

แบบฟอร์มขอรับทุนโครงการ

เสนอต่อคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภายใต้ทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ
: การพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร

1. ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุอย่างครบวงจรในพื้นที่ภาคใต้

(ภาษาอังกฤษ) Development of Integrated Geriatric Emergency Care System in Southern Region

โครงการชุดนี้ ประกอบด้วย 6 โครงการย่อย คือ

โครงการย่อยที่ 4.1 การพัฒนาระบบสนับสนุนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน

โครงการย่อยที่ 4.2 การพัฒนานวัตกรรมจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกลในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

โครงการย่อยที่ 4.3 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

โครงการย่อยที่ 4.4 การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยหลังจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ

โครงการย่อยที่ 4.5 โปรแกรมการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่มีภาวะหายใจลำบาก

โครงการย่อยที่ 4.6 การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ (New normal) ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)

2. ที่ปรึกษาโครงการ

ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ตำแหน่ง เลขานุการมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ ตำแหน่ง อาจารย์

เบอร์โทรศัพท์ 081-3031376 Email vorasith@gmail.com ID line vorasith

หน่วยงาน สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-282900

3. ผู้รับผิดชอบโครงการ

3.1 หัวหน้าโครงการหลัก (Project manager)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

เบอร์โทรศัพท์ 089-6478910 Email: Luppana.k@psu.ac.th

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-286510 FAX 074-286421

3.2 หัวหน้าโครงการร่วม

นายแพทย์วริช คุปต์กาญจนากุล ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ 081-5995275 Email: warit74@hotmail.com

หน่วยงาน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลา

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-338100

4. หลักการและเหตุผล

ในเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากปี พ.ศ. 2543 ที่มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8 ของประชากรทั้งหมด สัดส่วนผู้สูงอายุได้เพิ่มเป็นร้อยละ 18 (12 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2561 และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันประเทศไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) เนื่องจากสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นร้อยละ 26.9 ในปี พ.ศ. 2573 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) ในปี พ.ศ. 2578 นับเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับสามของเอเชีย

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลให้หลายประเทศเริ่มให้ความสำคัญกับนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย อวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและความผิดปกติมากขึ้น ทำให้มีความต้องการการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงความต้องการบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งเป็นการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันจากเหตุฉุกเฉินพ้นภาวะวิกฤติ ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ ภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียชีวิต โดยการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันเวลาและเหมาะสม เริ่มการดูแลตั้งแต่ก่อนไปถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล (in-hospital care) ระหว่างการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น (inter-hospital care) และดูแลต่อเนื่องไปยังบ้านและชุมชน (post-hospital home and community care) รวมถึงการป้องกันโรคและภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยโดยการจัดการหรือปรับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงอย่างเหมาะสม และการประเมินสภาพและจัดการภาวะฉุกเฉินแก่ผู้สูงอายุที่ถูกต้องและทันทั่วถึง โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึง บุคลากรสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว และคนในชุมชน ที่ต้องมีสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และทักษะเฉพาะในการป้องกัน ติดตาม และสามารถตัดสินใจเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ที่ผ่านมา มีงานวิจัยต่างๆ ที่แสดงให้เห็นถึงการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมกับสถานการณ์ดังกล่าว เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางและอาจมีสาเหตุหรือกลุ่มอาการนำที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่างจากกลุ่มวัยอื่นๆ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับ

ผู้สูงอายุโดยเฉพาะนอกเหนือจากการให้บริการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไปที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล และหลังออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านและชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุในระยะสั้นและระยะยาว (แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564)

ระบบการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้มีการขับเคลื่อนระดับนโยบายในการบริการที่มีลักษณะ “เชื่อมโยงบริการในสถานพยาบาลไปจนถึงบ้านผู้สูงอายุ” ตอบสนองการเจ็บป่วยเฉียบพลันแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มุ่งให้เกิดระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless care) อาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ทิມปฏิบัติกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม ชุมชน ตลอดจนครอบครัวผู้ดูแล เป็นต้น สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บฉุกเฉินในส่วนภูมิภาคนั้นอาศัยความร่วมมือของชุมชนเป็นฐาน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยในครัวเรือนร่วมกับลูกหลานและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ปัญหาที่ถูกสะท้อนจากมุมมองของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ความไม่มั่นใจในการประเมินสภาพ การขาดความรู้ ทักษะ และเครื่องมือในการช่วยประเมินว่าผู้สูงอายุอาการคงที่หรือทรุดลง แม้กระทั่งเมื่อมีภาวะวิกฤตคุกคามชีวิตก็มีความกังวลในการพูดคุย สื่อสาร ขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานของภาครัฐ (Soontorn, Pongtriang, & Songwathana, 2020) การสนับสนุนส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลหรือแกนนำในชุมชนให้สอดคล้องตามบริบทจึงมีความสำคัญเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะเร่งด่วนหรือฉุกเฉินต่อชีวิต

การมีระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตและลดความพิการทุพพลภาพ (Christian, Ken, & David, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เมื่ออาการกำเริบและต้องเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิต ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรอดชีวิต ได้แก่ ญาติ ผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิด ผู้พบเห็นเหตุการณ์ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง หรืออาการแย่งจนหมดสติ ไม่รู้สึกตัว โดยหากเป็นกลุ่มบุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมในการเรียกขอความช่วยเหลือ มีการช่วยเหลือเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธีเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาล (วสันต์, 2561; Rhee et al, 2020) และได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีการช่วยเหลือโดยใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator, AED) การกดหน้าอกทันทีเมื่อพบหมดสติ (Bystander CPR) จะช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตสูงตามลำดับ (Rhee et al., 2020) ดังนั้น จึงจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นสมรรถนะการประเมินภาวะคุกคามชีวิต การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ รวมทั้งการออกแบบให้เกิดระบบการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เพื่อส่งข้อมูลในการบริหารจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ มีระบบการช่วยเหลือที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในพื้นที่ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินระดับสูงต่อไป

นอกจากภาวะฉุกเฉินจากหัวใจหยุดเต้นที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อเสียชีวิตโดยฉับพลันแล้ว **โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ในผู้สูงอายุ** จากสถิติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสงขลา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 469.65 เป็น 542.72 และ 542.79 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ ในระหว่างปี 2560-2562 (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในประชากรที่มีอายุตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่อาจส่งผลให้เกิดความพิการหรือรุนแรงถึงชีวิตได้ โดย**จังหวัดสงขลาพบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากปี 2560-2562 คือ 48.30, 40.53 และ 49.15 คนต่อประชากรแสนคนตามลำดับ** นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิการ ความจำบกพร่องในระยะยาว รวมถึงความยุ่งยากลำบากเป็นภาระต่อผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น (กองโรคไม่ติดต่อ, 2560)

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองของอเมริกาได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยปรับปรุง**ข้อกำหนดของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke system of care: a 2019 update)** ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างครอบคลุมและให้ข้อเสนอแนะขยายวงกว้างขึ้น ตั้งแต่การป้องกันแรกเริ่มและระยะที่ 1 (primordial and primary prevention) การให้ความรู้แก่ชุมชน (community education) การบริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS response) การรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke treatment) การป้องกันระยะที่ 2 (secondary prevention) และการฟื้นฟูสภาพโรคหลอดเลือดสมอง (stroke rehabilitation) ข้อเสนอแนะดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางกำหนดหน่วยงานทางสุขภาพและผู้รับผิดชอบเชิงนโยบายนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน (Adeoye et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า **โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ** แบ่งเป็น ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันคอเรสเตอรอล ไขมันเอชดีแอล และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สำหรับปัจจัยเสี่ยงรอง ได้แก่ ไขมันไตรกลีเซอไรด์ และแอลดีแอล ดัชนีมวลกาย ขนาดเส้นรอบเอว สัดส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก และการมีกิจกรรมทางกายลดลง ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถร่วมทำนายแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอีก 10 ปีข้างหน้า ได้สูงกว่าร้อยละ 80 ทั้งนี้ จากรายงานการวิเคราะห์พฤติกรรมของประชาชนในจังหวัดสงขลา พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารไขมันและแป้งเป็นองค์ประกอบหลัก ชอบกินขนมขบเคี้ยว และออกกำลังกายน้อย ทำให้โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2560-2562 โดยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1826, 2172, 2284 และโรคเบาหวานเท่ากับ 1077, 1257, และ 1306 คนต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) ดังนั้น บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตโดยใช้การ**พัฒนาระบบกลไกการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมผ่านชุมชน ผู้ป่วย และผู้ดูแล ในการร่วมมือกันในการป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสภาพพื้นที่ (prevention adherence)** และผสมผสานการใช้

