว จะสามารถช่วยลดอัตราการตายได้ ถึงร้อยละ 30 (ชาติรี เจริญชีวกุล, 2553)

จากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงแนวทางการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือดในเขตตำบลบ้านดง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วม

ตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและรับผลประโยชน์ควบคู่กันไปกับกระบวนการการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน (ปรีชา ปิยจันทร์, ม.ป.พ.) และร่วมกันจัดลำดับความสำคัญ คัดเลือกแนวทาง หรือรูปแบบในดูแลช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และสามารถนำแนวทางที่ได้จากการมีส่วนร่วมของชุมชนไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคดังกล่าวได้รับการดูแลที่รวดเร็วเหมาะสม ทันเวลา และปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต และลดความพิการ เกิดการเฝ้าระวัง และช่วยเหลือกันเองในชุมชนอย่างยั่งยืน สามารถพัฒนาต่อไปได้

2. คำถามการศึกษา

รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยการมีส่วนร่วมในเขตตำบลบ้านดงควรเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์การศึกษา

3.1 เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ในเขตตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

3.2 เพื่อศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ในเขตตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

3.3 เพื่อศึกษาการเฝ้าระวังผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในเขตตำบลบ้านดง ได้รับการดูแล และเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย

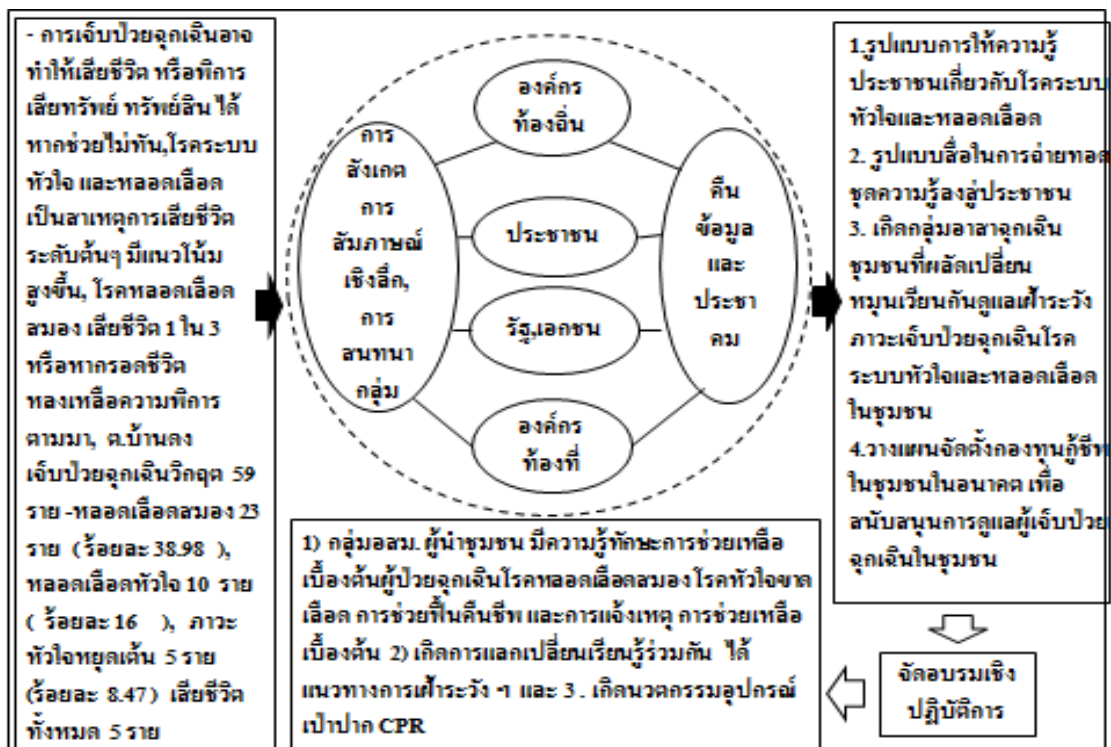
4.2 เกิดรูปแบบการช่วยเหลือ ดูแลกันเองในชุมชน ตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ ในเขตตำบลบ้านดง

4.3 บุคคลในชุมชนตำบลบ้านดง เกิดความภาคภูมิใจในการช่วยเหลือกัน เกิดชุมชนเข้มแข็ง และยั่งยืน

5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาแนวทางการเฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ในเขตพื้นที่ ทั้ง 15 หมู่บ้านระหว่างเดือน ธันวาคม 2558 ถึงเดือน กรกฎาคม 2559 โดยใช้กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ สังเคราะห์เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา สถานการณ์การดูแลช่วยเหลือกันเองในชุมชนเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดของตำบลบ้านดงที่มีอยู่เดิม ปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือกันของประชาชนเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด และจัดประชุมระดมสมองเพื่อร่วมกันหาแนวทางการดูแล และเฝ้าระวัง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้แทนจาก 4 องค์กรหลักในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง คือนายกองศักดิ์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง ผู้แทนสภาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง ผู้ปฏิบัติกรฉุกเฉินเบื้องต้น 2) ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน 3) ผู้แทนจากองค์กรภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้แทนจากสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้แทนจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง และ ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำปลาหลาย และ 4) ผู้แทนภาคประชาชน ประกอบด้วย ปราชญ์ชาวบ้าน พระภิกษุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อพปร.) กลุ่มญาติและผู้เคยเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด และ กลุ่มผู้เคยใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

6. กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

7. คำจำกัดความในการศึกษา

การเฝ้าระวัง หมายถึง ระบบ และกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก ในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาและอันตรายต่อสุขภาพ หรือนำข้อมูล ไปใช้ในการลดปัจจัยเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) ของประชากรในพื้นที่เป้าหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องตามตัวชี้วัดของพฤติกรรมสุขภาพ และเกณฑ์พฤติกรรมที่กำหนดไว้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมด้วยรูปแบบและวิธีการ ตามทฤษฎี และ กระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ สังคม อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการป้องกัน และแก้ปัญหาสาธารณสุขมิให้ขยายขอบเขต หรือเพิ่มความรุนแรงจนยากที่จะแก้ไขได้โดยง่าย เป็นการติดตามและศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง เพื่อแสดงให้เห็นลักษณะแบบแผนพฤติกรรม และระดับความเสี่ยงของพฤติกรรม สุขภาพตามตัวชี้วัดและเกณฑ์ของพฤติกรรม

สุขภาพที่จะทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข ตลอดจนมีระบบการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพทันทีเมื่อพบปัญหา

ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึงภาวะที่บุคคลได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ซึ่งการเจ็บป่วยนั้นมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกาย มีอันตรายต่อการดำรงชีวิต และต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างรีบด่วน และได้รับการรักษาบำบัดอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากอาการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น

โรกระบบหลอดเลือดหัวใจ หมายถึงโรคที่มีผลกระทบต่อหัวใจ และหลอดเลือดหัวใจ โดยตรงจากสาเหตุการขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากการตีบแคบของหลอดเลือด เกิดการแตก หรือเกิดการอุดตันหลอดเลือดเหล่านั้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง จนส่งผลให้เกิดอาการ และอาการแสดงตามมา เช่น มี เวียนศีรษะ ใจสั่น เจ็บหน้าอก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เหงื่อออก กระสับกระส่าย เจ็บร้าวไปกราม เป็นต้น หากได้รับการประเมิน และรักษาล่าช้าจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ แต่หากได้รับการประเมินและได้รับการรักษาทันเวลาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอย่างปลอดภัย

โรกระบบหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่มีผลต่อสมองทำให้เนื้อสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง การตายของเนื้อสมองขึ้นกับระยะเวลาของการขาดเลือดไปเลี้ยงซึ่งสาเหตุของการขาดเลือดไปเลี้ยงส่วนใหญ่ เกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือด การตีบ ตันของหลอดเลือด หรือเกิดการฉีกขาดจนทำให้มีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือ ทันที เช่น ปวดศีรษะมาก เห็นภาพซ้อน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา อ่อนแรงครึ่งซีก เป็นต้น

การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนหมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนในชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา รับรู้ปัญหา ร่วมวิเคราะห์และหาทางออก ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลใน โครงการใดโครงการหนึ่ง และร่วมรับผลประโยชน์โดยสมัครใจ เพื่อการพัฒนาที่สอดคล้อง ตรงตามความต้องการและเกิดความยั่งยืน โดยบุคลากร ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชนมีหน้าที่เชื่อมประสาน องค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และหนุนเสริมศักยภาพให้ประชาชนได้แสดงบทบาทอย่างเต็มความสามารถ เพื่อวิเคราะห์ทางเลือก และร่วมกันตัดสินใจในการเลือกวิธีการแก้ปัญหา โดยภาครัฐสนับสนุน และให้โอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผ่านเวทีประชาคม หรือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อร่วมกันออกแบบกระบวนการตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ ชุมชนสามารถนำแนวทางที่ได้ไปพัฒนาด้านอื่นต่อไปได้

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาตำบลบ้านดงเข้มแข็งในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน
 - 1.1 สถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉิน
 - 1.2 ระบบการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย
2. โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด
 - 2.1 สถานการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด
 - 2.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute coronary syndrome)
 - 2.3 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
3. ระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน (Mutual Participation of Care)
 - 3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 3.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 3.3 ระบบสุขภาพชุมชน
 - 3.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
4. การจัดการความรู้ (KM and Health literacy)
 - 4.1 ความหมายของการจัดการความรู้
 - 4.2 รูปแบบการจัดการความรู้
5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

1.1 สถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ถือเป็นภาวะวิกฤติชีวิตของบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมอาจทำให้เสียชีวิต หรือเกิดความบกพร่องของอวัยวะสำคัญ (ชาติรี เจริญชีวกุล, 2553) ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินนั้น

เกิดได้ทุกเวลา ไม่เลือกบุคคลสถานที่ ภัยภายในจากการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่น่าสว่ ภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการดูแลรักษาฉุกเฉินได้เช่นกัน (ประจักษ์วิชัย เล็บนาค, 2554) ปัจจุบันการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศไทย คือกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตสูง จะเห็นได้จากสถิติการเสียชีวิตต่อแสนประชากรในปี 2557 พบว่าอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรอันดับ 1 ได้แก่ โรคมะเร็ง 107.88 อันดับ 2 ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง 49.62 อันดับ 3 ได้แก่ อุบัติเหตุและสารพิษ 49.03 และอันดับ 4 ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด 38.48 เมื่อแยกตามเพศ พบว่าอัตราการตายต่อแสนประชากรในเพศชายอันดับ 1 ได้แก่ โรคมะเร็ง 125.81 อันดับ 2 ได้แก่ อุบัติเหตุจากรถ 77.75 อันดับ 3 ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง 55.06 และโรคหัวใจ 48.85 ส่วนในเพศหญิง อันดับ 1 ได้แก่โรคมะเร็ง 90.56 อันดับ 2 โรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง 44.36 อันดับ 3 โรคหัวใจและหลอดเลือด 32.33 และอุบัติเหตุ 21.27 (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) จะเห็นได้ว่า โรคที่เป็นภาวะฉุกเฉิน 1 ใน 5 โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญของคนไทยทุกเพศได้ยังคงเป็น โรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง กับ โรคหลอดเลือดหัวใจ จากสถิติที่ องค์การอนามัยโลกได้ทำนายไว้ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคนจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โดยร้อยละ 85 อยู่ใน ประเทศกำลังพัฒนา 17.5 ล้านคนของประชากรทั้งโลกในปี 2005 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ซึ่ง 80% อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นประชากรกลุ่ม วัยแรงงาน ประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 17 ล้านคน หรือ คิดเป็น 48% ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อกันทั้งหมด รองลงมา คือ โรคมะเร็ง 21% โรคถุงลมโป่งพอง รวมโรคปอดเรื้อรังและหอบหืด 12% (4.2 ล้านคน) และ โรคเบาหวาน 4% (1.3 ล้านคน)(สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ, 2559) สำหรับในประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ มีหลายปัจจัยทั้งที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ อาทิ เพศ พันธุกรรม อายุมากขึ้นหลอดเลือดสมองจะเสื่อมตามไปด้วย หรือเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดเร็วกว่าปกติ และคนที่มียปัจจัยเสี่ยงที่จะเป็น โรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดแข็งทั่วร่างกาย หรือผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง เป็นโรคหัวใจ สูบบุหรี่เป็นประจำ ขาดการออกกำลังกายก็จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น (อนุชา เศรษฐเสถียร, 2557) ซึ่งภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าวหากได้รับการช่วยเหลือทันทีและมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถึงประมาณร้อยละ 15-20 หรือปีละประมาณ 9,000 – 12,000 คน (ชาติรี เจริญชีวกุล, 2553) หากได้รับการช่วยเหลือล่าช้าหรือ

ได้รับการช่วยเหลือไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการตามมาภายหลัง ซึ่งที่ผ่านมามีพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 16 ถูกปฏิเสธการช่วยเหลือจากผู้พบเห็นบางคน รองลงมาคือมีความยุ่งยากสับสนไม่ทราบวิธีนำส่งโรงพยาบาล การช่วยเหลือดูแลไม่ถูกวิธี มีปัญหาการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานที่จะให้ความช่วยเหลือ สถานพยาบาลบางแห่ง ปฏิเสธการรักษา และผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินถูกรื้อหรือคันทรีย์สิน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [สวรส.] และสำนักวิจัยเอแบค, 2543) ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุได้รับการนำส่งโดยญาติและพลเมืองดี ร้อยละ 56.2 ได้รับการนำส่งโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 10.35 (แสง โฉม ศิริพานิช และคณะ, 2552) การนำส่งโดยบุคคลที่ไม่มีความรู้และทักษะด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธีอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือมีภาวะแทรกซ้อนตามมาภายหลังได้ (ชาติริเจริญชีวิตกุล, 2553) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะความพิการหลงเหลืออยู่ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 90.9 กล้ามเนื้ออ่อนกำลังร้อยละ 68.7 นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านสภาพอารมณ์และจิตไม่ปกติ ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ ปัญหาการติดเชื้อทั้งระบบหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ นับตั้งแต่วันที่แรกที่ผู้ป่วยกลับมาถึงบ้าน สมาชิกครอบครัวจะมีความตื่นตระหนก โดยเฉพาะในรายที่มีอุปกรณ์การแพทย์ติดมาด้วย ผู้ดูแลไม่กล้าเข้าใกล้ ไม่กล้าดูแล ซึ่งเป็นปัญหาวิกฤติของครอบครัว คุณภาพต่อวิถีชีวิตของคนในครอบครัว (นันทพร ศรีน้อม, 2545)

ดังนั้นระบบการให้บริการเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีที่ซึ่งต้องมีการเชื่อมโยงในทุกด้าน และต่อเนื่องตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ จนกระทั่งในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีศักยภาพเพียงพอที่จะดูแลรักษาโดยระบบการเข้าถึงการบริการในทุกระยะ ทุกขั้นตอนทั้งการดูแล ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลภายนอกโรงพยาบาลภายหลังการเจ็บป่วย โดยประชาชนในชุมชน ต้องมีความรู้เบื้องต้นในการคัดกรองภาวะฉุกเฉินได้ถูกต้อง และมีความสามารถในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ถูกต้องเหมาะสมก่อนที่ทีมกู้ชีพจะไปถึง หรืออย่างน้อยทราบช่องทาง และเครือข่ายในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และสามารถเชื่อมประสานได้ การให้ความรู้กับประชาชนทั่วไปให้สามารถตรวจพบอาการที่สงสัยและขอความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย

1.2 ระบบการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย

1.2.1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประเทศไทยเริ่มมีระบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีพัฒนาการมาจาก การช่วยเหลือในลักษณะการสังคมสงเคราะห์และการกู้ภัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2480 ระบบบริการการแพทย์

ฉุกเฉินในประเทศไทย ชุดปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง 2) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง 3) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น และ 4) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ดังนี้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553)

1.2.2 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและหลักเกณฑ์ ระเบียบวิธีปฏิบัติ ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติประกาศ โดยขึ้นทะเบียนกับสำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด สามารถประเมินสถานการณ์และสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน ช่วยเหลือภาวะคุกคามต่อชีวิตขั้นสูง สื่อสารประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการประจำจังหวัด และร่วมปฏิบัติกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำแนกประเภทผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือภาวะคุกคามต่อชีวิตขั้นสูง จัดให้ยาและสารน้ำ ใส่ท่อช่วยหายใจ ห้ามเลือด เป็นต้น ส่งมอบผู้ป่วย ณ สถานพยาบาล ตามการประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ บันทึกรายงานการปฏิบัติงาน ทำความสะอาดรถและเก็บอุปกรณ์โดยมีหัวหน้าชุดปฏิบัติการเป็นเวชกรฉุกเฉินระดับสูง หรือพยาบาลกู้ชีพหรือแพทย์ฉุกเฉิน หรือแพทย์ และทีมปฏิบัติการที่เป็นเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง เวชกรฉุกเฉินระดับต้น หรือผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น รวมอย่างน้อย 3 คน

1.2.3 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและหลักเกณฑ์ ระเบียบวิธีปฏิบัติที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติประกาศ โดยขึ้นทะเบียนกับสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด สามารถประเมินสถานการณ์และสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน ควบคุมสถานการณ์ จนกว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมาถึง ช่วยเหลือต่อภาวะคุกคามชีวิตขั้นพื้นฐาน สื่อสารประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการประจำจังหวัด และร่วมปฏิบัติการในระดับสูงกว่า และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำแนกประเภทผู้ป่วย ห้ามเลือด ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ให้ยา และสารน้ำ สื่อสารประสานงานไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเมื่อเกินขีดความสามารถ ทำการปฐมพยาบาล ช่วยคลอดฉุกเฉิน ยึดตรึงและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ส่งมอบผู้ป่วย ณ สถานพยาบาลตามการประสานงานกับศูนย์แจ้งเหตุ และสั่งการ บันทึกรายงานการปฏิบัติงาน ทำความสะอาดรถและเก็บอุปกรณ์โดยมีหัวหน้าชุดปฏิบัติการ เป็นเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง และทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง เวชกรฉุกเฉินระดับต้น หรือผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างน้อยรวมกัน 3 คน และใช้ยานพาหนะที่มีข้อกำหนดเช่นเดียวกับระดับสูงสามารถใช้ร่วมกันได้

1.2.4 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและหลักเกณฑ์ ระเบียบวิธีปฏิบัติที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติประกาศ และขึ้นทะเบียนกับสำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน ประเมินสถานการณ์และควบคุมสถานการณ์ จนกว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมาถึง วัตถุประสงค์กู้ชีพและอาการทางระบบประสาท จำแนกประเภทผู้ป่วย ให้การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี สื่อสารประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด ร่วมปฏิบัติงานกับหน่วยปฏิบัติการที่สูงกว่า และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สื่อสารประสานงานไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเมื่อเกินขีดความสามารถ ช่วยเหลือต่อภาวะคุกคามต่อชีวิตได้แก่ จัดทำเปิดทางเดินหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทำการปฐมพยาบาล ช่วยคลอดูกถูกเงิน ยึดตรึงและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น ส่งมอบผู้ป่วย ณ สถานพยาบาลตามการประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ บันทึกรายงานการปฏิบัติงาน ทำความสะอาดรถและเก็บอุปกรณ์ โดยมีหัวหน้าชุดปฏิบัติการเป็นเวชกรฉุกเฉินระดับต้น และทีมปฏิบัติการที่เป็นเวชกรฉุกเฉินระดับต้น หรือผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น รวมอย่างน้อย 3 คน

1.2.5 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและหลักเกณฑ์ ระเบียบวิธีปฏิบัติที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติประกาศ และขึ้นทะเบียนกับสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด มีขีดความสามารถในการประเมินสถานการณ์เบื้องต้น จำแนกประเภทผู้ป่วย และให้การปฐมพยาบาล ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน บริหารยาสามัญประจำบ้าน และขอความช่วยเหลือเมื่อเกินขีดความสามารถ สื่อสารประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด หรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพ ร่วมปฏิบัติงานกับหน่วยปฏิบัติการที่สูงกว่าโดยไม่มีการปฏิบัติที่จัดอยู่ในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี บันทึกรายงานการปฏิบัติงาน ทำความสะอาดรถและเก็บอุปกรณ์ สังกัดอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายให้ดำเนินการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินรับรอง เป็นทางการ หรือหน่วยงานของรัฐอื่นๆ เช่น ตำรวจ ดับเพลิง อุทยานแห่งชาติ หรือองค์กรอื่นๆ โดยมีหัวหน้าชุดปฏิบัติการเป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และทีมที่เป็นผู้ปฏิบัติการเบื้องต้น รวมอย่างน้อย 3 คน

จะเห็นได้ว่าระดับความสามารถของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ทุกระดับมีการกำหนดขอบเขตความสามารถ และความรับผิดชอบที่แตกต่างกันชัดเจน มีศักยภาพครอบคลุมการปฏิบัติการฉุกเฉินในภาวะต่างๆ ทุกระดับ สามารถทำงานสอดคล้องประสานและเชื่อมโยงกันได้ เพื่อรองรับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในสภาวะการณ์ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการเอื้ออำนวยด้านการลำเลียงขนย้ายด้วยยานพาหนะทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ตามสถานการณ์ฉุกเฉินด้วย หากผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต่างๆ มีความรู้ ทักษะ และความสามารถตามมาตรฐานของตนเอง หน่วยบริการระดับต่างๆสามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานที่กำหนด และผู้เกี่ยวข้องมีความสามารถในการเชื่อมประสาน จะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทันทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2.6 ระบบอาสาสมัครเงินชุมชน (คู่มืออาสาสมัครเงินชุมชน, มปปพ)

จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่เกิดขึ้นในครัวเรือนมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งจากอุบัติเหตุ และจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอันตราย หรือโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ที่อาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เพื่อนำส่งสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน อย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ จากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปี 2553-2555 ได้มีนโยบายให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินจึงเริ่มมีการพัฒนาประชาชนในแต่ละชุมชน โดยทำการฝึกอบรมให้มีความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ และคาดหวังว่าในอนาคตต้องมีอาสาสมัครเงินชุมชนทุกครัวเรือน เพื่อช่วยลดการสูญเสียชีวิตของประชาชน โดยกำหนดให้อาสาสมัครเงินชุมชน มีบทบาทดังนี้

- 1) ประเมิน รับรู้อาการที่ต้องแจ้งเหตุ
- 2) แจ้งเหตุเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีพบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ

ผ่านโทรศัพท์สายด่วน 1669

- 3) ช่วยเหลือ ปฐมพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น รวมทั้งสื่อสารไปประชาชนในชุมชนสามารถป้องกันตนเองจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้เนื้อหาที่ได้รับการอบรม ได้แก่ อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ขั้นตอนการแจ้งเหตุ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การปฐมพยาบาลผู้ป่วยมีบาดแผล กระดูกหัก ข้อเคล็ด การปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเช่น หอบหืด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยชัก โดยในเบื้องต้นพัฒนาในกลุ่ม อสม.

2. โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด

โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง โรคใดๆ ที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด, โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดไต, โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย สาเหตุของโรคหัวใจ และหลอดเลือดมีความหลากหลาย แต่หลอดเลือดแดงแข็ง, ไขมันเกาะจับเส้นโลหิต โรคไขมันในเลือดสูง, โรคหลอดเลือดแดงตีบ, ผนังของหลอดเลือดหนาและตีบและ/หรือความดันโลหิตสูงถูกพบมากที่สุด นอกจากนี้ ด้วยอายุที่สูงขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และโครงสร้างจำนวนมากได้เปลี่ยนแปลงการทำงานของหลอดเลือดหัวใจ และนำไปสู่การเพิ่มความเสียหายของโรคหัวใจและหลอดเลือดแม้ในบุคคลที่ไม่มีอาการด้านสุขภาพ โดยในการศึกษานี้ มุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรกระบบหัวใจ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 สถานการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และประเทศไทยในขณะนี้ รายงานของ องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2551 การเสียชีวิตของประชากรโลก 36 ล้านคนมีสาเหตุมาจาก 4 กลุ่มโรค NCDs ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก จากทั้งสิ้น 57 ล้านคน และจากรายงานภาระโรค NCDs พบว่า ในปี 2553 พบการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด คือ 15.62 รองลงมาคือโรคมะเร็ง 7.98 ล้านคน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2.9 ล้านคน และโรคเบาหวาน 1.28 ล้านคน เมื่อพิจารณารายโลก ของประชากรทุกกลุ่มอายุในปี พ.ศ. 2554 พบว่าเพศชายมีการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 10.6 รองลงมาเป็นอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 8.1 และโรคหัวใจขาดเลือกร้อยละ 7.7 ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงพบการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 28 และเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือกร้อยละ 18 เบาหวานร้อยละ 17 ตามลำดับ จะเห็นว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุ 3 อันดับแรกของการเสียชีวิตของประชากรไทย (นิตยา พันธุเวชย์ และ หทัยชนก ไชยวรรณ, 2558)

2.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute coronary artery syndrome : ACS)

หมายถึง กลุ่มอาการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุ สำหรับประเทศไทยถือเป็นการตายอันดับ 1 ใน 5 อันดับแรก เป็นภาวะฉุกเฉินทางหัวใจหากได้รับการวินิจฉัยและรักษาล่าช้า อาจเกิดหัวใจล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (กนกศรี อัสวสันติ, 2553) สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี 2555-2557 พบว่าอัตราการตายต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และอัตราการตายในปี 2558 (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557-มิถุนายน 2558) พบอัตราการตายเท่ากับ 20.32 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาการเสียชีวิตทุกกลุ่มในปี พ.ศ. 2554 พบเพศชายมีการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือกร้อยละ 7.7 และในเพศหญิงพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 18 (นิตยา พันธุเวชย์ และ หทัยชนก ไชยวรรณ, 2558) ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มโรคดังนี้

1) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ ST- segment elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นภาวะที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกันหรือเกิด LBBB (Left Bundle Branch Block) ขึ้นมาใหม่ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันภายในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด Acute ST elevate myocardial infarction (STEMI) or Acute transmural MI or Q-wave MI (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

2) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบ Non ST- segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) เป็นชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ / หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non – ST elevation MI (NSTEMI, or Non Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บแน่นอกไม่คงที่ (Unstable angina) (สุทธิพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

3) ภาวะ Unstable Angina (UA) จะมีอาการเปลี่ยนแปลงทั้งความรุนแรง ความถี่ และระยะเวลาที่เจ็บ หรืออาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้นมาใหม่ในคนไข้ที่ไม่เคยมีประวัติเจ็บหน้าอกมาก่อน หรือมีอาการมากขึ้นโดยที่ไม่ได้ออกแรง (Angina at rest) ในด้านพยาธิสภาพการเกิดโรคโดย Unstable Angina จะมีพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคแบบภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) (ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2554)

2.2.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (วิกิรัตน์ คำภา, นิตยา พันธุเวทย์, ม.ป.พ.)

1) ปัจจัยเสี่ยงหลักที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยตนเอง ได้แก่

- คนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจวายร้อยละ 60-75
- คนที่สูบบุหรี่ หรือได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นประจำ จะเพิ่มโอกาสการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด 2.4 เท่า
- คนอ้วน ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตรขึ้นไป มักมีปัญหาคความดันโลหิตสูง ไ้ไขมัน และเบาหวานตามมา โดยพบว่าคนที่อ้วนลงพุง เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 1.7 เท่า
- คนที่เป็นเบาหวานเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ 2-3 เท่า และหากเป็นโรคเบาหวานและอ้วนลงพุงด้วยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่ม 1.7 เท่า
- คนที่ออกกำลังกายน้อย หรือไม่ออกกำลังกายเลย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 50
- คนที่รับประทานผักและผลไม้ไม่พอ เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 31
- คนที่ไขมันผิดปกติ ได้แก่ไขมันดี (HDL) น้อยกว่า 65 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไขมันไม่ดี (LDL) มากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร คอเลสเตอรอล มากกว่า 200 มิลลิกรัม/

เดซิลิตร โดยข้อมูลพบว่าบริโภคไขมันอิ่มตัวมากเกินไป เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 11

2) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

- คนที่มีความตึงเครียดด้านจิตใจ มีความกังวลสูง ไม่ผ่อนคลาย
- คนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ
- การทำงานล่วงเวลา เกิน 3-4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพิ่มโอกาสเกิดโรค

หลอดเลือดหัวใจ 1.6 เท่า

3) ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงหรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้

- อายุที่มากขึ้นมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
- คนที่มีประวัติทางพันธุกรรม เช่น พ่อแม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
- เพศชายมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิงในวัยก่อนหมดประจำเดือน

2.2.2 พยาธิสรีรวิทยา

ภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (ACS) จากการศึกษาโดยการฉีดสารทึบรังสีของหลอดเลือดหัวใจพบว่าการอุดตันของลิ้มเลือด มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ STEMI และจะพบลิ้มเลือดอุดตันประมาณ ร้อยละ 30-75 ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ NSTEMI และ UA กลไกของการเกิดลิ้มเลือดบนภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) นั้นเกิดจากการฉีกขาดของ Vascular endothelium ที่เคลือบบน Atherosclerosis plaque (Plaque rupture) ส่งผลให้ชั้น Sub endocardium ของผนังผนังหลอดเลือดกระทบกับเลือดที่ไหลผ่าน โดยตรงซึ่งจะกระตุ้นเกล็ดเลือด (platelet activation, adhesion and aggregation) ระบบการแข็งตัวของเลือด (coagulation cascade) และลิ้มเลือดตามมา การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะเกิดขึ้นภายใน 15 นาทีโดยเริ่มจากกล้ามเนื้อหัวใจชั้นใน (Endocardial) ออกมาที่กล้ามเนื้อหัวใจชั้นนอก (Epicardial) ภาวะอื่นที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันแต่พบน้อยกว่าได้แก่ การหดตัวเฉียบพลันของหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery spasm) ซึ่งอาจพบได้ในผู้ป่วยได้รับสารเสพติด เช่น โคลเคน, การปริแตกของหลอดเลือด Coronary artery dissection ซึ่งอาจพบได้ในผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (ฉัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2554)

2.2.3 อาการแสดง

โดยปกติทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแข็งคือเพศชายที่อายุมากขึ้น มีโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ และประวัติโรคหัวใจในครอบครัว อาการเจ็บหน้าอกจะมีลักษณะเฉพาะคือ

1) อาการเจ็บหน้าอก จะเป็นแบบแน่นๆ เหมือนของหนักทับ มีอะไรมาบีบรัด มักเป็นบริเวณกลางอก บริเวณเหนือลิ้นปี่ขึ้นมา (Retrosternal area) เล็กน้อย ถ้ามีอาการร้าวร่วมด้วยมักร้าวไปที่ไหล่ซ้ายและแขนด้านใน ร้าวไปบริเวณกรามทั้ง 2 ข้าง ความรุนแรงมักจะรุนแรงมากจนทนไม่ได้ นานมากกว่า 15 นาที (ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2554) หรืออาจเจ็บเส้นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลันซึ่งอาจเกิดขึ้นขณะพัก (Rest Angina) นานเกิน 20 นาที หรือเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงกว่าเดิม (กษมณต์ อร่ามวาณิชย์, ไชยพร ยุกเช็นต์ และ ยุวเรสมลค์ สิริทธิชาญบัญชา, 2559)

2) อาจมีอาการหายใจหอบเหนื่อย เหงื่อออก ตัวเย็น คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการวิงเวียนศีรษะจะเป็นลม ร่วมด้วย (ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2554)

3) ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการหมดสติ หรือ มีอาการหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (Sudden Cardiac Arrest) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) (ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2554)

2.2.4 แนวทางการวินิจฉัย

1) การวินิจฉัยจะใช้การซักประวัติเพื่อ ค้นหาอาการ อาการแสดง เพื่อใช้ในการตัดสินใจของแพทย์ร่วมกับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลโดยแพทย์ (กษมณต์ อร่ามวาณิชย์, ไชยพร ยุกเช็นต์ และ ยุวเรสมลค์ สิริทธิชาญบัญชา, 2559) ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวนหนึ่งจะไม่ปรากฏอาการแต่อย่างใด (Silent myocardial ischemia or silent myocardial infarction) ซึ่งจะพบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับการวินิจฉัยโดยบังเอิญจากการตรวจร่างกายประจำปีเช่นการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจนอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีอาการเจ็บแน่นอกเป็นลักษณะเฉพาะ (Typical angina pectoris) ตรงตามตำราโดยสมบูรณ์เพียงร้อยละ 30 ดังนั้นจึงควรมีการซักประวัติให้ละเอียดเพื่อพยายามหาหลักฐานการวินิจฉัย ประวัติผู้ป่วยที่ต้องถาม [ขณะที่ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (PQRST)] ได้แก่ 1) PQ= pain quality คือลักษณะของอาการแน่นหน้าอกปวดเสียดแทง แน่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอึด 2) R = radiation 8nv ตำแหน่งที่ปวดร้าว จุกคอหอย ร้าวไปกราม ร้าวไปท้องแขนซ้ายด้านใน ร้าวไปสะบัก 3) S=severity คือความรุนแรง (Score เต็ม 10) 4) T = time คือ เวลาที่เริ่มแน่นหน้าอก เวลาที่แน่นหน้าอกที่รุนแรง

ที่สุด ระยะเวลาที่แน่นหน้าอกที่ต่อเนื่องมากกว่า 20-30 นาที ระยะเวลาจากบ้านหรือสถานที่แน่นหน้าอกถึงโรงพยาบาล 5) ประวัติอื่น มีปัจจัยเสี่ยงอันได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ โรคอ้วนลงพุง(Metabolic syndrome) ประวัติโรคหัวใจ การเสียชีวิตจากโรคหัวใจของพ่อ แม่ หรือพี่น้องก่อนวัยอันควร (ผู้ชายอายุน้อยกว่า 45 ปี ในครอบครัว และผู้หญิงอายุน้อยกว่า 55 ปี) (เกรียงไกร เสงรัมย์, บุญจง แซ่จิ่ง, ม.ป.พ.)

ส่วนในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่มาด้วยอาการไม่ชัดเจนด้วยอาการนำที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดที่ทำให้มาพบแพทย์มีดังนี้ (สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2557)

A. กลุ่มอาการเจ็บแน่นหน้าอก

ประกอบไปด้วย อาการเจ็บแน่นหรืออึดอัดบริเวณหน้าอก หรือปวดเมื่อยหัวไหล่หรือปวดกราม หรือจุกบริเวณลิ้นปี่ เป็นมาขณะออกกำลังกาย ซึ่งอาการเจ็บแน่นอกที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคหัวใจขาดเลือด คือ อาการเจ็บหนัก ๆ เหมือนมีอะไรมาทับหรือรัดบริเวณกลางหน้าอกใต้กระดูก sternum อาจมีร้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้ง 2 ข้างโดยเฉพาะข้างซ้าย เป็นมาขณะออกกำลังกายเป็นนานครั้งละ 2-3 นาที เมื่อนั่งพักหรืออมยา nitroglycerin อาการจะทุเลาลง

B. กลุ่มอาการเหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย

ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยในขณะออกกำลังกายแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มตามระยะเวลาที่ปรากฏอาการต่อเนื่อง คือ อาการเหนื่อยขณะออกกำลังกายที่เกิดขึ้นเฉียบพลันภายใน 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรนึกถึงโรคหัวใจที่มีผลให้การทำงานของหัวใจลดลงอย่างเฉียบพลัน เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบเฉียบพลัน, โรคที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน หรืออาจเกิดจากโรคปอดเช่น โรคปอดติดเชื้อ, โรคหอบหืด, โรคกล้ามเนื้ออุดตันในปอดเฉียบพลัน หรือโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับเมตาบอลิก หรือจิตประสาทผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยขณะออกกำลังกายที่เกิดขึ้นเรื้อรังเกินกว่า 3 สัปดาห์ขึ้นไปควรนึกถึงโรคในกลุ่มที่การทำงานของหัวใจค่อยๆ ลดลงช้าๆ อย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานหรือสาเหตุอื่นๆ เช่น เช่น Ischemic cardiomyopathy, valvular heart disease, congenital heart disease และควรวินิจฉัยแยกจากโรคปอดเรื้อรัง เช่น chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary hypertension, โรคกล้ามเนื้ออุดตันในปอดเรื้อรัง หรือสาเหตุอื่นๆเช่น ไตวายเรื้อรัง, ซีดเรื้อรัง

C. กลุ่มอาการหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง

1. กลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันผู้ป่วยกลุ่มนี้มาด้วยอาการเหนื่อยซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หายใจหอบนอนราบไม่ได้ แน่นอึดอัด หายใจเข้าไม่เต็มปอดอาจมีอาการเจ็บแน่นอกร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ ซึ่งมีสาเหตุจากโรคหัวใจได้หลายชนิด

จำเป็นต้องทำการวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือไม่ บางรายพบร่วมกับอาการที่เกิดจากความดันโลหิตที่ต่ำลงเนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือดทำให้กำบังการบีบตัวของหัวใจลดลงเฉียบพลัน

2. อาการที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นๆ หายๆ มาเป็นเวลานานส่วนหนึ่งจะเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีพยาธิสภาพกระจายกว้างหรือเคยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่ อาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีทั้งอาการที่เกิดจากหัวใจล้มเหลวทั้งซีกซ้ายและซีกขวา เช่น นอนราบไม่ได้ ต้องตื่นขึ้นมากลางดึก มีตับโต ขาบวม

D. อาการเนื่องจากความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน

เนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้ความดันโลหิตลดต่ำลงจนเกิดอาการ หน้ามืดเวียนศีรษะเป็นลม ร่วมกับอาการแน่นหน้าอก ซึ่งจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็น บริเวณกว้าง นอกจากนั้น ความดันโลหิตลดต่ำลงจากหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด และยังคงคิดถึงการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาที่มักพบร่วมกับการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายส่วน inferior wall รวมทั้งสาเหตุที่เกิดจากภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีคลื่นไส้อาเจียน และดื่มน้ำได้น้อยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันอาจมีความรุนแรงของโรคจนเกิดภาวะช็อกเหตุหัวใจด้วยได้ (cardiogenic shock หรือ Killip class IV) ต้องตรวจ echocardiogram เพื่อดูผลแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น acute mitral regurgitation, ruptured-septal ventricular septal defect

E. อาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น

ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นกะทันหันจนอาจถึงขั้นเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการกู้ชีพทันที ประมาณครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล การลดอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการกู้ชีพที่มีประสิทธิภาพ ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่นอกโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยรอดชีวิตมาได้จนถึงโรงพยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วยทันทีและดำเนินการกู้ชีพต่อเนื่องจนกว่าจะสามารถกู้ชีพได้เป็นผลสำเร็จ การกู้ชีพจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นทีมและสถานพยาบาลทุกระดับต้องมีความพร้อมโดยต้องจัดการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมออาการหมดสติชั่วคราว (syncope) อาจเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยตรงหรือสาเหตุอื่น จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยแยกโรค สาเหตุของการหมดสติชั่วคราวอันเนื่องจากหัวใจขาดเลือด อาจเกิดจาก

หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นช้าเนื่องจากทางเดินไฟฟ้าหัวใจติดขัด หรือจากภาวะความดันโลหิตลดลงเฉียบพลัน

2) การวินิจฉัยโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้เร็วที่สุด โดยทำทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน (ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2554) โดยใช้การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Leads เพื่อช่วยในการวินิจฉัยว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบ STEMI หรือ non STEMI (ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2554)

2.2) ตรวจ Cardiac Enzyme Biomarker Creatinine Kinase-MB (CK-MB) ในอดีตถือเป็นมาตรฐานในการบ่งชี้ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่เนื่องจาก CK-MB นั้นมีความแม่นยำ (Specificity) น้อยกว่า Cardiac troponins จึงใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น ซึ่งจะเริ่มสูงและตรวจได้เมื่อ 3-4 ชั่วโมงหลังมีอาการ และจะถึง Peak ใน 14-36 ชั่วโมง ส่วน Cardiac troponins ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ Troponins T (TnT), Troponins I (TnI) และ Troponins C สำหรับ TnT และ TnI มีความจำเพาะเจาะจงจึงนำมาใช้ทางคลินิก ใน TnC อาจพบได้ในกล้ามเนื้อทั่วไปจึงไม่นำมาใช้ โดยปกติ Troponins T จะเริ่มสูงในเลือด และตรวจได้ เมื่อ 2-4 ชั่วโมงหลังเกิดอาการและจะถึง peak ใน 8-12 ชั่วโมง และจะลงมาเป็น 5-14 วัน ระดับการเพิ่มขึ้นของ Troponins มีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย ทั้งนี้ Troponins T มีความแม่นยำ (Specificity) และความไว (Sensitivity) เมื่อมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่ไม่จำเพาะเจาะจงว่าการตายต้องมาจากหลอดเลือดหัวใจอุดตันอย่างเดียวเท่านั้น โดยการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอาจมาจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ หรืออาจมาจากสาเหตุอื่นของหัวใจโดยตรง แต่ทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เช่น ภาวะช็อก ติดเชื้อในกระแสเลือด ลิ่มเลือดอุดตันเฉียบพลันที่ปอด หรืออื่นๆ (ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์, 2554)

2.3) การตรวจอื่นๆ สามารถส่งตรวจตามความเหมาะสมเช่นการส่งตรวจ basic laboratory tests การตรวจ X-ray ในที่ที่สามารถทำการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) ได้ควรทำการตรวจเพื่อประเมินการบีบตัวของหัวใจและดูภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น Mitral regurgitation, ruptured septal ventricular septal defect ในรายที่การวินิจฉัยโรคจาก ECG ไม่แน่ชัด การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเพื่อดู regional wall motion abnormality จะมีประโยชน์มากในการวินิจฉัยโรค (เกรียงไกร เสงร์ศมิ, บุญจง แซ่จิ่ง: ม.ป.พ.)