เทคโนโลยีชุดความรู้ ติดตามและประเมินความเสี่ยง การจัดการ/ปรับความเสี่ยงด้วยตนเองของผู้ป่วย (self-management) การสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมอง การให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคล เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจวาย หรือโรคเบาหวาน พบว่า มีความแม่นยำในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และมีประสิทธิภาพในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ในช่วงปี 2561-2563 มีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลสงขลาสูงขึ้น คือ 665, 885, และ 954 คนตามลำดับ โดยพบปัญหาในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ ที่มีญาติเป็นผู้นำส่งโดยไม่มีอุปกรณ์การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนถึงโรงพยาบาลถึงร้อยละ 60 อีกร้อยละ 30 เป็นผู้ป่วยจากการส่งต่อ และร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด (ร้อยละ 22) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเรียกใช้บริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital EMS services) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีน้อย (งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางระกำ พิษณุโลก, 2559; สุรภา, 2562) ซึ่งการนำส่งผู้ป่วยด้วยญาติเองนั้นอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน ความช่วยเหลือขณะการเคลื่อนย้าย และการรักษาพยาบาลในระยะฉุกเฉินที่เหมาะสมกับภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนเหล่านั้น ยิ่งกว่านั้นการเดินทางมาโรงพยาบาลเองนั้นยี่ดระยะเวลาในการให้ความช่วยเหลือออกไปซึ่งจะยิ่งคุกคามต่ออัตราการรอดชีวิตหรือความเสี่ยงต่อความพิการของผู้ป่วยฉุกเฉินยิ่งขึ้น