3) การตรวจร่างกายที่สำคัญ

3.1) สัญญาณชีพ อาจพบความผิดปกติจากการตรวจสัญญาณชีพเช่น ความดันโลหิตต่ำจังหวะการเต้นของหัวใจและการหายใจผิดปกติ

3.2) การตรวจทาง Cardiovascular system เพื่อวินิจฉัยผลหรือภาวะแทรกซ้อน บางรายอาจตรวจพบเสียงจากลิ้นหัวใจไมทรัลรั่ว (Mitral regurgitation) หรือ ผ่นังกั้นหัวใจห้องล่างซ้ายรั่วทะลุ (Ventricular septal defect caused by ruptured ventricular septum) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนขั้นรุนแรง ฟังได้ S3 gallop, S4 หรือ summation gallop

3.3) ตรวจพบเสียง Crepitation ที่ชายปอดทั้งสองข้างจากภาวะน้ำท่วมปอดประมาณ 1-5 % ตรวจไม่พบความผิดปกติ

2.2.5 แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1) แนวทางการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ST-segment myocardial elevation (STEMI) ได้แก่การเปิดหลอดเลือดเพื่อให้มีเลือดมาเลี้ยงเร็วที่สุด อัตราการเสียชีวิตแปรผันโดยตรงกับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงเวลาที่ได้รับการเปิดหลอดเลือด การเปิดหลอดเลือดมี 2 วิธีคือ

1.1) การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis) อาจใช้วิธีการเปิดหลอดเลือดโดยการให้ยาด้วยเหตุผลดังนี้ คือ อยู่ในพื้นที่ห่างไกลโรงพยาบาลที่มีห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจไม่สามารถใช้ได้ หลอดเลือดมีความยากลำบากในการใส่สายสวน Door to balloon มากกว่า 90 นาที อยู่ในพื้นที่ขาดทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการใส่สายสวน (D-B)-(D-N) มากกว่า 1 ชั่วโมง มีอาการเจ็บหน้าอกจนมาถึงห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 3 ชั่วโมง

1.2) การใส่สายสวนหลอดเลือดทำบอลลูนขยายหลอดเลือด (Primary percutaneous coronary intervention, primary PCI สามารถลดอัตราการตายในกลุ่มที่มีภาวะความดันเลือดต่ำได้มากกว่าการใช้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ต้องคำนึงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกของผู้ป่วยด้วย แต่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกถ้ามีทางเลือกทั้งใส่สายสวนหัวใจ และให้ยาละลายลิ่มเลือดควรเลือกการใส่สายสวน (primary PCI) และมีแนวทางการเลือกทำบอลลูนขยายหลอดเลือด ได้แก่ มีภาวะ Cardiogenic Shock เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกบริเวณต่างๆ มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับ Killip มากกว่าหรือเท่ากับ 2, Diagnosis ACS in Doubt, Door to balloon time < 90 นาที, ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 75 ปี และ Onset > 3 ชั่วโมง ทั้งนี้ควรมีทีมแพทย์และทีมพยาบาลที่เชี่ยวชาญ

การให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต หรือลดอาการเจ็บหน้าอกแต่การไม่ให้ออกซิเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าสามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เล็กน้อย (กษมณท์ อร่ามวานิชย์, ไชยพร ยุกเซ็นต์ และ ยุวเรศมณท์ สิทธิชาญบัญชา, 2559)

2) แนวทางการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบ non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) และ Unstable angina (UA) อาจเลือกรักษาได้ 2 วิธีดังนี้

2.1) การรักษาแบบ Invasive strategy ซึ่งเป็นการรักษาตามปกติ และให้ผู้ป่วยเข้ามารับการฉีดสารทึบรังสีหลอดเลือดใน 24-48 ชั่วโมง เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพราะจะมีอัตราการตายน้อยกว่า แบบ Conservative strategy

2.2) การรักษาแบบ Conservative strategy การรักษาตามปกติจะให้ผู้ป่วยเข้ามารับการฉีดสารทึบรังสีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ำอีกถึงแม้ได้รับการรักษาทางยาเต็มที่แล้วหรือมีการตรวจวินิจฉัยเช่นเดินสายพานแล้วผลผิดปกติ ดังนั้นการรักษาผู้ป่วย NSTEMI และ UA มีความจำเป็นต้องประเมินความเสี่ยงและอัตราการตายด้วย การคำนวณอัตราการตายโดยใช้ TIMI Risk score ของ Anman et al. ประกอบด้วยปัจจัย 7 ข้อ ได้แก่ อายุ > 65 ปี, มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าร้อยละ 50, มีความเสี่ยงต่อหัวใจขาดเลือดอย่างน้อย 3 ภาวะ, เคยใช้ยา Aspirin ในช่วง 7 วัน, มีอาการเจ็บหน้าอกมากกว่า 2 ครั้ง ภายในเวลา 24 ชั่วโมง, EKG มีการเปลี่ยนแปลงของ ST-T change หรือ ST deviation และ ค่า Biomarker (Troponin T, CPK สูง) ในกลุ่มที่ได้คะแนน TIMI risk score สูงอัตราการตายจะมากขึ้น ดังนั้นนอกจากได้รับการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานแล้ว ควรได้รับการฉีดสารทึบรังสีใน 24-48 ชั่วโมงตาม Invasive Strategy

การให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต หรือลดอาการเจ็บหน้าอกแต่การไม่ให้ออกซิเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าสามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เล็กน้อย (กษมณต์ อร่ามวานิชย์, ไชยพร ยุกเชินต์ และ ยุวเรสมกฐ์ สิทธิชาญบัญชา, 2559)

3) ชนิดของยาละลายลิ่มเลือด (บุนูจิง แซ่จิง และ สตรพันธุ์ สิทธิสุข, ม.ป.พ.)

ยาในกลุ่ม fibrin specific agents มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดได้ดีกว่ายา streptokinase(SK) แต่มีราคาแพงกว่า อาจพบภาวะ hypotension ได้ในระหว่างการบริหารยา SK ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการหยุดให้ยาชั่วคราวและให้ผู้ป่วยนอนในลักษณะหัวต่ำ และยกเท้าให้สูง อาจพิจารณาให้ IV fluid ได้ ไม่แนะนำให้ยา hydrocortisone ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา SK ไม่ควรให้ยา SK ซ้ำ ในผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับยาตัวนี้มาก่อนเนื่องจากยาทำให้เกิด antibodies ขึ้นมาทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลงและเกิดอาการแพ้ยาได้การบริหารยา Reteplase และ Tenecteplase ทำได้ง่ายกว่าเนื่องจากการให้ยาแบบ bolus dose ยาที่มีการบริหารอย่างง่าย เหมาะกับการพิจารณานำมาใช้ในรูปแบบ prehospital จากการศึกษา GUSTO trial พบว่าการให้ยา accelerated infusion of fibrin-specific agent-t-PA(alteplase) ตามด้วยการให้ยา heparin สามารถลดอัตราการตายได้มากกว่าการให้ยา streptokinase 10 รายต่อการรักษาด้วยยา 1000 รายแต่ทำให้เกิด

strokes ได้มากขึ้น 3 รายต่อผู้ป่วย 1000 ราย ยา Reteplase มีประสิทธิภาพทัดเทียมยา Alteplase ในขณะที่ยา Tenecteplase ให้ผลการรักษาในการลดอัตราการตายเท่ากับ Alteplase แต่มีอุบัติการณ์เลือดออกต่ำกว่า ในปัจจุบันมีข้อกำหนดแนวทางการรักษาว่าระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ไม่ควรเกิน 30 นาที ผู้ป่วยควรได้รับยาต้านเกร็ดเลือดร่วมด้วยทั้ง ASA และ clopidogrel โดยทำการ loading ยา clopidogrel จำนวน 300 mg ในรายที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 75 ปีและให้ขนาด 75 mg ในรายที่ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี

ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด ที่สำคัญคือการเกิด Hemorrhagic stroke โดยเฉพาะในช่วงวันแรกของการรักษาอันเป็นผลมาจากการเกิดเลือดออกในสมอง พบอุบัติการณ์การเกิดที่ 0.9%- 1% โดยมีปัจจัยส่งเสริมการเกิดได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ น้ำหนักตัวน้อย ประวัติโรคทางหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) และโรคความดันโลหิตสูง อุตุนิยมวิทยาการเกิด major non-cerebral bleeding อยู่ที่ 4-13% โดยพบมากที่สุด ในบริเวณที่มีการทำ หัตถการ (procedure related bleeding)

การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ปัจจุบันมีแนวทางการปฏิบัติในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่เปลี่ยนแปลงไปเดิมที่จะพิจารณาส่งผู้ป่วยที่ failed thrombolysis ไปทำการสวนหัวใจต่อ (rescue PCI) โดยพิจารณาจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับ persistent ST elevation โดยมีการยกของ ST segment ใน lead ที่มีการยกตัวสูงที่สุดก่อนให้ยาน้อยกว่า 50% ภายหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดไปแล้ว 60-90 นาทีในปัจจุบันมีข้อเสนอให้มีการสวนหัวใจผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3-24 ชั่วโมงหลังได้ยา (pharmacoinvasive approach) และทำ PCI ในรายที่มีข้อบ่งชี้ เนื่องจากมีหลักฐานพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิด recurrent ischemia ได้ดีกว่าการเลือกทำเฉพาะ rescue PCI ดังนั้นการพัฒนาเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยหลังได้ยาจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อไป

2.3 โรคหลอดเลือดสมอง

2.3.1 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease, Stroke) หรืออัมพฤกษ์หรือ อัมพาต ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึงกลุ่มอาการและการแสดงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของภาวะการทำงานของสมองทั้งเฉพาะที่หรือโดยรวมเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง (ชินชม ชื่อลือชา, 2556) และเป็นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในประชากรไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่กระทรวงสาธารณสุขไทยศึกษาร่วมกันกับองค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2005 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต

อันดับหนึ่งในเพศหญิง และอันดับสอง ในเพศชาย นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjust life year) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง (แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์, 2550) และจากสถิติการเสียชีวิตในปี 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชาชนไทยทั้งในเพศหญิงและเพศชาย โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในเพศหญิง รองจากโรคมะเร็ง และเป็นอันดับ 3 ในเพศชายรองจาก โรคมะเร็ง และ อุบัติเหตุ (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ผลของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อการทำงานในด้านต่างๆของร่างกายภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเป็นสาเหตุของโรคอัมพาตร้อยละ 18.2-27.7 ของโรคไม่ติดต่อภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจะมีความบกพร่อง (impairment) ปานกลาง ในด้านการทำงานของระบบที่สั่งการ โดยสมอง มีความสูญเสีย (Disability) รุนแรงในการใช้งาน ร้อยละ 15-30 และไม่สามารถทำกิจวัตร [Activity of Daily living (ADL)] (ชื่นชม ชื้อลือชา, 2556) ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการ และต้องเป็นภาระพึ่งพิงบุคคลอื่นร้อยละ 70 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคม ของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แต่ถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการ ก็อาจช่วยให้รอดชีวิต และหลงเหลือความพิการน้อยลง สามารถกลับไปปฏิบัติงานตามปกติได้ (ญัตถวอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ชนสุวรรณ, 2559)

2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

- 1) ความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg และน้อยกว่า 130 /80 mmHg ในผู้ป่วยเบาหวาน
- 2) เบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาว HbA1C น้อยกว่า 7 mg.%
- 3) ไขมันในเลือดสูง ควบคุมให้มีระดับไขมัน LDL น้อยกว่า 100 mg./dl และน้อยกว่า 70 mg./dl ในผู้ป่วยเบาหวาน ระดับ TG น้อยกว่า 150 mg"/dl และควรมีไขมัน HDL ≥ 40 .oผู้ชาย และ ≥ 50 mg./dl ในผู้หญิง
- 4) การสูบบุหรี่ แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่หรือ รับประทานบุหรี่
- 5) การออกกำลังกาย แนะนำให้ออกกำลังกายปานกลาง ประมาณ 30-45 นาทีต่อวันอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์
- 6) การดื่มสุรา ควรหยุดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 7) ความอ้วน ลดน้ำหนักดัชนีมวลกายต่ำกว่า 23 kg. หรือมีรอบเอว ≤ 36 นิ้ว (90 ซม.)ในผู้ชาย และ ≤ 32 นิ้ว (80 ซม.) ในผู้หญิง

8) ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อหลอดเลือดสมองให้รักษาตามสาเหตุเช่น หลอดเลือดอักเสบ ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น

9) แพทย์ควรแนะนำผู้ป่วยปรับพฤติกรรมควบคู่กับการรับประทานยา

2.3.3 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง (แนวทางการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองทั่วไปสำหรับพยาบาล, 2550)

โรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด และมีพยาธิสภาพแบ่งเป็นกว้างๆ ได้ เป็นภาวะสมองขาดเลือด จากการตีบแคบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หรือมีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง และ ภาวะเลือดออกในสมองจากการแตกของหลอดเลือด ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อการทำงานด้านต่างๆ ของร่างกาย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบการสั่งงานของกล้ามเนื้อ (Motor), ด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensory), ด้านการมองเห็น (Visual), ด้านภาษา (Language), ด้านความจำ (Cognition), และด้านอารมณ์ (Affect) (ชื่นชม ลือชา, 2555) ซึ่งจะแสดงอาการอาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตัน หรือมีพยาธิสภาพ โดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 6 อย่าง ต่อไปนี้ (ช่อผกา ไชยมงคล, 2553)

- 1) อาการชา และอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอย่างทันทีทันใด
- 2) อาการสับสนพูดลำบาก หรือพูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด
- 3) อาการมองเห็นไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด
- 4) อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว และการทำงานประสานสัมพันธ์ ของแขนและขาทันทีทันใด
- 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด และโดยเฉพาะข้อ 6
- 6) อาการกลืนน้ำลายไม่ได้ หรือกลืนลำบากอย่างมากทันทีทันใด

2.3.4 การประเมิน

ในภาวะฉุกเฉินพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในรายที่สงสัยว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากอาการและอาการแสดงดังกล่าวแล้ว ควรซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมดังนี้

- 1) การซักประวัติระยะเวลาที่เริ่มเป็น ถามเวลาที่เริ่มเป็นให้ได้เวลาที่ชัดเจน เช่น เป็นมาแล้ว 3 ชั่วโมง หรือ 6 ชั่วโมง เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การรักษาของแพทย์ ในกรณีที่เวลาเริ่มเป็นไม่ชัดเจนเช่น ญาติให้ประวัติว่าพบผู้ป่วยเข้านอนประมาณ 21 นาฬิกา

และผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 5 นาฬิกาพบว่า มีอาการพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงไปซีกหนึ่ง กรณีนี้ ให้ถือว่าระยะเวลาที่เริ่มเป็น คือเวลาเข้านอน 21 นาฬิกา หรือเวลาครั้งสุดท้ายที่พบว่าผู้ป่วยยังมีอาการปกติ ยกเว้นว่าในตอนกลางคืนผู้ป่วยยังไม่ได้นอนหรือขณะตื่นนอนยังไม่มีอาการผิดปกติ

2) การตรวจร่างกาย พยาบาลที่คัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินสามารถประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง โดยการตรวจร่างกายง่ายๆ เช่นตรวจดูการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า (facial drop) โดยให้ผู้ป่วยขยับฟันแล้วสังเกตดูกล้ามเนื้อใบหน้าทั้งสองข้างว่าเท่ากันหรือไม่ ถ้ามุมปากด้านใดตก แสดงว่ากล้ามเนื้อใบหน้าด้านนั้นอ่อนแรง ตรวจการอ่อนแรงของแขน (pronator drift) โดยให้ผู้ป่วยหลับตาและยกแขนทั้งสองข้างตั้งฉากกับลำตัวค้างไว้ประมาณ 10 วินาที ถ้าผู้ป่วยมีแขนอ่อนแรงจะทำไม่ได้หรือแขนข้างที่อ่อนแรงจะตกทันที หรืออาจตรวจความแข็งแรงของแขน โดยการให้ผู้ป่วยใช้ฝ่ามือสองข้างดันกับมือผู้ตรวจเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีแรงต้านหรือไม่ถ้าไม่มีแรงต้านเลยแสดงว่าแขนอ่อนแรง ส่วนการตรวจกำลังของขาทำได้โดยการให้ผู้ป่วยนอนหงายและยกขาทั้งสองข้างขึ้นและค้างไว้หรือให้ลองถีบจักรยานในอากาศ ถ้าขาผู้ป่วยอ่อนแรงจะทำไม่ได้

3) การตรวจร่างกายอื่นๆ เช่น สัญญาณชีพ และความผิดปกติทางระบบประสาท (เช่น GCS, SSS,NIHSS) , O2 sat ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษ

2.3.5 แนวทางการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

1) CT Angiography (CTA) เป็นวิธีใช้ตรวจหลอดเลือดสมองทั้งในและนอกสมอง (intracranial/ extracranial vessels) ที่non-invasive สามารถตรวจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งในระยะเฉียบพลัน หรือระยะเรื้อรัง ซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลอดเลือดว่ามีอุดตันหรือตีบที่ตำแหน่งไหนหรือไม่ การตรวจ CTA สามารถตรวจลักษณะความผิดปกติของหลอดเลือดใหญ่ที่มีความแม่นยำสูงเมื่อเทียบกับการตรวจด้วย digital subtraction angiography(DSA) โดยมีความไว 92%-100% และความจำเพาะ 91%-100% ในการวินิจฉัยหลอดเลือดในสมองอุดตัน แต่เนื่องจาก CTA จะให้ภาพหลอดเลือดเป็นภาพนิ่ง(static images) ซึ่งจะเป็นข้อดีดีกว่า DSA ซึ่งสามารถบอก flow rate และทิศทางการไหลของเลือดได้ด้วย (พรภัทร ธรรมสโรช, 2557)

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน (แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, 2550)

2.1) Blood Test: FBS, CBC, Lipid profile (Total cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL): BUN, Creatinine, Electrolyte, Liver function test, PT, PTT, VDRL urine exam เพื่อประเมิน Base line Condition

2.2) Cardiac work up: CXR, EKG ในกรณีสงสัยว่ามีสาเหตุมาจาก ลิ้มเลือดอุดตันที่มาจากหัวใจควรทำ Electrocardiogram

2.3) ในกรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี และไม่มีหลักฐานว่าลิ้มเลือดมาจากหัวใจ และไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิด Atherosclerosis เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ควรตรวจ ESR ANA profile, Coagulogram, Protein C, Protein S, Antithrombin III, Anticardiolipin, Homocysteine, factor VII leden, Prothrombin gene, Vascular work up Anti HIV

2.4) การตรวจเพิ่มเติมในกรณีสงสัยการตีบตันของหลอดเลือดแดงคาโรติค ควรตรวจ Vascular Work up: Carotid duplex ultrasonography, Trans cranial Doppler Ultrasonography Magnetic resonance Angiography CT angiography, Cerebral Angiogram

2.3.6 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (แนวทางการรักษาหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์, 2550)

1) เส้าระวังไม่ให้เกิดภาวะการพร่องออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation > 92%) และการหายใจผิดปกติ

2) การให้ยาลดความดันโลหิต หลักการให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน

2.1) SBP < 220 mmHg หรือ DBP 120 mmHg ไม่ต้องให้ยาลดความดันโลหิต ยกเว้นในกรณีดังต่อไปนี้

- ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure)
- หลอดเลือดเอออร์ติกแตกฉะ (aortic dissection)
- กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial ischemia)
- ไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure)
- ภาวะ hypertensive encephalopathy)

2.2) SBP > 220 mmHg หรือ DBP 121-140 mmHg หรือทั้ง 2 อย่าง โดยวัดห่างกันอย่างน้อย 20 นาที 2 ครั้ง ให้การรักษาโดย

- Captopril 6.25-12.5 mg ทางปาก ออกฤทธิ์ภายใน 15-30 นาที อยู่ได้นาน 4-6 ชั่วโมง หรือ

- Nicardipine 5 mg/hr ทางหลอดเลือดดำในช่วงแรกแล้วปรับขนาดยาจนได้ความดันโลหิตตามเป้าหมาย (ลดลง 10-15%) โดยเพิ่มขนาดยาครั้งละ 2.5 mg/hr ทุก 5 นาที ขนาดยาสูงสุด คือ 15 mg/hr

* ไม่ควรใช้ยา Nifedipine รับประทานหรือทางปาก เนื่องจากไม่สามารถที่จะควบคุมขนาดหรือทำนายผลของยาได้แน่นอน และไม่สามารถปรับลดยาได้หากเกินภาวะความดันโลหิตต่ำตามมา 1.3 DBP > 140 mmHg ด้วยการวัด 2 ครั้ง ติดต่อกันใน 5 นาที ให้

- Nitroprusside 0.5 mg/kg/min ทางหลอดเลือดดำในช่วงต้นแล้วติดตามการวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ปรับขนาดยาทีละน้อย จนกระทั่งได้ระดับความดันโลหิตตามต้องการ (ลดลง 10-15%) ยาจะออกฤทธิ์ภายใน 1-5 นาที หรือ

- Nitroglycerine 5 mg ทางหลอดเลือดดำ ตามด้วย 1-4 mg/hr หรือ

- ถ้าไม่มียาดังกล่าวข้างต้น อาจพิจารณาการใช้ยาในหัวข้อที่ 1.2 แทนได้ หากผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูงอยู่เดิม และได้รับยารักษามาก่อน สามารถหยุดยาทั้งหมดได้และใช้เกณฑ์การรักษาตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น ยกเว้นยาในกลุ่ม β -blocker ที่ใช้รักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะการให้ยาลดความดันโลหิตซึ่งเป็นการรักษาระยะยาว จะพิจารณาเริ่มยาหลังจากเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันประมาณ 1-4 สัปดาห์ โดยการให้ยาลดความดันโลหิตเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไปขึ้นกับสถานะของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ SBP/DBP < 100/70 mmHg ให้รักษาตามสาเหตุและพิจารณาให้ยาเพิ่มความดันในกรณีที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น

3) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำขึ้นอยู่กับภาวะสมดุลของร่างกาย ขึ้นอยู่กับภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย ในกรณีที่ขาดน้ำ แนะนำให้ Isotonic solution โดยเฉพาะ 0.9 % NaCl หลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีน้ำตาลและ Free water ควรให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลของน้ำ

4) งดน้ำงดอาหารกรณีสงสัยว่าผู้ป่วยซึมลง และสงสัยว่าจะมี Massive infarction หรือมีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัด

5) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้น้อยกว่า 140/80 mmHg (< 7.78-10 mmol/litre)

6) ให้ยาลดไข้กรณีมีไข้ และหาสาเหตุของไข้

7) ให้ยากันชัก ถ้ามีอาการชัก

8) รักษาโรคอื่น ๆ ร่วมเช่น หลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะเสียสมดุลในร่างกาย

2.3.7 การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) ใน 48 ชั่วโมงหลังมีอาการ

1) ยาด้านเกร็ดเลือด (Antiplatelets) ให้ aspirin 160-325 มิลลิกรัมต่อวัน ภายใน 48 ชั่วโมง (Appendix 7) ยกเว้นในกรณี - แพ้ยา aspirin อาจพิจารณาให้ยาด้านเกล็ดเลือดตัวอื่น - Non lacunar infarct with midline shift

2) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วย acute stroke เนื่องจาก หลักฐานข้อมูลยังไม่เพียงพอ ยกเว้นในกรณีต่อไปนี้ คือ extracranial carotid หรือ vertebral dissection และ cerebral venous thrombosis

3) Neuroprotective agents ปัจจุบันไม่มียาตัวใดที่มีหลักฐานว่ามีประโยชน์ชัดเจน

4) ยาอื่น ๆ พิจารณาให้ตามสาเหตุ เช่น immunosuppressive ใน vasculitis เป็นต้น

5) รับผู้ป่วยไว้รักษาใน stroke unit

2.3.8 ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet)

1) ในกรณีที่หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมิได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ พิจารณาได้ aspirin 60-325 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นลำดับแรก (class 1, level of evidence A) ในกรณีผู้ป่วยแพ้ยา aspirin ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของ aspirin หรือมีอาการเกิดเป็นซ้ำ ของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในขณะที่ได้รับ aspirin (โดยที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างดี) ให้พิจารณาให้ Ticlopidine 250 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง (ควรระวังผลข้างเคียงของยา คือ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ควรจะต้อง เจาะเลือดดู CBC เป็นระยะ ในช่วง 3 เดือนแรก) (class IIa, level of evidence A) หรือ Clopidogrel 75 มิลลิกรัมต่อวัน (class IIa, level of evidence A) หรือ aspirin 25 มิลลิกรัม ร่วมกับ Dipyridamole ชนิด extended release 200 มิลลิกรัม (class IIa, level of evidence A) วันละ 2 ครั้ง หรือ Cilostazol 200 มิลลิกรัมต่อวัน (class IIa, level of evidence B)

2) ในกรณีที่หลอดเลือดอุดตันมีสาเหตุจากลิ่มเลือดหัวใจอุดตัน แต่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้ ให้พิจารณาให้ยาต้านเกล็ดเลือดตามข้อ 1

ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ในกรณีที่หลอดเลือดอุดตันมีสาเหตุจากลิ่มเลือดหัวใจ พิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระยะ ยาวโดยให้ Warfrin และควบคุมให้มี International normalized ratio (INR) = 2.0-3.0 ในผู้ป่วยที่มีภาวะ ดังต่อไปนี้

- Persistent or paroxysmal AF (class I, level of evidence A)
- Acute MI and LV thrombus (class IIa, level of evidence B)
- Cardiomyopathy (class IIb, level of evidence C)
- Rheumatic mitral valve disease (class IIa, level of evidence C)
- Bioprosthetic heart valve (class IIb, level of evidence C) และควบคุม

ให้มี International normalized ratio (INR) – 2.5 – 3.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันที่มี mechanical prosthetic heart valves (class I, level of evidence B)

3) การผ่าตัดหลอดเลือดคอโรติด (Carotid endarterectomy) ในกรณีที่หลอดเลือดคอโรติดตีบ 70-99% และผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มาก พบว่าการผ่าตัด หลอดเลือดคอโรติด (carotid endarterectomy) มีประโยชน์

4) การใส่สายสวนขยายหลอดเลือดคอโรติด (Carotid angioplasty) การใส่สายสวนขยายหลอดเลือดคอโรติด (carotid angioplasty) อาจพิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง มีข้อห้ามในการผ่าตัดหลอดเลือดคอโรติดหรือตำแหน่งที่ตีบไม่สามารถผ่าตัดได้

2.3.9 ภาวะทรุดหนักของโรคหลอดเลือดสมอง

1) Deterioration of acute stroke หมายถึงภาวะที่มีอาการ หรืออาการแสดงทางระบบประสาทเป็นมากขึ้น อ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ หรือระดับความรู้สึกตัวลดลงสาเหตุได้แก่

1.1) Systemic cause ประกอบด้วย Dehydration Hypotension Extreme degree of hypertension Hypoxia Infection (Pneumonia, Urinary tract infection, Sepsis) Myocardial ischemia and Electrolyte Imbalance eg. Hyponatremia

1.2) Neurological Cause ประกอบด้วย Recurrent Stroke Progressive of Thrombosis Hemorrhagic transformation Cerebral edema Hydrocephalus and Seizure

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมกระบวนการที่ความกังวล ความต้องการ คุณค่าของประชาชน ได้บูรณาการในกระบวนการภาครัฐ ผ่านกระบวนการสื่อสารแบบสองทาง โดยมีเป้าหมายโดยรวมเพื่อที่จะให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้นและได้รับการสนับสนุนจากประชาชน ประชาชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นก่อนการตัดสินใจจะเกิดขึ้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจใดๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อประชาชนได้ก็ต่อเมื่อได้รับความเห็นชอบจากประชาชนแล้วเท่านั้น (จุฑารัตน์ ชมพันธุ์, 2555) การสร้างการมีส่วนร่วม เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนางานต่างๆ ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อนำใช้ให้เป็นกลไกที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้ และรู้สึกว่าเขาเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่ง ที่ต้องร่วมกันแก้ไข สำหรับการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อให้เกิดความสำเร็จ ควรเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ที่จะวิเคราะห์ วางแผนและร่วมดำเนินการแก้ปัญหาของตนเอง โดยผู้เกี่ยวข้องทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกและให้การสนับสนุน การมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นกระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมเสนอปัญหาหรือประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดแนวทาง ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วม

กระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา มีส่วนร่วมในการดำเนินงานติดตามตรวจสอบ การมีส่วนร่วมรับประโยชน์ ร่วมเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะ (อัมพร เจริญชัย และคณะ, 2551) การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างภาครัฐ และภาคอื่นๆ นอกจากภาครัฐ เช่น ธุรกิจเอกชน ประชาชน ชุมชน และองค์กรต่างๆ เพราะเป็นการพัฒนาที่ทรงพลังและยั่งยืนในสังคม ประชาธิปไตย (อรพินท์ สพ โสภชัย, 2550) และเป็นความพยายามในการปรับปรุงพัฒนา เพื่อมอบอำนาจและการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน เป็นการพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมช่วยเหลือโดยสมัครใจ โดยประชาชน ต่อ โครงการใดโครงการหนึ่งของโครงการสาธารณะต่างๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการพัฒนาชาติแต่ไม่ได้หวังว่าจะให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงโครงการ หรือวิจารณ์เนื้อหาของโครงการ (ถวิลวดี บุรีกุล, 2548) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น (Koufman, 1949) และ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน กับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ บรรยากาศองค์กร และการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมเช่นกัน (เนตรรุ้ง อยู่เจริญ, 2553)

สรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนในชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา ระบุปัญหา ร่วมวิเคราะห์และหาทางออก ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลในโครงการใดโครงการหนึ่ง และร่วมรับผลประโยชน์โดยสมัครใจ เพื่อการพัฒนาที่สอดคล้อง ตรงตามความต้องการและเกิดความยั่งยืน โดยบุคลากรไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชนมีหน้าที่เชื่อมประสาน องค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และหนุนเสริมศักยภาพให้ประชาชนได้แสดงบทบาทอย่างเต็มความสามารถ

3.2 รูปแบบการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางการพัฒนาจากระดับล่างขึ้น บน ซึ่งสมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมด้านการเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนารวมถึงได้รับ ผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค (โคเฮน และอัทซอพ, 1981 อ้างถึงในสุธี วรดิษฐ์, 2553) ซึ่งขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ แบ่งเป็น 3 ลักษณะได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมแบบเกิดขึ้นเอง ซึ่งเป็นไป โดยอาสาสมัคร มีการรวมตัวกันขึ้นเองเพื่อแก้ปัญหาในกลุ่มของตน โดยเน้นการกระทำที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากภายนอก 2) การมีส่วนร่วมแบบชักนำ เป็นการเข้าร่วม โดยต้องการความเห็นชอบหรือสนับสนุนจาก

หน่วยงาน รัฐบาล องค์กร ซึ่งเป็นรูปแบบทั่วไปของประเทศกำลังพัฒนา 3) การมีส่วนร่วมแบบ บังคับ เป็นการเข้าร่วมภายใต้การดำเนินนโยบาย ภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบาล โดย การบังคับโดยตรง ผู้กระทำจะได้รับผลทันทีแต่ไม่ยั่งยืน และจะไม่ได้รับการสนับสนุนจาก ประชาชนในที่สุด (องค์การสหประชาชาติ, 1981 อ้างถึงใน วีรภักดิ์ หาญปริพรรณ์ และคณะ, 2551)

นอกจากนี้ยังพบลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้อง ด้านจิตใจ อารมณ์ ค่านิยมที่คล้ายกันเกิดการเหนี่ยวนำให้เข้าร่วมเกิดความผูกพัน และมีความสนใจในการ รับผิดชอบร่วมกัน (สุชาดา จักรพิสุทธิ์, 2547) เช่น การรวมตัวกันของกลุ่มปราชญ์ชาวบ้านที่อำเภอ ป่าติ้ว จังหวัดยโสธร ที่มองเห็นปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ ทั้งปัญหาโรคเรื้อรัง และภาวะฉุกเฉินต่างๆ ตลอดจนผลของการออกไปรับบริการนอกพื้นที่ จึงร่วมกันคิดและเลือกแนว ทางแก้ไข โดยการสละทรัพย์ และหางบประมาณ เพื่อจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล และร่วมกัน กำหนดโครงสร้าง นโยบาย ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ต่อชุมชน (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550) และการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลบุงคล้า จ. เพชรบูรณ์ ซึ่งเกิดจากฐานคิด การ เป็นหุ้นส่วน การดูแลร่วมกันระหว่างภาครัฐและประชาชน ซึ่งเป็นภาพของการเห็นของจริง การ เห็นประโยชน์และการเห็นศักยภาพตนเอง ของชุมชน ผู้นำชุมชนเองมีความรับผิดชอบและมี ผลงานเป็นที่ประจักษ์ ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการร่วมกันจ่ายเข้ากองทุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้แก่ สถานอนามัยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นได้สะดวกและมีคุณภาพ (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550) เช่นเดียวกับพื้นที่ตำบลโป่งสา อำเภอปาย จังหวัด แม่ฮ่องสอน ที่ม ีความต้องการแก้ปัญหาด้านการดูแลและช่วยเหลือประชาชนเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเมื่อ เกิดภัยพิบัติเนื่องจากชุมชนตั้งอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร การคมนาคมไม่สะดวก การช่วยเหลือผู้ปวย ล่าช้าจึงเกิดความร่วมมือระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และได้รับการ สนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยประชาชนร่วมกัน ระดมทุน สมทบเพื่อใช้จ่ายในการกิจฉุกเฉินและสร้างอาสาสมัครที่มีความรู้พื้นฐานในการช่วยเหลือ ประชาชนเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทุกหมู่บ้าน สามารถลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้เงินที่ได้จากการระดมทุน สามารถนำมาหมุนเวียนกู้ยืมเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อีกด้วย โดย มีการสร้างกฎกติการ่วมกัน (อานนท์ โกฏิคำ, 2550)

สรุป รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน มีหลายลักษณะ อาจเกิดขึ้นเองโดยบุคคล ในชุมชน เกิดจากบุคคลจากองค์กรภาครัฐ หรือเอกชนชักนำให้เกิดการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ปัญหาใดๆ ในชุมชน ซึ่งพบการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้มากขึ้น หรือเกิดจากความผูกพันทางจิตใจของ ประชาชนเอง จะอย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมของประชาชนย่อมเป็นผลดีต่อการพัฒนาในด้านต่างๆ และเกิดความยั่งยืนได้มากกว่า ทั้งนี้ทั้งนั้น ประชาชนในชุมชนเองต้องมีพื้นฐานแนวคิด ความ

ต้องการและสมัครใจ ฟังพอใจ และตัดสินใจด้วยตัวเอง ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และยอมรับผลการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน

3.3 ระบบสุขภาพชุมชน (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2552; ขนิษฐา นันทบุตร, 2553; ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2553)

ระบบสุขภาพชุมชนเป็น กระบวนการที่สมาชิกของสังคม หรือชุมชนนั้นมีความรู้ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแล และบริหารจัดการให้เกิดสุขภาวะขั้นพื้นฐาน หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงในทางที่ดีด้วยตนเอง ในทุกมิติในลักษณะองค์รวม ซึ่งรวมถึงระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบอาหาร ระบบยา ระบบเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วิถีชีวิต และวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ สมบูรณ์ทางสุขภาพกายและใจของตนเองในลักษณะเชื่อมโยงทั้ง ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมท้องถิ่นและครอบครัว ภายใต้ปัญหาสุขภาพที่เป็นเงื่อนไขของการดำเนินชีวิตและการอยู่ร่วมกัน โดยการใช้ทุนทางสังคมและผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาสากล อาศัยเครือข่าย การสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และต้องการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมีนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด และกลวิธีที่ประชาชน เป็นผู้กำหนด ภายใต้ความต้องการ ตามสถานะแวดล้อม และบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งมี นโยบายและกลไกการสนับสนุนจากภาครัฐ/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการกระตุ้นจากองค์กรภายนอกและภายในเพื่อช่วยขับเคลื่อนกระบวนการ เป็นระบบการดำเนินงานที่มีศูนย์กลางการบริหารจัดการเดียวกันของทุกๆ สาขา ทั้งด้านสุขภาพ เกษตร อาชีพ การศึกษาและอื่นๆ เพื่อการบูรณาการของการพัฒนาที่ยืดการแก้ปัญหา สร้างความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตที่ดีตามความต้องการของชุมชนท้องถิ่นเป็นประการสำคัญ เน้นการแก้ไขปัญหาและการจัดการที่เป็นไปได้ และชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ ก่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งระบบในชุมชนมี 3 ระบบดังนี้คือ 1) ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2) ระบบการดูแลตนเอง และช่วยเหลือดูแลกันเองของประชาชนในชุมชน 3) ระบบการจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนขององค์กร องค์กรประกอบหลักของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ 1) การเสริมพลังบริการสุขภาพในชุมชนให้มีความไวต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนในชุมชน 2) การเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลตนเองและการช่วยเหลือดูแลกันให้กับสมาชิกของชุมชนอันเป็นผลจากการมีส่วนร่วมและการเป็นภาคีหุ้นส่วนในกิจการของชุมชน และกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน และ 3) การสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชน กลุ่มปฏิบัติการของประชาชนในชุมชนในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม วิถีการดำเนินชีวิต ตลอดจนปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน

องค์กรหลักในการสร้างปฏิบัติการต่างๆ ให้เกิดขึ้นในชุมชนเพื่อแก้ปัญหา ยกระดับภาวะสุขภาพสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจสังคมให้ประชาชนในพื้นที่แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1) กลุ่มองค์กรในชุมชนที่เป็นภาคประชาชน และ กลุ่มที่ 2) กลุ่มองค์กรหรือหน่วยงานของรัฐและเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และสร้างกลไกเพื่อเอื้อให้เกิดการทำงานเชื่อมประสานกันของทุกฝ่ายในพื้นที่ สร้างแผนพัฒนาตำบลแบบมีส่วนร่วมและให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตลอดจนเสริมศักยภาพและพัฒนาภาวะผู้นำให้กลุ่มปฏิบัติการของประชาชนกลุ่มต่างๆ เครือข่าย องค์กรหน่วยงานในพื้นที่ 2) กลุ่มปฏิบัติการของประชาชน และองค์กรอื่น ที่ประกอบด้วยแกนนำและสมาชิก ทำหน้าที่สะท้อนข้อมูลปัญหา ร่วมแสดงความคิดเห็น หาทางแก้ไขและสร้างปฏิบัติการต่างๆ ให้สามารถยกระดับปรับปรุงภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและด้านอื่นๆ ของครัวเรือน ประชาชนและชุมชน โดยถือเป็นความเชี่ยวชาญให้กับตนเอง ครอบครัว กลุ่มและเครือข่าย 3) กำหนดผู้ใหญ่บ้าน มีบทบาทสำคัญในการจัดการกับปัญหาหรือปรับปรุงภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สังคมและด้านอื่นๆ ในหมู่บ้าน และ ตำบล ถือเป็นองค์กรที่เป็นด่านเรื่องราวร้องทุกข์ หรือสุขของประชาชน เรียนรู้และค้นหาวิธีการจัดการ และส่งเสริมให้เกิดการจัดการไปในทิศทางที่เหมาะสมที่แก้ปัญหาได้ อีกทั้งยังเป็นองค์กรที่เกิดการสื่อสาร สร้างความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ได้ใกล้ชิดกว่า และ 4) กลุ่มผู้นำและแกนนำฝ่ายต่างๆ ประจำหมู่บ้านและประจำตำบลทั้งที่เป็นประจำและเฉพาะกิจ มารวมตัวกันในรูปแบบคณะกรรมการหรือคณะทำงานเฉพาะกิจ โดยมีการปรึกษาหารือ การเสนอปัญหาและหาแนวทางแก้ไขทั้งในระดับหมู่บ้านและตำบล

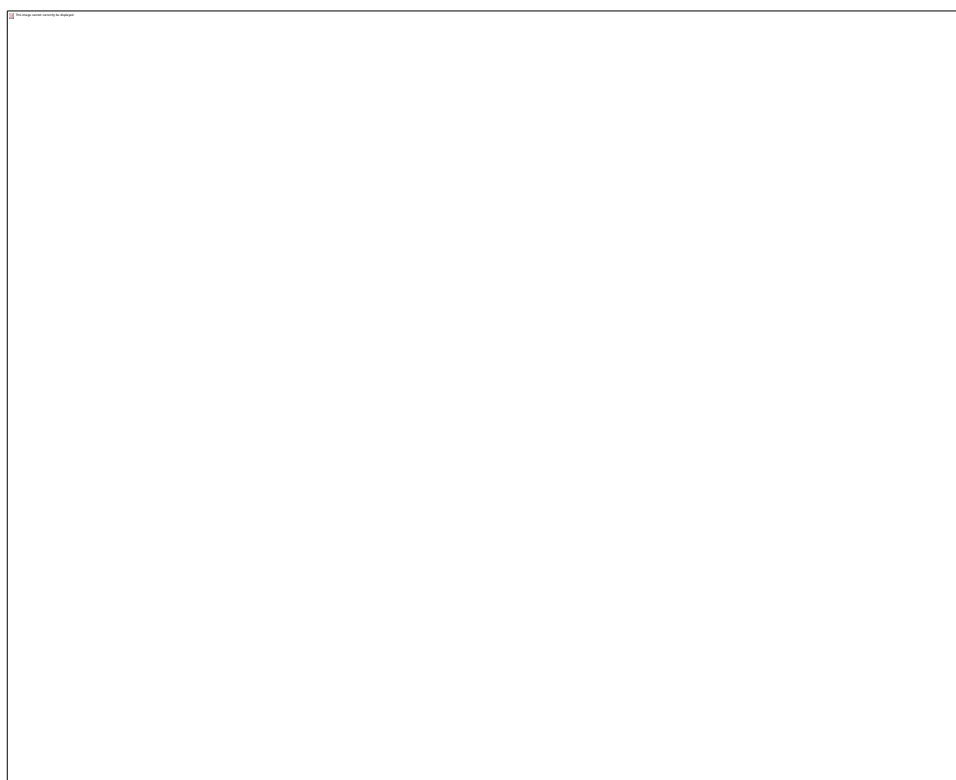
กลุ่มที่ 2 ได้แก่ 1) หน่วยงานราชการในพื้นที่ ที่สำคัญได้แก่หน่วยปฐมภูมิ พัฒนาชุมชน สถาบันการศึกษาและอื่นๆ ซึ่งมีการกิจในการร่วมค้นหาเรียนรู้สถานการณ์ของพื้นที่ เพื่อนำใช้ในการวางแผน และออกแบบการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น ในรูปแบบของการบริการที่จำเป็นตามภารกิจของแต่ละองค์กร และการเสริมสร้างพลังองค์กรอื่นด้วยการพัฒนาศักยภาพ เสริมสมรรถนะ สร้างภาวะผู้นำ สร้างกระบวนการ และวิธีการเรียนรู้ 2) หน่วยงานนอกพื้นที่ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ตลอดจนสถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการ ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนวิชาการ งบประมาณเพื่อให้เกิดการพัฒนาทั้งโครงสร้างทางกายภาพ แกนนำและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการในตำบล

ดังนั้นระบบสุขภาพชุมชน จึงต้องมีการถักทอเชื่อมโยงกันเป็นกลไกที่เชื่อมต่อกับระบบสุขภาพในระดับต่างๆ รวมถึงระบบการพัฒนาด้านอื่นๆ เพื่อให้มีบทบาทในการกำหนด

ทิศทางและนโยบายการพัฒนาสุขภาพในระดับต่างๆ จนถึงระดับประเทศอันมีพื้นฐานมาจากสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนที่ส่งต่อกันมาเป็นลำดับ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นเครือข่ายที่มีชุมพลังอันมหาศาลในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาด้านอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ต้องอาศัยความร่วมมือ การผนึกกำลังอย่างมีเป้าหมาย

3.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (ปรีชา ปิยจันทร์, ม.ป.พ.)

เป็นการวิจัยแบบผสมผสานการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participation Research) กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รวมทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยคณะวิจัย ชุมชน และแกนนำชาวบ้าน มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและรับผลประโยชน์ควบคู่กันไปกับกระบวนการการเรียนรู้ของชุมชน โดยยึดชาวบ้านเป็นศูนย์กลาง และแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ ทำให้ชาวบ้านสามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนและพัฒนาต่อไปได้ เกิดความสามารถในการวิเคราะห์ระบบข้อมูล แต่ต้องอาศัยการฝึกฝนให้ชาวบ้านทำวิจัยเป็น เป็นการสร้างทีมงานวิจัยท้องถิ่น หรือนักวิจัยท้องถิ่นขึ้นมา ดังภาพ



3.4.1 หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

- 1) ให้ความเคารพต่อภูมิความรู้ของชาวบ้าน โดยยอมรับว่าความรู้พื้นบ้านหรือความรู้ในชุมชนท้องถิ่น ตลอดจนระบบการสร้างความรู้ และกำหนดความรู้วิธีอื่นแตกต่างจากของนักวิชาการ
- 2) ปรับปรุงส่งเสริมความสามารถ และศักยภาพของชาวบ้านด้วยการส่งเสริมยกระดับ และพัฒนาความเชื่อมั่นในตัวของเขา ให้สามารถวิเคราะห์ และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาได้
- 3) ให้ความรู้ที่เหมาะสมกับชาวบ้าน โดยสามารถรับความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของเขา และสามารถทำความเข้าใจ แปลความหมายและสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสม
- 4) สนใจการวิจารณ์ของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของชาวบ้าน
- 5) ปลดปล่อยความคิด และช่วยให้ชาวบ้านสามารถใช้ความคิดของตนได้อย่างเสรี

3.4.2 การศึกษาวิเคราะห์ระบบชุมชน

เป็นเทคนิคที่ใช้ศึกษาระบบย่อยของชุมชน เพื่อให้เข้าใจองค์ประกอบย่อยของชุมชน และเพื่อให้รู้ถึงสภาพปัญหา การพัฒนาของชุมชน โดยการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ของคน ทรัพยากรต่างๆ กลุ่ม ผู้นำ ภูมิปัญญาชาวบ้าน ที่มีอยู่ในชุมชนเข้าด้วยกัน เพื่อสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยมีข้อดีคือเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ในชุมชนได้ดีขึ้น ชาวบ้านเกิดความตระหนักในปัญหา และมีความคิดริเริ่มในการแก้ปัญหาชุมชน สามารถวางแผน วิเคราะห์การทำงานอย่างเป็นระบบ และเกิดการเรียนรู้ทั้งชุมชนและเจ้าหน้าที่ เป็นเทคนิคที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง การวิเคราะห์ชุมชนมีขั้นตอนดังนี้

- 1) การหาปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นจริง
 - 1.1) การหาปัญหา ต้องเข้าถึงและเรียนรู้ความเป็นอยู่ของชุมชนทั้งระบบเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชน
 - 1.2) เข้าสู่สถานการณ์ เป็นการนำสถานการณ์ที่มีอยู่มาพูดคุย อภิปราย แลกเปลี่ยนตามประเด็นต่างๆ ตามกระบวนการ ทั้งนี้ต้องเคารพความคิดเห็นของแต่ละฝ่าย
- 2) จากการรู้สถานการณ์ที่เป็นจริงจะต้องค้นหาให้ได้ผลว่า สรุปจากการพูดคุยอภิปรายโต้แย้งในขั้นตอนที่หนึ่ง ประชาชนเห็นด้วยและพึงพอใจกับสภาพปัญหานั้นหรือไม่

และนำมาอภิปรายในรายละเอียด ทำความเข้าใจด้วยเหตุผล และจึงหามิติที่สถานการณ์นั้นเป็นจริง อยู่ในขณะนั้น และเรียงลำดับความสำคัญตามความต้องการนั้น

3) การสร้างภาพที่พึงประสงค์ เป็นการวาดภาพโดยจินตนาการ คาดหวัง ในสิ่งที่จะเป็น โดยการอภิปราย วิพากษ์วิจารณ์ระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ และ ประชาชนด้วยกันเอง เพื่อหาคำตอบว่าประชาชนต้องการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริงหรือสภาพ ปัญหาที่เผชิญอยู่อย่างไร

4) การหาช่องทางเป็นการหาช่องหรือแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อให้ บรรลุถึงภาพที่พึงประสงค์

5) หาข้อตกลงเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ ตามโครงการหรือกิจกรรมนั้น

6) วางแผนร่วมกันโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชน โดยตอบคำถาม

What Where When Why Who How หมายถึง ทำอะไร ทำที่ไหน ทำเมื่อไหร่ ทำอย่างไร ใคร เป็นผู้ทำ

7) การปฏิบัติตามแผน

8) การประเมินผลโดยการประเมินผลที่ได้มาเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ ที่วางไว้ เป็นไปตามที่ตั้งไว้หรือไม่ มีผลกระทบอย่างไร ประชาชนพึงพอใจหรือไม่เป็นต้น

3.4.3 วิธีการและกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน มีหลายวิธี แต่ที่สำคัญมีดังนี้

1) การสังเกต (Observation) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล สิ่งที่ต้อง สังเกตได้แก่

1.1) ฉากและบุคคล (Setting) สภาพแวดล้อมตัวบุคคล ลักษณะทาง กายภาพและทางสังคมที่นักวิจัยเฝ้าดูอยู่ การสังเกตจากการตอบคำถาม ใคร และ ที่ไหน

1.2) พฤติกรรม (Act) เป็นการกระทำที่ผู้สังเกตเห็นในเหตุการณ์ที่ เฝ้าดูอยู่ในเหตุการณ์ มีคนหลายคน มีพฤติกรรม ที่กระทำระหว่างกัน ไม่ใช่พฤติกรรมส่วนบุคคล เช่นการชี้แจงเรื่องต่างๆ การซักถามข้อสงสัย ผู้ศึกษาต้องเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นให้ครบถ้วน โดยไม่มีอคติ ต่อบุคคลใด เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นคือความเป็นจริงทางสังคม การสังเกตตัวพฤติกรรมทำให้ตอบคำถาม ว่าทำอะไร

1.3) แบบแผนพฤติกรรม (Activity) คือการนำเอาพฤติกรรมที่เฝ้าดูมา เรียงลำดับเหตุผลบางประการ เพื่อที่จะได้เรียงเรื่องราวเหล่านั้นให้เป็นเรื่องสืบเนื่องกัน เพื่อให้รู้ว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

1.4) ความสัมพันธ์ (Relationship) เป็นการสังเกตว่าใครกระทำกับใคร สังเกตถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ในสังคมของคนในชุมชน

1.5) การมีส่วนร่วม (Participation) ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านต่างๆเป็นการสังเกตเพื่อเข้าใจภาพรวมของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน

1.6) ความหมาย (Meaning) หมายถึงการให้ความสำคัญหรือการรับรู้เหตุการณ์หนึ่งๆ ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ การค้นหาความหมายจึงเป็นการหาข้อมูลว่าบุคคลมองตนเอง และบุคคลรอบข้างอย่างไร และทำไมจึงมีพฤติกรรมเช่นนี้ เป็นต้น

2) การสัมภาษณ์ (Interview) คือการสนทนาซักถามอย่างมีจุดหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างที่ต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะช่วยอธิบายสิ่งที่พบเห็นหรือสังเกตได้ การสัมภาษณ์ต้องมีโครงสร้างของคำถาม และสามารถควบคุมทิศทางโครงสร้างของเนื้อหา ให้เป็นเรื่องที่ต้องการทราบหรือการวิจัย การสัมภาษณ์จะเกิดขึ้นเมื่อมีการกระทำหรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้สัมภาษณ์ ทำให้ลักษณะทั่วไปของบุคลิกภาพ ทัศนคติ ค่านิยม และอื่นๆออกมาระหว่างสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จึงต้องมีการฝึกฝนวิธีการสัมภาษณ์ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ทำการศึกษาโดยละเอียดเพื่อซักถามผู้ให้สัมภาษณ์ และผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลโดยละเอียด ตรงตามวัตถุประสงค์ ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นบุคคลสำคัญที่แท้จริง ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สังคม ประเพณี ความเชื่อ ย่อมมีผล ต่อการตอบคำถาม หลักการสัมภาษณ์ ต้องมีการแนะนำตัว สร้างความสัมพันธ์ที่ดี เข้าใจวัตถุประสงค์และมีการจดบันทึก ผู้สัมภาษณ์ที่ดีต้องมีการสังเกตการณ์ มีทักษะการฟังอย่างตั้งใจ มีการซักถามโดยตั้งคำถามง่ายๆ อาจถามซ้ำเพื่อกระตุ้นคำตอบให้ตรง และมีการกล่าวขอบคุณ

3) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ต้องมีการเตรียมแผนล่วงหน้าอย่างเหมาะสมเรื่องที่จะสัมภาษณ์เป็นเรื่องที่กลุ่มสนใจ จึงเป็นการสนทนาระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์เป็นกลุ่มตามปกติกลุ่มละประมาณ 6-12 คน แต่บางกรณีอาจมีข้อยกเว้น ให้มีได้ประมาณ 4-5 คน จะมีผู้คอยดำเนินการและจุดประเด็นการสนทนาเพื่อชักจูงใจให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อประเด็น และต้องสร้างบรรยากาศกลุ่มให้เป็นกันเององค์ประกอบการสนทนากลุ่มประกอบด้วยผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก และผู้ช่วย ควรมีแนวทางในการสนทนากลุ่มแต่ควรยืดหยุ่นได้ อุปกรณ์ที่ต้องเตรียมได้แก่เครื่องบันทึกเสียง ปากกา ดินสอ กระดาษ สมุด แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม มีอาหารว่าง มีการสร้างบรรยากาศในการสนทนา มีของสมนาคุณ โดยระยะเวลาที่กำหนดไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงต่อกลุ่ม

4) การใช้ข้อมูลเอกสารเป็นข้อมูลที่น่าสนใจได้มากเพราะมีความพร้อมบางประการซึ่งข้อมูลบุคคลอาจมีไม่ครอบคลุม โดยปกติข้อมูลเหล่านี้จะมีประโยชน์ในการให้ร่องรอย เพื่อการสืบสาวเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และให้รายละเอียดเกี่ยวกับอุดมการณ์ ค่านิยม ความรู้สึก ความเชื่อ ตลอดจนความหมายของบุคคลต่างๆ หรือกลุ่มบุคคล

5) การลงพื้นที่ภาคสนาม หรือการลงชุมชนมีความสำคัญในวิจัยเชิงคุณภาพและการศึกษาชุมชน เพราะการลงภาคสนามต้องมีการกำหนดบทบาทที่เหมาะสมของนักวิจัย นักวิจัยต้องวางตัวเหมาะสม และเท่าเทียมกับชุมชน มีการแนะนำตัว มีท่าทีเป็นมิตรกับทุกคน หลีกเลี่ยงคำถามที่ทำให้ชุมชนอึดอัด

โดยสรุปประเด็นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือผู้วิจัยได้เปลี่ยนตัวเองจากผู้วิจัยภายนอกโดยเปลี่ยนให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมเป็นนักวิจัย ในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจอย่างแท้จริง มีการขยายขอบเขตของการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดการพัฒนา ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอก ก่อให้เกิดการพึ่งพิงตนเองในที่สุด มีการสร้างองค์ความรู้ที่ผสมผสานทฤษฎีกับปฏิบัติไว้ด้วยกัน ความรู้ที่ชุมชนได้เป็นความรู้ที่ผ่านการลงมือกระทำให้ความเข้าใจจากนามธรรมมาสู่การปฏิบัติ และนำไปสู่การพัฒนาทั้งวิธีการวิจัย ชุมชน ละมุนุย์

4. การจัดการความรู้ (Knowledge Management and Health literacy)

4.1 ความหมายของการจัดการความรู้

สำนักงาน ก.พ.ร. และสถาบันผลิตแห่งชาติ กล่าวว่าจัดการความรู้เป็นกรอบความคิดแบบหนึ่งเพื่อให้องค์กรที่ต้องการจัดการความรู้ภายในองค์กร ได้มุ่งเน้นถึงปัจจัยแวดล้อมภายในองค์กร ที่จะมผลกระทบต่อจัดการความรู้ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การเตรียมการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - เช่น กิจกรรมการมีส่วนร่วมและสนับสนุนจากผู้บริหาร (ที่ทุกคนมองเห็น), โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร, ทีม/หน่วยงานที่รับผิดชอบ, มีระบบการติดตามและประเมินผล, กำหนดปัจจัยแห่งความสำเร็จชัดเจน

2) การสื่อสาร เช่น กิจกรรมที่ทำให้ทุกคนเข้าใจถึงสิ่งที่จะต้องกระทำ, ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับทุกคน, แต่ละคนจะมีส่วนร่วมได้อย่างไร

3) กระบวนการ และเครื่องมือ ช่วยให้การค้นหา เข้าถึง ถ่ายทอด และแลกเปลี่ยนความรู้สะดวกรวดเร็วขึ้น โดยการเลือกใช้กระบวนการและเครื่องมือ ขึ้นกับชนิดของความรู้, ลักษณะขององค์กร (ขนาด, สถานที่ตั้ง ฯลฯ), ลักษณะการทำงาน, วัฒนธรรมองค์กร, ทรัพยากร

4) การเรียนรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญและหลักการของการจัดการความรู้ โดยการเรียนรู้ต้องพิจารณาถึง เนื้อหา, กลุ่มเป้าหมาย, วิธีการ, การประเมินผล และปรับปรุง

5) การวัดผล เพื่อให้ทราบว่าผลการดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่, มีการนำผลของการวัดมาใช้ในการปรับปรุงแผนและการดำเนินการให้ดีขึ้น, มีการนำผลการวัดมาใช้ในการสื่อสารกับบุคลากรในทุกระดับให้เห็นประโยชน์ของการจัดการความรู้ และการวัดผลต้อง

พิจารณาด้วยว่าจะวัดผลที่ขึ้นตอนไหนได้แก่ วัดระบบ (System), วัดที่ผลลัพธ์ (Out put) หรือวัดที่ประโยชน์ที่จะได้รับ (Out come)

6) การยกย่องชมเชยและให้รางวัล เป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกระดับ โดยข้อควรพิจารณาได้แก่ ค้นหาความต้องการของบุคลากร, แรงจูงใจระยะสั้นและระยะยาว, บูรณาการกับระบบที่มีอยู่, ปรับเปลี่ยนให้เข้ากับกิจกรรมที่ทำในแต่ละช่วงเวลา

4.2 รูปแบบการจัดการความรู้

รูปแบบการจัดการความรู้ ในการจัดการความรู้ นั้น ความรู้ที่จะจัดการสามารถแยกประเภทได้เป็น 2 ส่วน คือ ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในรูปแบบที่เป็นเอกสาร หรือ วิชาการ อยู่ในตำรา คู่มือปฏิบัติงาน ส่วน ความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่แฝงอยู่ในตัวคน เป็นประสบการณ์ที่สั่งสมมาช้านาน เป็นภูมิปัญญา การเก็บความรู้ประเภทนี้ต้องมีการสกัดความรู้โดยใช้เรื่องเล่าแล้ววิเคราะห์ออกมาให้เป็นองค์ความรู้ที่ชัดแจ้งแล้วจึงนำไปจัดเก็บให้อยู่ในรูปแบบเอกสาร ในชีวิตจริงความรู้ 2 ประเภทนี้จะเปลี่ยนสถานภาพสลับปรับเปลี่ยนไปตลอดเวลาบางครั้ง Tacit ก็ออกมาเป็น Explicit และบางครั้ง Explicit ก็เปลี่ยนไปเป็น Tacit

รูปแบบการจัดการความรู้ในประเทศไทย มีหลากหลายรูปแบบด้วยกันแต่การนำมาใช้นั้นองค์กรต่างๆ ก็มีการประยุกต์ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับองค์กรของตัวเองในครั้งนี้จะกล่าวถึงรูปแบบการจัดการความรู้ที่ได้รับความนิยมในประเทศไทย 2 รูปแบบ คือ 1.Tuna Model 2.Xerox Model และอีก 1 รูปแบบที่จะกล่าวถึงเป็น Model ที่น่าสนใจที่คิดค้นและพัฒนาโดยคุณณัฐพล ไร่ไพ คือ I-cando Model โดยมีรายละเอียดของแต่ละรูปแบบดังนี้

4.2.1 รูปแบบปลาหู แนวคิดรูปแบบการจัดการความรู้ ของ สคส.ในรูปแบบปลาหู นั้น มีแนวคิดที่ว่า ปลาหู 1 ตัวมีการแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ซึ่งจะอธิบายว่าแต่ละส่วนคืออะไรมีความสำคัญอย่างไร

1) เป้าหมาย (ส่วนหัวปลา) หรือ KV (Knowledge Vision) ส่วนหัวที่ทำหน้าที่มองหาเส้นทางที่เดินทางไป แล้วคิดวิเคราะห์ว่า จุดหมายอยู่ที่ไหนต้องวางแบบใดไปในเส้นทางไหน และไปอย่างไร ในที่นี้เราจะเปรียบเทียบ เป็น การบ่งชี้ความรู้ (Knowledge Identification) ก่อนที่เราจะทำงานอะไรซักอย่างเราต้องรู้ก่อนว่าเราต้องการอะไร จุดหมายคืออะไร และต้องทำอย่างบ้างส่วนกิจกรรม (ตัวปลา) หรือ KS (Knowledge Sharing)

2) คือ ส่วนลำตัวที่มีหัวใจของปลาอยู่ทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ในที่นี้เราจะเปรียบเทียบ เป็น การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge Sharing) คือ

เราจำเป็นต้องสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้เพื่อให้คนเข้ามาแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันส่วน การจดบันทึก (หางปลา)

3) คือ หางปลา ทำหน้าที่เป็นแรงผลักดันให้เกิดการเคลื่อนที่ไป เปรียบเสมือนการเข้าถึงความรู้ (Knowledge Access) หรือ คลังความรู้ ที่ได้จากการเก็บสะสม ความรู้ที่มาจากการแลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่งความรู้เหล่านี้อาจอยู่ในรูปแบบเอกสารหรือ คู่มือต่างๆ

โดยทุกส่วนนั้นมีความสำคัญ และ เชื่อมโยงถึงกันเพื่อให้การจัดการความรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหากส่วนใดที่ทำแล้วบกพร่องหรือไม่ชัดเจนก็จะส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ ตามมา ด้วย

4.2.2 รูปแบบของ ซีร็อกซ์ โมเดลแนวคิดในการจัดการความรู้ของ บริษัท ซีร็อกซ์ มีองค์ประกอบด้วย 7 ส่วนหรือ 6 ขั้นตอนได้แก่ เป้าหมาย การยกย่องชมเชยและการให้รางวัล การวัดผล การเรียนรู้ การเตรียมการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสาร กระบวนการและ เครื่องมือ

4.2.3 ผลลัพธ์

ประกอบด้วย การประเมินสมรรถนะการเรียนรู้ของผู้เรียน (Competency) 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ (Knowledge) พิจารณาจากผลการประเมินตนเองของนักศึกษา (Knowledge assessment) ด้านทัศนคติ (Attitude) พิจารณาจากผลการประเมินทัศนคติของนักศึกษา (Attitude assessment) และด้านทักษะ (Skill) พิจารณาจากผลการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ นักศึกษา (Performance assessment)

4.3 ความฉลาดทางด้านสุขภาพ (Health literacy) (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2554)

ความฉลาดทางสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขศึกษา (Rootman, 2002) หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งคอน นัทบีม (Nutbeam D., 2000) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและ ใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน สุขศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (communication activities) ทั้งนี้เนื่องจากการ ดำเนินงานสุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพโดยตรง

“ความฉลาด” มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยตรงและการเรียนรู้เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพโดยศึกษาพัฒนาการ คำนิยามและความหมาย ทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับ คุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพชัดเจนขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัย คุณลักษณะเหล่านี้ในการออกแบบกระบวนการดำเนินงาน (intervention) และสร้างแนวทางพัฒนา ในด้านต่างๆ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อลด ข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการเรียนรู้ในการ

พัฒนา “ความฉลาด” ให้เกิดขึ้น ซึ่งอาจจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพได้ดังนี้

1) กลุ่มประชาชนที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations) ประชาชนกลุ่มนี้ ได้แก่ บุคคลที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือ ไม่ได้หรือพูดไม่ได้ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาต่ำกว่าปกติ รวมทั้งมีปัญหาในการใช้ภาษาหลักและภาษาท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัด และอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้เช่น คนที่เรียนหนังสือ น้อย คนพิการ เด็กเล็ก คนชรา คนต่างชาติคนอพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

2) กลุ่มประชาชนที่มีความฉลาดต่ำ (low-literacy populations) ประชาชนกลุ่มนี้ ข้อจำกัดและอุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานสำหรับ การเรียนรู้มีน้อย แต่ขาดความตระหนักและละเลยการเอาใจใส่ในการ เรียนรู้ทำให้การดูแลเรื่องสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ มาตามนัด หลงลืมง่าย คนที่ไม่ชอบถาม คนขี้อาย คนพูดเสียงเบา คนที่บอกอะไร ไม่ค่อยได้หรือเล่าลำดับ ความไม่ถูกต้องที่ไม่ช่างสังเกตกรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม ตกหล่นไม่ครบถ้วน เป็นต้น

3) กลุ่มประชาชนทั่วไป (general populations) ประชาชนกลุ่มนี้เป็นประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีความสามารถและสร้างโอกาสในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีโดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้อาติสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เครียด ระวังอารมณ์รุนแรงไม่ได้มาแล้วจับจี้รถกินอาหารตามใจปากเที่ยวหญิงขายบริการ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกัน โรคฯลฯ ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป้องกันได้เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4) กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (health provider groups) กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพมีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีส่วนสำคัญในปฏิบัติการต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ บุคคลกลุ่มนี้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ครูอนามัย โรงเรียนครูสุศึกษา รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขด้านต่างๆ หากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ละเลยการเอาใจใส่ในการสื่อสารกับผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับด้อยภูมิเกิดผลกระทบ โดยตรงกับประสิทธิภาพของการให้บริการ อาทิทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพราะอ่านคำแนะนำที่หมอเขียนไม่ออก ไม่เข้าใจ คำแนะนำที่พยาบาลอธิบาย ฯลฯ เมื่อกล่าวถึงคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของแคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System: CERIS(1999) ชี้ว่าควรประกอบด้วย ทักษะสำคัญ 6 ประการคือ (1) ทักษะด้านตัวเลข หรือ quantitative (2) ทักษะ

ด้านเหตุและผลที่พิสูจน์ได้หรือscientificliteracy (3) ทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ หรือ technologicalliteracy (4) ทักษะความเข้าใจทางวัฒนธรรม หรือ cultural literacy (5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ หรือmedialiteracyและ(6) ทักษะการใช้อุปกรณ์และเครื่องคอมพิวเตอร์หรือ computer literacyการกำหนดคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพอาจสะท้อนได้จากมาตรฐานสุขภาพระดับชาติ(The National HealthEducation Standards: NHES) ซึ่งกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษาของสหรัฐอเมริกาซึ่งกำหนดคุณลักษณะ 8 ประการที่ต้องการให้ผู้เรียนมีพัฒนาการไปตามช่วงชั้น ประกอบด้วย(1)มีความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อให้มีสุขภาพดี (2) มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาทิครอบครัว เพื่อน วัฒนธรรม สื่อ เทคโนโลยีฯลฯ (3) มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม (4) มีทักษะในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ (5) มีทักษะในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ (6) มีทักษะในการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพ (7) มีทักษะในการ แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ และ(8) มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพทั้งกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมจากการทบทวนองค์ความรู้และการศึกษาของกองสุขภาพพบว่าคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการดังนี้(1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) (2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) (4) ทักษะการตัดสินใจ (decisionskill) (5)การรู้เท่าทันสื่อ (medialiteracy) และ (6) การจัดการตนเอง (self-management) ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจึงอาศัยการสร้างเสริมคุณลักษณะเหล่านี้เป็นแนวทาง โดยพัฒนาคุณลักษณะแต่ละด้านตั้งแต่ระดับแรก คือความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional healthliteracy ระดับที่สอง ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือcommunicative/ interactive health literacy และระดับที่สาม คือความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรณ์ญาณ หรือ critical health literacy ซึ่งคณะทำงานของกองสุขภาพได้ยกร่างแนวทางการจำแนกระดับการพัฒนาตามคุณลักษณะสำคัญที่กำหนดขึ้นร่วมกับภาคีเครือข่ายสำหรับใช้เป็นแนวทางพัฒนาเครื่องมือการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ แนวทางดังกล่าวได้มาจากการสังเคราะห์คำนิยามและความหมายที่กำหนดขึ้นจากหน่วยงานระดับชาติและรายงานผลการวิจัยที่ผ่านมา โดยยึดหลักการของดอน นัทบิมที่จำแนกคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ซึ่งองค์การอนามัยโลกยอมรับและคณะทำงานถือว่า “การรู้เท่าทันสื่อ”

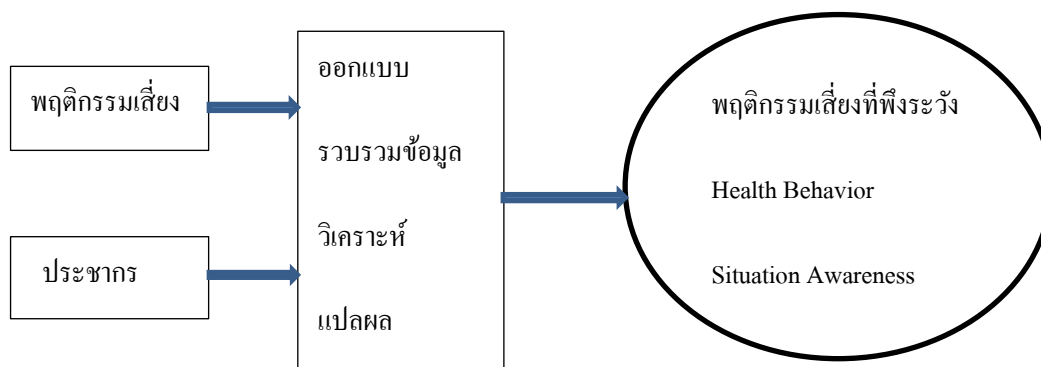
เป็นคุณลักษณะหนึ่งของความฉลาดทางสุขภาพตามที่ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของแคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System: CERIS (1999) กำหนดไว้

5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุขศึกษา, ม.ป.พ.)

5.1 ความหมายของการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

หมายถึง ระบบและกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก ในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดปัญหาและอันตรายต่อสุขภาพหรือนำข้อมูลไปใช้ ในการลดปัจจัยเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพเป็นนวัตกรรมการดำเนินงาน สุขศึกษา ในงานสาธารณสุข โดยการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) ของประชากรในพื้นที่ เป้าหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องตาม ตัวชี้วัดของพฤติกรรมสุขภาพ และเกณฑ์ พฤติกรรมที่กำหนดไว้ เมื่อใดก็ตามที่ข้อมูลที่ศึกษาแสดงให้เห็นระดับความ เสี่ยงที่จะทำให้เกิด ปัญหาสาธารณสุข ก็จะดำเนินงาน สุขศึกษาเชิงรุก (Proactive Health Education) เพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมด้วยรูปแบบและวิธีการ (Intervention) ตามทฤษฎี และ กระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Development Process) ของบุคคล (Individual) ครอบครัว (Family) ชุมชน (Community) และ สังคม (Society) อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการป้องกัน และแก้ปัญหา สาธารณสุขมิให้ขยายขอบเขตหรือ เพิ่มความรุนแรงจนยากที่จะ แก้ไขได้โดยง่าย เป็นการติดตามและศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ (Systematics) และ ต่อเนื่อง (Ongoing) เพื่อแสดงให้เห็นลักษณะแบบแผนพฤติกรรม (Pattern) และระดับความเสี่ยง ของพฤติกรรม สุขภาพตามตัวชี้วัดและเกณฑ์ของพฤติกรรมสุขภาพที่จะทำให้เกิดปัญหา สาธารณสุข (Awareness) กรอบแนวคิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

5.2 กรอบแนวคิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ



5.3 แนวทางการรวบรวมข้อมูลการเฝ้าระวังทางสาธารณสุข วิธีการรวบรวมข้อมูลการเฝ้าระวังทางสาธารณสุขมีวิธีการที่แตกต่างกันตามความต้องการ ตามวัตถุประสงค์ ลักษณะการเกิดโรค หรือแหล่งของข้อมูล จำแนกตามวิธีการได้มาของข้อมูล ดังนี้

- 1) Passive surveillance
 - hospital-based
 - routine report
- 2) Active surveillance
 - searching for data
 - expensive resources
- 3) Sentinel surveillance
 - report of selected health event by selected area passive and active
- 4) Surveillance base on secondary data analysis
- 5) Special surveillance surveys and investigations

5.4 ระบบเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในประเทศไทย

- 1) Actions = Comprehensive Chronic Disease Prevention in Thailand
- 2) Chronic Disease (ป่วย ตาย พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม)
 - Ischemic Heart Disease
 - Stroke
 - Hypertension
 - Diabetes
 - Cancer
 - Injury
- 3) Surveillance information system = Major supporting system for comprehensive

Chronic Disease Prevention **Policies** in Thailand

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกของประเทศไทยในขณะนี้ จากที่ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดดังนี้

1) การศึกษาของ จริญญา จันทร์เพ็ญ จอม สุวรรณ โณ และทัศนีย์ เสมียนเพชร. (2553). ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคโคโรนาไวรัสของผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการทบทวนความรู้ว่าเป็นระบบ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนาไวรัสในผู้หญิงสามารถจำแนกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยหลัก 6 ปัจจัยได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อายุ ระดับไขมันคลอเรสเตอรอลสูง ระดับไขมัน เอชดีแอลต่ำ และการสูบบุหรี่ และ 2) ปัจจัยเสี่ยงรองมี 4 ปัจจัยคือ น้ำหนักตัวเกิน การทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวน้อย ระดับไขมัน ไตรกลีเซอไรด์สูง และการดื่มแอลกอฮอล์

2) จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, พรชัย สติธิปัญญา และจามรี ไตรจันทร์. (2557). ได้ทำการศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้าภายหลังโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดพัทลุงโดยทำการศึกษาภาคตัดขวาง พบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 2.21 ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95; 95% CI 0.0017 ถึง 0.0028 และมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี สูบบุหรี่ และเป็นเพศชาย ซึ่งจะเห็นได้ว่า ความดันโลหิตสูง ภาวะสูงอายุ การสูบบุหรี่ และเพศชาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง

3) กนกศรี อัสวสันติ. (2553). ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาและไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 ทั้งหมด 130 ราย เป็นชาย 57 ราย เป็นหญิง 22 ราย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ โรคไตวายเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยทุกรายมีอาการแสดงคือเจ็บแน่นหน้าอก ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 79 ราย และไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 51 ราย สาเหตุที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเนื่องจากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก นานกว่า 12 ชั่วโมง นอกนั้นเป็นกลุ่มที่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ผ่านการช่วยฟื้นคืนชีพนานกว่า 10 นาที มีประวัติเลือดออกในสมอง และระบบทางเดินอาหาร อายุมากกว่า 60 ปี

4) จากบทคัดย่อของ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกนกพร แจ่มสมบูรณ์. (ม.ป.พ.). ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโรคหัวใจโดยการจัดการความรู้ ทางการพยาบาลตามกรอบการจัดการความรู้ของซีร็อก โมเดล ผลจากการความรู้การพยาบาลโรคหัวใจคือเกิดกลุ่มพยาบาลจิตอาสา รวมทั้งผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นแกนนำจิตอาสาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานดูแล ให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ มีความสามารถในการพัฒนาทักษะ ศักยภาพในการวิเคราะห์สถานการณ์ในบริบท

ของตนเอง และการวางแผนพัฒนาโดยจัดตั้งทีมพยาบาลวิชาชีพ ประสานการดูแลร่วมกับกลุ่มสหวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจในโรงพยาบาลและพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วย ประชาชน มีความรู้ เข้าใจ และสามารถจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการโรคหัวใจ รวมทั้งทำให้ประชาชนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรคและอุบัติการณ์โรคหัวใจได้เป็นอย่างดี

5) จากบทคัดย่อของ วิไลวรรณ นุชศรี.(ม.ป.พ.). ได้ศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมโมเดลหลอดเลือดหัวใจตีบที่ประดิษฐ์ขึ้น ประกอบการสอนให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบ ก่อนหลัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนหลังสอนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังการสอนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการป้องกันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการใช้สิ่งประดิษฐ์ โมเดลหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถนำไปใช้ประกอบการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้เป็นอย่างดี

6) นิตยา พันธุ์เวช และหทัยชนก ไชยวรรณ.(2558). รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง พบว่า ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 58,681 คนหรือเฉลี่ย ชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากหัวใจขาดเลือด จำนวน 18,097 เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คนคิดเป็นอัตราการตายของโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร

7) Nattachet Plengvidhya et al. (2006). ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ทำการศึกษา 3.5 % เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic Stroke ปัจจัยร่วมที่สำคัญคือมีอายุมากกว่า 60 ปี และมีความเสื่อมมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ปัจจัยอื่นๆได้แก่ เพศชาย, มีภาวะความดันโลหิตซิสโตลิกสูงมากกว่า หรือเท่ากับ 140 mmhg.มีการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด ยาลดไขมันในเลือด และยา Aspirin ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน อาชีพ การศึกษา, การสูบบุหรี่, BMI, การดื่มแอลกอฮอล์, ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก, การใช้ยาลดความดันโลหิต หรือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยอินซูลิน ค่า Lipid Profile และค่า liver function test

8) นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ. (2559). ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อศึกษาระยะเวลาตัดสินใจมารับการรักษาและอำนาจทำนายของปัจจุบันคัดสรรต่อระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าผู้ป่วยใช้เวลาตัดสินใจมารับการรักษา เฉลี่ย 90.24 นาที อายุ

เพศ และการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะของอาการที่เกิด ระยะเวลาที่คาดว่า การเจ็บป่วยจะดำเนินไป และด้านความสามารถในการควบคุมรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ สัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษา ในขณะที่ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดภายหลังการเจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r=.224, p<.05$) ได้ให้ข้อเสนอแนะ แก่พยาบาลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด โรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อให้สามารถประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้อย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และ ตัดสินใจมารับการรักษาถูกต้องทันเวลา

9) ธวัช ชาอุชยานนท์, ปิยวรรณ สุวรรณวงศ์ และศศิกันต์ นิมมานรัชต์.(2554).ได้ ทำการศึกษาผลของการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ในโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งหมด 887 ราย เพศชาย 553 ราย เพศหญิง 334 ราย อายุระหว่าง 10 เดือนถึง 93 ปี ผู้ป่วย 686 รายได้รับการ เฝ้าระวังก่อนได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่าโรคประจำตัวที่เรียกทิม CPR มากที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุที่เรียกทิมมากที่สุดคือ ภาวะติดเชื้ในกระแสเลือด รองลงมาคือ กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขึ้นพื้นฐานภายใน 1 นาที ร้อยละ 97.6 และได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขึ้นสูงภายใน 4 นาที ร้อยละ 89.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแลเฝ้าระวังก่อนหน้าเรียกทิม CPR สัมพันธ์กับการรอดชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น และพบปัจจัยการ ช่วยชีวิตขึ้นพื้นฐานภายใน 1 นาที และช่วยฟื้นคืนชีพขึ้นสูงภายใน 4 นาที มีผลต่อการรอดชีวิต สูงขึ้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและ มะเร็ง ส่วนปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต

10) รุจาดา สารจิต และ วราลี อภินิเวศ. (2555). การศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มี หัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือหยุดหายใจเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล ร้อยละ 30-40 ได้รับการนำส่งโดยญาติคิดเป็นร้อยละ 66.2 นำส่งโดยหน่วยกู้ชีพร้อยละ 29.2 และนำส่งโดยหน่วย อื่นๆ ร้อยละ 4.6 และอ้างถึง การศึกษาของมธุรส บุรณศักดิ์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นที่ศึกษา อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือหยุดหายใจนอกโรงพยาบาลและได้รับการ ช่วยฟื้นคืนชีพตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ มีมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิต เมื่อเปรียบเทียบอัตราการ รอดชีวิตระหว่างกลุ่มที่ช่วยโดยแพทย์ หรือบุคลากรอื่น ไม่มีความแตกต่างกัน

11) ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศศิธร ยิ่งแรงแรง และศุภลักษณ์ ศรีธัญญา.(2557).ได้ศึกษา ลัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี พบว่ากลุ่มเสี่ยงได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 14 รายการ ได้แก่ อาสาสมัครหมู่บ้าน แพทย์ พยาบาล เกษีกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น เพื่อน บุคคลในครอบครัว หอกระจายข่าว หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ อินเทอร์เน็ต โปสเตอร์ ใบปลิว และโทรทัศน์ โดยสื่อที่ได้รับมากที่สุดคือแหล่งข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ ร้อยละ 43.3 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 34.2 และพยาบาล ร้อยละ 24.6 สำหรับข้อมูลที่ได้รับน้อยที่สุดได้แก่ อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 58.6 อาการปากเบี้ยว คิดเป็นร้อยละ 70.6 และอาการพูดไม่ชัด พูดไม่ได้ พูดตะกุกตะกัก ฟังคำพูดไม่เข้าใจ คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยร้อยละ 90.9 ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจดบันทึกอาการเตือน เมื่อเริ่มมีสัญญาณเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 82.9 ไม่เคยทราบเบอร์โทรศัพท์ หมายเลข 1669 ในการติดต่อรถฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือนำส่งโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูงได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเตือนของภาวะหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ

12) ญันท์ วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ.(2559). ได้ศึกษารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ เป็นการให้ความรู้โดยสื่อที่ผลิตขึ้นซึ่งประกอบด้วย 1) สื่อวีดิทัศน์ ความยาว 10.45 นาที ใช้คำบรรยายเป็นภาษาถิ่นภาคเหนือ 2) โปสเตอร์สรุปสาระสำคัญ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) แผ่นแม่เหล็กติดตู้เย็นแสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75 ขึ้นไปเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับเนื้อหา ภาพ เสียงของสื่อวีดิทัศน์ จากการใช้รูปแบบการสอนดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) และอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อจำแนกเป็นรายข้อกลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่าร้อยละ 70

13) ธวัชชัย แต่้ประยูร.(2550). ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุ่น อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาทโดยระเบียบวิธีทดลองกลุ่มเดียวกัน โดยวัดก่อน และหลังดำเนินการ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดจากญาติ ร้อยละ 79.1 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 77.5 และได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 72.9 และพบว่าก่อนดำเนินการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำ และหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่

สามารถนำไปพยากรณ์ในการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดคือดัชนีมวลกาย จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพประชาชน เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วย

14) ชาญวิทย์ จิตพัฒนานนท์. (2553). ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ กรณีศึกษาชุมชนหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมร่วมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ A-I-C โดยจัดประชุมโดยใช้เวลา 2 วันกับผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผลการศึกษาพบว่า ขึ้นตอน A กลุ่มสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถสะท้อนภาพระหว่างอดีต และปัจจุบัน สามารถวิเคราะห์สาเหตุปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน ส่วนขึ้นตอน I กลุ่มสามารถร่วมกำหนดแนวทางในการพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพ สามารถร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางแก้ไข ยอมรับฟังกันด้วยเหตุผล และขึ้นตอน C กลุ่มสามารถเขียนแผนปฏิบัติการ และร่วมกำหนดแนวทางตามแผน จากการประเมินพบว่าชุมชนมีความพึงพอใจ สามารถนำกระบวนการนี้ไปปรับใช้กับประชาชนทั่วไป หากทำในระดับหมู่บ้านไม่ควรใช้เวลาเกิน 1 วัน เพื่อสอดคล้องกับความเป็นอยู่ของชุมชน

15) วัชรก้องแก้ว และคณะ. (2552). ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม ราชบุรี โดยระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง มีเกณฑ์การคัดกรอง และประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจน เน้นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็วเหมาะสม ผลการศึกษาพบว่าหลังการดำเนินงาน อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง จากร้อยละ 3.05 เป็นร้อยละ โรคทางอายุรกรรมของผู้ป่วยอาการที่ต้องเฝ้าระวังคล้ายคลึงกันมาก ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดตามลำดับ ความพึงพอใจของญาติเพิ่มขึ้น จากปี 2551 ร้อยละ 80.66 เป็น 85.54 ในปี 2552 ผลสำเร็จครั้งนี้เกิดจากการร่วมมือร่วมแรง ร่วมใจที่ดีของบุคลากรในหน่วยงาน มีส่วนร่วมในการพัฒนางานและใช้กระบวนการคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

16) เจริญชัย หมั่นห่อ. (2556). ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมพบว่า กระบวนการนี้ทำให้ทุกคนเคารพในความสามารถของคนอื่น เป็นการสร้างโอกาสให้คนมีความสามารถได้แสดงศักยภาพที่ตนมีอยู่ออกมาให้คนอื่นทราบ เปิดโอกาสให้คนคิดได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน สร้างความตระหนัก เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น แสดงความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ในตัว

ในการที่จะร่วมวิเคราะห์ปัญหา ของชุมชน หาวิธีการในการแก้ไขปัญหาของชุมชน จัดลำดับความสำคัญตามความเร่งด่วนของปัญหา และความต้องการของชุมชน ความพร้อม ศักยภาพชุมชน เพื่อวางแผนแก้ปัญหาต่อไป ซึ่งกระบวนการต่างๆทางกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ทุกคนจะร่วมรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง

17) จุฑารัตน์ ชมพันธ์. (2555). ได้ศึกษาการวิเคราะห์หลักการมีส่วนร่วมใน “ The Public Participation Hand book: Making Better Decisions through Citizen Involvement “ ผู้เขียนเห็นด้วยกับประเด็นที่ว่าเป็นการยากที่จะนิยามคำว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีประสิทธิภาพ ให้ชัดเจนเนื่องจากความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการพัฒนาใดๆย่อมแตกต่างกัน และทำให้ทุกฝ่ายยอมรับในสิ่งเดียวกันย่อมเป็นการยาก จากเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องจึงให้คำนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพดังนี้

- (1) กระบวนการมีส่วนร่วมต้องเกิดขึ้นก่อนที่การตัดสินใจของผู้มีอำนาจจะเกิดขึ้น
- (2) กระบวนการมีส่วนร่วมต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมายอย่างชัดเจน
- (3) กระบวนการตัดสินใจที่ประกอบด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริงและเหมาะสมทุกขั้นตอน
- (4) กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการตัดสินใจนั้นๆในทุกภาคส่วนอย่างเหมาะสม ครอบคลุม
- (5) กระบวนการมีส่วนร่วมควรประกอบด้วยเทคนิคการมีส่วนร่วมที่หลากหลายมีความเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกัน
- (6) กระบวนการมีส่วนร่วมต้องโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และการสื่อสารต้องเป็นแบบสองทาง
- (7) ข้อเสนอที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมต้องเปิดเผยสามารถติดตาม และตรวจสอบได้ และหากข้อเสนอแนะเหล่านั้น ไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจขั้นสุดท้ายต้องมีคำอธิบายที่เหมาะสมจากผู้มีอำนาจตัดสินใจ ซึ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนประกอบด้วย ระดับการให้ข้อมูล ระดับการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ระดับการปรึกษาหารือ ระดับการสร้างความร่วมมือ ระดับการร่วมดำเนินการ และระดับการควบคุมโดยประชาชนซึ่งเป็นระดับสูงสุด

18) ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์หลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกับการมาถึงโรงพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับ

อาการของคอร์ดี และคณะ โดยการเลือกกลุ่มเฉพาะเจาะจง ได้แก่ผู้นำส่งโรงพยาบาลจำนวน 76 คน ผู้นำส่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ ระหว่าง 41-60 ปี ส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้ป่วย เช่นคู่สมรส หรือ บุตร ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ คืออาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรงทันทีทันใด เป็นอาการที่พบมากที่สุด และทำให้ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล บางรายมีมากกว่า 1 อาการ และ นำส่งโดยรถส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 61.84 รถบริการสาธารณะ ร้อยละ 42.11 และรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 5.26 การมาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลันใช้ เวลาเฉลี่ย 95.29 นาที ผู้นำส่งใช้เวลาในการตัดสินใจนำส่งเฉลี่ย 45.14 นาที การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่งถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทำให้เข้ารับการรักษาเร็วขึ้น ส่วนปัจจัยด้านอายุ การศึกษารายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำส่งโรงพยาบาล

19) ทวีวรรณ ชาลิเครือ.(2554). ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉิน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉิน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมี 3 องค์ประกอบคือ 1) ด้านโครงสร้าง กลไก บริบทของชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนที่ห่างไกล และเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คนในชุมชนมีความเกื้อกูลกัน มีกระบวนการการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินภายใต้กระบวนการทัศน์หน้าที่ และกระบวนการทัศน์การให้ความหมาย ส่วนใหญ่ผู้ที่ดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นคนในครอบครัว คนที่เกี่ยวข้องเป็นนักปฏิบัติ ที่ปรึกษาและนักวิจัยในชุมชนซึ่งมีการตกลงร่วมกันด้านการวางแผน การจัดการ และการพัฒนาอาสาสมัครฉุกเฉินบนฐานข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินและความต้องการของชุมชน องค์กรที่รับผิดชอบเป็นองค์กรที่ก่อตั้งขึ้นในชุมชน ส่วนภาครัฐเป็นองค์กรที่สนับสนุนด้านวิชาการ สถานที่ และ สื่อมวลชนเดียว การจัดการอาสาสมัครฉุกเฉิน 2) ด้านการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉินเป็นการบูรณาการกระบวนการทัศน์หน้าที่ และกระบวนการให้ความหมาย ชุมชนได้สรรหาอาสาสมัครฉุกเฉินด้วยชุมชนเอง คือ คัดเลือก ประเมิน เลือกลงงาน และกำหนดหน้าที่ให้เหมาะสมกับคนที่อาสา จากคนที่เกี่ยวข้องในชุมชน สำหรับการดำรงรักษาอาสาฉุกเฉิน ชุมชนได้จัดการร่วมกับภาครัฐ พัฒนาศักยภาพอาสาฉุกเฉิน สร้างแรงจูงใจด้วยการสนับสนุนค่าดำเนินการและการให้ความสำคัญต่ออาสาสมัครด้วยการประกาศเกียรติคุณ 3) ด้านการประเมินผลการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉิน ให้ความสำคัญต่อกระบวนการมากกว่าการวัดผลการอาสาฉุกเฉิน ผลการประเมินจึงเป็นแนวทางเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ และดำเนินการประเมินโดยอาสาสมัคร ประชาชน และองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดการเรียนรู้ ร่วมมือกันสร้างแนวทางใหม่ใน

การจัดการอาสาสมัครฉุกเฉิน และทำให้นักวิจัยชุมชน และนักปฏิบัติเชื่อมั่นในการจัดการตนเองมากขึ้น จึงควรนำผลที่เกิดขึ้นใหม่ไปขยายผลในพื้นที่ที่มี บริบทคล้ายคลึงกัน และควรนำไปกำหนดนโยบายการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉินในพื้นที่ชนบทห่างไกลต่อไป

20) ชื่นชม ฤาชา .(2556). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วมักเกิดผลกระทบต่อการทำงานด้านต่างๆของร่างกาย ก่อให้เกิดความบกพร่อง และมีความสูญเสีย ต่างๆตามมา กระบวนการรักษาฟื้นฟูจึงสำคัญอย่างมาก เพื่อลดการสูญเสีย ช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของอวัยวะตามมา

21) สิริรภา อินทร์จันทร์ .(2554). ได้ศึกษากระบวนการกองทุนสุขภาพตำบลในชุมชน กรณีศึกษา: อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ลักษณะการจัดกองทุนเป็นการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมในการดำเนินงานต่างๆ โดยจะเน้นการดำเนินงานด้านป้องกันควบคุมโรคมากที่สุด แต่สนับสนุนด้านบำบัดรักษาตามภูมิปัญญาท้องถิ่นน้อยที่สุด

22) ทศนีย์ พานพรม. (2557). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีความเห็นว่ากองทุนสุขภาพตำบลเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายโดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในระดับปฐมภูมิเน้นการทำงานเชิงรุก และเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ร่วมวางแผนแก้ไข ปัญหาสุขภาพตามลำดับความสำคัญแต่ต้องที่ส่วนร่วมกับการกำหนดแผนการใช้จ่ายและทำให้เห็นที่มาของรายรับรายจ่าย การรับรู้ประโยชน์ และคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำ มีผลต่อการดำเนินงานกองทุน

23) โพนชัย ครองยุทธ. (2545). ได้ศึกษาศักยภาพพนักงานกู้ภัยสาธารณะในเขตเทศบาล นครขอนแก่น พบว่ากลุ่มกู้ภัยสาธารณะพบปัญหาอุปสรรคด้านการดำเนินงาน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่การขาดงบประมาณ ตลอดจนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ จึงให้ข้อเสนอแนะในการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เพราะระบบการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินต้องการสนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อใช้ในการส่งเสริมกิจกรรม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Research) เพื่อศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลบ้านดง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินของคนในชุมชน ปัญหา อุปสรรค และระบบการดูแลผู้มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วไป และปัญหาการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม กับผู้แทนทั้ง 4 องค์กรหลักในชุมชน แล้วนำมาวิเคราะห์ หาสาเหตุ ปัจจัย ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพตลอดจนผลกระทบต่างๆ เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน และสะท้อนข้อมูลกลับคืนสู่ชุมชนผ่านเวทีประชาคมระดับตำบล เพื่อร่วมกันกำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลบ้านดง

1. ผู้ให้ข้อมูล และผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมกระบวนการศึกษาประกอบด้วยผู้แทนจาก 4 องค์กรหลักในพื้นที่จำนวน 50 คน ได้แก่

- 1) ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง ได้แก่ นายกองจัดการบริหารส่วนตำบลบ้านดง ผู้แทนสภาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง และผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นจำนวน 3 คน
- 2) ผู้นำองค์กรท้องถิ่น คือ กำนัน และ ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 15 คน
- 3) ผู้แทนจากสถานบริการสุขภาพ คือ ผู้แทนจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 3 คน ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง จำนวน 1 คน และ ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำปลาหลาย จำนวน 1 คน รวม 5 คน
- 4) ผู้แทนภาคประชาชน จำนวน 27 คนประกอบด้วย ผู้แทนกลุ่มอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน 2 คน ผู้แทนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน และผู้แทนกลุ่มประชาชนทั่วไป ประชาชนชาวบ้าน 4 คน พระภิกษุ 1 รูป คน รวมถึง กลุ่มผู้เคยใช้บริการ ได้แก่กลุ่ม

ผู้ป่วยที่เคยผ่านภาวะวิกฤตฉุกเฉินของชีวิต เช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 5 คน

2. พื้นที่ทำการศึกษ

พื้นที่ทำการศึกษครั้งนี้ ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 15 หมู่บ้าน ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดงอำเภอ อุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แนวทางสนทนากลุ่ม และ ดังนี้

3.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งสิ้น 3 ชุด ได้แก่

3.1.1 ชุดที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ นายกององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง ผู้แทนสภาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง และผู้รับผิดชอบงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ด้านผู้นำละการบริหาร

ส่วนที่ 2 ศักยภาพของทีมและหน่วยปฏิบัติการ ประเด็นคำถามประกอบด้วยลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน บทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน การพัฒนาศักยภาพ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การได้รับทุนสนับสนุน งบประมาณ ความเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการทุน งบประมาณ

ส่วนที่ 3 งานวิธีการทำกิจกรรม กระบวนการต่างๆ ประเด็นคำถามประกอบด้วย การจัดการคน การจัดการทรัพยากรและทุน การจัดการข้อมูล ระบุธรรมชาติหน้าที่ของแกนนำ สมาชิก องค์กรที่เกี่ยวข้อง การเชื่อมโยงทรัพยากรและกลุ่ม องค์กรอื่นในชุมชน ผลผลิต ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากกระบวนการทำงาน ความคาดหวังในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 4 ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พบบ่อย และเป็นปัญหาในชุมชน ประเด็นคำถามประกอบด้วย ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พบบ่อยในชุมชน บทบาทการดูแลตนเองของครอบครัว ชุมชนเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน บทบาทของชุมชนในการช่วยเหลือกันเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด บุคคลในชุมชนที่ประสบภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยโรคระบบหัวใจและ

หลอดเลือด ความคาดหวังเกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

3.1.2 ชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตำบลบ้านดง ได้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ด้านการฝึกอบรม และการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ศักยภาพของชุดปฏิบัติการ และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ประเด็นคำถามได้แก่ ลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน บทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน แนวทางการแก้ไขปัญหา และการพัฒนาศักยภาพ

ส่วนที่ 3 งานกระบวนการ ประเด็นคำถาม ประกอบด้วย ลักษณะ ขั้นตอน และวิธีการดำเนินงาน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และบทบาทหน้าที่ ผู้ได้รับผลกระทบ ผลลัพธ์ ความคาดหวัง

3.1.3 ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่ กลุ่มแกนนำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลประจำหมู่บ้าน พยาบาลประจำตำบล กลุ่มอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้แทนผู้เคยใช้บริการ ผู้แทนประชาชน ปราชญ์ชาวบ้าน แบ่งออกเป็น 4 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ระบบการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 ลักษณะการเจ็บป่วย และการใช้บริการด้านสุขภาพของคนในชุมชน ประเด็นคำถามประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง สิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน แนวทางการจัดการด้านสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด วิธีการป้องกันรักษา แนวทางการจัดการปัญหา และบทบาทหน้าที่ผลลัพธ์ในการแก้ปัญหาสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ระบบอาสาสมัครในชุมชน ประเด็นคำถามประกอบด้วย ระบบอาสาสมัครในชุมชนเป็นอย่างไร มีบทบาทหน้าที่ ลักษณะการได้มาของอาสาสมัคร ความคาดหวังต่ออาสาสมัคร และผลลัพธ์ของการดูแลด้านสุขภาพของอาสาสมัคร

ส่วนที่ 4 ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับลักษณะปัญหา ข้อขัดแย้งในชุมชน บุคคลสำคัญในการแก้ปัญหาวิธีการจัดการ ลักษณะกลุ่ม แกนนำ คนเก่งในการพัฒนา แหล่งสนับสนุน ความสำเร็จจากการมีส่วนร่วม และปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ

3.2 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนตำบลบ้านดง

ประเด็นคำถามประกอบด้วย ลักษณะ สภาพการณ์การเจ็บป่วย และระบบการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ผลลัพธ์การแก้ปัญหา ระบบบริการ การให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา ผลลัพธ์ในการแก้ปัญหา ขั้นตอน และ แผนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

3.3 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับผู้ได้รับผลกระทบ จากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ประเด็นคำถามประกอบด้วย ลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉินของคนในชุมชน ผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน จากอดีตสู่ปัจจุบัน ลักษณะการช่วยเหลือ การจัดการปัญหาและแนวทางการแก้ไขความคาดหวังเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน บุคคลที่ควรมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน และลักษณะการมีบทบาท

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลทุติยภูมิ และข้อมูลปฐมภูมิ ตามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม และ แบบสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลตามคำถามการวิจัย ดังนี้

4.1 ข้อมูลทุติยภูมิ จากทะเบียนรายงานสถิติผู้มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำปลาหลาย

4.2 ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามของผู้ทำการศึกษา ดังนี้

4.2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก

1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คนประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง 1 คน ผู้แทนสภาเทศบาลตำบลโคกสูงจำนวน 1 คน และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจำนวน 1 คน

2) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย จากกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 15 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน

3) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนร่วมสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ ทุนในการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่องค์กรภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ประกอบด้วยผู้แทนจากสถานบริการสุขภาพ จำนวน 5 คน ได้แก่ผู้แทนจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 3 คน ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดง จำนวน 1 คน และ ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำปลาหลาย จำนวน 1 คน และ

4) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ องค์กรประชาชน จำนวน 27 คน ประกอบด้วย ผู้แทนกลุ่มอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน 2 คน ผู้แทนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 10 คน และผู้แทนกลุ่มประชาชนทั่วไป ประชาชนชาวบ้านจำนวน 4 คน พระภิกษุ 1 รูป คน รวมถึง กลุ่มผู้เคยใช้บริการ ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่เคยผ่านภาวะวิกฤติฉุกเฉินของชีวิต เช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 5 คน

4.2.2 จัดเวทีการสนทนากลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวน 1 ครั้ง ในวันที่ 1 มิถุนายน 2559 ณ ที่ทำการกำนัน ตำบลบ้านดง เวลา 10.00 น.ถึงเวลา 11.30 น. โดยมีผู้ร่วมสนทนาทั้งหมด 7 คนประกอบด้วย ผู้แทนกลุ่มผู้นำชุมชน 1 คน ผู้แทนประชาชนทั่วไป 2 คน ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 2 คน ผู้แทนอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนจำนวน 1 คน และ ผู้แทนญาติผู้เคยเจ็บป่วยฉุกเฉิน 1 คน

4.2.3 จัดเวทีการสนทนากลุ่มโดยจัดเวทีสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับระบบการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วไป และโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนตำบลบ้านดง 1 ครั้งในวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2559 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง เวลา 14.00 น. ถึงเวลา 15.30 น. โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 12 คน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ 1 คน ผู้แทนสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน และ ผู้ปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินเบื้องต้น 1 คน ผู้แทนกลุ่มผู้นำชุมชน 2 คน ผู้แทนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน และผู้แทนญาติผู้ป่วย 2 คน และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในขณะการสัมภาษณ์ การทำสนทนากลุ่มโดยสังเกต สิ่งแวดล้อม สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ หรือขณะสนทนากลุ่ม

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน

5.1 ขั้นเตรียมการ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2558 – เดือนกรกฎาคม 2559

5.1.1 เตรียมความพร้อมสำหรับผู้ทำการศึกษา ก่อนการดำเนินการศึกษา โดยเตรียมความรู้จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูล จากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฟ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และการมีส่วนร่วมของชุมชน

5.1.2 ขออนุญาตทำการศึกษา โดยชี้แจงรายละเอียด โครงการวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนดำเนินการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์ สาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำปลาหลาย และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดงในเวทีการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ทำบันทึกเสนอถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำปลาหลาย และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตดำเนินการศึกษาในพื้นที่ ทั้ง 15 หมู่บ้าน ในเขตตำบลบ้านดง และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการร่วมประชาคม

5.1.3 ศึกษาปรากฏการณ์ สภาพปัญหา สถิติการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของประชาชนในเขตตำบลบ้านดง สถิติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนในเขตตำบลบ้านดงจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ โดยผู้ทำการศึกษารวบรวมข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 2 แห่งในตำบลบ้านดง สํารวจข้อมูลผู้มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน สัมภาษณ์ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเบื้องต้น

5.1.4 เตรียมความพร้อมของทีมผู้ทำการศึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดทำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยผู้ศึกษา และทีมซึ่งประกอบด้วยหัวหน้างานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลอุบลรัตน์จำนวน 1 คน และหัวหน้างานผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลอุบลรัตน์จำนวน 1 คน

5.2 ขั้นตอนการศึกษา

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ออกแบบไว้ โดยผู้ทำการศึกษา และทีมงาน และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือน มีนาคม – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559

5.2.1 เข้าพื้นที่ แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ กับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบต่างๆ และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ เพื่อทำการ สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม และจัดเวทีประชาคม

5.2.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพ บริบทของชุมชน ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินผลกระทบจากการเจ็บป่วย การจัดระบบการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วไป และภาวะฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในอดีตจนถึงปัจจุบัน รวมถึงศักยภาพและทุนทางสังคมของชุมชน โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อสรุปสาเหตุปัจจัย ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน ผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และลักษณะการเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนความต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ระหว่างเดือน มีนาคม – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559

5.2.3 นำเสนอ และสะท้อนข้อมูลกลับคืนสู่ชุมชนเพื่อร่วมกันหาข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา และหารูปแบบการเฝ้าระวังในชุมชนเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดเวทีประชาคมในวันที่ 17 พฤษภาคม 2559 เวลา 09.00 น. ถึง เวลา 16.00 น. ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง อ.อุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น โดยผู้มีเข้าร่วมประชาคมจำนวน 43 คนประกอบด้วย

- 1) ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง 1 คน ผู้แทนสภาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง 1 คน และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นตำบลบ้านดง 2 คน
- 2) ผู้นำองค์กรท้องถิ่น คือ กำนัน และ ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 10 คน
- 3) ผู้แทนจากสถานบริการสุขภาพ คือ ผู้แทนโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 5 คน ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน
- 4) ผู้แทนภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้แทนกลุ่มอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน 5 คน ผู้แทนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน และผู้แทนกลุ่มประชาชนทั่วไป 5 คนซึ่งประกอบด้วยผู้เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยที่เคยผ่านภาวะ

วิกฤติฉุกเฉินของชีวิต เช่นผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 4 คน และพระภิกษุ 1 รูปโดยทีมผู้วิจัยร่วมกันสรุปแนวทางข้อเสนอแนะจากเวทีประชาคม และร่วมกันวิเคราะห์ทางเลือก และร่วมกันตัดสินใจเลือกรูปแบบในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านดง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยข้อมูลแต่ละประเภทผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ข้อมูลทั่วไปจากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยเพศ การศึกษา อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ตำแหน่งในชุมชน ประสบการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประสบการณ์การอบรม ประสบการณ์การทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่จำนวน ร้อยละ

6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมประชาคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ได้แก่

6.2.1 บริบทของชุมชน

6.2.2 ลักษณะการเจ็บป่วย และการใช้บริการด้านสุขภาพของคนในชุมชน ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค และความต้องการด้านสุขภาพ และผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินประกอบด้วย องค์กรที่เกี่ยวข้อง และบทบาทหน้าที่ในชุมชน บทบาทการช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พบบ่อย ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด สถานการณ์ของโรกระบบภาวะฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลกระทบของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดต่อชุมชน แนวทางการจัดการแก้ไขปัญหา ผลผลิต/ผลลัพธ์ หน่วยงานสนับสนุน และปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ การคาดหวังการดูแล ป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

6.2.3 ข้อเสนอแนะรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลบ้านดง

7. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่แกนนำชุมชน1 ครั้งในวันเสาร์ที่ 2 กรกฎาคม 2559 เป็นเวลา 1 วัน

7.1 เนื้อหาในการอบรมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย

- 7.1.1 แนวทางการแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ
- 7.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 7.1.3 วิธีทัศน ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ
- 7.1.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 7.1.5 วิธีทัศนโรคหลอดเลือดสมอง 8 ชั้นทางรอดโรคอัมพาต
- 7.1.6 ทฤษฎีการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

7.2 วัตถุประสงค์ของการอบรมเชิงปฏิบัติ

- 7.2.1 ผู้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง
- 7.2.2 ผู้เข้าร่วมมีทักษะการช่วยเหลือ หรือขอความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด ณ จุดเกิดเหตุ
- 7.2.3 ผู้เข้าร่วมอบรมมีทักษะการแจ้งเหตุ และการขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 7.2.4 ผู้เข้าร่วมอบรมมีทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

7.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ

ระยะสั้น

- 1) ผู้เข้าร่วมเข้าใจ และมีความรู้เกี่ยวกับ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างเป็นระบบ
- 2) ผู้เข้าร่วมได้พัฒนาศักยภาพด้านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
- 3) ผู้เข้าร่วมมีแผนการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายด้านที่ตนเองสนใจในพื้นที่

ระยะกลาง

- 1) มีการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการนำแผนการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายที่เกิดขึ้นขณะจัดอบรมไปปฏิบัติในพื้นที่

ระยะยาว

- 1) การเสริมสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็ง และมีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

2) ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถนำประสบการณ์ความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอด/แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับประชาชนในชุมชนได้

3) ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถประยุกต์ใช้วิธีการในการขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่

4) ผู้เข้าร่วมอบรมได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายที่ได้ร่วมกันเสนอแนะแนวทางการส่งต่อความรู้สู่ชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

7.4 วิธีการจัดอบรม

7.4.1 รูปแบบการอบรม

1) การสอบ Pre test

2) การบรรยายทฤษฎี เรื่องการแจ้งเหตุ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การช่วยฟื้นคืนชีพ

3) การฉายสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับอาการ การช่วยเหลือ โรคหลอดเลือดสมอง 8 ชั้นทางรอดโรคอัมพาต ความยาว 12.29 นาที และ สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับระบบทางด่วนฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ความยาว 11 นาที

4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่เคยเจ็บป่วย หรือญาติผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง

5) แบ่งกลุ่มเป็นฐานในการฝึกปฏิบัติแจ้งเหตุ และฐานฝึกปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 4 กลุ่มละ 10-11 คน และทุกคนต้องผ่านการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทุกคน ใช้วิทยากร ฐานละ 2 คน

6) มีการสรุปบทเรียน โดยการจับคู่ เปลี่ยนกันเล่าความรู้แต่ละเรื่องคู่กัน ฟังโดยแต่ละคนใช้เวลาคนละ 2 นาที ต่อ 1 เรื่อง

7) ร่วมกันสรุปวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

8) สอบ Post Test

7.5 วิทยากร ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล

7.5.1 พยาบาลวิชาชีพจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำนวน 3 คน

7.5.2 พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดง 1 คน

7.5.3 พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยสื่อสารสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาล ชำสูง จำนวน 1 คน

7.5.4 ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง 1 คน จากโรงพยาบาลชำสูง

7.5.5 ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น 1 คน และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น 3 คน (จาก อบต.บ้านดง 2 คน จาก อบต.บ้านโนน และ โรงพยาบาลชำสูง 1 คน เป็นผู้ช่วยวิทยากร

7.6 การประเมินผล

- 1) ประเมินจากการสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) ประเมินจากผลการสอบ Pre-Post test
- 3) ประเมินผลตามแนวทางการประเมินทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

8. จริยธรรมในการศึกษา

ผู้ทำการศึกษาให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ร่วมการวิจัยทุกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ทำการวิจัยจึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัยดังนี้

8.1 ขออนุญาตดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำปลาหลาย ในเวทีการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ในเดือนมีนาคม 2559 และทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่เสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดงก่อนลงพื้นที่เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา

8.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการศึกษาให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และผู้ร่วมในการศึกษาคั้งนี้ทราบ และเปิดโอกาสให้ซักถามจนเป็นที่เข้าใจและขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้

8.3 ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบไปด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การจัดเวทีประชาคม การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้ทำการศึกษาเคารพสิทธิ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ผู้ได้รับการสัมภาษณ์ และผู้เข้าร่วมการประชุมประชาคม วางตัวเป็นกลางไม่ตัดสินความคิดเห็นใครว่าผิดหรือถูก

8.4 ขออนุญาตผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยใช้การบันทึก และลงลายมือชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยประกอบการขออนุญาตก่อนทุกครั้งในการบันทึกภาพ บันทึกเสียงในการเข้าร่วม และสังเกตการณ์ การดำเนินกิจกรรมในการศึกษาคั้งนี้ โดยชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาคั้งนี้ ขั้นตอนการปฏิบัติตัว กระบวนการเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมเป็นความลับ ตลอดจนสิทธิในการเข้าร่วมหรือยกเลิกการเข้าร่วมโครงการศึกษาคั้งนี้

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางในการเฝ้าระวังผู้มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน จาก 4 องค์การหลัก ได้แก่ 1) ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง 2) ผู้แทนจากองค์กรท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 3) ผู้แทนจากองค์การภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ได้แก่ผู้แทนจากสถานบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง 2 แห่ง 4) ผู้แทนภาคประชาชน ได้แก่ผู้ได้รับผลกระทบ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชาชนชาวบ้าน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มย่อย การจัดเวทีประชาคม การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อร่วมรับทราบปัจจัย ปัญหา สาเหตุ และร่วมกันนำเสนอแนวทาง และรูปแบบการเฝ้าระวัง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน เพื่อช่วยกันดูแล ช่วยเหลือเมื่อพบภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมทั้งหมดมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. บริบทของชุมชน
2. ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ และผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน
3. ระบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนตำบลบ้านดงและความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน
4. ความต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. ข้อเสนอแนะแนวทางในการเฝ้าระวังผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ตำบลบ้านดงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
6. ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการ
7. การอภิปรายผล

1. บริบทของชุมชน

ตำบลบ้านดงเป็นชุมชนเก่าแก่ ก่อตั้งขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ. 2375 ได้มีชุมชนไทยอีสานกลุ่มหนึ่งอพยพย้ายที่ทำกินมาจากเขตอำเภอมัญจาคีรีจังหวัดขอนแก่น เพื่อมาตั้งถิ่นฐานในบริเวณนี้ มีพื้นที่ทั้งหมดที่ประมาณ 96 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 60,000 ไร่ แบ่งการปกครองออกเป็น 15 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านขุนด่าน, หมู่ที่ 2, 3 บ้านดง, หมู่ที่ 4 บ้านบ่อ, หมู่ที่ 5, 6 บ้านหนองแด้, หมู่ที่ 7 บ้านห้วยทราย, หมู่ 8 บ้านกุดเชียงมี, หมู่ที่ 9 บ้านคำปลาหลาย, หมู่ที่ 10 บ้านทรัพย์ภูพาน, หมู่ที่ 11 บ้านหนองผักแว่น, หมู่ที่ 12 บ้านบ่อเหนือ, หมู่ที่ 13 บ้านบ่อกลาง, หมู่ที่ 14 บ้านห้วยทรายเหนือ, และ หมู่ ที่ 15 บ้านกุดเชียงมี ตำบลบ้านดงอยู่ในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดงซึ่งเดิมมีรูปแบบการปกครองเป็นสภาตำบล เมื่อปี พ.ศ. 2537 ต่อมาได้รับการยกฐานะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดงเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2539 จากข้อมูลแผนพัฒนา 3ปีขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง พ.ศ. 2559 พบว่ามี จำนวนประชากรทั้งสิ้น 10,432 คน จำแนกเป็นเพศชาย 5,139 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 5,293 คน และมีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 2,226 ครัวเรือน มีความหนาแน่นเฉลี่ย 109 คน ต่อตารางกิโลเมตร ห่างจากที่ว่าการอุบลรัตน์ 2 กิโลเมตร ทิศเหนือ ติดตำบลนาคำ อำเภอบุรบดี จ.ขอนแก่น ทิศใต้ ติดตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ ทิศตะวันออก ติดตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง ทิศตะวันตก ติดตำบลบ้านค้ออำเภอนोनั้ง จังหวัดหนองบัวลำภู ตำบลบ้านดงเป็นชุมชนชนบท ที่มีเขตติดต่อกับอำเภอน้ำพอง และมีถนนเชื่อมต่อกับอำเภอน้ำพอง มีประชาชนใช้เป็นเส้นทางผ่านเพื่อไปอำเภอน้ำพอง และอำเภอเขาสวนกวาง รถที่สัญจรผ่านถนนสายนี้มีทั้งรถยนต์ รถบรรทุก รถมอเตอร์ไซด์ และรถเพื่อการเกษตร

กลุ่มและองค์กรในชุมชน ทุกหมู่บ้านในชุมชนตำบลบ้านดงมีกลุ่มองค์กรต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มเกษตรต้นแบบ กลุ่มปฎิชีวะภาพ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้านทอเสื่อ กลุ่มเศรษฐกิจพอเพียง กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มประปาหมู่บ้าน กลุ่มปลูกข้าวไรซ์เบอร์รี่ กลุ่ม 1 ไร่ 1 แสน กลุ่มส่งเสริมวัฒนธรรม กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) กลุ่มอาสาสมัครตำรวจบ้าน (อส.ตร.) กลุ่มที่สร้างชื่อเสียงให้กับชุมชนได้แก่ กลุ่ม 1 ไร่ 1 แสน กลุ่มปลูกข้าวไรซ์เบอร์รี่ และ กลุ่มเศรษฐกิจพอเพียง หน่วยงานองค์กรที่สนับสนุนงบประมาณให้แก่ชุมชน ได้แก่ การไฟฟ้าพลังน้ำภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บริษัทเฮสท์ (สินภู่ออม) จำกัด องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดงที่คอยสนับสนุนงบประมาณ โครงการที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน และโรงพยาบาลอุบลรัตน์สนับสนุนบุคคลต้นแบบ และสนับสนุนโครงการเศรษฐกิจพอเพียง

ลักษณะของประชากร ส่วนใหญ่อยู่ใน วัยแรงงาน รองลงมาเป็นวัยเรียน วัยผู้สูงอายุ และวัยเด็กอายุน้อยกว่า 0 - 5 ปี ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคืออาชีพ

รับจ้าง รัฐบาล และประกอบธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรส่วนใหญ่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง ส่วนปัญหาทางการเกษตรคือการขาดแคลนน้ำและไฟฟ้าเพื่อการเกษตร ปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดงกำลังแก้ปัญหาด้านการขาดแคลนน้ำเพื่อการเกษตร โดยการทำโครงการชลประทานระบบท่อตามแนวพระราชดำริซึ่งขณะนี้อยู่ในช่วงดำเนินการคาดว่าจะแล้วเสร็จภายใน 2-3 ปีข้างหน้า เกษตรกรนิยมใช้รถเพื่อการเกษตรคิดแปลงเป็นยานพาหนะ และนิยมใช้เครื่องมือเครื่องจักรในการเพิ่มผลผลิตและลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการผลิต แทนการใช้แรงงานคนมากขึ้นส่งผลกระทบต่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมากขึ้น

แหล่งพึ่งพิงทางด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ตำบลบ้านดง ได้แก่ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทั้ง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำปลาหลาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดง หมู่ 2 ซึ่งประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินนิยมใช้บริการด้านสุขภาพทั้งสองแห่ง การบริการประชาชนเป็นที่ประทับใจชุมชน ทั้งในและนอกพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำปลาหลายมีประชาชนในตำบลนาคำหมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 6 และพื้นที่ใกล้เคียงมาร่วมใช้บริการ มีระบบการจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยเชิงรุกมีการมอบหมายบุคลากรรับผิดชอบดูแลประชาชนคนละ 1-2 หมู่บ้านและมีภารกิจต้องเข้าเยี่ยมในหมู่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้บริการด้านสุขภาพของชุมชนตามสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน และเอื้อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้มากขึ้นตามนโยบายด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภออุบลรัตน์ (คปสอ. อุบลรัตน์) นอกจากนี้ยังมีพยาบาลชุมชน ประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นผู้ประสานงานด้านสุขภาพระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล และคอยเป็นผู้นำในการตรวจเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในหมู่บ้าน ซึ่งประชาชนมีระดับความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับอยู่ในเกณฑ์ดี นอกจากนี้ยังมีวัดอุตสาหะบ้านขุนด่านเป็นศูนย์รวมใจทางพุทธศาสนา เป็นสถานที่ปฏิบัติธรรม และอบรมธรรมมะให้กลุ่มผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป และเป็นสถานที่ส่งเสริมกิจกรรมทางพุทธศาสนาแก่เด็กและเยาวชน เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ ทุกวันอังคารผู้สูงอายุจะไปรวมกันเพื่อเรียนหนังสือบั้งเรียนธรรมมะบั้ง โดยมีพระอาจารย์บุญมาก ยะสาธะ โรเป็นเจ้าอาวาส และเป็นผู้นำโครงการต่างๆ นอกจากทางธรรมแล้วท่านยังมีความรู้ทางโลกด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อดส์ มะเร็ง และไขมันในเลือดสูงอีกด้วย จึงเป็นอีกสถานที่หนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย และทำกิจกรรมร่วมกัน

โรงพยาบาลชุมชนอุบลรัตน์ รับผิดชอบโดยตรงต่อทุกพื้นที่ในเขตอำเภออุบลรัตน์ และอำเภอใกล้เคียงเขตรอยต่อ มีพื้นที่ ทั้งหมด 12 ไร่ 2 งานเปิดบริการตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน 2526 ในขนาด 10 เตียง และขยายบริการเป็นระดับ 30 เตียงตั้งแต่ พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบัน ปัจจุบันมีจำนวน

เตียงตามกรอบที่ขออนุญาต 30 เตียง แต่เปิดให้บริการจริง 60 เตียง ไม่รวมเตียงทารกคลอดปกติ ให้บริการงานผู้ป่วยนอกได้แก่ งานตรวจรักษาพยาบาล งานชันสูตร งานเอ็กซเรย์ งานเภสัชกรรม งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน งานระบบส่งต่อ งานให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ งานทันตกรรม งานกายภาพบำบัด และ แผนไทย งานผู้ป่วยใน ได้แก่งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานผู้ป่วยใน งานตึกสงฆ์อาพาธ และ แยกโรค โรงพยาบาลอุบลรัตน์มีความเชี่ยวชาญด้านการทำงานร่วมกับชุมชน ในโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยการบูรณาการการทำงานร่วมกันในระดับ คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.) ทำให้เกิดความใกล้ชิดกับชุมชน ส่วนงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการจัดระบบบริการระดับสูงเป็นหน่วยกู้ชีพแม่ข่ายในเขตอำเภออุบลรัตน์ โดยพัฒนาบุคลากรผู้รับผิดชอบงานให้มีความรู้และทักษะ ด้านการให้บริการ และช่วยเหลือดูแลหน่วยกู้ชีพระดับตำบลทั้ง 5 แห่ง เป็นศูนย์ฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในระดับอำเภอที่ผ่านการรับรองจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มแพทย์ทางเลือก กลุ่มแพทย์พื้นบ้าน ในทุกหมู่บ้านที่ประชาชนกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินต่างๆ เช่นผู้ป่วยกระดูกหักข้อเคล็ดข้อเคลื่อน หรือ พิกัดจากอุบัติเหตุ พิกัดจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นหวัง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง มารดาหลังคลอดบุตร ทารกและเด็กเล็ก เป็นต้น ได้เรียกใช้บริการมากที่สุด โดยการใช้ยาสมุนไพร การประคบสมุนไพร การย่างไฟ การใช้บริการหมอนวดหมอนเป่า หมอน้ำมันดีหมอน้ำมัน หมอนเทวดา ซึ่งบางครั้งอาจใช้ควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน

ชุมชนตำบลบ้านดงยังคงความเป็นชุมชนชนบทที่สืบสานวัฒนธรรมอันดีงามและยึดถือประเพณี ประจำปีต่างๆ ตามฮีต 12 คอง 14 มีข้อห้ามในการทำงานต่างๆ ในวันพระ เพื่อให้ประชาชนได้ประกอบศาสนกิจ เช่นห้ามทำงานก่อสร้าง ห้ามทอเสื่อ เป็นต้น แม้ชุมชนตำบลบ้านดงจะเป็นชุมชนชนบทที่พึ่งพาอาศัยช่วยเหลือกันดี แต่ในด้านการดำรงชีวิตกลับมีวิถีชีวิตและภาวะสุขภาพเริ่มคล้ายคลึงกับสังคมเมือง อาจเกิดจากยุคสมัยเปลี่ยนไปประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมากขึ้น มีการคมนาคมสะดวกขึ้น จึงทำให้ประชาชนต้องดำรงชีวิตตามสภาพแวดล้อมได้แก่ การมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารสำเร็จรูป อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เครื่องดื่มชูกำลัง ซากาแฟสำเร็จรูป กาแฟสดซึ่งมีปริมาณน้ำตาลเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ มีพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในและนอกเทศกาล จนบางครั้งก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาท และเกิดอุบัติเหตุจราจรตามมา โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาคณะ นนทบุรีและเยาวชนนิยมดื่ม น้ำอัดลมเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพตามมา

ด้านการสื่อสารในชุมชน พบว่าประชาชนนิยมสื่อข่าวสารผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านเช่นการณรงศ์ด้านต่างๆ การส่งข่าวสารทางราชการ นอกจากนี้กลุ่มแม่บ้านและกลุ่ม

เกษตรกรนิยมฟังรายการวิทยุชุมชนที่ปัจจุบันมีบทบาทในการเสนอข่าวสารการโฆษณาชวนเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคปวดกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณสูตรต่างๆ น้ำผลไม้ ในการรักษาโรคดังกล่าว และมีการสื่อสารโดยการออกอากาศผลการสัมภาษณ์ผู้ที่เคยใช้แล้วหายโดยไม่ต้องพึ่งยาแผนปัจจุบันเป็นต้น ประชากรที่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ จึงนิยมซื้อยาและเครื่องคัมบังกำลัง แก้ปวดเมื่อยที่ได้ฟังจากโฆษณาตามรายการวิทยุ เพื่อรักษาโรคที่เป็นอยู่และบางคนเลิกรับประทานยาแผนปัจจุบันเนื่องจากได้รับข้อมูลว่าส่งผลกระทบต่อไตทำให้ ขาดการรักษาต่อเนื่อง เป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินตามมา เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงเกินปกติจนถึงขั้นวิกฤติ และโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ส่วนแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่สุดในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ คือ แหล่งบุคคล โดยเฉพาะผู้ที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งด้วยตนเอง หรือมีความประทับใจเกี่ยวกับการใช้บริการด้านสุขภาพ ถือเป็นตัวอย่าง และเป็นผู้ให้ข้อมูลขั้นแรก ที่ใกล้ชิดและน่าเชื่อถือ จะสังเกตเห็นว่า คนในชุมชนมักรู้เรื่องต่างๆ คล้ายๆ กัน นิยมใช้สิ่งของต่างๆ เหมือนๆ กัน รองลงมาได้แก่ สื่อบุคคลจากบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งมีความรู้ด้านสุขภาพที่คนในชุมชนจะรับข้อมูลและตรวจสอบ ข้อมูลเพื่อยืนยันข้อมูลให้มีความชัดเจน และมีทางเลือกในการตัดสินใจมากขึ้น

ด้านการมีส่วนร่วม ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบ้านดงให้ความเคารพและนับถือผู้นำของตนเองเป็นอย่างดี จากการสังเกต สัมภาษณ์ กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้นำ และตัวแทนประชาชนพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ในเขตนี้ให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนเป็นอย่างดี และมีความเสียสละ โดยเฉพาะความร่วมมือด้านการบริจาคทรัพย์ ที่ผ่านมามีการบริจาคทั้งเพื่อการกุศล และเพื่อสาธารณประโยชน์ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน เช่นการบริจาคช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม การบริจาคเพื่อศาสนกิจ การจัดงานบุญประเพณีประจำปี การบริจาคให้กลุ่มอาสาสมัครตำรวจบ้าน เพื่อเป็นค่าบริหารจัดการในการดูแลความสงบเรียบร้อยในหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังมีการร่วมแรงร่วมใจในการช่วยเหลือกัน เมื่อเกิดอุทกภัยในชุมชน การช่วยซ่อมแซมที่อยู่อาศัย และการช่วยงานกิจการต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น

โดยสรุป บริบทของชุมชนตำบลบ้านดง เป็นสังคมที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือกันดี เป็นสังคมชนบทที่น่าอยู่ ประชาชนมีน้ำใจและมีอัธยาศัยไมตรีดี แม้ในด้านการดำรงชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อม ด้านลักษณะวิถีชีวิตที่เร่งรีบ มุ่งประกอบอาชีพจนลืมนึกถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขาดการออกกำลังกาย นิยมบริโภคอาหารสูง และใช้ผงชูรสในปริมาณที่มาก เลือกรับประทานตามความอยาก รับประทานไม่ตรงเวลา นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนนิยมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณ เช่นอาหารสำเร็จรูป อาหาร

ประเภทแป้งและน้ำตาล ส่วนวัยเด็กนิยมดื่มหวาน น้ำอัดลม ทำให้ประชาชน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆมากขึ้น โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ด้านวิถีชีวิตและวัฒนธรรม มีการรักษาประเพณี ตามฮีต 12 คอง 14 แต่ยังมีนิยมดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานประเพณีต่างๆ อบต.บ้านดงนำโดยท่านนายก จึงเกิดมีโครงการต้นแบบ งานศพปลอดเหล้าขึ้นเพื่อลดปัญหา ทะเลาะวิวาท และทำร้ายร่างกายกัน ทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนเลิกดื่มสุราอีกด้วย ดังนั้นการเจ็บป่วยที่พบในชุมชนจึงเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพ วิถีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของคนในชุมชน การเจ็บป่วยที่ชุมชนให้ความสนใจและเห็นว่าเป็นปัญหาในตอนนี้ ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคดังกล่าว เป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าสู่ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรง เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

2. ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ และผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

จากการศึกษา โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้แทนประชาชน กลุ่มผู้ป่วยหรือญาติที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉิน กลุ่มผู้นำชุมชน อสม. และกลุ่มปราชญ์ชาวบ้านพบว่าพื้นที่ ตำบลบ้านดงมีปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพและผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินดังนี้

2.1 สถานการณ์การดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

การส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติตัว และแสดงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพกายแข็งแรง เจริญเติบโตปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น พฤติกรรมด้านการเลือกการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานอาหารตรงเวลา การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การทำจิตใจให้แจ่มใส การอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น จากการรวบรวมข้อมูลในเขตตำบลบ้านดงพบว่าประชาชนในเขตตำบลบ้านดงส่วนใหญ่ยังคำนึงถึงการแสดงพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพน้อย ด้วยคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัว ไม่มีความจำเป็นต้องปฏิบัติ นอกจากนั้นยังมีปัจจัยเกี่ยวข้อง ด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย ประชาชนห่วงเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ เรื่องปากเรื่องท้องมากกว่า จึงทำให้ไม่มีเวลาที่จะออกกำลังกาย ตอนเย็นหลังกลับจากทำงานพบว่ามีกลุ่มผู้ชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมักจับกลุ่มพูดคุยกันแลกเปลี่ยนแนวคิดกันเกี่ยวกับสถานการณ์ เศรษฐกิจ อาชีพ ความเป็นอยู่ต่างๆ และมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นส่วนประกอบในการพูดคุยเสมอ พวกเขาถือว่าการพักผ่อนหลังจากเหน็ดเหนื่อยตรากตรำมาทั้งวัน มีบางหมู่บ้านที่มีกลุ่มออกกำลังกาย และมีผู้นำออกกำลังกายที่เข้มแข็ง ส่วนมากเป็นกลุ่มแม่บ้านและเป็นเพียงกลุ่มเล็กๆเท่านั้น ด้านการรับประทานอาหารพบว่าปัจจุบันประชาชนทราบว่าพวกเขาได้รับสารพิษสารเคมี และสารเจือปนในอาหารมากขึ้นและคิดว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงยากใน

ยุคนี้ แม้แต่ข้าว พืชผัก ต่างๆ ที่พวกเขาผลิตเองก็ยอมรับว่ามีสารพิษสารเคมี เจือปนเพราะต้องการเร่งผลผลิต และด้วยวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ผู้คนต้องการความรวดเร็ว ประหยัด สะดวกสบาย จึงหันมารับประทานอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าประชาชนมักรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา โดยเฉพาะอาชีพเกษตรกร ด้วยภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันผลผลิตทางการเกษตรราคาตกต่ำ ต้นทุนสูง บางครอบครัวไร้ที่ดินทำกิน ต้องมีอาชีพรับจ้าง ค่าครองชีพสูงขึ้น ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น ทำให้ประชาชนต้องดิ้นรนเร่งประกอบอาชีพ และเร่งทำมาหากินโดยลืมนึกถึงผลกระทบต่อด้านสุขภาพที่จะตามมาภายหลัง เช่นทำให้พวกเขาเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่างๆ ในชุมชน

“คนชุมชนนี้ ห่วงงาน งานเยอะ ห่วงเงิน ห่วงปากท้อง หลายกว่าห่วงสุขภาพ บ่สนใจเจ้าของ จังผมเป็นโรคเบาหวาน ผมยอมรับเลยว่าผมบ่กินยาตามหมอบอกดอก ข้าวกะกินบ่เป็นเวลา ไปเฮ็ดเวียก อยากยามใด หิวยามใด กะจั่งกิน เพลกะบ่ได้กินยา กะมีลางเทื่อ บางมือกะได้กิน บางมือกะบ่ได้กิน ยามไปหาหมอกะบ่บอกเฟิ่นดอก ย่านเฟิ่นคำ บางคนกะบ่กินยาหมอ กินเหล้า แล้วกะกินยาดองเหล้า ดองน้ำผึ้ง”

“10 ปี ที่ผ่านมานี้ ผมสังเกตว่าคนปัจจุบัน บ่แข็งแรงเท่าคนสมัยก่อน ย่อนกินอาหารสำเร็จ อาหารถุง บ่ย่านผงหุรต ใส่หลายคัก ตะก่อนเฮ็ดกับข้าวกินเอง เดี่ยวนี้ ตื่นขึ้นมาสิไปไร่ไปนา กะไปซื้อเอาโลด ซำบายคัก แต่ก่อน ผมเป็นเด็กน้อย เหล้าบ่กินเด้ เด็กน้อยสมัยก่อน เดี่ยวนี้เด็กน้อยๆ มันกะพากันกินเหล้าแล้ว”

“ชุมชนนี้ โลกเรามีวิถีชีวิตที่กว้างขึ้น คนเลยมองเห็นความหลากหลาย อยากเป็นอยากมี คือคนอื่น เกิดความตึงเครียดในร่างกาย ราคาผลผลิตตกต่ำ คนกะเกิดความเครียดเลยเกิดการเจ็บป่วยง่าย แต่กะยังคืออยู่ สังคมบ้านเฮาเป็นแบบที่แบบน้อง ยังพึ่งพาอาศัยกันได้ ยังน่าอยู่ อยู่”

“การตั้งวงคุยกันกะเป็นการคลายเครียดอย่างหนึ่ง เมื่อมาทั้งวัน เว้าคุยแลกเปลี่ยนความคิดกันมันกะมัน แต่ถ้าบ่มีเหล้ามันคุยกันบ่ได้ โคนดอก คราวเดียวกะเล็ก มันบ่ม่วน สิบให้พวกผมเครียดได้จั่งได้ คิดเบ็งรัฐบาลว่าส่งเสริมให้ปลูกมันในนาข้าว กะไปกู้เงินชกส.มาปลูกมัน ปลูกได้บ่ โคนกะได้กู้มัน เพื่อเตรียมเฮ็ดนา ตอนไปขาย ร้านเจ๊กมันกะดินันตี่นี้ ติวาบ่มีเบ็งจั่งสั้นจั่งซี้ ขายกะบ่ได้ฮอดทุน เทิงค่าพันธ์ ค่าปุ๋ย สิเอาเงินใสไปใช้หนี้ ธกส. หละบาดเนี่ย พวกผมถึงมานั่งคุยกันอยู่นี้ไง”

“หมู่บ้านผม มีเครื่องออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน ตอนนั้น ได้รางวัลประกวดหมู่บ้านจากกองทุนเงินล้าน เลยซื้อเครื่องออกกำลังกาย 3 เครื่องไว้ให้ชาวบ้านไปใช้ ชาวบ้านกะไปไหน บ่ไปไหน ตามอารมณ์”

“แต่ก่อนป่วยผมเฮ็ดงานอยู่ไฟฟ้า ได้เงินหลาย ผมอยากกินหยั่ง ผมกะกิน ผมบ่ฟังไผ แม้แต่ลูกแต่เมียกะช่าง ผมว่าเงินผม ผมหาได้ ต้องเฮ็ดให้เจ้าของมีความสุขผมกินบ่เลือก หมูสามชั้น ย่างพวงนวม สามสิบกลีบ สุกยา กินเหล้า กาแฟ เอาเบ็ด กินข้าวเบ็ดมือละกล่องใหญ่ๆ ผู้เดียว กินน้ำมันหมูกับข้าว เอาราดข้าวกิน พ่อแม่เคยพาเฮ็ด เอาน้ำมัน ไข่ราดข้าว แซบหลาย พี่น้องผมกินเบ็ดสุคน ผมมีตู้เย็น ไว้ในห้องนอนหลังหนึ่ง ในนั้นลิเก็บเหล้า เบียร์ น้ำหวาน โค้ก ไข่ กิน กลางคืนผมกะลุกมากิน ผมกินน้ำหวาน น้ำโค้ก เบ็ดกินละ 3 ขวดลิตร จนผมต้องเป็นจิ้งจี้ ซูโรคอยู่น้ำผมเบ็ด (หัวเราะ)

“สภาพเศรษฐกิจบ่ดีกะเฮ็ดให้เกิด โรคได้ เฮ็ดให้คนมีความเครียด สังคมกะก่อให้เกิดโรคได้ โดยบ่คิดว่าลิเป็นโรคเป็นภัยตามมา พวกผู้ชาย ถ้าคุยกันต้องมีเหล้า เพราะเชื่อว่าถ้าบ่ได้กินเหล้าพร้อม มันบ่มีเรื่องคุย บางครั้งกินแล้วกะทะเลาะวิวาท กินหลายๆ กะเกิดโรคเกิดภัยตามมาทีหลัง”

สรุปได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่ค่อยคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดต่อสุขภาพ จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างที่เป็นอยู่ สิ่งที่ประชาชนเป็นห่วงมากที่สุดไม่ใช่เรื่องสุขภาพแต่เป็นเรื่องการทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะประชาชนยังไม่เข้าใจลึกซึ้งถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีภาพฝันของชีวิตในอนาคตว่าพวกเขาต้องแข็งแรงไปเพื่ออะไร แข็งแรงแล้วจะเป็นอย่างไร จะมีประโยชน์อย่างไร เพราะพวกเขามองเห็นแต่ภาพปัจจุบันที่พวกเขาต้องทำมาหาเลี้ยงครอบครัวด้วยการเร่งมือประกอบอาชีพเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการในชีวิตประจำวันเท่านั้น

2.2 สถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ประชาชนในตำบลบ้านดง มีความเห็นว่าสถานการณ์การเจ็บป่วยที่พบมากในชุมชนได้แก่ โรคเบาหวาน มากที่สุด รองลงมาเป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งตับ และอุบัติเหตุจากการทำงาน สาเหตุการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับประชาชนในตำบลบ้านดง ชุมชนเชื่อว่าส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน การมีภาวะความเครียดจากการประกอบอาชีพ การทำมาหาเลี้ยงชีพ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนมากเกิดจากพฤติกรรมดูแลตนเอง และควบคุมโรคที่ตนเองเป็นอยู่ไม่ดีเท่าที่ควรทำให้เกิดอาการกำเริบ เช่นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลตนเอง

ไม่ได้ ทำให้ระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ หรือ ต่ำกว่าปกติ ในกลุ่มที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงก็ เช่นเดียวกัน ควบคุมความดันตนเองไม่ได้ ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ด้วยหลายสาเหตุ เช่นผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล หรือต้องรับผิดชอบดูแลผู้อื่นเช่นลูกหลาน จึงไม่ได้ใส่ใจตัวเอง มีปัญหา ด้านสายตา มีรับประทานมากเกินไป หรือไม่มีให้รับประทาน การมุ่งประกอบอาชีพก็ทำให้ ประชาชนขาดการใส่ใจตัวเองในด้านการควบคุม ป้องกันอาการเจ็บป่วย นานวันเข้าทำให้อวัยวะที่ สำคัญต้องเสื่อมหน้าที่การทำงานลง เกิดภาวะแทรกซ้อนและเจ็บป่วยฉุกเฉินตามมา

“ผมคิดว่าการเจ็บป่วยในตำบลนี้ ที่เห็นส่วนหลาย กะสิเป็นเบาหวาน แล้วกะความ ดัน นอกนั้นกะ บ่หลาย ไข้ป่วย ธรรมดา จั่งไข้เลือดออกกะบ่ค่อยมี ถ้ามีกะบ่แม่นเกิดจาก ชุมชนนี้ เพราะทุกหมู่บ้านในตำบลเสารณรงค์เรื่องไข้เลือดออกคัก เฮ็ดซุปี ส่วนมากสิติดมา จากโรงเรียนในเมือง”

“จั่งอุบัติเหตุจากรถกะบ่ไค่มีดอก โคนๆ มีเทื่อหนึ่ง บ้านเฮาบ่แม่นถนนใหญ่ ส่วนมากเป็นอุบัติเหตุจากเอ็ดการเฮ็ดงาน จากรถสี่ล้อ รถไถนา ไปจั่งสั้นหละ”

“พ่อเลาเป็นเบาหวานมา 10 ปี ต่อมา แม่กะมาเป็นความดันเลยเป็นหมู่กัน พวกกัน ไปหาหมอ ตะก่อนกะควบคุมเจ้าของบ่ไค่คือกินย่อนกินตามใจปาก กินผงซุสหลาย พ่อกะ เทียวป่วย เทียวเข้าแต่โรงพยาบาล เลยคุยกันใหม่ว่า ลองเฮ็ดคือหมอบอกเบ็งคู้ บ่กินผงซุส ระวังเรื่องอยู่เรื่องกินขึ้น แล้วกะออกกำลังกาย ปรากฏว่าดีขึ้น สุขภาพกะแข็งแรงขึ้น พ่อกะ บ่ไค่เทียวไปนอน โรงพยาบาลคือเก่า เลยว่าสู่หมู่ที่เป็น โรคนำกันฟัง พี่นกะบ่เฮ็ดนำเฮาดอก พี่นว่าพี่นเฮ็ดบ่ได้ อันนั้นกะแล้วแต่พี่นนะ”

“โรคที่พบบ่อยในชุมชนเฮา คือโรคเบาหวาน ความดัน คนเป็นหลายขึ้น บางคน คิดว่าเป็นย่อนกรรมพันธุ์คนที่บ่มีกรรมพันธุ์ กะเห็นเป็นอยู่ ย่อนกินบ่เลือก ปัจจุบันคนบ่มี กรรมพันธุ์ เป็นหลายขึ้น เพราะคิดว่เจ้าของบ่มีกรรมพันธุ์ เลยกินตามใจปาก อาหารการ กินสมัยนี้กะเจือปนสารเคมี ตั้งแต่ข้าวเป็นต้นไป ย่อนอยากได้ผลผลิตหลาย เลยเฮ็ดให้คน เจ็บป่วย”

สรุป โรคที่พบบ่อยในชุมชน ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าเป็น โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูงและให้ข้อสังเกตว่า โรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสามารถเกิดได้กับทุกคน แม้คนที่ไม่ มีพันธุกรรม ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง ส่วนในคนที่ เป็น โรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงแล้วหากรู้จักควบคุม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะสามารถดำรงชีวิตอย่างมี ความสุข ลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบตามมาภายหลังได้

2.3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม พบว่าประชาชนกลุ่มที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ เช่น อสม. พอมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตบ้างแต่ยังไม่ลึกซึ้ง ไม่สามารถส่งต่อความรู้สู่ประชาชนกลุ่มอื่นได้ เพราะยังไม่มั่นใจในความรู้ที่ตนเองมีดีพอ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ได้รับการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อโทรทัศน์ มีส่วนน้อยที่ได้รับรู้มาจากสื่ออินเทอร์เน็ต ในด้านกลุ่มผู้นำชุมชนที่ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ ส่วนมากไม่มีความรู้เลย ไม่เคยได้ยินเรื่องเหล่านี้มาก่อน เมื่อถามถึงโรคอัมพฤกษ์อัมพาตสามารถระบุได้ว่าบุคคลใดบ้างในชุมชนที่มีอาการแบบนี้ ทราบบุคคลเหล่านี้หลังจากที่แพทย์วินิจฉัย จึงไม่สามารถตอบได้ถึงสาเหตุ อาการเตือน อาการแสดง การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และวิธีการรักษา โรคที่กลุ่มผู้นำคุ้นชิน ได้ยินได้ฟังบ่อยๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโดยเฉพาะไข้เลือดออก เพราะกลุ่มผู้นำเหล่านี้เป็นอีกบุคคลหนึ่งในชุมชนที่ทำหน้าสื่อสารข่าวสารต่างๆสู่ประชาชน ส่วนในกลุ่มปราชญ์ชาวบ้าน และประชาชนทั่วไปที่ไม่มีญาติหรือคนใกล้ชิดเป็นโรคนี้ ส่วนใหญ่ก็ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้เลยทั้งด้านสาเหตุ อาการแสดง อาการเตือนต่างๆ แต่ในกลุ่มที่มีญาติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคนี้สามารถตอบคำถามได้ถึง อาการแสดงที่ชัดเจน ส่วนด้านสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆไม่แน่ใจ ไม่สามารถตอบคำถามที่แน่ชัดได้ แม้แต่คนที่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้ ก็ยังไม่มีความเข้าใจที่ชัดเจนพอ เมื่อประสบเหตุกับตัวเองยังไม่สามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองได้

“โรคหลอดเลือดสมอง บ่อยได้ยินบอก บรู๊วามันเป็นจังได้ ถ้าถามหาคนเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต บ้านเฮาก็มีหลายคนอยู่ แต่กะรู้ตอนฟื้นเป็นแล้ว บรู๊วว่าอาการตอนฟื้นเป็นที่แรกมันเป็นจังได้ บรู๊วสาเหตุ อยู่ดีๆกะได้ยินข่าวเอาโรค”

“โรคนี้ คนบ่ค่อยรู๊ ส่วนมากยังมีการสื่อสาร หรือสื่อสารบ่ทั่วถึง พวกที่เป็นเบาหวานกะยังมีวิธีป้องกัน แก๊ใจ ที่จริงน่าสิป้องกันดีกว่าแก๊ใจ การอยู่การกินสมัยนี้่น่าสิมีส่วน บ้านเฮามักกินข้าวขัดสี มักเฮ็ดหยังตามๆกัน”

“โรคนี้คิดว่ามันอันตราย บางคนกะพอรู้อยู่แต่บ่เชื่อ เคยได้ยินเขาโฆษณาทางโทรทัศน์ เขาว่ากินน้ำร้อนช่อยได้”

“อาจารย์บ่เคยได้ยินเกี่ยวกับโรคนี้ บ่เคยมีไผ่มาให้ฟัง บ่เคยได้ไปอบรม มีคนบ้านนี้เป็นอาการแบบนี้อยู่ แต่อาจารย์กะรู้ทีหลัง อยู่ๆกะเห็นฟื้นเป็น โลก ปกติอาจารย์สิเป็นผู้สอน แนะนำชาวบ้านเรื่องโรคต่างๆ อาจารย์สิรู๊เรื่อง เบาหวานความดัน เอคส์ มะเร็ง ไหม้นในเลือด โรคนี้กะน่าสนใจ อาจารย์กะอยากสู๊ สิได้เว้าให้ไทบ้านฟังได้”

“ตอนยายเป็น ยายกะบู้้วิธีการรักษา ว่าต้องรักษาจั่งได้ ตอนไปหาหมออยู่ราช พฤษณ์ เพื่อนเอาออกซิเจนมาให้ดม คือเว้าให้ฟังนั่นแหละ แล้วกะเอาไฟฟ้ามาชื้อตยาย ยายกะ รู้สึกว่าแขนข้างพื้นชื้อตนี้หล่อยๆอยู่ บ่มีแสงคือเก่าเค้ (ข้างที่อ่อนแรง) ยายคิดว่าน่าสิเป็น นำพื้นชื้อตนี้แหละ”

“ตอนที่ เป็นไม่ชื้อคอกว่าเพื่อนสิรักษาจั่งได้ ไปโรงพยาบาลบ้านเฮาพื้นฟ้าให้น้ำเกลือ แล้วกะส่งขอนแก่น ไปสอดพื้นเอาไปเอกซเรย์ แล้วกะฉึกยาให้ เลยเขา เพื่อนว่าไปไวอยู่เลย ฉึกยาทัน ว่าสั้น”

“ความรู้เรื่องนี้ บางคนมี บางคนบ่มี บ่เท่ากัน ควรจะมีเอกสารประกอบการ ประชาสัมพันธ์ เวลามีการรณรงค์กะบอกแต่ชื้อเรื่อง บ่มีรายละเอียดพอสมควร เพราะ อสม. บ่ได้เรียนมา ให้ไปแจ้งข่าว กะแจ้งไปตามความคิดไผมัน บ่มีความรู้”

“ยายบ่เคยเป็น โรคความดัน หรือ โรคเบาหวาน แต่ก่อนยายกินเหล้าขาวประจำ เป็นหัวหน้าหมู เอ็นหมู่มากินอยู่บ้าน แทบชื้อมือ เป็นคนกว้างขวาง ชอบสังคัม มีก่อนสิ เป็น ยายรู้สึกเหมื่อยๆ เพลียๆ หงุดหงิด หนอย บ่เป็นตาอยู่ ประมาณ 6 โมงแสง เลยบอก หมูว่าสิไปนอน หลับไป รู้ตัวอีกทีประมาณ 2 ทุ่ม เริ่มรู้สึกหล่อยข้างขวา ดิงบ่ได้ ลิ่นกะ แจ็ง เว้ากะบ่ชัค ลูกนั่งกะบ่ได้ เลยนอนต่อ สอดมือเช้า เลยปวดเยี้ยว บอกตาว่า พาไปเยี้ยว หน่นไปบ่ได้ ทีแรก ตากะบ่พาไป ว่าเฮาเป็นบ้ำบ บอกให้คนพาไปเยี้ยว จนว่าโดนเลาเห็น ว่าไปบ่ได้อีหลี เลยพาไป เอาศาตมาปูให้หน่ง แล้วกะลากพาขายไปห้องน้ำ ตอนเช้ากะบ่ได้ ไปหาหมอ แต่งขัน 5 ไปหาหลวงพ่อยู่วัด จนว่าเที่ยงกลับมาบ้าน เลยมีคนบอกให้ลูกพา ขายไปหาหมอ ทีนี้ย่านมันช้า บ่ไปโรงพยาบาล ไปคลินิกอยู่ในโตอำเภอ ยายลงรถบ่ได้ ลูกให้ นั่งถ้ำอยู่ในรถ แล้วลูกกะขึ้นไปเอ็นหมอ หมอบอกว่าให้ถ้ำจ๊กคราว เหลืออีก 3 คิวสิไปเบ็ง ให้ โคน เกือบชั่วโมง หมอเลยมาเบ็ง เลยบอกว่าให้ฟ้าไปโรงพยาบาลด่วน คนไข้เป็นโรค หลอดเลือดสมอง กะบ่ได้ไปโรงพยาบาลเชื่อนเต้ ย่านมันช้า เสียเวลา ลูกเลยพาไปโรงพยาบาล เอกชนอยู่ขอนแก่น ไปสอดเขาเอาสายออกซิเจนมาใส่ให้รู้สึก ไคหน่น หันใจโล่งขึ้น โคน เติบพยาบาลอย่างมา เลยว่า เอ้าให้ออกซิเจนจั่งได้จั่งบ่เป็ดออกซิเจน.... ยายรู้สึกเหมื่อย ม่อยลงทันที (หัวเราะ)”

“เคยได้ยีนโรคนี้อยู่ รู้จากโทรทัศน์ เขาโฆษณาในทีวี หมอเตี้ยกะเคยบอก มีอนั้น นั้นสิข้าว ล้างคอกหมู แล้วกะชัคผ้า ตากผ้า ประมาณบ่าย 2 เป็นปากเบี้ยว แขนซ้ายบ่มี แสง ยกบ่ได้ ฮาก แต่กะรู้โตอยู่ พอช้อยโตเองได้ แต่บ่คิดว่าเจ้าของสิเป็น โรคนี้อ ก็คิดว่าเป็น เส้นเป็นเอ็น ชื้อๆ ชาวบ้าน เพื่อนบ้านพากันมาเบ็งเลยพาไปหาหมอพื้นกะส่งขอนแก่น

ตอนนี้กะหายเป็นปกติ ทำงานได้ แต่ข้างนี้ยังมีอาการอ่อนๆ แหน่ อยู่ บ่งชี้แข็งแรงคือเก่ากะต้องระวังตัวขึ้น”

“ผมมีอาการตอนประมาณ ตี 2 เป็นหายใจบ่สะดวก แน่นท้อง ฮากแตก ถ่ายราด แขนอ่อนแรงข้างซ้าย กะนอนสังเกตเบิ่ง แฟนเอายามาเชื้อมาให้กิน เว้าบ่ซัด ลิ่นแข็ง จนเที่ยง น้องสาวบ้านใกล้กัน บ่เห็นย่างไปเล่นน้ำเลยมาถามข่าว ว่าไฉนข่าวว่าผมฮากเลยมาเบิ่ง พอแกมาเห็น เลยบอกให้ฟ้าไปโรงพยาบาล เพราะ ปีกลายนี้ เเลกะเคยเป็นอ่อนแรงแบบนี้ น้องชายผมอีกคนหนึ่งกะเป็นแบบนี้ได้ แต่ผมกะบ่คิดว่าผมสิเป็นคือเขา”

“มีพี่ชายเป็นตอนนั้นเลาไปทำงานอยู่อุดร ตื่นขึ้นมีอาการปากเบี้ยวเว้าบ่ซัด มีแขนขาอ่อนแรง เลยนอนพักชอมเบิ่ง เที่ยงกะบ่ไปเลยเหมารถมาบ้าน 6 โมงแลงจั่งได้พากันไปโรงพยาบาลเอกชนอยู่ขอนแก่น ตอนนีเห็นกายภาพบ่าบ่ค้อยู เร่มไคแห่งขึ้น)

“คนเฮถ้าบ่เจอกับเจ้าของบรู๊สึกคอก ต้องรอให้เจอกับตัวเองก่อน บอกจั่งได้เขากะบ่เชื่อ บางคนบ่ฟังเฮด้วยซ้ำ เมื่อก่อนผมกะเป็น จนมาเมื่อนี้รู๊สึกเสียใจ เสียคยกำลังวังชาที่เสียไป”

สรุป พบว่าในตำบลบ้านดงพบ โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มคนที่ทำงานหนัก ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ประชาชนในเขตตำบลบ้านดงมีความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาตน้อย ยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ชัดเจน ลึกซึ้ง การให้ความรู้แก่ประชาชนอาจยังไม่ทั่วถึงเกี่ยวกับ โรคดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคนี้เข้ารับการรักษาล่าช้า แม้แต่คนที่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้ ก็ยังไม่มี ความเข้าใจที่ชัดเจนพอ เมื่อประสบเหตุกับตัวเองยังไม่สามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองได้ และโรคนี้มีอาการแสดงที่ผิดแปลกจากโรคอื่น เช่นมีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ซัด เคนเซ น้ำลายยืด แขนขาอ่อนแรง ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ขึ้นมาทันทีทันใด ไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยเช่น มีไข้ ตัวร้อน เป็นต้น จึงทำให้ประชาชนบางส่วน ไม่ตัดสินใจไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน หรือปล่อยเวลาให้เนิ่นนานล่าช้า เพราะมัวสังเกตอาการตัวเอง คิดว่าจะดีขึ้น หรือ ประชาชนบางส่วนยังมีความเชื่อเกี่ยวกับวัฒนธรรม ประเพณี ดั้งเดิมแต่โบราณ จึงคิดว่าอาการแสดงดังกล่าวอาจเกิดจากการเปลอประพฤติผิจาริต โดยไม่รู้ตัว จึงไปคูดวง ไปหาร่างทรง หรือไปหาพระภิกษุที่ตนเคารพนับถือ เป็นต้น

ดังนั้นเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกยุคใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต้องเตรียมประชาชนให้มีคุณลักษณะ 6 ประการ ตามแนวคิดของ ขวัญเมือง แก้ว

คำเก็ง (254) ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การจัดการตนเอง

2.4 ผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากสาเหตุการได้รับช่วยเหลือเบื้องต้นที่ไม่ถูกต้อง และนำส่งโรงพยาบาลล่าช้าจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้พิการหรือเสียชีวิตตามมา ซึ่งสาเหตุความพิการดังกล่าวนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว เช่นอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นตามมา สูญเสียภาพลักษณ์ เกิดความเครียดทางอารมณ์ รู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง ขาดความเชื่อมั่น ในด้านสิ่งแวดล้อมยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย และเป็นภาระการดูแลของครอบครัว สังคมต่างๆ ตามมา