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพบว่า เจ้าหน้าที่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (FAST) แต่พบปัญหาคือ ประชาชนไม่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การไม่สามารถบอก อธิบาย หรือจำแนกอาการของโรคดังกล่าวในผู้สูงอายุซึ่งเดิมมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ไม่มีแรงอ่อนแรง/เพลีย หรือ สับสน/หลง ล้ม/นอนลง จึงเป็นความยากลำบากที่ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการถามข้อมูลเพื่อวินิจฉัยกลุ่มโรคเบื้องต้น ประกอบกับประสบการณ์และทักษะในการซักประวัติของเจ้าหน้าที่อาจแตกต่างกัน จึงอาจเป็นอุปสรรคในการคัดกรองโรคดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงสำรวจพบว่าส่วนใหญ่ผู้โทรเรียกสายด่วนฉุกเฉินใช้ภาษาที่ไม่เฉพาะเจาะจงหรือไม่คุ้นเคยในโรคหลอดเลือดสมอง (Richards et al., 2017) ทักษะของเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลศูนย์รับแจ้งเหตุจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการค้นหาโรคหลอดเลือดสมองและตัดสินใจในการสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Berglund et al., 2015) ดังนั้น การศึกษาการรับรู้กลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดสมอง การใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และปัจจัยที่มีผลการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในมุมมองของญาติของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเบื้องต้น (stroke identification) ของเจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจึงจำเป็นเพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ศึกษาไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุและสั่งการก่อนนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การให้บริการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบัน การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่าโรงพยาบาลมีระบบ fast track ที่มีมาตรฐานที่สามารถให้การรักษได้ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ตั้งแต่แผนกฉุกเฉินจนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหน่วย stroke unit อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการรักษาภาวะเฉียบพลันของโรคดังกล่าว ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่อาจมีความบกพร่องของการเคลื่อนไหว การทรงตัว การขับถ่าย และการรู้คิดเพิ่มขึ้นจากเดิม ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานอาชีพ รวมทั้งการเข้าสู่สังคมตามปกติ ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาและการบำบัดฟื้นฟูที่อาจนำไปสู่ปัญหาด้านจิตสังคม ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลจากญาติและผู้ดูแล เกิดภาวะพึ่งพิงต่อครอบครัวและสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อเนืองที่บ้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัว ลดความพิการซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ลดภาระการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสงขลา มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 101.7 รายต่อเดือน โดยมีการเสียชีวิตร้อยละ 3.28 (สถิติผู้ป่วยปีงบประมาณ 2563) ดังนั้น ผู้ป่วยร้อยละ 96.72 จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้านพร้อมด้วยภาวะทุพพลภาพในระดับต่างๆ ซึ่งหอผู้ป่วยได้ดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา โดยจัดทำเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันเฉียบพลันรายใหม่ที่เข้ารับการรักษา และมีแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการพัฒนาความสามารถในการกลืนอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวปฏิบัติการพัฒนาความสามารถในการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายโดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มที่มีความรุนแรงมาก มีค่า Barthel Index เท่ากับ 0-4 กลุ่มที่มีความรุนแรงปานกลาง มีค่า Barthel Index เท่ากับ 5-11 และกลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย มีค่า Barthel Index มากกว่า 12 และส่งผู้ป่วยเฉพาะรายต่อให้ศูนย์การดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลสงขลา ซึ่งจะมีการทำงานเชื่อมโยงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในและนอกเขตพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ยังคงพบปัญหาการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากแต่ละแผนกแยกจากกัน เช่น แผนกกายภาพบำบัดรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลและติดตามผู้ป่วย ในขณะที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบประสาทนัดผู้ป่วยพบแพทย์ตามกำหนดโดยไม่มีการประสานงานกัน เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องจัดการความซ้ำซ้อนและความไม่สอดคล้องกัน หรือต้องตัดสินใจเลือกรับบริการที่ใดที่หนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัดในบางแผนกส่งผลให้การได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาที่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้รับการดูแลในบางมิติ เช่น ด้านจิตเวช ด้านโภชนาการ เป็นต้น ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการเชื่อมโยงการดูแลอย่าง

ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนและบ้าน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม อันจะนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นมากที่สุดเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม แวดล้อมจะเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือตนเองเพื่อให้ดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ การเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของระบบการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Intermediate care) ที่มีประสิทธิภาพ มีหลายผลงานวิจัยที่สรุปว่า โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสามารถลดความผิดพลาดเกี่ยวกับการให้ยา ผลข้างเคียงของยา ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการรักษา การขาดการส่งต่อการดูแล การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (Kessler et al., 2013) และความเครียดจากการที่ต้องอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย (Meier & Beresford, 2008) ลดความหนาแน่นในการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินในผู้สูงอายุ ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในทางตรงกันข้ามการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่ไม่ดีสามารถทำให้การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น (Youn-Jung & Mi-Ae, 2015)

จากเหตุการณ์ความไม่สงบของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ส่งผลกระทบต่อการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเจ้าหน้าที่สุขภาพ การพัฒนาแอปพลิเคชันโปรแกรมการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหายใจลำบากเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีขีดความสามารถในการดูแลและจัดการตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วยในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นและการตัดสินใจในการนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความล่าช้าของการนำส่ง ทั้งยังสามารถลดการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่ไม่มีความจำเป็นในพื้นที่ความไม่สงบที่ไม่มีความปลอดภัยในการเดินทาง และลดความเสี่ยงในการสัมผัสโรคโควิด-19 ในความปกติใหม่ (New normal) ได้อีกด้วย