จากรายงานเอกสารกระบวนการเพื่อพัฒนาสมรรถนะ การเรียนรู้และเข้าใจชุมชนของตำบลบ้านดง ปี 2557 พบว่ามีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงขั้นทุพพลภาพในตำบลบ้านดงทั้งหมด 220 ราย พิกัดด้านร่างกาย 133 คน คิดเป็นร้อยละ 60.45 ของผู้พิการทั้งหมด ช่วงอายุที่พิการมากที่สุดคือช่วงวัยแรงงาน อาชีพที่พิการมากที่สุดคืออาชีพ เกษตรกรรม รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง

“ผลกระทบ เกิดขึ้นแน่นอน โดยเฉพาะตัวคนไข้เอง เคยไปได้มาได้ ก็ต้องเป็นภาระผู้อื่น ต้องมีผู้เฝ้าผู้เบิ่ง แทนที่สีได้ไปช่วยกันทำมาหากิน ก็ต้องสูญเสียรายได้ เกิดบ่พอกิน บ่พอใช้ ครอบครัวทะเลาะเบาะแว้ง เสียสุขภาพจิตอีก ส่วนชุมชน กะบ่ได้ช่วยหยั่งหลาย ได้ตะไปช่วยเบิ่ง ช่วยแยงยามเจ็บเป็นเอ็นอ่อนเท่านั้น อันอื่นกะยังบ่ทันได้ช่วยหยั่งดอก”

“แต่ก่อนผมเป็นช่างเฮ็ดบ้าน รายได้ดี มีอี่เป็นกำลังสร้างบ้านให้เพิ่น นั่งคุยอยู่ดีๆ ปากเบี้ยว น้ำลายไหล ตะก็บ่รู้ กว่าสีไปหาหมออะ โคน เลยพิการรักษาบ่ทัน หมอว่าเส้นเลือดสมองกับหัวใจตีบ กะได้รถเข็นจากกลุ่มผู้พิการเพิ่นให้มา เดียวนี้รู้สึกหงุดหงิด มันบ่ได้ตั้งใจ บ่คือเจ้าของเฮ็ดเอา ต้องปิ่นภาระของลูก แต่ก่อนเคยไปรับจ้าง ได้เงินได้คำเดียวนี้อาศัยลูก บ่มีหยั่ง ยามไปหาหมอแต่ละทีลูกกะต้องขาดงาน พาไป ยายกะจั่งซี่แล้ว เที่ยงยาก หลานน้อย เที่ยงเจ้าของกะป่วยคือกัน จักไผสิเบิ่งไผคุณหมอ”

“กระทบแน่นอนครับ ยังเป็นหัวหน้าครอบครัว กระทบรายได้ ต้องเป็นภาระมาเบิ่งแยงกัน ทีมกันบ่ได้ เพราะคนเป็นช้อยเหลือเจ้าของบ่ได้ ส่วนชุมชนผู้ได้รับผลกระทบหลายที่สุดคือกลุ่ม อสม.ต้องไปดูแล ช้อยเหลือ”

สรุป ผลกระทบที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่สูญเสียชีวิต รongลงมาคือทุพพลภาพ ทำให้ทั้งผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียดตามมา สูญเสียรายได้ ต้องเป็นภาระ รับผิดชอบของครอบครัวละตั้งคม

2.5 ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ในตำบลบ้านดงยังมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจขาด เลือดไม่เท่าเทียมกัน ส่วนใหญ่บอกว่าไม่มีความรู้ที่ชัดเจน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อยู่บ้านกันตามลำพังในช่วงกลางวัน เนื่องจากลูกหลานต้องไป ประกอบอาชีพ การงาน และอาการที่เกิดผู้ป่วยมักไม่ทราบว่าเป็นอาการที่อันตราย ผู้ที่พบเห็นผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นคนข้างบ้าน เป็นญาติบ้านใกล้เคียงที่เคยไปมาหาสู่กันเป็นประจำ ผู้ป่วยบางส่วน ต้องเสียชีวิตเนื่องจากได้รับการช่วยเหลือไม่ทัน บางคนก็รอดชีวิตกลับมา แม้จะได้รับการช่วยเหลือ ค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นเพราะอาการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจยังไม่มาก หรือมีพยาธิสภาพเพียง เล็กน้อยเป็นต้น อาจเป็นเพราะว่าอาการที่เกิดขึ้นจริงและอาการเจ็บป่วยที่ได้รับการสื่อสารมา ไม่ สามารถสื่อถึงความรู้สึกของ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ไม่สามารถบรรยายออกมาให้ชัดเจน ด้วยตัวอักษร หรือคำพูดได้ว่ามีลักษณะอย่างไรกันแน่ ผู้ป่วยจึงไม่ทราบว่าอาการแสดงที่ตัวเอง ประสบอยู่จะเป็นอาการแสดงของโรคที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ หรือบางครั้งอาจคิดว่าเป็นเรื่อง ไกลตัวจึงยังไม่ให้ความสนใจในการรับฟังข่าวสารเป็นต้น

“อยู่บ้านนี้ มีคนหนึ่ง กะบ่แม่ใจคอกว่าเขาเป็นโรคนีบ่ เขาอยู่บ้านคนเดียวได้ยืน เสียงดังตึ้งตึ้ง หมู่เลยเล่น ไปเบิ่ง เห็นเขาล้มฟุบอยู่ เขาบ่รู้สึกโตแล้ว แต่กะหายใจอยู่ เลยพา ไปโรงพยาบาล แต่เขากะบ่ยังคอก”

“ปกติหนูไปสอนโรงเรียน พ่อกับแม่อยู่บ้าน สองคน พ่อเป็นหลายโรค ต่อ มลูกหมาก พาร์กินสัน เข่าเสื่อม หอบหืด ความดันสูง แม่ลิเป็นผู้เบิ่ง ตอนแม่เป็นกะบ่มีไฟ เห็น แต่พ่ออยู่บ้านนำกันยังบ่รู้ มีแต่ผู้เฒ่าเฒ่าเฮือน”

“เมื่อที่แม่เป็นประมาณ 4 โมงเช้า ก่อนเป็นล้างชาม รู้สึกตาลาย อยากนอน มี อาการเมื่อย วูบ เลยเข้าไปนอนในบ้าน จนกระทั่งบ่าย 2 ญาติบ้านตรงข้ามมาเห็นเพราะ สงสัยว่าเป็นหยิ่งคือมิดแท้ จังเห็นว้ายาย บัสสาวะราด บ่รู้สึกตัว พ่อก็บ่รู้เรื่อง เลยพากัน บีบนวดกันอยู่ จนอาการดีขึ้น เลยไปอาบน้ำอุ่น วันรุ่งขึ้นจังพากันไปหาหมอเอกชนที่ ขอนแก่น ได้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เดือนธันวาคม 58”

“ตอนนั้นพ่อมีอาการตอนกลางคืน ประมาณ 4-5 ทุ่มนี้แหละ หายใจบ่ออก หายใจบ่ อิ่ม ยืนบ่ได้ ร่วงลงตามฝาผนัง เลยนวด ให้คนจีมอเตอร์ไซค์ไปตามหมอนวดมานานวด มัน เจ็บร้าวไปหลัง นึกว่าเส้นกระดูก ตี 4 เหมื่อยหลาย จั่งไปหาหมออยู่ขอนแก่นราม นอน รักษาอยู่นั้น 5 มื้อ”

“แม่บ่มีความรู้คอก แต่ว่าสามีแม่เคยเป็น โรคหัวใจขาดเลือด ก่อนลิเป็นเลากิน เหล้าหลาย เลยเมื่อย หายใจบ่อิ่ม อาการอื่นแม่กะจำบ่ได้ ว่ามันเป็นจั่งได้”

“หมอบ่ว่าพ่อเป็น โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ มีอาการเมื่อย หายใจบ่อิ่ม จิ้นบัน ไคเหมื่อย หลายจนหอบ เป็นอยู่ 2 มื้อ ลูกค้อยพาไปหาหมอ หมอกะส่งขอนแก่น ตอนนี่ยี่จิ้นหลาย แล้ว บ่เจ็บหน้าอกคอก”

“ยายเลาเป็นโรคเบาหวาน 10 ปี เป็นแม่ค้าขายของหวาน ตอนที่ยายเลาเป็น เลามี อาการปวดต้นคอแสง ต้องงยหน้าไว้จั่งค้อยจิ้น ไปโรงพยาบาลมาได้ กะบ่เคยได้ตรวจคลื่น หัวใจเลย ว่าแต่เป็นกระดูกคอเคลื่อน พยาบาลเอาปลอกคอมาให้ใส่ เลาถอดออก เลว่าใจสิ ขาด เลาบ่ใส่ พยาบาลกะฮ้ายให้เลา ว่าเลาบ่ร่วมมือ กะให้ยาแก้ปวดมากินอยู่บ้าน มื้อต่อมาเลา อยู่กับหลาน 2 คน ประมาณ 2 ทุ่ม หลังกินข้าวแลง เลาเป็นอีก เลยเหมารถไปโรงพยาบาล ได้ ตรวจคลื่นหัวใจ หมอบ่ว่าเป็นหัวใจขาดเลือด ได้ผ่าตัด นอน โรงบาลอยู่ 2 เดือน หลังผ่าตัด บ่ปวดคอกอีกเลย หมออยู่โรงพยาบาลศูนย์บอกบางคนปวดเอว บางคนปวดคอก”

สรุป จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจขาดเลือดในตำบล บ้านคงเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่บ้านโดยลำพัง หรือเป็นกลุ่มที่ผู้สูงอายุดูแลกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมี อาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม แต่อาการเจ็บแน่นหน้าอกอาจไม่ชัดเจนในบางคน ผู้ป่วยและญาติก็ สื่อสารถึงอาการของตนเองแตกต่างกัน หากผู้ป่วยรอดชีวิต หลังจากพ้นภาวะวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยกลุ่ม นี้ไม่แสดงอาการที่ผิดปกติให้เห็นชัดเจนเหมือน โรคหลอดเลือดสมอง อาจเป็นสาเหตุให้ประชาชน ไม่ระวังพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพเท่าที่ควร

2.6 ผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือด

ผลกระทบที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาจไม่ ส่งผลให้เกิดความพิการเหมือนโรคหลอดเลือดสมอง แต่ก็ส่งผลต่อภาวะคุณภาพชีวิตได้หากให้การ ช่วยเหลือไม่ทัน และหลังการรักษาผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เช่นเดียวกัน เพราะผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากยาที่ใช้ในการรักษา หรืออาจเกิดอาการซ้ำจาก การอุดตันของอุปกรณ์ที่ใช้ถ่ายขยายหลอดเลือดในหัวใจ นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ด้านการรักษาการเฝ้าดูแลขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การ ไปตรวจรักษาตามนัด เป็นต้น

“ตอนยายป่วยกะยากคือกัน บ่ได้ทำมาหากินยังเลย ต้องไปเสี่ยาย เงินกะบ่มี ต้องเที่ยวไปเที่ยวมา ตั้ง 2 เดือน กะลำบากอยู่”

“อยู่ สองเฒ่า กับหลาน ลูกกะบ่ได้อยู่ นำ เทียวโทรมาถามข่าวเอา ย่านพ่อเป็นอีก เขากะเป็นห้วง ยามลิได้ไปหาหมอเขากะจั่งมา เคี้ยวนี้กะบ่ค่อยได้ไปคอก ห่างแล้ว”

สรุป ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้เสียชีวิตได้ หากไม่เสียชีวิตแม้ไม่พบเห็นร่องรอยความพิการเหมือนโรคหลอดเลือดสมองก็เป็นภาระในการดูแล ถ้าเป็นในวัยแรงงาน กลุ่มนี้จะไม่สามารถทำงานหนักได้ และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องสูญเสียด้านเศรษฐกิจ ในการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด เสียเวลาทำงานของญาติเป็นต้น

3. ระบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนตำบลบ้านดง และความต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในชุมชนตำบลบ้านดงมีระบบการดูแลสุขภาพประชาชน ดังนี้

3.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมี 2 แห่ง ได้แก่

3.1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านคำปลาหลาย (รพ.สต.บ้านคำปลาหลาย)

ตั้งอยู่ที่บ้านคำปลาหลาย หมู่ที่ 9 ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์จังหวัดขอนแก่น เป็นรพ.สต.ขนาดเล็ก รับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ หมู่ที่ 7 หมู่ที่ 14 บ้านห้วยทราย หมู่ที่ 10 บ้านทรัพย์ภูพาน หมู่ที่ 9 บ้านคำปลาหลาย และ หมู่ที่ 5 หมู่ที่ 6 ตำบลนาคำ

มีบุคลากรไว้คอยดูแลประชาชนในพื้นที่ ทั้งหมด 5 คนประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คนผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 2 คน แพทย์แผนไทย 1 คน และ (พสอ.) 1 คน โดยเปิดให้บริการทุกวัน และให้บริการครอบคลุมทุกด้าน เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านดง (รพ.สต. บ้านดง)

ตั้งอยู่ที่บ้านดงหมู่ที่ 2 เป็น รพ.สต.ขนาดใหญ่ รับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ ทั้งหมด 10 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านขุนด่าน หมู่ที่ 2,3 บ้านดง หมู่ที่ 4 บ้านบ่อ หมู่ที่ 5,6 บ้านหนองเต้ หมู่ที่ 8 บ้านกุดเชียงมี หมู่ที่ 12 บ้านบ่อเหนือ หมู่ที่ 13 บ้านบ่อกลาง และ หมู่ที่ 15 บ้านกุดเชียงมี มีบุคลากรไว้คอยดูแลประชาชนในพื้นที่ ทั้งหมด 8 คนประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ ผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน ทันตภิบาล 2 คน แพทย์แผน

ไทย 1 คน และพนักงานสถานีอนามัย (พสอ.) 2 คน โดยเปิดให้บริการทุกวัน และให้บริการครอบคลุมทุกด้าน เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งสองแห่ง มีการประสานการทำงานร่วมกัน และช่วยกันดูแลสุขภาพประชาชนในเขตตำบลบ้านดง และเขตรอยต่อพื้นที่ตำบลอื่นที่อยู่ใกล้เคียง เช่น หมู่ 5 หมู่ 6 ตำบลนาคำ เป็นต้น ด้วยบุคลากรมีจำนวนน้อย จึงยังมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารเรื่องโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ลงสู่ชุมชนได้ไม่ทั่วถึงแม้จะแบ่งความรับผิดชอบเป็นหมู่บ้านแล้วก็ตาม ประชาชนในพื้นที่จึงยังมีความรู้ด้านการดูแลตัวเองที่แตกต่างกัน ดังนั้น เป็นหน้าที่ของทุกฝ่ายที่ต้องให้ความร่วมมือกันดูแลสุขภาพของตนเอง และบุคคลอื่น

ส่วนในด้านดูแลเมื่อประชาชนมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประชาชนมีความพึงพอใจในการไปใช้บริการ ถ้าเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ปวดท้อง อุบัติเหตุ เล็กน้อย บาดแผลเล็กน้อย ประชาชนส่วนใหญ่นิยมใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งสองแห่ง แต่ถ้ามีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรง เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หมดสติ แขนขาอ่อนแรง ประชาชนที่มีเศรษฐกิจดี นิยมไปใช้บริการที่คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน เพราะพวกเขาเชื่อว่า จะได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน ส่วนประชาชนอื่นๆ ในชุมชนที่มีเขตติดต่อกับอำเภอน้ำพองนิยมใช้บริการที่โรงพยาบาลน้ำพอง และในส่วนที่ใกล้โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ก็ใช้บริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์

“พอใจเรื่องการให้บริการของอนามัยบ้านเขาอยู่ เป็นเป็นกันเองดี เข้ากับชาวบ้านได้ดี สะดวกอยู่ยามไปใช้บริการ ถ้าเป็นน้อยๆ ส่วนมากจะไปอนามัยนี้แหละ มันใกล้ จังหมอเตี้ยเลาใจดี บริการดี บ้านอื่นจ้งนาคำ กะมาหาเลา”

“ตอนแม่เป็น ลูกพาไปคลินิก พอเป็นหนักๆ มันรู้สีกว่ารอบได้ ถ้าไปโรงบาลลูกย่านมันช้า”

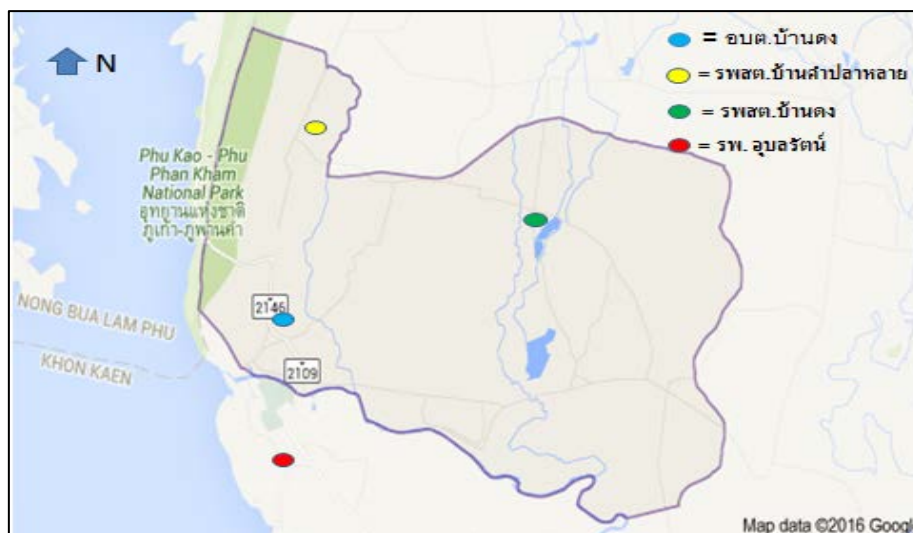
“คนบ้านเขาชอบความรวดเร็ว ยามป่วยยามไข้ บ่อยากถ้าโดน ส่วนมากเลยไปคลินิก หรือไปเอกชน โลด เขาห้วงทำมาหากิน”

“แต่ก่อนเห็นหมอกมาหาเยี่ยมคนไข้ มาเบิ่งสมุดประจำโต มาวัดความดัน ให้คนไข้ตามหมู่บ้าน เดี่ยวนี้ บ่เห็นมา อยากให้มีแบบนี้้อีก คนไข้กะดีใจ”

สรุป ประชาชนมีความพึงพอใจในระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งสองแห่ง เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินเล็กน้อยประชาชนนิยมไปใช้บริการ แต่เมื่ออาการรุนแรงผู้ที่มิมีฐานะดีมักเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเพราะต้องการความรวดเร็ว และพึงพอใจในระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

3.1.2 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานตำบลบ้านดง

ด้วยวิสัยทัศน์ของท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดงที่เห็นนโยบายด้านการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เป็นสำคัญ และมีความพยายามที่จะจัดให้มีหน่วยบริการประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในพื้นที่ตั้งแต่ต้น แต่ด้วยเหตุขัดข้องด้านการเปลี่ยนแปลงของระบบการอบรมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจาก 24 ชั่วโมง เป็น 40 ชั่วโมง และเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านการรับรองสถาบันที่จัดฝึกอบรมและกระบวนการจัดอบรม จึงต้องชะลอการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพไว้ และจัดซื้อจัดจ้างยานพาหนะและอุปกรณ์เพื่อเตรียมความพร้อมให้บริการประชาชนในพื้นที่ จัดอบรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นให้แก่บุคลากรเพื่อช่วยแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อระบบทุกอย่างมีความพร้อมจึงส่งบุคลากรที่ผ่านการคัดเลือกจากชุมชนเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม และสามารถเปิดให้บริการประชาชนได้อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2559 โดยมีผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น จำนวน 6 คน มียานพาหนะสำหรับใช้นำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน 1 คันเป็นรถกระบะดัดแปลงหลังคายกสูง มีการจัดอัตรากำลังแบบ 2 ช่วง ช่วงละ 3 คน โดยแบ่งกันเข้าเวรปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. และ จาก 20.00 น. ถึง 08.00 น. รอบละ 12 ชั่วโมง ตั้งแต่เปิดบริการมา มีผู้ป่วยฉุกเฉินเรียกใช้บริการทั้งหมด 28 คน เฉลี่ยเดือนละ 9 คน อาการเจ็บป่วยที่ประชาชนในพื้นที่เรียกใช้บริการมากที่สุดคือ อุบัติเหตุจราจร จำนวน 10 ราย รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และอุบัติเหตุอื่นๆ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดงมีที่ตั้งติดถนนหมายเลข 2109 ที่เชื่อมระหว่างอำเภออุบลรัตน์และอำเภอโนนสัง ซึ่งห่างจากหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 2 กิโลเมตรดังแผนที่โดยสังเขป



ภาพที่ 2 แผนที่ตำบลบ้านดง และที่ตั้งองค์กรภาครัฐในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง โดยสังเขป

สถานการณ์การเรียกใช้บริการรถฉุกเฉิน จากการสังเกต สอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าที่ผ่านมาประชาชนตำบลบ้านดงส่วนใหญ่ใช้บริการรถฉุกเฉินกรณีเจ็บป่วยทั่วไป และอุบัติเหตุจราจร แต่ไม่นิยมเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินในกรณีเร่งด่วน หรือกรณีที่ญาติเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการหนักมากแล้ว เพราะเวลานั้นญาติหรือผู้พบเห็น มีความรู้สึกร้อนใจมากเกินกว่าที่จะรอไหว ไม่สามารถรออะไรได้อีก ขอให้ได้พาผู้ป่วยออกจากที่เกิดเหตุโดยเร็วเท่านั้น คิดว่าการเรียกรถฉุกเฉินเป็นการเสียเวลาต้องรอนานกว่ารถฉุกเฉินจะมาถึง ประกอบกับก่อนหน้านี้ ตำบลบ้านดง ยังไม่มีหน่วยกู้ชีพประจำตำบลต้องเรียกใช้บริการจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จนกระทั่งเดือน พฤษภาคม 2559 ตำบลบ้านดงจึงเริ่มมีหน่วยกู้ชีพประจำตำบล ประชาชนในชุมชนจึงนิยมนำส่งผู้ป่วยเองด้วยรถยนต์ส่วนตัวของตนเอง รถยนต์ส่วนตัวผู้นำชุมชน หรือรถยนต์ส่วนตัวของคนใกล้ชิดในชุมชน หรือแม้กระทั่งรถมอเตอร์ไซด์ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างนำส่ง จึงไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ อาจเกิดจากสาเหตุการขาดทักษะในการประเมินอาการ การขาดความรู้และทักษะในการช่วยเหลือ หรือยานพาหนะที่ใช้นำส่งอาจไม่สะดวกต่อการช่วยเหลือเป็นต้น ทำให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และ และสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะภายในที่สำคัญของร่างกายตามมา

“ตอนผมเป็นตอนนั้นผมกะบ่ได้เ็นรถกู้ชีพ เพราะบ่ทันใจ ถ้าโดน ได้เสียเงินค่าอยู่ค่ากินให้เขาคือเก่า คนเขาต้องมีน้ำใจให้กัน เลยเรียกญาติ เขาเลยช่อยกันหิ้วปีกขึ้นรถ”

“ผมเคยช่วยเหลือคนไข้ บรู๊ส ลี โท ช่วยกัน โภยท้องเลา แล้วกะฟ้าวอ้มพาดมอเตอร์ไซด์ ไปส่งโรงพยาบาล บ่ได้เอ็นกู๊ชีพ ถ้าบ่ไหว ใจเฮานี้ฮ้อน ว่าตะได้ไปจากหม่องจั่งได้กะได้ ให้เร็วที่สุด สุดท้ายเลากะโปรดคอก”

“ตอนยายเลาเป็น ประมาณ 2 ทุ่ม ได้เหมารถไป บ่ได้เอ็นรถกู๊ชีพคอก ยานเข้า ยานถ้ำโคน กว่าลิเอ็น กว่าลิมา”

“คนไข้บางคนกะบ่กล้าขี่รถกู๊ชีพ เขาคิดว่ารถกู๊ชีพเอาไว้ขนส่ง เพื่อยาน”

“ถ้ามีอาการป่วยบ่แสงกะเอ็นรถกู๊ชีพอยู่ ถ้าเป็นหลายกะบ่เอ็น ถ้ำโคนกว่าจะโทรไปขออนแก่น กว่าสิโทรมา เอรารถไปเองเร็วกว่า ระหว่างทางถ้ำเกิดหยั่งขึ้นกะบีบคั้นกันไป ตึกถ้ำถ้ำเหลียวเบ็งกันอยู่ฮื้อๆ”

“มีญาติ เมื่อยฮากเป็นเลือด ฟ้าวอส่งโรงพยาบาลเอง ระหว่างทางเลาเริ่มบรู๊ส ลี โท กะช่วยคอก ค่อยโภยท้องไปนำทาง มื้อนั้นเทิงมีตลาดนัด ต้องหลบหลีกเทิงรถ เทิงคน ไปถึงโรบบาลหมคสตีพอดี ร่างกายอ่อนลง มือตกป้อกลง รู้เลย ทีมแพทย์ช่วยกะบ่ตอบสนอง ขากรไรกรยาน ตายเลย”

สรุปได้ว่าเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่ประเมินได้ว่ามีภาวะคุกคามต่อชีวิต ประชาชนไม่นิยมเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินเพราะเชื่อว่าทำให้เสียเวลารอคอยนาน การเพิ่มเวลารอคอยออกไปอีกอาจเป็นสาเหตุทำให้ญาติของพวกเขาเสียชีวิตได้ ประชาชนส่วนใหญ่ในตำบลบ้านดงมีความต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเร่งด่วนในภาวะฉุกเฉินวิกฤติดังนั้นพวกเขาจึงต้องการแก้ความรวดเร็วในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล โดยไม่คำนึงถึงภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นระหว่างนำส่ง เมื่อมีภาวะฉุกเฉินระหว่างนำส่ง เช่น ผู้ป่วยหมดสติระหว่างทางพวกเขาจะให้การช่วยเหลือผิดวิธีเช่นการ โภยท้อง การกดหน้าอกด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้องเป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติผิดวิธีอาจเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

3.1.3 ระบบอาสาสมัครในชุมชน

ในชุมชนตำบลบ้านดงเป็นชุมชนชนบท มีระบบอาสาสมัครด้านสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน จากข้อมูลที่ได้ประชาชนตำบลบ้านดงมีความพึงพอใจอาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ของตัวเองได้ดี รู้สึกชื่นชม และขอบคุนแทนชุมชน อสม. 1 คน รับผิดชอบดูแลประชาชน 10 ครอบครัว หน้าที่หลักที่ชุมชนเห็นชินตาได้แก่ การออกเยี่ยมคนไข้ตามครัวเรือน การส่งต่อข้อมูลข่าวสาร การติดตามวัดความดันโลหิต การติดตามผู้ป่วยขาดนัด แจกทรายอะเบต คว่าไห คว่ากะลา ส่วนด้านการสื่อสารข้อมูลข่าวสารต่างๆ อสม. มีความเชื่อว่าพวก

เขาไม่มีความรู้เพียงพอที่จะสื่อสาร หรือไม่มั่นใจตัวเองที่จะสื่อสารเรื่องที่ไม่ชัดเจนออกไปแล้ว เพื่อนบ้านไม่ให้ความเชื่อถือ

ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด อสม. เชื่อว่าพวกเขาสามารถทำหน้าที่สื่อสารได้ ถ้ามีผู้เชี่ยวชาญสามารถสอนให้พวกเขามีความรู้จริง จนกล้าที่จะสื่อสารกับคนอื่น และกลุ่ม อสม. เองอาสาที่จะเป็นกลุ่มผู้ดูแลประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน ขอแค่มีผู้สนับสนุนอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นให้ เมื่อก่อน อสม.เคยมีกระเป๋าอุปกรณ์และยาเบื้องต้นไว้คอยบริการประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินซึ่งเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีมาก ปัจจุบันนี้ไม่มีอีกแล้วเนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุน พวกเขาคิดว่าถ้ามีอีกน่าจะเป็นการดี เพราะเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในชุมชนพวกเขาจะทำหน้าที่ดูแลคนไข้ระหว่างรอรถกู้ชีพมารับเอง

“บางครั้งอสม.กะบ่กล้าว่าให้ชาวบ้านฟังเรื่องโรคนั้นโรคนี้อย่างเป็นเรื่องโรคหลอดเลือดสมองยังบ่กล้าว่า เพราะบ่มีความรู้ประชาชนบ่ฟังเสาดอก เขาต้องมีความรู้และมั่นใจ”

“พวกผมกะอยากเฮ็ดอยู่ดี ถ้าพวกผมมีความรู้หลายขึ้นมีความมั่นใจ ในความรู้กะลิกกล้าว่า กล้าบอกชาวบ้านฟัง ถ้ามีคู่มือ มีอุปกรณ์ ประกอบให้พื้นเห็นมันกะดี”

“พวกผมอยากมีอุปกรณ์เบื้องต้นไว้ดูแลคนไข้คือแต่ก่อน เดี่ยวนี้บ่เห็นมี หมอพื้นว่างบเปิด ความจริงบ้านเฮาเฮ็ดกันเองกะได้ ถ้ามันดี แต่บุญบั้งไฟ เฮายังช่วยกันเฮ็ดได้ หลวงกะบ่มีงบให้ก็อกัน เฮาอาจซิเฮ็ดผ้าป่า เฮ็ดกองทุนขึ้นมาในหมู่บ้าน”

“อสม.พื้นกะทำหน้าที่คืออยู่ แต่สิ่งทีอยากให้เฮ็ดเพิ่มเติมคือการช่อย บอกกล่าวเรื่องโรคต่างๆให้ชาวบ้านฟัง เขาได้ไปอบรม ได้ไปรู้มา ชาวบ้านบ่รู้ คนเฮาต้องได้ยินได้ฟังบ่อยๆจึงสิจำ อสม.เป็นไต่บ้านคือกัน เว้ากันง่าย เข้าใจกันกว่าเว้ากับหมอ เพราะเป็นประชาชนคือกัน สงสัยกะกล้าถาม ถ้าเป็นหมอ พื้นเว้ายังมา สงสัยกะบ่กล้าถาม เกรงใจ”

สรุปว่าชุมชนให้การยอมรับและมีความเชื่อถือ อสม. และต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านอสม. และกลุ่มอสม.เองเห็นว่ายังขาดความมั่นใจในตนเองเนื่องจากขาดความรู้ที่ชัดเจน แต่มีความพร้อมในการเป็นสื่อกลางเพื่อส่งต่อข่าวสารที่มีประโยชน์สู่ประชาชน และพร้อมที่จะเป็นกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินในการดูแลช่วยเหลือประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน

3.2 ความต้องการการดูแลรักษาภายหลังจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ภายหลังจากการวินิจฉัยฉุกเฉิน ประชาชนต้องการหายจากอาการเจ็บป่วยนั้นโดยเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจากภาวะหลอดเลือดสมอง พวกเขาจะแสวงหาการ

รักษาทุกวิถีทางที่เชื่อว่าจะทำให้พวกเขาหายจากการเจ็บป่วยได้ เช่น การรับประทานอาหารเสริมต่างๆ การรับประทานยาสมุนไพร การไปรดน้ำมันต์ การดื่มน้ำมันต์ คนที่เชื่อตามคำสั่งแพทย์ก็มีการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เช่นการงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา ยอมออกกำลังกาย งดอาหารที่เคยชอบ จำพวกอาหารมันๆ เมื่อชีวิตเจียดความตายผู้คนอาจมองเห็นคุณค่า และเป้าหมายหรือความหมายของการมีชีวิตอยู่ จึงยอมเสียทรัพย์สินเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต คนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดียอมซื้อยาราคาเป็นหมื่นๆ เพื่อให้บุคคลอื่นเป็นที่รักษาจากการเจ็บป่วย ส่วนคนที่มีฐานะไม่ดีก็ดูแลกันไปตามอัตภาพ เมื่อผู้คนมีเป้าหมายผู้คนจะมีพลัง จากการสัมผัส พบว่าผู้ที่มีกำลังใจดี มีจินตนาการ สามารถเห็นภาพตัวเองหายได้ จะมีพลังในการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก จนในที่สุดพวกเขาก็หายจากการเจ็บป่วยได้จริงจนใกล้เคียงปกติ

“ตอนแม่เป็นใหม่ๆ ตอนนั้นลูกบ่ได้เด๋ ไปไสมาไส บ่อได้ ได้แต่นอน ในใจคิดแต่ว่าลิซา เห็นเจ้าของย่างไปไสมาไสได้คือเก่า ลูกกะพาไปปรึกษาหม่อมง ยาขวดละ 6 หมื่นกะซื้อมาแล้ว พาไปหาพระหาเจ้า ยาใดดีลูกซื้อมาให้กินเบ็ด ลูกๆ หลานๆ และครอบครัวดูแลดี ใจยายกะเข้มแข็งมีกำลังใจ คิดแต่ว่าต้องหาย ซ่อยเจ้าของ เว้ากับเจ้าของ แขนข้างที่ตีลี ไปยกซ่อยข้างที่มันยกบ่ได้ ยายบอก อย่าไปซ่อยมัน ให้มันเฮ็ดเอง จนในที่สุดยายกะเริ่มลุก ซ่อยเจ้าของได้ เฮ็ดเวียกบ้านได้ หาแนวเฮ็ด ส้อยผือ ตำสาด เฮ็ดอยู่เบ็ดมือ ลูกเลยซื้อจักรยาน 3 ล้อมาให้ขี่ไปนั่นมานี่ ที่ตีขึ้นหลายย่อน ไปปฏิบัติธรรมอยู่วัดเป็น 10 มื้อทั้งที่บ่แข็งแรง ให้ลูกไปส่งไว้วัด กลับมาตีขึ้นกว่าเก่าหลาย มันบ่ปล่อยวาง มันบ่เครียด พระเพิ่นกะซ่อย กะสอน”

นอกจากอาสาสมัครสาธารณสุขแล้วยังมีพระภิกษุซึ่งท่านเป็นเจ้าอาวาสวัดบ้านขุนด่าน ที่ทำหน้าที่เป็นผู้มีจิตอาสาในการช่วยเหลือผู้ป่วยเต็มที่ตลอดเวลา ซึ่งท่านเป็นบุคคลสำคัญในการให้ความรู้แก่ประชาชนด้านการดูแลสุขภาพ เป็นที่ปรึกษาด้านโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ โรคที่ท่านมีความรู้และช่วยดูแลกลุ่มผู้ป่วยอยู่ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง เป็นผู้มีส่วนส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีภาวะจิตใจเครียดท้อแท้ สิ้นหวัง ท่านจะไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยวิกฤติ ทุกเคสที่ท่านทราบข่าว เพื่อให้กำลังใจ และเป็นที่ปรึกษา ในบางกลุ่มโรคเช่นกลุ่มโรคมะเร็ง มีการนำทีมออกเยี่ยมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้โอกาสประชาชนในการทำสังฆทานตามความเชื่อ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยกรณีที่นอนป่วยที่โรงพยาบาลบ้าง ที่บ้านบ้างตลอด 24 ชั่วโมงตามที่ผู้ป่วยและญาติ

ต้องการ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ฟื้นตัวเร็วขึ้น ในทางกลับกันหากไม่หาย ผู้ป่วยและญาติรู้สึกไม่มีความสุข และพึงพอใจเพราะได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วยในระยะท้ายสุดของชีวิตแล้ว

“อาจารย์ ไปเยี่ยม เบิดสุคนที่ได้ยืมข้าว พวกโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตนี้กะไป แต่อามาบ่มีความรู้เรื่องนี้คอก รู้แต่ว่าฟื้นเป็น ถ้าสุดกะอยู่ใกล้วัดนี้ สังเกตว่า ครอบครัวนี้เป็นแบบนี้แล้ว 3 คน ส่วนมากอาจารย์กะสิไปเยี่ยมอยู่บ้านหลังจากเพื่อนออกโรงพยาบาลแล้ว ไปถามไถ่อาการ ไปให้กำลังใจ บางคนฟื้นกะอยากให้อ้อยเฮ็ดนั่นเฮ็ดนี้ อ้อยกวายสังฆทาน สังเกตเบ็งคนไข้กะดีใจ มีความสุข เห็นพระมายาม อาจารย์กะอยากให้เป็นเขา”

โดยสรุป ในเขตตำบลบ้านดง ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็น ปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคนในชุมชน และเห็นว่าโรคดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตของประชาชน ซึ่งนอกจากจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแล้วยังส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจากการดูแลควบคุมภาวะเจ็บป่วยของตนเองไม่ดี ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจขาดเลือด ประชาชนยังมีความรู้ความเข้าใจน้อย และระดับความรู้ความเข้าใจแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจดูแลตนเองตามความคิดความเชื่อเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคดังกล่าวขึ้น ประชาชนเห็นถึงความสำคัญและความรุนแรงของโรคนี้ ต้องการให้ทุกคนมีความรู้ที่ชัดเจนอย่างทั่วถึง เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในชุมชน ประชาชนยังมีวิธีการตามความคิดความเชื่อเช่นเดียวกัน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดการ และการช่วยเหลือผิดวิธีตามมา เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน วิกฤติประชาชนมุ่งเน้นที่การนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ด้วยยานพาหนะที่ทำได้ในขณะนั้นมากกว่าการคำนึงถึงความปลอดภัยระหว่างนำส่ง เมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลงขณะนำส่งทำให้ไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้ซึ่งจะสังเกตเห็นว่าก่อนการเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้คำนึงถึงการป้องกันโรคเท่าที่ควร แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนมีภาวะแทรกซ้อนจึงมีความคิดที่จะดูแลสุขภาพ และ มีความต้องการหายเจ็บป่วยโดยเร็ว

กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนมีความพร้อมในการให้บริการประชาชน และมีความเข้มแข็งในภารกิจที่ตนเองรับผิดชอบ แต่ยังขาดองค์ความรู้ที่เพียงพอสำหรับสร้างความมั่นใจให้ตนเอง เพื่อถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่มีสู่ชุมชนได้

4. ความต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มร่วมกับชุมชนตำบลบ้านดง พบว่าประชาชนในเขตตำบลบ้านดงร่วมมองเห็นปัญหาด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดขึ้นกับประชาชนตำบลบ้านดงมีสาเหตุมาจากประชาชนในเขตตำบลบ้านดงขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการสาเหตุ อาการ อาการแสดง การประเมินอาการเบื้องต้น การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ และการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และ โรคหลอดเลือดหัวใจ และร่วมมองเห็นภาพความต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน คือ ต้องการเห็นประชาชนทุกคนในเขตตำบลบ้านดงทุกครอบครัว มีความรู้ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ อาการแสดง การประเมินอาการเบื้องต้น การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ และการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และ โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยให้เหตุผลว่าบางครั้งการเจ็บป่วยเหล่านี้เกิดในครอบครัว อสม.หรือผู้นำอาจไม่ได้อยู่ ณ จุดเกิดเหตุร่วมกับผู้ป่วยและญาติได้ตลอดเวลา แต่ถ้าทุกครอบครัวมีความรู้เหมือนกันหมดจะสามารถให้การช่วยเหลือตัวเองและครอบครัวได้ถูกต้อง จึงร่วมกันให้ข้อเสนอแนะว่าการที่ประชาชนในตำบลบ้านดงจะมีความรู้ครอบคลุมทุกครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้นำจะรับหน้าที่เป็นผู้สื่อสารส่งต่อความรู้ดังกล่าวลงสู่ประชาชนในแต่ละครอบครัว โดย กลุ่ม อสม. จะแทรกไปกับกิจกรรมการออกเยี่ยมเยียนประชาชนในความรับผิดชอบของแต่ละคน และจะสื่อสารให้แต่ละครอบครัวได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารพร้อมกันครอบครัวละอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน และต้องการสื่อเพื่อประกอบการส่งผ่านความรู้นี้ เช่นอาจเป็นภาพพลิกที่มีภาพแสดง ภาพจำลอง ที่สามารถสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจได้ และในกลุ่มผู้นำชุมชนเสนอวิธีการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านเนื่อง และต้องการบทที่จำเป็นต้องใช้ในการสื่อสารเพื่อส่งผ่านความเข้าใจของประชาชนในรูปแบบเดียวกัน เหตุที่เลือก วิธีการทั้งสองอย่างชุมชนให้เหตุผลว่า ประชาชนในเขตตำบลบ้านดงชอบการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อบุคคลมากกว่าการอ่านเอกสารต่างๆด้วยตัวเอง และการสื่อสารผ่านทางหอกระจายข่าวเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ช่วยต่อยอดให้ชุมชนได้จดจำมากขึ้นจากการฟังซ้ำๆ เพราะสามารถสื่อสารได้ทุกวัน แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก่อนที่กลุ่มผู้นำ และกลุ่ม อสม.จะลงไปสื่อสารข้อมูลข่าวสารดังกล่าวได้ พวกเขาต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ และ โรคหลอดเลือดสมอง และการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ อย่างชัดเจนแจ่มแจ้งก่อน จึงต้องการให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทางด้าน โรคดังกล่าวจัดอบรมความรู้ต่างๆเกี่ยวกับโรคนี้ให้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ในการสื่อสาร และส่งต่อความรู้ลงสู่ประชาชนทุกครอบครัวในชุมชนต่อไป

“ที่ผ่านมามีบ้านเรายังไม่ค่อยรู้เรื่องโรคนี้อันใดกัน ดังนั้นถ้าจะช่วยเหลือกันกัน ทุกครอบครัวต้องมีความรู้ จะให้แก่ อสม. หรือผู้นำรู้คนเดียวมันก็ช่วยไม่ทันอยู่ดี เพราะบางที อสม. ก็มีธุระไม่ได้อยู่กับเขาตลอดเวลา”

“ชาวบ้านทุกคนต้องมีความรู้ โรคพวกนี้มันอันตราย ถ้ามีแต่ อสม. หรือผู้ใหญ่บ้านที่รู้ อาจจะช่วยคนไข้บ้างก็แค่ถ้ามีคนไข้เป็นโรคนี้อันใด เพราะบางที อสม. บ่ได้อยู่หน้าชาวบ้านตลอดเวลา แต่ถ้าทุกคนรู้ เมื่อเกิดเหตุขึ้น ก็ช่วยกันได้ทัน”

“การที่สื่ออบรมให้ทุกครอบครัวรู้เบ็ดขันธ์กะยากอยู่ ไทบ้านบ่มีเวลามาอบรมนำเสาคอก แล้วเพื่อนกะบ่มี แต่ถ้าไปเว้าให้ฟังคนต่อคนนี่สนใจคืออยู่ เพื่อน ได้ถามนั่นถามนี้ได้ คนบ้านเขาบ่ค่อยมักอ่านเอาเอง เขาเอกสารไว้ให้กะคือเก่า บางคนกะเอาไปวางไว้เทิงโต๊ะ เเทิงหลังตู้เย็นพูน บ้านเขามักวิธีการพูดคุยกันหลายกว่ามันได้ถามตอบได้กัน ติดป้ายไว้กะบ่ค่อยได้อ่านกันคอก บ่ค่อยได้ผล”

“อสม. คนหนึ่งรับผิดชอบ 10 ครอบครัว ปกติอสม. แต่ละคนกะทำหน้าที่ออกเยี่ยมครอบครัวที่เจ้าของรับผิดชอบครอบครัวละครั้ง ต่อเดือนอยู่แล้ว ต่อไปนี่กะเสื่อเรื่องโรคนี้อันใดให้ชาวบ้านฟัง พร้อม แต่ว่า ต้องอบรมความรู้ให้พวกอสม. หรือผู้ใหญ่บ้านมีความรู้เรื่องนี้ให้ดีซะก่อน ถ้าขั้นกะไปเว้าสู่เพื่อนฟังบ่ได้ อีกอย่างหนึ่งอยากได้ภาพพลิกหรือเอกสารที่มันมีรายละเอียด มีรูปประกอบนำชาวบ้านจึงลิจำได้ เว้าชื่อๆ บ่มีภาพให้เบิ่งกะคือเก่า”

“ปกติชุมผู้ใหญ่บ้านกำนัน กะมีหน้าที่รณรงค์โรคไข้เลือดออกอยู่แล้ว การเสื่อสารทางหอกระจายข่าวกะยังได้ผลอยู่ในบ้านเขา เบิ่งจั่งเรื่องไข้เลือดออก เว้าบ่อย่างชุมมือกะจำได้ บ้านเขาเลยบ่ค่อยมีไข้เลือดออกแล้ว แต่ว่ากะมีแนวมาให้พวกผมว่า ที่เป็นรายละเอียดว่าลือให้เว้าให้ยังแน่ บ่แม่นต่างคนต่างเว้าตามความคิดใหม่ัน พวกผมกะอยากอบรมความรู้คือกัน ลือได้เว้าสู่ชาวบ้านฟังได้ บางทียามเจ็บเป็นเอ็นอ่อนเพื่อนกะเล่นหาผู้ใหญ่บ้านกะมีคือเก่า ลือได้ช่วยเพื่อนได้ถูกวิธี”

“อาจารย์ลือมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคมะเร็ง โรคพวกนี้อาจารย์ช่วยสอนช่วยแนะนำชาวบ้านได้ บางคนเป็นเบาหวานบ่กินยาอันใดฟัง กะมาถามอาจารย์นี้หละ บ่กล้าไปถามหมอ แต่โรคนี้อาตมาบ่มีความรู้ฮือลือ อาจารย์กะอยากรู้อยู่ ลือได้ช่วยบอกชาวบ้านอีกทีหนึ่ง เพราะอาจารย์เฮ็ด โครงการ โรงเรียนผู้สูงอายุทุกวันอังคาร มีโครงการปฏิบัติธรรมประจำ มีกลุ่มผู้สูงอายุมาวัดตลอด อาจารย์กะลือได้ช่วยเว้าสู่เพื่อนฟัง แล้วกะอยากเชิญหมอมามาเว้าให้เพื่อนฟังนำ ยามไปเยี่ยมคนไข้พวกนี้ อาจารย์กะลือแนะนำเพื่อนได้ บ่ไปเยี่ยมชื่อคือเก่า”

“ผมอยากให้ชุมชนมี ตัวแทนชาวบ้าน ในแต่ละหมู่บ้านที่มีความรู้เรื่องการช่วย เหลือคนไข้ฉุกเฉิน คือกลุ่มกู้ชีพ ได้ผ่านการอบรมการช่วยเหลือนคนไข้ กลุ่มไคควรรยก กลุ่ม ไต้ปควรรยก ไผควรรส่งไว ไผพอถ้าได้ เพื่อสืได้ช่วยประสานกับทีมกู้ชีพ แล้วกะช่วยกัน ดูแลคนป่วยฉุกเฉินในชุมชนได้”

สรุปว่า ประชาชนตำบลบ้านดงมองเห็นปัญหา และผลกระทบด้านการเจ็บป่วยด้วยโรค ระบบหัวใจและหลอดเลือด และวิเคราะห์ว่าปัญหาดังกล่าวเกิดจากความไม่รู้ของประชาชน และถ้า จะให้ร่วมกันแก้ปัญหานี้ได้ ทุกครอบครัวต้องมีความรู้ในเรื่องนี้ เพื่อจะสามารถช่วยเหลือกันเมื่อ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ในครอบครัวได้ เพราะบางครั้งการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวโดยที่ อสม. หรือผู้นำก็ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์เป็นต้น ชุมชนเห็นว่าการที่ประชาชนจะมีความรู้ได้อย่าง ทั่วถึงเป็นเรื่องที่ยาก ชาวบ้านในชุมชนไม่มีเวลาที่จะมาประชุมร่วมกันได้ เนื่องจากมีภารกิจ แต่ถ้า มีการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเหล่านี้ให้แก่กลุ่มผู้นำ และกลุ่ม อสม. เพื่อให้พวกเขามีความรู้อย่าง ลึกซึ้ง พวกเขาจะทำหน้าที่ส่งต่อความรู้สู่ประชาชนที่รับผิดชอบ โดยการสื่อสารระหว่างบุคคลใน วันที่พวกเขาไปเยี่ยมประชาชนที่แต่ละคนรับผิดชอบ และกลุ่มผู้นำจะทำหน้าที่สื่อสารผ่านทางหอ กระจายข่าว เพราะสามารถสื่อสารได้ทั่วถึงผู้คนได้ และเป็นการสื่อสารได้บ่อยเท่าที่ต้องการ

5. ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดรูปแบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการจัดเวทีประชาคมเพื่อคืนข้อมูลชุมชนและร่วมกันหาข้อเสนอแนะแนวทางในการ แก้ปัญหาเพื่อหารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยสรุป รูปแบบการเฝ้าระวังผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดคือ 1) รูปแบบการให้ความรู้ ประชาชนเกี่ยวกับโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) รูปแบบสื่อในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน 3) การจัดตั้งกลุ่มอาสากู้ชีพในชุมชน และ 4) วางแผนจัดตั้งกองทุนสนับสนุนเพื่อการดูแลผู้เจ็บป่วย ฉุกเฉินในชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 รูปแบบการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด

เวทีประชาคม เห็นว่าโรกระบบหัวใจ และหลอดเลือดเป็นโรคสำคัญและอันตราย ต่อประชาชนและส่งผลกระทบต่อประชาชนหลายด้าน ประชาชนทุกครอบครัวในตำบลบ้านดงมี โอกาสเป็น และที่ผ่านมามีประชาชนในตำบลบ้านดงยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค นี้ หากผู้มีความรู้เป็นแค่กลุ่มคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น กลุ่ม อสม. อาจไม่สามารถให้การดูแล ช่วยเหลือกันได้ทันทั่วถึงที่ บางครั้ง อสม.อาจจะไม่อยู่ ณ ที่เกิดเหตุ ดังนั้นประชาชนทุกครอบครัว

ในตำบลบ้านดงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้เช่นเดียวกับกลุ่ม อสม. ที่ประชุมเห็นว่า ประชาชนในตำบลบ้านดง นิยมการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อบุคคล มากกว่าการเข้าร่วมประชุม เพราะห่วงภารกิจด้านการประกอบอาชีพ แต่วิธีการสื่อสารทุกครอบครัวแบบนั้นอาจใช้เวลานาน และอีกอย่างชุมชนมีวัฒนธรรมในการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเป็นประจำหลัง เสร็จจากการทำงาน จึงเลือกวิธีการสื่อสาร สองวิธี ได้แก่ 1) วิธีการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าว และ 2) วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อบุคคล ดังนั้นควรให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้มีความรู้เกี่ยวกับโรค ระบบหัวใจและหลอดเลือดจัดอบรมความรู้ให้กลุ่มผู้นำ กลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทด้าน การสื่อสารสู่ชุมชนอยู่แล้ว ให้มีความรู้ที่ชัดเจน ในด้าน 1) สาเหตุของโรค 2) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ เกิดโรค 3) อาการและอาการแสดง ของโรค 4) การป้องกันโรค 5) การดูแลช่วยเหลือเมื่อพบผู้ป่วย เป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และ 6) วิธีการรักษาโรค เมื่อกลุ่มผู้นำ และกลุ่ม อสม. มีความรู้ที่ชัดเจนแล้วเป็นผู้ทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ต่อไปโดย

5.1.1 อสม. 1 คนรับผิดชอบ 10 ครอบครัว กลุ่ม อสม.จะเป็นผู้นำความรู้ที่ได้จาก การอบรมไปเล่าสู่ประชาชนแต่ละครอบครัวที่ตนรับผิดชอบ เดือนละ 1 ครั้งต่อ 1 ครอบครัว

5.1.2 กลุ่มผู้นำ รับผิดชอบหน้าที่สื่อสารผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

5.1.3 รพ.สต.ที่รับผิดชอบขอบแต่ละหมู่ และพยาบาลชุมชนรับหน้าที่ในการ ติดตามประเมินผล

5.2 รูปแบบสื่อที่ใช้ประกอบการถ่ายทอดความรู้

5.2.1 เวทีประชาคมเห็นว่าประชาชนในพื้นที่ ให้ความสนใจกับสื่อบุคคลต่อบุคคลมากกว่าการเข้าร่วมประชุม หรือการอ่านเองตามป้ายหรือเอกสารต่างๆ จึงมีความเห็นว่าสื่อที่ ใช้น่าจะมีภาพจำลองที่สื่อให้ประชาชนเห็นภาพได้ชัดเจน อาจเป็นในรูปแบบแฟ้มภาพ หรือ ภาพพลิก สำหรับให้อสม. ใช้ประกอบการสื่อสาร จะทำให้ประชาชนจดจำได้มากขึ้น

5.2.2 ที่ประชุมเห็นว่าต้องมีเอกสารประกอบการสื่อสารทางหอกระจายข่าว ที่ สามารถสื่อสารประชาชนได้ง่าย กระชับ และเป็นรูปแบบเดียวกัน ประชาชนสามารถเข้าใจได้ อย่างรวดเร็ว

5.3 มีกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชนเพื่อคอยช่วยเหลือผู้มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เบื้องต้น

เวทีประชาคมเห็นว่าที่ผ่านมา ประชาชนในเขตตำบลบ้านดงไม่นิยมเรียกใช้บริการ รถฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตรุนแรงเป็นเพราะประชาชนไม่ทราบ ขั้นตอนที่ชัดเจนในการใช้บริการ และเนื่องจากไม่ทราบวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นในระหว่าง รอทีมกู้ชีพมาถึง ดังนั้นในแต่ละชุมชนควรจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชนขึ้นเพื่อช่วยเหลือ

ประชาชน ณ จุดเกิดเหตุ โดยให้แต่ละชุมชนทำการคัดเลือกอาสาสมัคร หมู่บ้าน ละ 3-5 คน เพื่อช่วยกันปฏิบัติหน้าที่ดังนี้

5.3.1 ประเมินสถานการณ์ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และแจ้งขอความช่วยเหลือ

5.3.2 ประเมินอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจคำแนะนำ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

5.3.3 ร่วมกันสังเกต และเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน

5.3.4 เป็นสื่อกลางระหว่างหน่วยกู้ชีพ อำเภอ ตำบล และ หมู่บ้าน เพื่อลดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างชุมชน และหน่วยงานกู้ชีพทุกระดับ

5.3.4 เสนอแนะข้อมูลที่เป็นปัญหาด้านการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนเพื่อนำสู่การพัฒนาต่อไป

5.4 วางแผนจัดตั้งกองทุนกู้ชีพในชุมชนในอนาคตเพื่อสนับสนุน ดูแลผู้มี ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนที่ประชุมมีความเห็นว่าเดิมชุมชนเคยมีอุปกรณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นซึ่งเป็นที่ดี หากจะจัดให้มีสนับสนุนแบบนั้นอีกต้องใช้งบประมาณ ดังนั้น ในอนาคต ถ้าชุมชนต้องการ อาจหาวิธีการ ได้มาซึ่งกองทุน ถ้าเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ชุมชนยินดีสนับสนุน เพราะที่ผ่านมาชุมชนร่วมมือร่วมใจกันจนสำเร็จต่อเนื่องมาหลายกิจกรรม วัตถุประสงค์ของการมีกองทุนเพื่อ

5.4.1 เพื่อซื้ออุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นตามข้อตกลงร่วมกันของชุมชน เช่น อุปกรณ์ป้องกัน ยาสามัญประจำบ้านที่จำเป็น

5.4.2 เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคคลที่เป็นอาสาสมัครกู้ชีพชุมชนให้มีความรู้ ความสามารถมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุสอดคล้องกับทีมกู้ชีพขั้นสูงกว่าได้

5.2.3 เพื่อเป็นค่าสนับสนุนรางวัลเพื่อเป็นขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นอาสาสมัครกู้ชีพในชุมชน เช่น การทำประกันชีวิต เป็นต้น

5.2.4 เพื่อสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ ค้อยโอกาส หรือขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นในชุมชน ภายหลังประสบภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

5.2.5 เพื่อวัตถุประสงค์อื่นๆ ตามข้อตกลงตามที่ประชุมเห็นสมควร

6. ผลการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ

6.1 การประเมินผลการอบรมเชิงปฏิบัติการ

6.1.1 ประเมินผลจากการทดสอบก่อน และ หลังการอบรม จากจำนวนผู้เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการทั้งหมด 40 คน ทำข้อสอบก่อนเรียนทันเวลา 32 คน อีก 7 คน มาไม่ทันเวลาทดสอบก่อนเรียน จึงไม่นำผลการสอบหลังเรียนมาแปลผล ข้อสอบทั้งหมด จำนวน 25 ข้อเป็นข้อสอบปรนัย ใช้เกณฑ์ผ่านร้อยละ 60 ขึ้นไป (15 ข้อ) ผลการจากการทดสอบ ก่อนเรียนพบว่า มีผลคะแนนการทดสอบก่อนเรียนเป็นดังนี้

1) ประเมินผลจากการทดสอบก่อนเข้ารับการอบรม

มีผู้ทำคะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 (15 ข้อ) ขึ้นไป จำนวน 24 คน ค่าเฉลี่ย คะแนนที่ได้ 14.28 ข้อ คิดเป็นคะแนนผ่านเกณฑ์เฉลี่ย ร้อยละ 57.12 แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับคือ ได้คะแนนน้อยกว่า 10 คะแนน จำนวนทั้งหมด 12 คน ได้คะแนนตั้งแต่ 10 - 20 คะแนน จำนวน 26 คน มากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป จำนวน 2 คน

จากผลการทดสอบก่อนเรียนสรุปได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่ มีความรู้ อยู่ในระดับต่ำปานกลาง ผู้ที่ได้คะแนนต่ำสุด เป็นผู้สูงอายุ ที่สายตาไม่ดี ผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดมีผลคะแนน 22 คะแนน เป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นตำบลบ้านดง

6.2 ประเมินผลการทดสอบหลังเข้ารับการอบรม

มีผู้ทำคะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 (15 ข้อ) ขึ้นไป จำนวน 39 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้ 19.46 ข้อ คิดเป็นคะแนนผ่านเกณฑ์เฉลี่ย ร้อยละ 77.84 มีผู้สอบ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับคือ ได้คะแนนน้อยกว่า 10 คะแนน จำนวนทั้งหมด 1 คน (ได้ 7 คะแนน จากเดิม ได้ 2 คะแนน) และ ตั้งแต่ 10 - 20 คะแนน จำนวน 23 คน มากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป จำนวน 16 คน คะแนนต่ำสุดคือ 7 คะแนน เป็นคนที่เดิมที่ได้คะแนนก่อนเรียนเท่ากับ 2 คะแนน อาจเกิดจากอ่านข้อสอบลำบาก เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ สายตาไม่ดี แต่พบว่า ผลการสอบแม้จะได้คะแนนต่ำแต่สามารถทำข้อสอบได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นถึง 5 คะแนน

ส่วนผู้ที่ได้คะแนนสูงสุด 24 คะแนน เป็นผู้ปฏิบัติการเบื้องต้นองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง ดังนั้นจากผลการทดสอบหลังเรียน น่าจะ สรุปได้ว่าหลังเรียนผู้เรียนมีคะแนนการรับรู้มากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์

6.2.1 ประเมินผลจากจำนวนผู้เข้ารับการอบรม

ผู้เข้าอบรมทั้งหมด 40 คน อาจเป็นเพราะว่าฝนตกประชาชนจึงเดินทางไม่สะดวก และเป็นช่วงฤดูทำนา ฝนพังกต้องตามฤดูกาล ประชาชนพังกเริ่มทำนา เลยทำให้มีผู้เข้าร่วมการประชุมมาไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการคือ 50 คน

6.2.2 การประเมินผลระหว่างอบรม

ผู้เข้ารับการอบรม มีความสนใจ ชักถามข้อสงสัย และสนใจ สื่อ และ วิดีทัศน์ที่นำเสนอเป็นอย่างดี ในช่วงฝึกปฏิบัติ ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติการประเมินอาการผู้ป่วย และสามารถเรียกขอความช่วยเหลือได้ถูกต้องทุกคน ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้ตามวัตถุประสงค์ และผ่านการลงมือปฏิบัติครบทุกคน

6.2.3 การประเมินผลการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมจับคู่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดย ผลัดกันเป็นผู้ฟัง และผลัดกันเป็นผู้เล่า เกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือดทุกหัวข้อ ประกอบด้วยสาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการ และ อาการแสดงของโรค การช่วยเหลือเบื้องต้น วิธีการดูแลรักษา การแจ้งเหตุ โดยใช้เวลาคนละ 2 นาทีต่อเรื่อง พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมรู้สึกพึงพอใจ ทำให้ได้ทบทวนตนเองเกิดการเรียนรู้จากการฟังและวิเคราะห์ตนเองอีกครั้ง บางคนนึกขึ้นได้ถึงอาการเจ็บป่วยที่ตนเองหรือญาติ เคยประสบ และเข้าข่ายโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิดความตระหนักในการวางแผนปรับพฤติกรรมของตัวเองใหม่ เกิดการเรียนรู้จากตนเองอีกครั้ง

6.3 ผลที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ

6.3.1 ขณะเรียนการฝึกปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ มีทางเลือกในการตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยโดยวิธีการเป่าปาก พบปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์ การช่วยเป่าปาก มีผู้เสนอแนวคิดการผลิตอุปกรณ์ช่วยเป่าปากในกรณีที่ไม่ใช่ญาติ ไว้สำหรับพกติดตัว หรือใส่ไว้ในกระเป๋าอุปกรณ์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

6.3.2 ได้แนวทางการติดตามกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการสรุปบทเรียน และจับคู่ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้แนวทางการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในโยช่วยกันสำรวจกลุ่มเสี่ยงในชุมชนครั้งนี้ต่อไป

1) กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ที่มีและไม่มีโรคประจำตัว เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในตำบลบ้านดง และพบในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่บ้านตามลำพัง ดังนั้นหากอยู่บ้านตามลำพัง ในช่วงเวลากลางวัน ควรมีระบบฝากเพื่อนบ้านเพื่อช่วยสอดส่องช่วยเหลือ หรือฝากอสม. เพื่อคอยสอดส่องดูแล จากปัญหาที่พบส่วนมากเพื่อนบ้านจะเข้าไปเจอโดยบังเอิญ อาจให้แต่ละครอบครัวทำกระดิ่ง ไว้ให้ผู้สูงอายุ ได้สั้นเรียกเมื่อเกิดอาการผิดปกติ หรือมีศูนย์รวมผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน เป็นต้น

- 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตเกิน 140/90 mmHg. ต้องเฝ้าระวังโดยติดตามวัดความดันโลหิตให้ เดือนละ 2 ครั้ง
- 3) กลุ่มผู้ป่วยที่ภาวะไขมันผิดปกติ คลอเรสเตอรอล มากกว่า 200 มก./ลิตร
- 4) เพศหญิงที่มีรอบเอว มากกว่า 80 ซม. และเพศชายรอบเอวมมากกว่า 90 ซม.
- 5) กลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เครียดมาก ไม่ออกกำลังกาย ผู้ที่ดื่มสุราประจำเป็นต้น
- 6) กลุ่มที่ทำงานหนัก หรือทำงานล่วงเวลาพักผ่อนน้อย พฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมัน แป้งน้ำตาลสูง และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

สรุป กลุ่มคนเหล่านี้เป็นกลุ่มที่พบว่าเกิดภาวะฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน และชุมชนต้องการการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ และร่วมกันหาแนวทางในการจัดกันต่อไป เพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา

7. การอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูล โดย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับทั้ง 4 องค์กัรหลักพบว่า สถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนในเขตตำบลบ้านดงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง และมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนผู้เจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่ง ภาวะการเจ็บป่วยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เช่น พักผ่อนน้อย มีภาวะความเครียดจากการประกอบอาชีพ รับประทานอาหารสำเร็จรูป รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

7.1 สถานการณ์การดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน

ประชาชนตำบลบ้านดงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น รับประทานอาหารสำเร็จรูป ไม่ออกกำลังกาย มีความเครียด ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำงานหนัก พักผ่อนหย่อนใจน้อย รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ห่วงงานมากกว่าสุขภาพ รับประทานอาหารไขมันสูง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ มักเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยตามมาภายหลัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของของ จริญญา จันทร์เพ็ญ, จอม สุวรรณโณ และทัศนีย์ เสมียนเพชร (2553) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารีในทั้งในกลุ่มผู้หญิง และกลุ่มผู้ชาย โดยการทบทวนความรู้ว่าเป็นระบบ สามารถจำแนกปัจจัยเสี่ยงได้

เป็น 2 กลุ่มใหญ่ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยหลัก 6 ปัจจัยได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อายุ ระดับไขมันคอเลสเตอรอลสูง ระดับไขมัน เอชดีแอลต่ำ และการสูบบุหรี่ และ 2) ปัจจัยเสี่ยงรองมี 4 ปัจจัยคือ น้ำหนักตัวเกิน การทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวน้อย ระดับไขมัน ไตรกลีเซอไรด์สูง และการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วน รัชชัช แต่ประยูร (2550) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุ่น อำเภอวัดสิงห์จังหวัดชัยนาท พบว่าการป้องกันการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพประชาชน เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วย แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ในชุมชนตำบลบ้านดง แม้จะเป็นชุมชนในเขตชนบท แต่มีวิถีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ประชาชนมีสิ่งอำนวยความสะดวก อาศัยเครื่องทุนแรง ไม่แตกต่างจากประชาชนในสังคมเมือง จึงชินกับวิถีชีวิตที่สะดวกสบาย จึงเป็นสาเหตุให้มีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมาข้างต้น เมื่อมีการออกแรงทำกิจกรรมน้อย ประกอบกับการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ก็ส่งผลกระทบต่อสะสมสารอาหาร เกินความจำเป็นทำให้มีน้ำหนักตัวเกิน ส่วนกลุ่มผู้ชายนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกลายเป็นวงจรสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงตามมา และในพื้นที่ตำบลบ้านดง พบผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ แต่มีประวัติดื่มสุราประจำ ต้องกลายเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องของการดื่มสุรากับโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีพฤติกรรมมารับประทานไขมันสูง รับประทานอาหารตามความต้องการของตนโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพด้วยเช่นกัน

7.2 สถานการณ์การเจ็บป่วยในชุมชน

พบว่าชุมชนตำบลบ้านดงมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงซึ่งคาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้น และการมีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการควบคุมที่ไม่ดีอาจส่งผลกระทบต่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินตามมา จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, พรชัย สติธิปัญญา และ จามรีไตรรัตน์ (2557) ได้ศึกษาความชุกปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดโคโรนารี พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูง อายุมากกว่า 55 ปี สูบบุหรี่ และเป็นเพศชาย จากการศึกษาในเขตตำบลบ้านดงครั้งนี้ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 55 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ และ คณะ แต่การศึกษาในเขตตำบลบ้านดงครั้งนี้ไม่สามารถทำนายได้ว่าเพศไหนเสี่ยงมากกว่า เนื่องจากพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งในเพศชายและเพศหญิง และไม่ได้ศึกษาในเชิงปริมาณ ส่วนโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ทั้งในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 55 ปี และ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 55 ปี พบทั้งเพศหญิง และเพศชาย จึงไม่สามารถทำนายได้เช่นเดียวกัน ในยุคปัจจุบันพบว่า

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานนี้พบมากขึ้น และมีโอกาสเป็นได้ทุกคน แม้ไม่มีพันธุกรรมก็ตาม ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือคนที่เป็นความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140 /90 mmHg. โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดอาหารไขมันสูง ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ เป็นต้น จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆตามมาภายหลังได้เช่นหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ หรือไตวาย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nattachet Plengvidhya et al. (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ทำการศึกษา 3.5% เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic Stroke ปัจจัยร่วมที่สำคัญคือมีอายุมากกว่า 60 ปี และมีความเลื่อมมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ปัจจัยอื่นๆได้แก่ เพศชาย, มีภาวะความดันโลหิตซิสโตลิกสูงมากกว่า หรือเท่ากับ 140 mmHg. ซึ่งการศึกษาในเขตตำบลบ้านดงครั้งนี้ไม่ได้ทำนายได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ก็ร้าย แต่พบผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเบาหวาน และมีประวัติความดันโลหิตสูง ส่วนด้านอายุ พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุที่พบมากกว่า 60 ปี ส่วนโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ทั้งกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และ มากกว่า 60 ปี

7.3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ประชาชนตำบลบ้านดงยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ อาการ อาการแสดง การจัดการ การช่วยเหลือเบื้องต้น วิธีการรักษา โรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกันทำให้ดูแลและจัดการตนเอง และชุมชนแตกต่างกัน ในคนไข้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีการจัดการตนเองและชุมชน โดยได้รับการนำส่งโรงพยาบาลรวดเร็ว ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ และหายเป็นปกติ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการนำส่งล่าช้าเกิดจากการขาดความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ (2559) ที่ได้ทำการศึกษายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยและญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจัดการตัวเองได้ถูกต้องเหมาะสม และตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ถูกต้องทันเวลา

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในตำบลบ้านดงพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว นอกจากนี้ยังพบในกลุ่มคนที่ทำงานหนัก คนที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี เลือกรับประทานอาหารไม่มีประโยชน์ ไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nattachet Plengvidhya et al. (2006) ที่ได้ทำการศึกษายปัจจัยเสี่ยง

ต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ทำการศึกษา 3.5% เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic Stroke ปัจจัยร่วมที่สำคัญคือมีอายุมากกว่า 60 ปี และมีความเสื่อมมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไปและสอดคล้องกับ ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศศิธร ยิ่งแรงเริง และศุภลักษณ์ ศรีธัญญา (2557) ที่ศึกษาสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูงรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเตือนของภาวะหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงระบบการสื่อสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ วิธีการสื่อสารที่ให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไปรับบริการกับแนวทางการสื่อสารอาจไม่สอดคล้องกันกับความต้องการการรับรู้ของผู้สูงอายุ ควรศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อหาแนวทางการสื่อสารที่สอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุ หรือผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการดูแลช่วยเหลือตัวเองเมื่อเกิดอาการ สามารถจัดการตนเองให้ได้รับการรักษาทันเวลา เนื่องจากบุคคลมีความสามารถในการรับรู้แตกต่างกัน วิธีการสื่อสารให้ความรู้ย่อมแตกต่างกันด้วย

7.4 ผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นชม ฤาชา. (2556). ที่ศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วมักเกิดผลกระทบต่อการทำงานด้านต่างๆของร่างกาย ก่อให้เกิดความบกพร่อง และมีความสูญเสียต่างๆตามมา กระบวนการรักษาฟื้นฟูจึงสำคัญอย่างมาก เพื่อลดการสูญเสีย ช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของอวัยวะตามมา การฟื้นตัวช้า อาจนำสู่ของการทุพพลภาพถาวร ซึ่งกระทบ ต่อเศรษฐกิจ สูญเสียรายได้ สูญเสียภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นตนเอง เป็นภาระ ต่อครอบครัวและสังคม ในเขตตำบลบ้านคงส่วนใหญ่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการล่าช้า และมีภาวะทุพพลภาพตามมาส่วนกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการรวดเร็วทันเวลา พบว่ามีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่น้อยเนื่องจากได้รับยาทันเวลา สามารถทำงานได้ตามปกติ

7.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด

พบว่าประชาชนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตตำบลบ้านคง ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และอาศัยอยู่ในบ้านตามลำพัง หรืออาจอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน หรืออาศัยอยู่กับเด็ก และส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ทำให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาล่าช้า เพราะพวกเขาไม่สามารถประเมินอาการตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ

และคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าความรู้เรื่องอาการแสดงของโรค ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษาเร็วขึ้น โรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลกระทบต่อที่สำคัญคือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยาพันธุ์เวทย์ และหทัยชนก ไชยวรรณ (2558) ที่ศึกษาการ รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง พบว่า ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 58,681 คนหรือเฉลี่ย ชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากหัวใจขาดเลือด จำนวน 18,097 เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คนคิดเป็นอัตราการตายของโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร

จากการศึกษาในเขตตำบลบ้านดงพบว่าประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบหลอดเลือดหัวใจมีอาการแสดงที่แตกต่างกัน บางคนเจ็บหน้าอก บางคนปวดสะบัก บางคนปวดต้นคอ และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คิดว่าอาการแสดงดังกล่าวเป็นความผิดปกติของกล้ามเนื้อ หรือเป็นอาการเจ็บป่วยตามวัยจึงช่วยเหลือตัวเองด้วยวิธีอื่นเช่นการนวดเป็นต้น ทำให้ตัดสินใจเข้าถึงบริการล่าช้า และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงเป็นสาเหตุให้ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกศรี อัสวสันติ (2553) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา และไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เป็นกลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าอกและเข้าถึงบริการภายในเวลา 12 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นเช่น เลือดออกในสมอง และทางเดินอาหารเป็นต้น ในเขตตำบลบ้านดงจากการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก พบผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

7.6 ผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจส่งผลกระทบต่อภาวะคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในเขตตำบลบ้านดงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งในกลุ่มดังกล่าวรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และอาการแสดงของโรคต่าง ๆ น้อย รวมทั้งอำนาจในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาขึ้นอยู่กับญาติ หรือบุตร หลานมากกว่าที่จะตัดสินใจด้วยตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผลที่คาดว่าจะเกิดภายหลังการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจมารับการรักษา แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักคิดว่าอาการที่ตัวเองเป็นอาจเกิดจากภาวะเสื่อมของร่างกายจึงไม่ได้ให้ความสำคัญเป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลกระทบต่อหัวใจหยุดเต้นมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวัช ชาญชยานนท์, ปิยวรรณ สุวรรณวงศ์ และศศิกันต์ นิมมานรัชต์ (2554) ที่ทำการศึกษาผลของการปฏิบัติการช่วย

ฟื้นคืนชีพ และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ พบว่าโรคประจำตัวที่เรียกทีม CPR มากที่สุดคือโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาในเขตตำบลบ้านคงพบว่าผู้ป่วยบางส่วนมีภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างนำส่งโรงพยาบาล และเกิดการเสียชีวิตตามมา

7.7 ระบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตำบลบ้านคง

เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน เล็กน้อยประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตำบลบ้านคง นิยมเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทั้งสองแห่ง เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรงญาติสามารถทำนายได้ว่าหากรอเวลาต่อไปอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จึงมักนำส่งผู้ป่วยเองโดยไม่ยอมเสียเวลารอรถฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจาดา สารจิต, วราลี อภินิเวศ (2555) ที่ศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือหยุดหายใจเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล ร้อยละ 30-40 ได้รับการนำส่งโดยญาติคิดเป็นร้อยละ 66.2 นำส่งโดยหน่วยกู้ชีพร้อยละ 29.2 และนำส่งโดยหน่วยอื่นๆ ร้อยละ 4.6 ทั้งนี้อาจเกิดจากประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญ และความแตกต่างระหว่างการนำส่งโดยญาติและ รถบริการฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพ เพราะสิ่งที่ประชาชนให้ความสำคัญคือความรวดเร็วของการนำส่ง มากกว่าความปลอดภัยระหว่างนำส่ง ซึ่งเป็นหน้าที่ของภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกแบบการจัดบริการให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ทั้งด้านความเร็วในการเข้าถึงเหตุ และความปลอดภัยขณะนำส่งเป็นต้น

7.8 ความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนตำบลบ้านคง

ประชาชนในเขตตำบลบ้านคงรับทราบปัญหาภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในชุมชนตำบลบ้านคง ว่าเกิดจากสาเหตุการขาดความรู้ เกี่ยวกับโรคดังกล่าว และการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และมีความเห็นร่วมกันว่าการจะแก้ปัญหานี้ได้ ประชาชนทุกคนควรต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคดังกล่าว เพราะบางครั้งการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่ง อสม.หรือผู้นำไม่ได้มีส่วนร่วมในเหตุการณ์ และวิธีการสื่อสารสู่ประชาชน ชุมชนเลือกการสื่อสารส่งต่อข้อมูลความรู้โดยการสื่อสารระหว่างบุคคลสู่บุคคล เพราะมีความใกล้ชิด สามารถสื่อสารสองทางได้ และเลือกวิธีการสื่อสารผ่านทางหอกระจายข่าวซึ่งเป็นการสื่อสารที่ชุมชนเห็นว่าสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และชุมชนคาดหวังจะทำให้ทุกคนรอบรู้ได้ ทว่าถึง ซึ่งวิธีการให้ความรู้ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของรัชชัช แต่ประยูร (2550) ที่ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุน อำเภอเวียงเหนือ จังหวัดชัยนาท

พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดจากญาติ มากที่สุด รองลงมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อาสาสมัครสาธารณสุข ตามลำดับ

8. แนวทางการเฝ้าระวังผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านดง

จากการประชุมประชาคมใน 4 องค์กรหลักในตำบลบ้านดงพบว่า ตำบลบ้านดงเลือกแนวทางในการเฝ้าระวังผู้มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดดังนี้

8.1 รูปแบบการถ่ายทอดข้อมูลจากบุคคลสู่บุคคล

โดยกลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้นำจะทำหน้าที่ในการส่งต่อความรู้สู่ประชาชน และ ใช้การสื่อสารผ่านหอกระจายข่าว ซึ่งวิธีการดังกล่าวสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งวิธีการให้ความรู้ที่ประชาชนคัดเลือกสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชชัชย แต่ประยูร (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุ่น อำเภอดงหลวง จังหวัดชัยนาทพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดจากญาติ ร้อยละ 79.1 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 77.5 และได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 72.9 ประชาชนตำบลบ้านดงเชื่อว่าการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อบุคคลจะทำให้ ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดีขึ้นเพราะสามารถพูดคุยตอบโต้กันได้ และวิธีนี้สามารถให้ความรู้ได้พร้อมกันเป็นรายครอบครัว ในเขตตำบลบ้านดงเลือกใช้สื่อภาพพลิก ในการสื่อสารส่งต่อข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งแตกต่างจาก ญัตถวอลเตอร์, โรซินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ (2559) ซึ่งใช้สื่อโปสเตอร์ แผ่นแม่เหล็กติดตู้เย็น พบว่าประชาชนในเขตชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือให้ความนิยมและเห็นด้วยร้อยละ 75 ในขณะที่บริบทของประชาชนในเขตตำบลบ้านดงไม่นิยมอ่านเอง แต่นิยมการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อบุคคล และต้องการภาพประกอบการสื่อสารเช่นภาพพลิกสรุปเนื้อหาประกอบภาพเป็นต้น ในด้านสื่อที่ประชาชนพึงพอใจเหมือนกันทั้งในชุมชนตำบลบ้านดงและชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ คือสื่อวีดิทัศน์ที่ผลิตขึ้นมาโดยมีเนื้อหาอิงจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยใช้ภาษาท้องถิ่นแต่กลุ่ม อสม. ในเขตตำบลบ้านดง มีทักษะการใช้สื่อ และอุปกรณ์การสื่อสารไม่เท่าเทียมกันจึงเลือกวิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยมีภาพพลิกเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร

8.2 รูปแบบสื่อในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน

ประชาชนตำบลบ้านดง เลือกสื่อที่มีภาพประกอบ ที่สามารถสื่อให้ประชาชนเห็นได้ชัดเจน อาจเป็นแฟ้มภาพประกอบการบรรยาย หรือ ภาพพลิก เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่าง อสม. และประชาชน และคัดเลือกคู่มือการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว ที่มีบทการ