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ของสังคมไทยเป็นสมาชิกในครอบครัว รวมถึงแกนนำในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแทนบุคลากรสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพระยะยาว (Long-term care) ในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นหลัก จนมักละเลยภาวะปัญหาและสุขภาพของผู้ดูแลเอง จากการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระและความทุกข์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเมืองสงขลาและภูเก็ต พบว่า ระดับความทุกข์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก (เฉลิมพงษ์, 2563) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติทีมหน่วยบริการปฐมภูมิบ่อยาง เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา พบว่ายังไม่มีระบบการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่ชัดเจน และยังต้องการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆของผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น การวางแผนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลรักษาสมดุลระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงได้อย่างเหมาะสม (ณัชศพา, สุปรีดา, และยุพาพิน, 2561) การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลแบบองค์รวมและครบวงจรเพื่อให้ได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และความต่อเนื่องในการประสานการดูแลระยะยาวทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังและคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน (สายพิณ และปิยะภรณ์, 2557)


การพัฒนาระบบการดูแลและให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group) ให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง พบว่ามีประสิทธิผลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล มีความเครียดลดลง (วิยะดา และปะราลี, 2561) และมีสุขภาพจิตดีขึ้น (Rodriguez-Sanchez et al., 2013) อย่างไรก็ตามเพื่อรับมือกับภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 จึงได้มีการนำเทคโนโลยีในการสื่อสารบริการสุขภาพ (telehealth) มาใช้มากขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีเช่นกัน จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ telehealth ในต่างประเทศ (Banbury, Nancarrow, Dart, Gray, and Parkinson (2018) และ Appleman et al. (2020) พบว่า การทำกลุ่มโดยใช้ video teleconference สะดวกและให้ผลลัพธ์ของการรักษาไม่ด้อยกว่าการเข้ากลุ่มแบบตัวต่อตัว (in-person/face to face groups) และผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความพึงพอใจสูง ดังนั้นการนำ telehealth มาใช้เพื่อให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ พยาบาลในหน่วยบริการระดับตำบล และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมกับการให้ความรู้และทักษะในการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ น่าจะเป็นวิธีหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับวิถีใหม่ (New normal) และนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2564-2565 และช่วยเสริมสร้างพลังและความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ดูแลและเกิดการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงและผู้ดูแลมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีและใช้ชีวิตในชุมชนต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

โดยรวม แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุอย่างครบวงจรในพื้นที่ภาคใต้ของโครงการนี้ มุ่งเน้นความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุภาวะฉุกเฉิน (continuity of geriatric emergency care) ตั้งแต่การป้องกัน การจัดการการดูแลตนเองและการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนถึงโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ประกอบด้วย (1) ระบบการดูแลภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Emergency Medical Care) (2) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน (3) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการประยุกต์แนวทางของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองอเมริกา (4) การจัดการอาการด้วยตนเอง (self-

management) และ (6) การวางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งบุคลากรสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชน เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาไปสู่การมีต้นแบบระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพเชิงรุกอย่างครบวงจรในพื้นที่ภาคใต้

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การมีรูปแบบการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการป้องกันความเสี่ยง การจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาระยะเฉียบพลัน การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และการฟื้นฟูดูแลระยะยาวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดภาระการดูแล
2. ความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชน ในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง รวมทั้งช่วยเหลือพึ่งพากันและกัน เพื่อการป้องกันความเสี่ยง จัดการภาวะฉุกเฉินคุกคามชีวิต และฟื้นฟูสภาพได้ถูกต้อง รวดเร็ว และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มในชุมชน ก่อนส่งโรงพยาบาล อยู่ในโรงพยาบาล และระยะกลับจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
3. การพัฒนาและใช้นวัตกรรมทางสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีช่วยให้บุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแลเรียนรู้และติดตามประเมินสุขภาพตนเองได้อย่างรวดเร็วและเข้าถึงการบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินได้อย่างไร้รอยต่อ
4. การส่งเสริมให้บุคลากรและหน่วยงานได้พัฒนาคุณภาพการบริการ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (patient-center care) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

ลงนาม..........หัวหน้าโครงการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลัภณา กิจรุ่งโรจน์)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ลงนาม..........หัวหน้าหน่วยงาน

(รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช บุญยั้ง)

ตำแหน่ง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์