บุคคลที่กระซิบได้ใจความ เข้าใจง่าย และเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อผู้นำจะได้ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าว ซึ่งสื่อดังกล่าวมีความแตกต่าง กับ ญันท์ วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ (2559) ได้ศึกษารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ เป็นการให้ความรู้โดยสื่อที่ผลิตขึ้นซึ่ง สื่อที่ประชาชนให้ความสนใจและพึงพอใจ ได้แก่ โปสเตอร์สรุปเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา และการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง และแผ่นแม่เหล็กติดตู้เย็น ในขณะที่ชุมชนในเขตตำบลบ้านดงนิยมการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อบุคคล แต่ต้องการเอกสารประกอบภาพ ที่สรุปเนื้อหา เช่น ภาพพลิก เป็นต้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ส่วนในด้านที่สอดคล้องกันได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ ที่ ใช้คำบรรยายเป็น ภาษา เกี่ยวกับโรค ทำให้ประชาชนมีความรู้และเข้าใจเพิ่มขึ้นเพราะสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน

8.3 จัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครดูแลสุขภาพชุมชนหมู่บ้านละ 3-5 คนตามขนาดหมู่บ้าน

ที่ประชุมเห็นว่าควรมีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครดูแลสุขภาพชุมชนหมู่บ้านละ 3-5 คนตามขนาดหมู่บ้านเพื่อให้บริการประเมินอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย เนื่องจากชุมชนบ้านดง บางหมู่บ้านไกลจาก อปต. เป็น 10 กิโลเมตร หรือไม่มีปัญหาด้านการจราจร การเรียกรถฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งที่ชุมชนไม่นิยม เนื่องจากต้องเสียเวลารอคอยโดยเฉพาะผู้ป่วยในรายที่ถูกเงินวิกฤติ การมีอาสาสมัครดูแลสุขภาพในชุมชนจะเป็นการลดเวลารอคอย และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุให้ถูกต้องยิ่งขึ้น ลดช่องว่างระหว่างหน่วยบริการภาครัฐและประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีวรรณ ชาลีเครือ (2554) ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการอาสาสมัครดูแลสุขภาพ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล พบว่าอาสาสมัครดูแลสุขภาพ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมี 3 องค์ประกอบคือ 1) ด้านโครงสร้างกลไก บริบทของชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนที่ห่างไกล และเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คนในชุมชนมีความเกื้อกูลกัน มีกระบวนการการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินภายใต้กระบวนการที่ดำเนินการจัดการอาสาสมัครดูแลสุขภาพเป็นการบูรณาการกระบวนการที่ และกระบวนการให้ความหมาย ชุมชนได้สรรหาอาสาสมัครดูแลสุขภาพด้วยชุมชนเอง คือ คัดเลือก ประเมิน เลือกลงงาน และกำหนดหน้าที่ให้เหมาะกับคนที่อาสา จากคนที่เกี่ยวข้องในชุมชน หากมีอาสาสมัครดูแลสุขภาพในชุมชนที่คอยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ และทำหน้าที่สื่อสารประโยชน์ของการใช้บริการรถฉุกเฉินแก่ประชาชน และหากประชาชนเห็นผลลัพธ์การดูแลเบื้องต้น การช่วยเหลือถูกวิธีผู้ป่วยปลอดภัยโดยอาสาสมัครสุขภาพชุมชน จะนำสู่การเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินและลดช่องว่างการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้

8.4 วางแผนจัดตั้งกองทุนกู้ชีพในชุมชนในอนาคตเสนอสนับสนุนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ประชุมให้ความสำคัญกับระบบการดูแลตนเองของชุมชนโดยการวางแผนจัดตั้งกองทุนเพื่อใช้สนับสนุนกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ที่มีภาวะ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ไว้ใช้จ่ายเพื่ออุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยเหลือผู้ป่วยตามมติของที่ประชุม สอดคล้องกับการศึกษาของ โพนชัย ครอบงม .(2545). ที่พบว่าระบบการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินต้องการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อใช้ในการส่งเสริม กิจกรรมของอาสาสมัครกู้ชีพในชุมชน และทัศนีย์ พานพรม (2557). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ และมีความเห็นว่ากองทุนสุขภาพตำบลเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายโดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในระดับปฐมภูมิเน้นการทำงานเชิงรุก และเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพตามลำดับความสำคัญแต่ต้องที่ส่วนร่วมกับการกำหนดแผนการใช้จ่ายและทำให้เห็นที่มาของรายรับรายจ่าย การรับรู้ประโยชน์และคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำ มีผลต่อการดำเนินงานกองทุน ในเขตตำบลบ้านดงมีความเห็นว่าถ้ากลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชนมีกระเป๋าอุปกรณ์ที่จำเป็นเบื้องต้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยจะทำให้พวกเขาสามารถปฏิบัติงานได้มากขึ้น เช่นอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ยาสามัญประจำบ้านเล็กๆน้อยๆในการ บรรเทาอาการของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น และเมื่อมีการจัดตั้งกองทุนสามารถนำมาใช้ในการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ เหล่านี้ได้

9. ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ

9.1 ประเมินผลการประเมินจากการทดสอบก่อนและหลังเรียนพบว่าประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น

9.2 ประเมินผลการอบรมจากความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้เข้าอบรมมีความสนุกกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ มีความพึงพอใจสื่อ สไลด์และ วิดีทัศน์ที่น่าเสนอ และ มีความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติทุกขั้นตอน และขั้นตอนการสรุปโดยให้ผู้เข้าร่วมอบรมจับคู่สรุปบทเรียนคนละ 2 นาทีต่อเรื่องโดยเปลี่ยนกันฟัง เปลี่ยนกันเล่า และสุดท้ายร่วมกันสรุปในเวที พบว่าประชาชนเห็นภาพตัวเอง และนึกถึงภาวะเจ็บป่วยที่ตนเองเคยประสบ เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน และประกาศกับเพื่อนผู้เข้าอบรมว่าตนเองต้องเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองจากนี้ไป

9.3 ได้แนวคิดนวัตกรรมที่เกิดขึ้นใหม่โดยชุมชน

9.3.1 ผู้เข้าร่วมอบรมเสนอแนวคิดการประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยเป่าปากแบบพกพา

9.3.2 ได้กลุ่มเสี่ยงที่ชุมชนต้องช่วยกันเฝ้าระวัง จากกันทบทวนความรู้ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งที่มีโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัว 2) กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานไขมัน, น้ำตาล 3) กลุ่มที่มีพฤติกรรมเครียด ทำงานหนัก ไม่พักผ่อน 4) กลุ่มอ้วน เพศชายรอบเอวมากกว่า 90 ซม. เพศหญิง รอบเอว มากกว่า 80 ซม. 5) กลุ่มคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง 6) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะความดันมากกว่า 140/90 mmHg. ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า การใช้สื่อที่มีภาพประกอบชัดเจน และสื่อวีดิทัศน์ ประกอบการอบรมรวมทั้ง การฝึกปฏิบัติ ช่วยให้ผู้เรียนรู้เกิดความเข้าใจในบทเรียนมากขึ้น ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจ และสนุกสนานกับบทวีดิทัศน์ สอดคล้องกับการศึกษาของญันท วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว รัตนสุวรรณ (2559) ที่ศึกษารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ โดยให้ความรู้ผ่านสื่อที่ผลิตขึ้นซึ่งประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์ ความยาว 10.45 นาที ใช้คำบรรยายเป็นภาษาถิ่นภาคเหนือ และ โปสเตอร์สรุปสาระสำคัญ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75 ขึ้นไป เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับเนื้อหา ภาพ เสียงของสื่อวีดิทัศน์ จากการใช้รูปแบบการสอนดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) และอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อจำแนกเป็นรายข้อกลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่าร้อยละ 70 และจากการอบรมเชิงปฏิบัติการในกลุ่ม อสม.ในเขตตำบลบ้านดงด้วยการใช้ภาพสไลด์ที่สื่อได้ชัดเจน และใช้สื่อวีดิทัศน์ที่มีการบรรยายเป็นภาษาท้องถิ่น สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ทำให้เกิดความเข้าใจได้ดีขึ้น และเมื่อหลังจบการบรรยายให้ผู้เข้าร่วมอบรมจับคู่เปลี่ยนกันสรุปใจความสำคัญของเนื้อหาแต่ละเรื่อง ทำให้เป็นการเติมเต็มให้กันและกัน เพราะการรับรู้ของแต่ละคนแตกต่างกัน

ด้านกลุ่มบุคคลในชุมชนที่ตำบลบ้านดงต้องเฝ้าระวังเป็นกลุ่มที่พบว่าเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนตำบลบ้านดงแล้ว ได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140 mmHg. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nattachet Plengvidhya et al. (2006) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ทำการศึกษา 3.5 % เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic Stroke ปัจจัยร่วมที่สำคัญคือมีอายุมากกว่า 60 ปี และมีความเสื่อมมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศชาย, มีภาวะความดันโลหิตซิสโตลิกสูงมากกว่า หรือ

เท่ากับ 140 mmhg. แต่ในตำบลบ้านดงพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดกับผู้ที่มีพฤติกรรม การรับประทานอาหารมัน ผู้ที่มีคลอเรสเตอรอลสูง ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำ, ผู้ป่วยที่อ้วน มีรอบเอวเกินมาตรฐาน, ในขณะที่ Nattachet Plengvidhya et al. (2006) ไม่พบความสัมพันธ์ ใดๆก็ตามกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ยังเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษในตำบลบ้านดง เพื่อจะสามารถคัดจับผู้ป่วยที่แสดงอาการเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถจัดการได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา วัชรก้องแก้ว และคณะ (2552) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม ราชบุรี โดยการจัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง มีเกณฑ์การคัดกรอง และประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม และชัดเจน เน้นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็ว เหมาะสม หลังการดำเนินงานอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง จากร้อยละ 3.05 เป็นร้อยละ 2.75 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากมีการเฝ้าระวังอย่างชัดเจนจะสามารถประเมินอาการได้เร็ว และนำไปสู่การจัดการได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การสามารถประเมินอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างถูกต้องจะนำไปสู่การจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และตัดสินใจมารับการรักษาถูกต้องทันเวลา ในชุมชนตำบลบ้านดงเชื่อว่าหากประชาชนทุกคนมีความรู้ จะสามารถตัดสินใจและช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้เบื้องต้นได้ทันเวลาเช่นเดียวกัน

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และสรุปผลการศึกษา ดังนี้

1. บริบทของชุมชน

ลักษณะของชุมชนตำบลบ้านดงเป็นชุมชนชนบทที่สืบทอดประเพณีวัฒนธรรมอันดีงามตามฮีต 12 คอง 14 มาช้านาน ในขณะเดียวกัน ด้านวิถีการดำรงชีวิต กลับมีความรีบเร่ง และมีภาวะเครียดตามสภาพสังคมเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน ประชาชนส่วนใหญ่นิยมบริโภคอาหารประเภท ไขมัน แป้งและน้ำตาลมากขึ้น ฟังฟังตลาดอาหารสำเร็จรูป ขาดการออกกำลังกาย เร่งรีบในการประกอบอาชีพการงาน พักผ่อนหย่อนใจน้อย ถือการดื่มสุราหลังเสร็จภาระกิจการงานในช่วงตอนเย็น เป็นการพักผ่อนในกลุ่มเพศชาย ซึ่ง พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น และในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว นอกจากมีพฤติกรรมเหล่านี้ด้วยแล้ว ยังมีพฤติกรรมการควบคุมโรคประจำตัวไม่เหมาะสมเช่น รับประทานอาหารและยาไม่ตรงเวลาตามแพทย์สั่ง ไม่รับประทานยาที่แพทย์สั่ง แต่เลือกรับประทานสมุนไพรอย่างอื่นแทนด้วยความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่างๆตามมา โดยเฉพาะโรค หลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ในด้านทุนทางสังคมชุมชนตำบลบ้านดงมีทุนทางสังคมที่ดี มีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง มีผู้นำที่เห็นความสำคัญทางด้านการสนับสนุนประชาชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดี และเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในยุคปัจจุบัน มีระบบการบริการสุขภาพที่เข้าถึงชุมชน มีความร่วมมือกันดีทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนในชุมชนจนมีโครงการด้านการประกอบอาชีพที่ประสบความสำเร็จ และนำชื่อเสียงมาสู่ชุมชนหลายโครงการในด้านแหล่งฟังฟังทางด้านสุขภาพในระดับอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชนอุบลรัตน์ ที่ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก องค์กรมีความเชี่ยวชาญด้านการทำงานร่วมกับชุมชน โดยบูรณาการในรูปแบบการทำงานร่วมกับคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.) ในโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ส่วนในระดับตำบลมีสถานบริการด้านสุขภาพได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคำปลาหลาย

2. ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ และผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2.1 สถานการณ์การดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

พบว่าประชาชนตำบลบ้านดงมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบตามสภาพเศรษฐกิจสังคมในยุคปัจจุบัน แม้จะเป็นชุมชนชนบท แต่การสื่อสารและการเข้าถึงความเจริญทางด้านวัตถุมีความรวดเร็วทั่วถึง ประชาชนจึงมีวิถีชีวิตที่ไม่แตกต่างจากสังคมในเมืองมากนัก มีความเครียดตามสภาพสังคมเศรษฐกิจ กลุ่มพ่อบ้านนิยมการสังสรรค์ด้วยการดื่มสุราหลังเลิกงานเป็นการผ่อนคลายความเครียด และใช้เป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นิยมรับประทานอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น เพื่อความรวดเร็วและประหยัด และขาดการออกกำลังกาย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ นำสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นต้น และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่แล้ว ยังมีพฤติกรรมดูแลควบคุมโรคได้ไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง การรับประทานยาอื่นตามความเชื่อ การลิ้มรับประทานยาจากการเพลินในกิจกรรมการทำงาน ตลอดจนการควบคุมอาหารไม่สม่ำเสมอเป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2.2 สถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน

การเจ็บป่วยในชุมชนที่ประชาชนให้การสังเกตและลงความเห็นว่าพบมากที่สุด และมีแนวโน้มสูงขึ้นได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น และพบว่า พบได้แม้ในคนที่ไม่มีพันธุกรรม และยอมรับว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากอดีต เช่น พฤติกรรมการกิน ขาดการออกกำลังกาย รักความสบายหรือออกแรงน้อย ส่งเสริมให้เกิดโรคดังกล่าวตามมา

2.3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตแตกต่างกัน แต่ทราบว่ามิบุคคลใดบ้างในชุมชนที่มีภาวะเจ็บป่วยดังกล่าว และเคยเห็นบุคคลที่มีความพิการหลงเหลือจากการเป็นโรคนี้นี้ในชุมชน แต่ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนี้นี้ ไม่ทราบอาการเตือน หรืออาการแสดงของโรค ไม่ทราบวิธีการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนวิธีการรักษาที่ถูกต้องจึงทำให้ประชาชนที่เกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีการจัดการตัวเองและครอบครัวที่ผิดวิธี ทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องล่าช้า ส่วนผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้นี้สามารถจัดการตัวเองให้เข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา และไม่หลงเหลือความพิการให้เห็น หรือมีความพิการหลงเหลือน้อย

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่แสดงอาการผิดปกติ เช่นมีอาการปากเบี้ยว และอ่อนแรงทันทีทันใด ซึ่งผู้ป่วยบางคนยังพอเข้าใจการสื่อสารสามารถพยักหน้าตามคำพูดของญาติได้ จึงทำให้ประชาชนคิดถึงด้านไสยศาสตร์ตามความเชื่อด้านสังคมวัฒนธรรมของชุมชนชนบทเดิม เช่นเชื่อว่าเกิดจากการประทุพผิตใจจิต ประเพณี เป็นต้น หรือคิดว่าเป็นอาการอ่อนแรงตามปกติที่อาจเกิดได้ในผู้สูงอายุ จึงไม่ได้คำนึงถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคปัจจุบัน ทำให้มีการจัดการดูแลตัวเองผิดวิธี จึงเกิดความล่าช้าในการนำส่งโรงพยาบาล เป็นต้น

2.4 ผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ประชาชนในเขตตำบลบ้านดงที่ผู้ที่เคยเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการดูแลนำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วทันเวลา สามารถรักษาให้หายและไม่ทิ้งความพิการหลงเหลือภายหลัง หรือหลงเหลือความพิการน้อยมาก แต่ต้องเฝ้าระวังและมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างถูกต้อง และเคร่งครัด แต่ส่วนใหญ่พบว่า มีภาวะทุพพลภาพหลงเหลือตามมาจากการได้รับการช่วยเหลือนำส่งโรงพยาบาลล่าช้า ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ เป็นภาระที่ต้องมีผู้ดูแล ทำให้สูญเสียรายได้ เกิดความเครียดในครอบครัวตามมา และยังมีส่งผลกระทบต่อสังคมตามมาอีกด้วย

2.5 ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุอาการ อาการแสดงของโรค การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนการรักษาโรคนี้ โดยเฉพาะอาการแสดง เนื่องจากประชาชนในตำบลบ้านดงที่เป็นโรคนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมักเป็นกลุ่มที่อยู่บ้านตามลำพัง อาการแสดงที่เกิดขึ้นประชาชนคิดว่าเป็นการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นตามวัยเช่นอาการ เหนื่อยอ่อนเพลีย วูบ หรือมีอาการเจ็บหน้าอก ปวดต้นคอ เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ถูกต้อง ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า จนบางรายต้องสูญเสียชีวิต ในกลุ่มญาติและประชาชนทั่วไปก็ยังมีความรู้ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการจัดการตนเองเมื่อมีอาการแสดงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดจึงแตกต่างกัน

2.6 ผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ด้วยโรคนี้เมื่อได้รับการรักษาที่ถูกต้องผู้ป่วยจะไม่มีภาวะพิการหลงเหลือ จึงทำให้ประชาชนไม่ทราบว่ามิใคร่ในชุมชนบ้างที่เป็น นอกจากญาติใกล้ชิดเท่านั้นที่ทราบ ผลกระทบที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนได้แก่ ผลกระทบต่อครอบครัวด้านการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา และหากผู้ที่ป่วยฉุกเฉินด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการรักษาไม่ทันเวลาอาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วต้องไปติดตาม

ผลการรักษาตามนัดของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างต่อเนื่องได้

ดังนั้นเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปให้มีความรู้เท่าทันกับความเปลี่ยนแปลงของโลกยุคใหม่ พร้อมรับมือ และสามารถปรับตัวเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภาครัฐและเอกชน ต้องเตรียมประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทั้งด้านทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะการตัดสินใจ สามารถจัดการตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพได้สะดวกรวดเร็ว

3. ระบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนตำบลบ้านดง และความต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

3.1 ในชุมชนตำบลบ้านดงมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลไว้คอยให้บริการประชาชน ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านดงและพื้นที่ใกล้เคียง 2 แห่ง ซึ่งประชาชนใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินเล็กน้อย ซึ่งประชาชนมีความพึงพอใจในระบบบริการ และเริ่มมีมีหน่วยกู้ชีพประจำตำบลที่เพิ่งเปิดให้บริการในเดือน พฤษภาคม 2559 จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ประชาชนที่นิยมเรียกใช้บริการหน่วยกู้ชีพได้แก่กลุ่มอุบัติเหตุจราจร และกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงปานกลาง นอกจากนี้ยังมีระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้การดูแลช่วยเหลือประชาชนในชุมชนด้วยความเข้มแข็งประชาชนพึงพอใจ ในลักษณะการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรงวิกฤติประชาชนส่วนใหญ่ให้การช่วยเหลือ และนำส่งโรงพยาบาลเองโดยญาติ หรือผู้พบเห็น ด้วยยานพาหนะที่หาได้สะดวกเช่นรถยนต์ หรือ รถจักรยานยนต์ส่วนตัวของตนเอง หรือญาติ เนื่องจาก ณ เวลานั้นรู้สึกว่าจะไม่สามารถรออะไรได้อีกแล้ว การนำส่งโรงพยาบาลและนำผู้ป่วยออกจากที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็วเป็นการจัดการที่ดีที่สุดในขณะนั้น เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินเช่นผู้ป่วยที่นำส่งเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างนำส่ง จึงให้การช่วยเหลือตามวิธีที่คุ้นเคย เช่นการโกยท้อง หรือให้การช่วยเหลือไม่ได้เนื่องจากยานพาหนะที่นำส่งไม่สะดวกต่อการช่วยเหลือ ด้านโรงพยาบาลที่นำส่ง ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี นิยมนำผู้ป่วยส่งที่คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชนในตัวจังหวัดตามความเชื่อที่คิดว่าเร็วกว่า สะดวกกว่า แต่โดยส่วนใหญ่นำส่งโรงพยาบาลอุบลรัตน์ และโรงพยาบาลน้ำพอง

3.2 ความต้องการการดูแลรักษาภายหลังจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จาก การ รวบรวมข้อมูลพบว่าประชาชนในเขตตำบลบ้านดงภายหลังจากการเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มักจะหลงเหลือภาวะพร่องสมรรถนะให้เห็น จะมีความต้องการ

หายจากภาวะดังกล่าว และจะแสวงหาการรักษาในทุกด้าน โดยเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยหายจากความพร่องที่หลงเหลืออยู่ ทั้งการรับประทานอาหารเสริม สมุนไพรต่างๆ ราคาแพงแก่ไหนก็ซื้อได้ด้วยคาดหวังว่าจะหาย ทำให้สูญเสียเศรษฐกิจตามมา นอกจากนี้ยังมีการเยียวยาด้านจิตใจโดยการ รดน้ำมันต์ หรือ ทำบุญสังฆทานต่างๆ เป็นต้น ในชุมชนตำบลบ้านดงมีพระภิกษุที่มีจิตอาสาและเห็นถึงความต้องการของชุมชนด้านการเยียวยา ด้านนี้จึงทำหน้าที่ในการเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และประชาชนพึงพอใจ

4. ความต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ประชาชนตำบลบ้านดงร่วมเห็นถึงปัญหาและผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด และเห็นว่าภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดจากความไม่รู้ของประชาชน จึงต้องการให้ทุกคนรอบครัวในชุมชนมีความรู้เท่าทันโรคดังกล่าว และเลือกวิธีการในการให้ความรู้ถึงผู้รอบครัว โดยกลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้นำอาสาเป็นผู้สื่อสารส่งต่อความรู้เหล่านั้น และต้องการการอบรมความรู้เพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการสื่อสารส่งต่อข้อมูลความรู้ได้ และต้องการสื่อประกอบการสื่อสารเพื่อความเข้าใจที่ชัดเจนของประชาชน และอาสาเป็นกลุ่มอาสาที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่จะเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานอื่นๆ ของภาครัฐและเอกชนด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินตลอดจนการเรียกใช้บริการหน่วยกู้ชีพต่างๆ และให้การดูแลเบื้องต้นก่อนที่ทีมกู้ชีพจะมาถึง และในอนาคตต้องการมีกองทุนสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน

5. ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดรูปแบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการจัดเวทีประชาคมเพื่อคืนข้อมูลชุมชนและร่วมกันหาข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อหารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยสรุปรูปแบบการเฝ้าระวังผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรกระบบหัวใจและหลอดเลือดคือ 1) รูปแบบการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด 2) รูปแบบสื่อในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน 3) การจัดตั้งกลุ่มอาสาที่ปฏิบัติงานในชุมชน และ 4) วางแผนจัดตั้งกองทุนสนับสนุนเพื่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน

6. ผลการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ

จากการประเมินผลทำให้การอบรมเชิงปฏิบัติการความรู้เกี่ยวกับโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้นำ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มขึ้นจากการประเมินผลจากการทดสอบก่อน และหลังการอบรม ระหว่างการอบรมสังเกตเห็นว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีความสนใจสื่อ และกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ และทำกิจกรรมด้วยความสนใจสนุกสนาน หลังการอบรมมีการทบทวนบทเรียนโดยการจับคู่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และผลัดกันฟัง และผลัดกันเล่าความรู้ที่ได้จากการอบรม พบว่าผู้รับการอบรมเกิดการเรียนรู้จากภายในสามารถวิเคราะห์ ตนเองและคิดจะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ นอกจากนี้ประชาชนยังเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการผลิตอุปกรณ์ในการเป่าปากเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพจากวัสดุในชุมชน เพื่อไว้สำหรับพกพา ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการศึกษาทดลอง นอกจากนี้ผู้เข้ารับการอบรมยังสามารถวิเคราะห์ และร่วมสรุปกลุ่มที่พวกเขาต้องกลับไปเฝ้าระวัง และสังเกตอย่างใกล้ชิด โดยกลุ่มดังกล่าวได้ พบว่า เป็นกลุ่มที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg. 3) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความอ้วนรอบเอวเกินมาตรฐานมากกว่า 80 ซม.ในเพศหญิง และ มากกว่า 90 ซม.ในเพศชาย 4) กลุ่มผู้มีพฤติกรรมความเสี่ยงเช่น มีภาวะเครียด ขาดการออกกำลังกาย และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และ 5. กลุ่มที่ทำงานหนัก พักผ่อนน้อย รับประทานอาหารประเภทแป้ง/น้ำตาล/ไขมันในปริมาณที่สูง เป็นต้น

7. สรุปบทเรียนที่ได้จากการศึกษา

7.1 ได้ทราบถึงปัญหา สถานการณ์ ตลอดจนสาเหตุที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในชุมชนตำบลบ้านดง ตลอดจนสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง

7.2 ได้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนตำบลบ้านดง และนำสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวไปจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนได้

7.3 ได้รูปแบบ และแนวทางในการเฝ้าระวังผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนตำบลบ้านดง

7.4 ได้ทราบถึงศักยภาพของชุมชน ทูทางสังคมของชุมชน ซึ่งในชุมชนมีเรื่องราวเกี่ยวเนื่องและเป็นเหตุปัจจัยที่ส่งผลเชื่อมโยงต่อกัน คนในชุมชนมีความคิดและพลังความคิดริเริ่มสร้างสรรค์อย่างคาดไม่ถึง และพลังความคิดเหล่านี้สามารถพัฒนาให้เติบโตต่อไปได้

7.5 ได้ความใกล้ชิดกับชุมชน เห็นกระบวนการคิด ความรู้ภูมิปัญญาต่างๆ ของชุมชน เป็นการลดช่องว่างระหว่างชุมชนกับภาครัฐ เห็น โอกาสการแก้ปัญหาด้านอื่นๆ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานอย่างแท้จริง

7.6 เห็นช่องว่างในด้านการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและนำไปใช้เพื่อวางแผนพัฒนาลดช่องว่างการเข้าถึงบริการด้านต่างๆ ให้เป็นระบบที่เชื่อมโยงสอดคล้องกันอย่างกลมกลืนและต่อเนื่องทุกขั้นตอนดังภาพ



ภาพที่ 3 แผนภาพเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

8. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

8.1 องค์กรภาครัฐ และเอกชนในพื้นที่ ควรสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนางาน โครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประชาชน เพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ วิเคราะห์ วางแผนแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน

8.2 กลุ่ม อสม.ทุกคนในพื้นที่ควรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคอื่นๆ ที่มีภาวะคุกคามชีวิต และเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างครอบคลุม ทัวถึง จนเกิดทักษะ และมีความเชี่ยวชาญ

8.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดหางบประมาณ และสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำสื่อ ตลอดจนงบประมาณในการอบรมความรู้แก่กลุ่มผู้นำ ครู ข ที่จะทำหน้าที่สื่อสารส่งต่อชุดความรู้สู่ประชาชนอย่างทั่วถึง เพื่อสื่อสารส่งต่อความรู้ให้เข้าถึงประชาชนในระดับพื้นที่อย่างครอบคลุม และพัฒนาต่อยอดเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวต่อไป

8.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนและจัดหางบประมาณในการพัฒนาเครื่องมือช่วยอาสาสมัครกู้ชีพในชุมชน ให้มีองค์ความรู้เพียงพอต่อการให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน เพื่อลดช่องว่างด้านการดูแล และนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถให้การช่วยเหลือสอดคล้องกับทีมกู้ชีพขั้นสูงกว่า และสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเรียกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

8.5 องค์กรของรัฐและเอกชนทุกภาคส่วนควรหันมาสนใจ สนับสนุน และค้นหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้สอดคล้องกับความต้องการ วิถีชีวิต ของประชาชนร่วมกันมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันโรคโดยการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองทุกวัย

8.6 โรงพยาบาลชุมชนควรเป็นเจ้าภาพหลักในการสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการเกี่ยวกับโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดตามรูปแบบที่ชุมชนต้องการ และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อให้สามารถสื่อสารส่งต่อความรู้และทักษะด้านสุขภาพต่างๆ แก่ประชาชนในพื้นที่ ตามความต้องการปัญหาและบริบทของพื้นที่ โดยมีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้แก่ประชาชนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต และความต้องการตลอดจนบริบทของชุมชน โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านการรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นพื้นฐาน

8.7 โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ควรมีการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด อย่างครอบคลุม และคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อนำใช้ในการป้องกัน และ เฝ้าระวังอุบัติการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด

8.8 องค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพควร ออกแบบบริการที่เอื้อต่อการสื่อสารความรู้และทักษะ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน สำหรับประชาชนทั่วไป ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ตลอดจน องค์กรภาครัฐและเอกชนอื่นๆ ในพื้นที่ ให้มีความฉลาดทางสุขภาพพร้อมเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกยุคปัจจุบัน และสามารถปรับตัว เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร มีทักษะการตัดสินใจ มีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ สามารถจัดการตนเองได้เหมาะสม สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพได้ง่าย และรวดเร็ว

9. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

9.1 ศึกษาผลของการถ่ายทอดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มผู้นำในการส่งต่อชุดความรู้โดยใช้เครื่องมือสื่อสารเช่น ภาพพอลิ และ การสื่อสารทางหอกระจายข่าว ตามความต้องการของชุมชน

9.2 ศึกษาผลการใช้สื่อในการถ่ายทอดความรู้ของกลุ่มอาสาสมัครในการสื่อสารส่งต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในชุมชน หรือนำไปประยุกต์ใช้กับโรคอื่นๆ

9.3 ออกแบบเครื่องมือ แนวทางในการเฝ้าระวังผู้มีภาวะเสี่ยงในแต่ละกลุ่มโรคเพื่อให้กลุ่มอาสาสมัครใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน

9.4 ศึกษาผลการเฝ้าระวังโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ กลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน

9.5 ศึกษาผลการปฏิบัติงานของกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคอื่นๆในชุมชน

9.6 ศึกษาแนวทาง และความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กนกศรี อัสวสันติ. (2554). ผลการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาและไม่ได้รับยาละลายลิ้มเลือด. *Buddhachinaraj medical journal*, 27(2), 127.
- กษมณท์ อร่ามวานิชย์, ไชยพร บุคเซ็น และ ยิวเรศมคษฐ์ สิทธิชาญบัญชา. (2559). การแข่งขันทักษะการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ. กรุงเทพฯ: ปัญญมิตร การพิมพ์.
- เกรียงไกร เสงร์ศรี, บุญจง แซ่จิ่ง. (ม.ป.พ.). การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ยก. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สถาบันโรคทรวงอก.
- ขนิษฐา นันทบุตร. (2553). ระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ในชุมชน. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ขนิษฐา นันทบุตร, กล้าเผชิญ โชคบำรุง, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ขนิษฐา อรรควาไสย์, แสงเดือน แท่งทองคำ, นิลภา จิระรัตนวรรณะ และคณะ. (2550). โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชนพื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่: กรณีศึกษากองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน อ.ป่าต้ว จ. ยโสธร. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ขนิษฐา นันทบุตร, กล้าเผชิญ โชคบำรุง, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ขนิษฐา อรรควาไสย์, แสงเดือน แท่งทองคำ, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย และ คณะ. (2550). โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชนพื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่: กรณีศึกษากองทุนสุขภาพบึงคล้า อ.หล่มสัก จ. เพชรบูรณ์. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- _____. (2553). ชุดความรู้การพัฒนากลไกและพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อชุมชน. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.
- _____. (2553). ปฏิบัติการระบย่อยในสุขภาพชุมชน. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง.(2554). ภาคิเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Health Literacy. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาการพิมพ์.

คู่มืออาสาฉุกเฉินชุมชน. (ม.ป.พ.). สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2559,

จาก <http://www.thaieminfo.com/autopage>

จรัญญา จันทร์เพ็ญ, จอม สุวรรณ โณ และทัศนศรี เสมือนเพชร. (ม.ป.ป.). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีของผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: การทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ. (ม.ป.ท.: ม.ป.พ.)

จุฑารัตน์ ชมพันธ์. (2555). การวิเคราะห์หลักการมีส่วนร่วมใน “ The Public Participation Hand book : Making Better Decisions through Citizen Involvement ”. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม, 8(1), 123-137.

เจริญชัย หมื่นห่อ.(2556).การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. **Journal of Community Development Research**, 5(2), 43-53.

ชาติรี เจริญชีวกุล. (2553). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2554 : EMERGENCY MEDICINE. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส ลิมิตเต็ด.

ชื่นชม ชื้อลือชา. (2012).การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **Thamasart Mahidol Journal**, 1(12), 97.

ช่อผกา ไชยมงคล. (2553). การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากิจกรรมบำบัด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชนัญฉวีร์ ฐิตวัฒน์านนท์. (2553). ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ กรณีศึกษาชุมชนหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา**, 34 (2), 99-104.

ญนัท วอลเตอร์, โรชนี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ. (2559). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลการสาธารณสุขภาคใต้**, 3(2) , 102.

ณัฐเชษฐ์ เปล่งวิทยา. (2550). โครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย: ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง. **J Med Assoc Thai.**, 89(1), 49-53.

ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์. (2554). โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด Second Siriraj International Medicine BoardReview. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ และคณะ. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1), 15-26.
- เดือนเพ็ญ ศรีธา, สะอาด โยธาทูน และ น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2554). สถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 23(2), 159-164.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2548). *การมีส่วนร่วม: แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.
- ทวีวรรณ ชาลีเครือ. (2554). *การพัฒนารูปแบบการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ พานพรหม. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(1), 6-14.
- ธวัช ชาลชญาพันธ์, ปิยวรรณ สุวรรณวงศ์ และศศิกันต์ นิมมานรัชต์. (2554). ผลของการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29(1), 39-47.
- ธวัชชัย แต่ประยูร. (2550). ประสิทธิภาพของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุ่น อำเภอวัดสิงห์จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(1), 837-843.
- นันทพร ศรีน้อม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิตยา พันธุ์เวทย์ และ หทัยชนก ไชยวรรณ. (2558). *ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจ*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารวิทยาศาสตร์การพยาบาล*, 28(2), 49-57.
- เนตรรุ่ง อยู่เจริญ. (2553). *ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของครูสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- แนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ. (ม.ป.พ.). กองสุขศึกษา. ค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2559, จาก www.hed.go.th/news/file
- แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke. (2550).ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1; 1
- บุญจง แซ่จิ่ง และสุรพันธุ์ สิทธิสุข.(2557). การให้ยาละลายลิ่มเลือด **Thrombolytic Therapy** ภาวะ **STEMI** มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สถาบันโรคทรวงอก.
- ประจักษ์วิช เล็บนาค. (2554). **วันนี้ พรุ่งนี้** ของการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อคนไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ โรงแรมริชมอนด์, นนทบุรี.
- ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศศิธร ยิ่งแรงเริง และ สุกัลลักษณ์ ศรีธัญญา. (2557). การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 133-140.
- ปรีชา ปิยจันทร์.(ม.ป.พ.).การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
- ปรีชา เปรมปรี และคณะ. (2553).โครงการการทบทวนระบบข้อมูลโรคหัวใจ หลอดเลือด และเบาหวาน. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ไพรัชย์ ครอบงูท. (2545). **ศักยภาพการให้บริการของพนักงานกู้ภัยสาธารณะในเขตเทศบาลนครขอนแก่น**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. (2540). **การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานกู้ชีพโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและอาสาสมัครกู้ภัยจังหวัดขอนแก่น**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). **วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย**. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย จรัสสนิทวงษ์การพิมพ์.
- รุจาดา สารจิต และ วราลี อภินิเวศ. (2555). การศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. **Royal Thai Air Force Medical Gazette**, 57(3), 20-25.
- โรงพยาบาลอุบลรัตน์. (2555-2557). **รายงานเวชระเบียนการใช้บริการ**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลอุบลรัตน์.
- วัชรระ ก้อนแก้ว และคณะ. (2552). **การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม ราชบุรี**. ราชบุรี: [ม.ป.พ.].

- วิรัตน์ อ่อนสี.(2558). อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย Ischemic Stroke ภายหลังจากการจัดตั้ง Stroke Fast tract ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 24(4).876-884.
- วิภารัตน์ คำภาและนิตยาพันธ์เวช. (ม.ป.ป.).โรคหัวใจขาดเลือด.กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ.
- วิไลวรรณ นุชศรี.(ม.ป.ป.). ผลการใช้นวัตกรรมโมเดลหลอดเลือดหัวใจตีบต่อความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในกลุ่มเสี่ยง. ขอนแก่น: ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิโรจน์ ชาญพิริพรณ์ และคณะ, (2551).การมีส่วนร่วมของชุมชนคลองจระเข้ในวัยเด็ก ตำบลเกาะไร่ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา.กรุงเทพฯ.กระทรวงยุติธรรม
- ศรัณยู พิสิฐอรรถกุล. (2559). รูปแบบการจัดการความรู้. ค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม, จาก <https://www.13nr.org>
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553). มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: [ม.ป.พ.].
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค - เคเอสซีอินเทอร์เน็ตโพลล์. (2543). สภาพการให้บริการรักษาพยาบาลกรณีประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.
- สิริภา อินทร์จันทร์. (2554). กระบวนการกองทุนสุขภาพตำบลในชุมชนกรณีศึกษา: อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่. ปรินญาณิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาดา จักรพิสุทธิ์. (2547). การศึกษาทางเลือกของชุมชน. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 27(4), 18-23.
- สุธี วรดิษฐ์. (2553). การมีส่วนร่วมของชุมชน. ค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2553, จาก <http://trat.nfe.go.th>
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง. สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สรีเมืองการพิมพ์.
- แสงโสม สิริพานิช , กาญจนีย์ คำนาคแก้ว อวยพร คำวงศ์สา. (2552). วิทยาการระบาดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 3(4), 598-605

- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2553). ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน:
 ยังกล้าทิศการพัฒนา. ค้นเมื่อ 24 เมษายน 2554, จาก <http://www.Hisro.or.th>
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2557). อัตราการตาย ต่อประชากร (100,000 คน) จำแนกตาม
 สาเหตุการตาย และเพศ ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2550 – 2557. กรุงเทพฯ: สำนักปลัด
 กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). กรอบแนวทางการดำเนินงานการป้องกันและ
 ควบคุมกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง. ค้นเมื่อ 24 เมษายน 2554, จาก [http://www.dpc2.
 ddc.moph.go.th](http://www.dpc2.ddc.moph.go.th)
- อนุชา เศรษฐเสถียร.(2557). สพล เตือน ดูแลพ่อให้ห่างโรคหัวใจ. ค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม 2559, จาก
<http://www.thaipr.net/health/587642>
- อัมพร เจริญชัย, เป็รื่องจิตร ฆารรัศมี และ อรสา กงตาล. (2551). การพยาบาลสุขภาพชุมชน.
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาธรรม.
- อานนท์ โกฏิคำ. (2550). การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินบนพื้นที่สูงโดยการมีส่วนร่วม
 ของชุมชน ต. โป่งสา อ.ปาย จ. แม่ฮ่องสอน. แม่ฮ่องสอน: โครงการพัฒนานวัตกรรม
 จังหวัดแม่ฮ่องสอน.
- อรพินท์ สฟ โชคชัย. (2550). หลักการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม. ค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2553,
 จาก <http://www.opdc.go.th>
- Koufman, H.F. (1949). **Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities.**
 [n.p.]: Agricultural Experiment station Bulletins.